

3

VÅRDEN AV ÄLDRE

**Vård och omsorg i 8 länder i Europa
PRO granskar och jämför**

Vård och omsorg för äldre i 8 länder i Europa - PRO granskar och jämför

Innehåll

Förord	sid 3
Studiens upplägging	sid 5
Rapport 1 – Svensk hälso- och sjukvård i ett äldreperspektiv	sid 6
Rapport 2 – Jämförelser med länder i Europa	sid 8
Danmark	sid 11
Finland	sid 15
Norge	sid 21
England	sid 25
Frankrike	sid 30
Holland	sid 35
Spanien	sid 42
Tyskland	sid 47
Sammanfattning av erfarenheter	sid 52
Referenser	sid 55

Den jämförande studien av äldre vård har gjorts av Björn Jansson och Stig Tegle, TJP Tegle, Jansson & Partners AB på uppdrag av PRO

De åtta länderna som granskats är Danmark, Finland och Norge samt i England, Frankrike, Holland, Spanien och Tyskland.

Studien redovisas i tre rapporter som samtliga finns att ladda ner från PRO:s hemsida www.pro.se

De tre rapporterna samt en kortare redovisning av studien kan också beställas från PRO:s kansli.

PRO, Box 3274, 103 65 Stockholm, 08 701 67 00

Förord

Över 700 *lokala* PRO-föreningar har i ett rådslag diskuterat vård och omsorg för äldre. I många av svaren betonades behovet av en mer sammanhållen vård. Specialistvården har hög kvalitet, men är snävt inriktad och har därför svårt att möta behoven hos äldre eller andra med många former av sjuklighet och skörhet.

En annan synpunkt gällde brister i samverkan mellan landstingens vård och den kommunala omsorgen. Korta vårdtider på sjukhus kräver ofta tid för rehabilitering hos andra vårdgivare och utökad omsorg. Primärvården eller "närsjukvården" behöver förstärkas och så långt möjligt bör äldres vårdbehov mötas på nära håll.

Så här skriver PRO i sitt program från kongressen hösten 2008.

"Den hälso- och sjukvård som äldre behöver ofta ska finnas lätt tillgänglig. Därför är vårdcentralerna viktiga. En vårdcentral ska ha tillgång till olika personalgrupper: läkare, sjuksköterskor, psykologer, sjukgymnaster med flera".

Internationella jämförelser visar att Sverige satsar en rätt låg andel av vårdens ekonomiska och personella resurser på primärvården. Fokus riktas mot sjukhusvård. Det har gällt för politiker, för läkare och andra yrkesgrupper inom vården men även för medborgarna i stort. Det är i regel förslag om förändringar eller nedläggning av sjukhus som skapar bred folklig debatt om vårdfrågor.

Men inte minst för äldre är det stora behovet en trygg och nära tillgång till vård. PRO vill se en utveckling där sjukvården på "hemmaplan" stärks för att där kunna tillgodose mer av äldres vårdbehov.

När nu alla landsting och regioner ska införa hälsoval eller vårdval ändras förutsättningarna för primärvården. När det sker vill PRO vara med och driva på så att förändringar går åt rätt håll! Vi har granskat de olika modellerna i och tagit fram våra förslag

till riktlinjer. I ett nästa steg för PRO nu in internationella jämförelser för att ytterligare belysa primärvårdens roll i äldresjukvården.

Frågor vi ställt är: Vilka är vårdkedjorna, vilken roll spelar primärvården, i vilken utsträckning ges vård genom hembesök? Tillgängligheten i vården? Äldres läkemedelsanvändning – är problemen likartade i andra länder?

Studien som genomförts av Björn Jansson och Stig Tegle, Tegle Jansson & Partners (TJP), redovisas i tre delar. Två inledande rapporter mejslar fram frågeställningar och har gett underlag för ländervalet. Resultatet från granskning, från besök och intervjuer i åtta valda länder redovisas här i denna rapport som också är studiens slutrapport. Stort tack till Björn och Stig för deras arbete!

CURT PERSSON

Ordförande

PRO, Pensionärernas riksorganisation

Inledning – uppläggning av studien

Vi har på uppdrag av PRO studerat hälso- och sjukvård för äldre. Bakgrunden till uppdraget är PRO önskar att få en jämförande belysning av det som man noterat som brister i den svenska hälso- och sjukvården ur ett äldreperspektiv. Det gäller t ex brister i samordningen mellan primärvård och (akut)sjukhusvård för äldre, bristande information vid medicinering och behandling, brister i samordning mellan sjukhus, primärvård, äldreomsorg/hemsjukvård. PRO vill bidra till en bredare debatt om tillgänglighet och prioriteringar när det gäller hälso- och sjukvård ur ett äldreperspektiv.

Studien som genomförts under våren 2009 har avrapporterats i tre särskilda rapporter.

Del 1 "Vården av äldre – Svensk hälso- och sjukvård ur ett äldreperspektiv"

Del 2 "Vården av äldre – Översikt av hälso- och sjukvården i 8 länder med betoning på vård och omsorg ur ett äldreperspektiv"

Del 3 " Vården av äldre – Vård och omsorg i 8 länder i Europa PRO granskar och jämför"

De två första rapporter har form av underlag och resultatet från granskningen har också utgjort underlag för denna tredje rapport där vi även kompletterat med intervjuer i de åtta utvalda länderna. Denna tredje rapport är också slutrapport.

Vi sammanfattar här först några av de viktigare slutsatserna från rapport 1 och rapport 2.

Rapport 1: Svensk hälso- och sjukvård ur ett äldreperspektiv

Rapporten har fokus på primärvården i Sverige, men med utblickar för att jämföra Sverige med några andra länder. Förutom en litteraturgenomgång bygger rapporten på intervjuer av utvalda personer avseende problem i den svenska hälso- och sjukvården ur ett äldreperspektiv. Syftet med den inledande rapporten är att identifiera kritiska frågor/problem för äldrevården i Sverige som underlag till det fortsatta arbetet i form av valda frågor samt att ta fram förslag på länder med vilka jämförelser med Sverige kan göras.

Några punkter vi lyfter fram i rapport 1 är:

Sverige har få vårdplatser i relation till befolkning och vårdbehov, med många äldre som genererar en hög vårdkonsumtion. Detta kan också innebära att vårdproduktion "trycks över" från sjukhus till primärvård – där vi har en mycket liten andel av vårdresurserna.

Sverige satsar liten andel av sjukvårdens resurser på primärvård. England tillhör de länder som satsar mest på primärvård, men många andra länder satsar betydligt mer av sjukvårdsresurserna på primärvården än Sverige.

Sverige har alltså en kombination där vi dels satsar lite av vår BNP på hälso- och sjukvård dels satsar en liten andel av våra sjukvårdsresurser på primärvård.

I Sverige är primärvårdens och allmänläkarnas "status" och "ställning" i sjukvårdssystemet svag. Sämre än i många andra länder och låg i relation till sjukhusens specialiteter. Politiskt har mycket sagts om att primärvården behöver byggas ut och få en mer central/strategisk roll i sjukvårdssystemet, dessa intentioner verkar dock inte leda till någon handling, t ex när resurser fördelas.

Helhetssyn och samverkan är ett stort problem när det gäller hälso- och sjukvård för äldre. Detta gäller samverkan mellan primärvård och andra specialiteter, samverkan mellan sjukhus och kommunal vård och omsorg samt samverkan mellan primärvård och kommunal vård och omsorg.

Identifierade "kritiska frågor"

Vi identifierar vidare ett antal "kritiska frågor" för hälso- och sjukvård i Sverige (viktiga för utvecklingen av hälso- och sjukvård för äldre) som också är utgångspunkt när vi i det fortsatta arbetet när vi studerat åtta andra länder i Europa.

Dessa "kritiska frågor" är:

Primärvårdens roll och status i sjukvårdssystemet

Här betonar vi framförallt att primärvården har en svag formell roll, men också att primärvården har en svag status i relation till andra specialiteter och i relation till kommunal vård och omsorg.

Primärvårdens resurser och kompetenser

Sverige har idag en för dåligt utbyggd primärvård och för få primärvårdsläkare.

Sjukvårdens tillgänglighet för äldre och dess förmåga till helhetssyn och kontinuitet

Äldre sjuka som har störst behov av tillgänglighet, kontinuitet och helhetssyn, tillhör de grupper där denna är lägst och utvecklas sämst.

Finansiering och organisering av hälso- och sjukvård

Svensk hälso- och sjukvård och i synnerhet primärvård, har genomgått många, ofta oplanerade, förändringar av styrning och organisation. Vår slutsats är vidare att primärvårdens ställning måste stärkas. Vår bedömning är vidare att Sverige måste avsätta en större andel av BNP till hälso- och sjukvård samt att en växande andel av resurserna måste avsättas till primärvård. På sikt måste också antalet vårdplatser och platser i kommunala boenden öka.

Rapport 2: Jämförelser med länder i Europa - litteraturstudie

I denna del 2 av studien ges genom olika källor en översiktlig bild avseende sjukvårdens organisation, styrning, finansiering, organisation, ekonomi, pensionärernas villkor och roll etc. i de länder som valts för granskning och en första belysning av de problem i sjukvården – ”kritiska frågor” – ur ett äldreperspektiv, som lyftes fram i den första rapporten.

Tradition, historia och kultur har stor betydelse för hur dagens sjukvårdssystem ser ut i olika länder. 1883 införde Otto von Bismarck sociallagar i Tyskland, som gjorde det obligatoriskt för arbetsgivare och anställda att tillhöra och bidra till en sjukkassa som i sin tur finansierade vård för medlemmarna. Detta system är än idag basen för hälso- och sjukvårdssystemen i bl. a. Tyskland, Holland och Frankrike (”The Bismarck model”).

1942 lade den brittiske ekonomen William Beveridge fram ett förslag om ett heltäckande statligt vård- och omsorgssystem för alla Storbritanniens innevånare - oavsett inkomst, sysselsättning eller ställning och med solidarisk finansiering via skatteinkomsterna. Detta system, National Health Service, NHS, är i stort intakt i England än idag och har påverkat utvecklingen av sjukvårdssystemen i många andra länder i framför allt norra Europa.

En annan viktig faktor som påverkar både utformning och av vård- och omsorgssystemen gäller synen på familj och kvinnans ställning. I länder med en mer traditionell (”katolsk”) familjesyn har familjen fortsatt att vara basen för omsorg av behövande (barn och gamla). Skillnaderna i familjesyn och kvinnornas förvärvsfrekvens både påverkar - och påverkas av - hur systemet för vård- och omsorgen fungerar. Det har under de senaste 10 åren emellertid skett en kraftig ökning av den kvinnliga förvärvsfrekvensen i traditionellt ”katolska” (t ex Spanien, Holland och Tyskland). Den senare utvecklingen innebär att det som ansvarar för vård och omsorg i dessa länder måste öka andelen vård utanför hemmet.

De åtta länder som analyseras i denna rapport har klassificerats i tabell 1 nedan. Klassificeringen har gjorts dels efter de två modellerna ovan för sjukvårdens organisering och dels efter vilken grundmodell som gäller för vård och omsorg för äldre. Klassificeringen är givetvis grov och diskuteras närmare nedan.

Tabell 1: Klassificering av åtta länder. Sjukvårdens organisation och finansiering

Omsorg om äldre:	"Bismarck"	"Beveridge"
Bas i familj	Frankrike (GK) Tyskland	England (GK) Spanien (GK)
Bas i offentlig eller marknadsproduktion	Holland (GK)	Finland Norge (GK) Danmark (GK)

GK = allmänläkaren fungerar som grindvakt ("gatekeeper") för att patienten skall komma vidare i vårdkedjan)

I tabellen är också markerat – via (GK) – om landet har primärvården som en "gatekeeper" funktion. Som framgår har alla länder utom Finland och Tyskland (och Sverige) denna funktion, vilket har betydelse för hur vården fungerar för äldre (se nedan).

Kraftigt ökat vårdbehov främst från en ökande andel äldre i befolkningen tvingade i mitten på 1990-talet Tyskland att införa en central helt ny skattefinansierad nationell socialförsäkring som betalar långvård för äldre. En utvecklingslinje är nu att staten i "Bismarckianska" länder som Frankrike och Tyskland försöker styra mot en modell a la "Beveridge" för att dämpa kostnadsutvecklingen.

I England har man sedan början av 1990-talet drivit på en regionalisering av ansvar för och produktion av både sjukhus- och primärvårdstjänster – dock fortfarande under statlig kontroll. I Holland har staten en kraftig reglerande styrning över avgifter, förmåner och regler för de privata och vinstdrivande försäkringsbolagen som sköter hälso- och sjukvården.

I både Norge och Danmark har staten tagit bort mellannivån för sjukvårdsstyrning (landsting) och lagt allt ansvar för sjukhusen hos regionala statliga organ. I Finland har aldrig funnits någon formell mellannivå utan ett stort antal små kommunerna har hand om alla vård och omsorg medan staten har liten betydelse för styrningen av vård och omsorg.

I Spanien sköter de mer eller mindre autonoma regionerna nästan all vård och omsorg men inom ramen för en skattefinansierad modell.

I länder med en stark ställning för den kommunala nivån – Danmark, Finland och Norge– finns också ett odelat kommunalt ansvar för vård och omsorg om äldre.

I länder med sjukförsäkring eller privata försäkringsbolag – Holland, Tyskland och delvis i Frankrike – har den lokala nivån mindre betydelse. I Spanien delas ansvaret för vård och omsorg om äldre mellan kommunen och regionen.

OECD har gjort ett försök till klassificering av några länder (sex av de studerade 8 länderna) efter grad av formell (anställd eller köpt tjänst) resp. informell vård (av anhörig)

för äldre. Tre grupper av länder kan identifieras (Finland, Danmark och Frankrike ingår ej):

Sverige, Norge och Holland:

Stor andel *formell* vård och höga andel offentlig finansiering.

Tyskland och England:

Stor andel *informell* vård med genomsnittlig offentlig finansiering.

Spanien:

Stor andel *informell* vård och låg andel offentlig finansiering:

Danmark

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

Danmark har en stark central statlig styrning av sjukhusvården och allmänläkarsystemet medan kommunerna ansvarar för äldreomsorgen. Kvalitet och tillgänglighet inom hälso- och sjukvård, liksom inom omsorg, anges allmänt som god både för äldre och för andra medborgare. Besparingar i kommunerna har emellertid lett till urholkning av kvalitén i de kommunala insatserna. Det gäller särskilt besparingar inom hemtjänsten.

Fem regioner styrs av regionråd som väljs vart fjärde år och finansieras till 80-85 procent från staten och till 15-20 procent på uppdragsbasis från kommunerna. Regionerna har hand om all sjukhusvård, tandvård, läkemedel och allmänläkarsystemet.

En tredjedel av allmänläkarna arbetar i enmanspraktiker, men de flesta i flerläkarstationer och deras andel ökar. Allmänläkarna har "gate-keeper" funktion – dvs. remiss tvång gäller för rätt till annan vård (om man inte har privat försäkring eller betalar själv). Med remiss kan patienten själv välja sjukhus. Ersättningen till allmänläkare är baserad på fast kapitering (1/3-del till 50 %) och "fee-for-service" (resten).

Nästan alla sjukhus är offentliga. Det finns få privata sjukhus och kliniker men antalet ökar. Alla vårdgivare måste ha avtal med regionen för att ta emot patienter. Det finns ingen fri etableringsrätt, vare sig för sjukhus eller primärvård.

Danmarks 96 kommuner har egen beskattningsrätt och ansvarar bl. a. för hemtjänst och särskilt boende för äldre.

Vårdtiderna på sjukhus har sjunkit kraftigt och kommunerna tvingas betala till sjukhusen när de inte klarar att ta emot medicinskt färdigbehandlade patienter.

Sjukhus – primärvård – kommunal omsorg

Staten försöker också öka samarbetet mellan sjukhusen och allmänläkarna. 2005 kom en lag som tvingar sjukhusen att utse speciella patientkoordinatorer, som skall se till att patientinformationen och kontakt fungerar mellan sjukhus å ena sidan respektive kommunen och primärvården å andra sidan. Genom det fria valet av sjukhus ser det ut som trycket på sjukhusen att ge bra service ökat.

Kommunerna driver och har ansvar för vårdhem (plejehem/nursing homes) och för hemsjukvård genom sköterskor. Kommunerna har genom dagvård, hemtjänst och hemsjukvård ökat resurserna så att fler kroniskt sjuka kan bo kvar hemma. Varje en-

skild boende har nu en registrerad allmänläkare (tidigare var det en per institution).
Avgifter för äldreomsorg och "visitering"

Egenavgifterna för boende och mat är relativt höga och beror på inkomst och förmögenhet. Sjukvården är avgiftsfri medan läkemedel subventioneras. När den äldre fyller 70 skall han/hon obligatoriskt biståndsbedömas ("visiteras")

Rehabilitering

Rehab är gratis för patienterna och allt fler sjukhus inrättar rehabkliniker för äldre. Sjukhusen har visst ansvar, men sedan ansvarar kommunerna för träning och rehabilitering som inte görs på sjukhusen. 2007 beslutades om en reform som skulle få kommunerna att ta mera ansvar för sjukdomsprevention och rehabilitering. Bl.a. skulle kommuner bilda hälsocentraler för att ta hand om lindrigare sjukdomar. Denna reform har läkarna protesterat emot. Pilotprojekt med statlig finansiering har emellertid startats på olika håll i Danmark.

Kommunerna har ansvar för omsorg om äldre, handikappade inkl psykiskt sjuka, hemlösa, m. fl. Detta gäller både i hemmet och i speciellt boende. Verksamheten finansieras, som nämnts, via kommunalskatt och utförs till största delen av kommunalt anställd personal, men andelen privata producenter inom äldrefreomsorgen ökar. Städning mm köps av vanliga vinstdrivande företag.

För att minska kostnaderna försöker kommunerna att främja insatserna från frivilligorganisationer, höja avgifterna och lägga ut mer av insatserna på privata producenter.

Viktigaste problem

De viktigaste problemen som anges när det gäller hälsa och vård för äldre är:

Mindre resurser till förebyggande och hälsouppehållande insatser

Besparingar i kommunerna har påverkat en rad förebyggande insatser. Bland exempel som anges är mindre insatser för motion och aktivering, högre avgifter för mat (i hemtjänst och boenden) som leder till att äldre väljer bort maten, sämre förutsättningar för mobilitet (urholkning av kollektivtrafik som gör att det är svårare att ta sig till olika aktiviteter) mm.

Även primärvårdens läkare arbetar i för liten utsträckning med förebyggande och hälsouppehållande insatser. Det är reaktiva insatser, inte proaktiva insatser, som prioriteras.

Samordning mellan primärvård och omsorger vid sjukhem och boenden

Äldre på sjukhem och andra boenden har ofta kvar sin egen läkare. Det innebär att ett stort antal läkare kan svara för vården på ett sjukhem eller boende. Det försvårar och

försvagar samarbetet mellan läkare och personalen vid sjukhemmet eller boendet.

Privatisering inom sjukvården

Allt fler helt privata vårdenheter, sjukhus och andra vårdenheter startas, vilket gör att den offentliga vården tappar kompetens och resurser. En följd blir lägre kvalitet och längre väntetider i den offentliga vården. Eftersom pensionärerna normalt inte har råd att betala för privat vård eller har någon sjukvårdsförsäkring är de bland dem som drabbas av längre väntetider, längre avstånd till den offentliga vården och urholkning av kvalitet.

Samordning av vårdinsatser för äldre

Någon systematisk samordning av insatser från hälso- och sjukvården för enskilde äldre förekommer inte. Allmänläkaren fungerar som en "gate-keeper" i den meningen att den äldre måste ha remiss från sin allmänläkare för att få annan vård (om man inte betalar själv). Däremot samordnar inte allmänläkaren de insatser som olika enheter gör för den enskilde äldre och har heller inte tillgång till journaler från andra vårdenheter. Detta leder till dålig samordning mellan primärvård och slutenvård och i viss utsträckning även mellan primärvård och kommunala insatser. Denna brist i samordning försvagar även kontinuiteten i vården för de äldre.

Läkemedelsbehandling

Ingen samordning sker heller när det gäller vilka läkemedel den enskilde får. Allmänläkaren har inte tillgång till journaler från andra vårdenheter. Problem med medicinanvändningen är vanliga och leder till såväl skador som i sig kräver vård som att de tänkta effekterna av en läkemedelsbehandling uteblir.

Samordning av insatser från olika huvudmän och olika vårdgivare

Även i Danmark talar man om brister i samordning mellan primärvård, andra specialiteter noteras liksom i viss mån om brister i samordningen mellan primärvården och de kommunala insatserna.

Ett särskilt elektroniskt instrument (Personlige Elektroniske Medicinprofil - PEM) har utvecklats och kan, under förutsättning av medgivande från den enskilde, användas för att utväxla medicinsk information om den enskilde mellan olika vårdgivare. Denna skall för omsorgsinsatserna ses tillsammans med "den elektroniske omsorgsjournal" (EOJ).

Primärvården har också mycket informella kontakter med andra vårdgivare, sjukhem och boenden. Att äldre i boenden har i ökad utsträckning kvar sin egen läkare försvårar samordning mellan den kommunala omsorgen och primärvården, då det kan bli många läkare som ansvarar för skilda patienter på ett boende.

Kvalitetsuppföljning

Särskilda nämnder för klagomålshantering finns i kommunerna och på sjukhusen. Genom dessa har huvudmännen en möjlighet att följa upp avvikelser.

Staten har startat ett omfattande arbete för utveckling av kvalitet i offentlig service ("kvalitetsreform"). Vidare har Dansk Standard (DS) ett omfattande arbete när det gäller att certifiera medicinsk utrustning och annat inom hälso- och sjukvård.

Samordning av äldres läkemedelshantering

Någon särskild samordning av äldres läkemedelshantering förekommer inte. Liksom i Sverige noteras problem till följd av felaktig läkemedelsanvändning som kan leda till försämrad hälsa och behov av särskild vård.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Kontinuiteten i insatser för äldre anges som ett problem. Brister i kontinuitet motverkas i viss mån genom primärvårdens "gate-keeper" roll (remisstvång). Allmänläkaren i primärvården har en bild över den enskilde patientens vårdsökande, men inte över de olika vårdinsatserna.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Primärvården har en relativt stark roll som "gate-keeper" genom remisstvång för rätt till offentligt finansierad specialistvård. Primärvården samordnar dock inte andra specialisters insatser och har inte tillgång till journaler från andra läkare. Primärvården samordnar inte heller läkemedelsanvändningen eller de kommunala insatserna.

Tillgängligheten är hög och primärvården står i princip till förfogande dygnet runt. Genom kontakter med andra – sjukhus, sjukhem, boenden etc – försöker primärvårdens läkare samordna sina insatser och andra vårdgivares insatser – detta i dialogform. Ett problem är att inlagda på sjukhem eller boende i särskilda boenden kan ha kvar sin egen läkare, vilket försvårar samverkan mellan primärvårdens insatser och de kommunala omsorgsinsatserna.

Genom en modell med försök till hembesök får primärvårdsläkaren ofta en bra bild av den äldre samlade situation.

Övriga noteringar

En "privatiseringsvåg" anges gå över hälso- och sjukvården i Danmark, där det också fokuseras starkt på tillgänglighet och behandlingsgarantier. Mindre fokus ägnas åt förebyggande insatser, vård av kroniskt sjuka m. fl. och en risk är också att de som "skriker högst" är de som prioriteras. Hälso- och sjukvård för svaga grupper, bland

dem många äldre, med mindre förmåga att hävda sig kan bli lidande.

Antalet äldre växer i Danmark, men antalet platser i sjukhem och boenden ökar inte. Detta kan leda till problem framtiden. Notabelt är också stora skillnader i antal platser i sjukhem och boenden mellan olika kommuner.

Finland

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

I Finland sköts nästan hela hälso- och sjukvården (primärvård o sjukhusvård) av *kommunerna* (415 st) medan staten spelar liten roll. Finland har – tillsammans med Sverige - en av de mest decentraliserade sjukvårdssystemen i EU. Staten har allmän tillsynsroll mm i form av 5 regionala representanter (motsv. svenska länsstyrelser) som tillser sjukvården, överklaganden etc, bestämmer över läkemedelspriser, ger ut normer och nationella riktlinjer mm.

Finland har inga landsting eller motsvarande utan kommunerna samordnar sig och driver sjukhus i 20 olika sjukhusdistrikt. Dessa fungerar som svenska kommunalförbund med politisk ledning mm.

Primärvård i två delar

Den finska primärvården är uppdelad på två delar. *Företagshälsovården* i Finland är obligatorisk med statliga bidrag (subventioner, motsv. ca 40 % av kostnaden) och svarar även för allmän primärvård för de anställda. Ca 13 % av befolkningens alla besök i primärvården sker inom ramen för företagshälsovården.

De som har anställning gör nästan hälften, ca 45 % av sina öppenvårdsbesöken i primärvården hos företagshälsovården, ca 35 % hos kommunernas vård- eller hälsocentraler och övriga ca 15 % i en privat vårdcentral. Kommunerna med ansvar för primärvården inkl äldrevården måste ha minst en hälsocentral (HC), men många mindre kommuner samarbetar om en gemensam hälsocentral.

Det finns privat sjukvård i form av specialister, sjukgymnaster, tandläkare, allmänläkare och sjukhus men de privata vårdgivarna har en relativt liten roll (utom vad gäller tandläkartjänster). Av Finlands ca 16.000 läkare arbetar ca 1.700 helt i privat regi och ca 30 % är offentligt anställda, men arbetar någon deltid i privat praktik.

Många små kommuner

Kommunerna är många och ofta mycket små. Antalet invånare varierar från som minst 250 (!) till 560.000. Mediankommunen har 13.000 invånare, men mer än 75 % av kommunerna har mindre än 10.000 och 20% av kommunerna har mindre än 2.000 in-

vånare. Detta upplevs i Finland som det största problemet för en bättre sjukvård. Sjukvårdskostnaderna per invånare varierar kraftigt mellan kommunerna och skillnader kan inte förklaras av objektivt olika vårdbehov. Det finns också stora (oförklarade) skillnader i behandlingstider, praxis mm vad gäller både sjukhus- och primärvård. Staten försöker ingripa genom att bestämma nationella kvalitetsmål, men problemen kvarstår.

Sjukhusdistrikten består av minst ett sjukhus och varje kommun måste tillhöra ett sådant distrikt. Distrikten finansieras och styrs av deltagande kommuner, som ersätter sjukhusen för gjorda behandlingar till kommunens invånare. Antalet kommuner som är medlemmar i sjukhusdistrikt varierar från 6 till 58(!). Distrikten har mellan 65.000 till 1,4 milj. invånare (Helsingfors). Undantaget är Åland som är en unik autonom region i Finland med egen styrelse som också har hand om sjukhus och primärvård, men köper vissa specialisttjänster från Finland och Sverige. Finland har ungefär samma läkartäthet som andra nordiska länder.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Varje kommun är enligt lagen skyldig ge vissa tjänster till sina invånare. Förutom "vanlig" primärvård (och sjukhusvård) anger lagen mödra- och barnavård, skolhälsovård, tandvård, rehab, sjukhem, öppenvård för psykiskt sjuka, ambulanstjänster, mm. Kommunerna har emellertid stor frihet att i samverkan med sitt sjukhusdistrikt – eller med andra kommuner – organisera sina vårduppgifter.

Den nationella lagstiftningen har under senare år ökat trycket på kommunerna för att öka kvaliteten i tjänsterna. Det har skett i form av bestämmelser om tillgänglighet, maximala väntetider, nationella behandlingsrekommendationer för 190 sjukdomar, obligatorisk cancerscreening, patienträttigheter etc.

Hälsocentral med egna sängar

Det finns ca 240 hälsocentraler (HC) i Finland (har minskat över tid) och varje central ansvarar normalt för ca 20.000 invånare. Flera hälsocentraler har egna sängar (30-60 sängar) och i de större städerna kan man säga att det finns "vårdcentralsjukhus".

De flesta patienter på dessa "sjukhus" är *äldre* med kroniska sjukdomar och dessa "sjukhus" fungerar de facto som del av långvården. Cirka hälften av patienterna finns på "sjukhuset" i mer än 6 mån.

De flesta hälsocentraler har egen röntgenutrustning, labb, EKG-utrustning, ultraljud och där görs även mindre operationer mm. Förutom allmänläkare finns tandläkare, sjuksköterskor (ssk), barnmorskor, socialarbetare, sjukgymnaster, psykologer. För varje allmänläkare finns ca 1.500-2.000 invånare (ingen obligatorisk listning till viss allmänläkare, se nedan).

I hälsocentralens uppdrag ingår också att sköta skolhälsovård, företagshälsovård, medicinsk vård inom långvården. Hembesök av allmänläkare är ovanligt, men sköts av sjuksköterskor.

I glesbygder fungerar hälsocentralerna de facto mer eller mindre som små helspecialiserade sjukhus. Under senare år har kommunerna bl. a. för att minska sina kostnader till sjukhusdistrikten ökat möjligheten till specialistvård (inkl operationer mm) inom ramen för utbyggda hälsocentraler.

Sjuksköterskor spelar en mycket viktig roll i de finska hälsocentralerna (och inom hälsovården i allmänhet) och har bl. a. egna mottagningstider, ger injektioner, mäter blodtryck och har även hand om – vilket är ovanligt i Norden och EU - det mesta av mödra- och barnvården. Sjuksköterskor gör också de flesta av hembesöken mm.

Allmänläkare fungerar också som företagshälsovårdsläkare till de företag som valt hälsocentralen som sin företagshälsovård (företagen kan dock välja fritt, även privata vårdgivare). Kostnaden för företagsbesök betalas helt av företaget till kommunen (företaget får i sin tur viss del av kostnaderna subventionerade av staten direkt, se ovan).

På frivillig basis finns ett familjeläkarsystem som idag omfattar ca hälften av allmänläkarna. Familjeläkarna är dock fortfarande anställda med lön som tidigare.

Hälsocentralerna i Finland är en integrerad del i den kommunala förvaltningen och köp-säljrelationer är ovanliga, men kommunerna köper dock tjänster från privata producenter, bl.a. från ideella organisationer för äldreården.

Patienterna kan inte välja hälsocentral, men måste tillhöra en sådan. I de större kommunerna har varje hälsocentral ett angivet befolkningsansvar. För att besöka sjukhus krävs remiss från hälsocentralen, om det inte gäller akuta omhändertaganden.

Social omvårdnad

Den finska lagstiftningen ger inte äldre lagligt garanterad rätt till äldreomsorg och inte heller lagstadgad rätt till äldreboende. Det finns en lag som gör kommunerna skyldiga att ge hjälp åt sjuka och handikappade, men den anger inte explicit äldre eller dementa. Men trots det finns i princip motsvarande stöd till äldre som i Sverige: färdtjänst, hemtjänst, dagcenter, måltidsservice, serviceboende, långvårdsboende. Omfattningen och kvaliteten varierar dock kraftigt mellan kommunerna och särskilt i små kommuner utanför tätort är serviceutbudet begränsat.

Rehabilitering sköts av hälsocentraler och sjukhus i samarbete och finansieras av den statliga socialförsäkringen.

Långvård för äldre sker i tre former: traditionella långvårdshem ("åldringshem"), i hälsocentralernas "sjukhus" och i s.k. serviceboenden (egna lägenheter men med

gemensam matsal, sjuksköterskor, personal mm). De flesta av dessa institutioner drivs och ägs av kommunen, men det finns också privata operatörer. Det medicinska ansvaret (vårdbedömning) för alla behövande – oavsett boendeform – ligger hos allmänläkare på hälsocentralen.

Åldringshemmen vårdar äldre personer vilka inte längre klarar sig hemma eller i en servicebostad utan behöver omsorg dygnet runt. När en person flyttar till ett åldringshem ingås ett långvårdsavtal och beslut om vårdavgiften.

Vårdavgiften utgör högst 80 % av personens alla regelbundna nettoinkomster (upp till att självkostnaden är betald). Förmögenhet beaktas inte och påverkar inte vårdavgiftens storlek. Personen bör få disponera åtminstone folkpensionens grunddel själv.

År 2005 fördelade sig befolkningen över 75 år i olika boende enligt följande: 12 % hemtjänst, 5 % särskilt boende, 4 % långvård och 3 % i långvård på hälsocentraler.

Andelen äldre i sk serviceboende har ökat och andelen i långvården har minskat. En anledning till detta är det blir billigare för kommunerna eftersom staten täcker flera kostnader (bl.a. mediciner) i den boendeformen än för patienter i långvården. Ca 90 % av boenden på långvårdsenheter är dementa.

Kvaliteten i hemtjänst (hemsjukvård) är även den mycket varierande mellan kommuner och allmänt i Finland är hemtjänsten klart underdimensionerad i relation till behoven. Staten har försökt påverka kommunerna med rekommendationer om antal personal per patient för olika tjänster mm; dock utan extra finansiering från staten.

Särskilt bostadsbidrag finns för pensionärer. För den som har pension under 540 € per månad betalas 80 % av hyran. Sedan sker en avtrappning upp till 1.245 €/mån då inget bostadsbidrag utgår.

Det finns också s.k. närståendeersättning som är ett bidrag till person som vårdar anhörig i hemmet. Beloppet - som skall beskattas - varierar beroende på vårdbehov mellan 300 till 627 € per månad men kan som högst vara 1.249 € per månad till den som tar hem en anhörig från institutionsvården.

Samordning av insatser för äldre från olika huvudmän och olika vårdgivare

På de flesta sjukhus finns utskrivningssköterskor som ansvarar för att kontakt tas med anhöriga och/eller kommunens socialtjänst. I vissa kommuner finns speciella "case managers" för dementa patienter.

Allmänt försöker staten uppmuntra till samarbete om hälsocentraler mellan (små) kommuner och utvecklingen går i denna riktning – men trögt. Samma gäller att få ett gemensamt informationsutbyte (journaler mm) mellan sjukhus och primärvård inom

samma sjukhusdistrikt. Samma gäller också försök att flytta beslutanderätt från kommuner till sjukhusdistrikten (sjukhusen) eftersom många i Finland anser att samarbetet mellan primärvård och sjukhusen är dåligt. En stor anledning till detta är helt enkelt att många kommuner i Finland idag är så små att större patientutgifter för sjukhusvård för en enda innevånare kan ge märkbara finansiella effekter i kommunens budget.

Staten försöker – via olika försök med ekonomiska incitament - också få in primärvården i det interkommunala samarbete som av tradition finns inom andra områden (skolor, socialtjänst, mm).

Kommunsammanslagningar sker dock kontinuerligt och antalet kommuner kommer att minska med 62 st. den 1 jan 2009.

Kvalitetsuppföljning

Finland har sedan år 2000 börjat tillämpa ett internationellt individuellt vårdbedömnings- och uppföljningssystem (RAI, Resident Assessment Instrument) för kvalitetsmätning för äldre inom långvård och hemtjänst. Systemet omfattar för närvarande ca en tredjedel (11.000) av långvårdplatserna och 9.000 hemvårdsplatser och tänkt att användas som benchmarking av olika institutioner och tjänster.

Samordning av äldres läkemedelshantering

Det finns bara ett frivilligt system som bygger på att individen ger apoteket tillstånd att registrera och följa förskrivningen ett år tillbaka. Apoteken har också dataprogram som kontrollerar om det finns kontraeffekter i samverkan med annat läkemedel vid varje enskild förskrivning som i sin tur ger information till individ och förskrivande läkare.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Hög personalomsättning i särskilt boende och även i hemtjänsten innebär dåligt kontinuitet för de äldre.

Problem för äldre

Hälsovårdscentralerna (HC): 20 % av GP är nu privatanställda och antalet privatanställda har ökat kraftigt de senaste 5 åren. Orsaken är bl.a. missnöje med arbetssituationen på HC bland läkare. Långa köer, överbelastning, läkare slutar, mest yngre läkare som jobbar på HC, längre köer etc. – blir en ond cirkel. 2/3-delar av HC fungerar bra, resten sämre. Många små kommuner (i glesbygd) med läkarbrist säljer sina HC till privata utförare och sedan får de köpa tillbaka tjänster till höga kostnader.

Problem med läkarförsörjningen i inom offentlig vård. En orsak är expansionen av

den inbyggda företagshälsovården som drar resurser från den offentliga vården. Inom företagshälsovården sker "överbehandling" av relativt friska patienter och "underbehandling" på HC av arbetslösa, äldre och unga.

Dessutom problem med personalbrist i allmänhet inom sjukvården för sjuksköterskor och undersköterskor. Finland "importerar" nu sjuksköterskor och undersköterskor från Filipinerna med korttidskontrakt (2-3 år).

Specialistvården fått ökade anslag år efter år men trots detta fortsätter man i ökad grad att återremittera patienter tillbaka till primärvården. Detta leder till mer och mer vårdkrävande patienter (äldre) i primärvården med ökad arbetsbelastning, ökad personalomsättning mm till följd.

Specialistvården har mer och mer blivit "organspecialister" och så fort det studerade "organet" har diagnostiserats och eventuellt åtgärdats så sker återremiss till primärvården utan att man ser till hela patienten och dennes sociala situation.

Problem med medicinskt färdigbehandlade patienter (från akutsjukhusen) som ej får plats i kommunernas boenden och vårdssystem.

Polyfarmaci förekommer inom långvården.

Även om kommunen formellt har ansvar för sjukvården och för socialvården så finns olika kulturer och tekniska problem (IT) som försvårar koordinering för den äldres bästa *inom* samma kommun.

Kommunerna privatiserar äldreboendet i ökad utsträckning vilket medför att de äldre får betala alltmera själva.

Långa köer till den offentliga tandvården på HC.

Övriga noteringar

De stora utmaningarna för den finska hälsovården är att utjämna skillnaderna i vårdkonsumtion: geografiskt och mellan socioekonomiska grupper. En anledning till de stora socioekonomiska skillnaderna är förekomsten av företagshälsovård (inkl vanlig primärvård) som inte når grupper som har svag ställning på arbetsmarknaden. Företagshälsovård är dessutom gratis för anställda medan besökare på VC får betala patientavgift. Privat vård och företagshälsovård har under de senaste tio åren ökat mera än den kommunala hälso- och sjukvården: antalet läkare ökade 1996-2006 med 69 % i företagshälsovården, med 62 % inom den privata vården och med bara 9 % inom hälsocentralerna. Därtill kommer rekryteringsproblem för alla yrkeskategorier i glesbygd.

Regeringen satsar – i kostnadsbesparande syfte - mycket kraftigt på att minska antalet

platser inom långvården. Enligt regeringsbeslut skall alla kommuner minska täckningen av antalet långvårdsplatser för befolkningen över 75 år till 3 % år 2012. Som jämförelse kan nämnas att Helsingfors kommun 2008 hade en andel på 9 %.

Norge

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

I Norge har staten, sedan en reform 2002, ansvar för hela sjukvårdssystemet frånsett primärvård. De 431 kommunerna ansvarar för primärvård och äldreomsorg (hemhjälp, sjukhem etc.). Kommunernas insatser finansieras via kommunalskatt och statsbidrag. Landstingen (fylkena) har bara kvar ansvaret för tandvården. Det finns ca 4.000 allmänläkare som är självständiga vårdgivare med offentlig finansiering. Invånarna är listade hos allmänläkare ("fastelege"). Den privata sektorn inom sjukvården, exklusive allmänläkarna, är liten i Norge och finns inom i första hand inom tandvård, rehabilitering och laboratorier. 90 % av äldreboende är ägda av kommunerna, 3 % drivs kommersiellt medan ca 7 % drivs av ideella organisationer. Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar är liten i Norge.

Hälso- och sjukvården i Norge är indelad i 5 geografiska områden, med mellan 460.000 och 1.7 miljoner invånare (Oslo), med minst ett universitetssjukhus i varje. I varje region finns en regional hälsomyndighet, som inom sitt område ansvarar för all specialiserad vård, inkl mentalvård, labb, röntgen, drogbehandling etc. Hälsomyndigheten sluter avtal med "sjukhusföretagen" (som är ägda av hälsomyndigheten) och svarar för hela deras finansiering. Regeringen beslutar om nedläggning av sjukhus. Sjukhusen är relativt självständiga och är en egen juridisk person ("sjukhusföretag") med en styrelse utsedd av regeringen. Finansieringen av sjukhusen baseras på DRG-prestationer och fast tillskott per behandlad patient. Finansiering baserad på DRG infördes 1997 och ledde till en kraftig ökning av antalet behandlingar och minskning av vårdköer. Antalet sjukhus är nu ca 31, en kraftig minskning (främst genom sammanslagningar) från 80 sjukhus i början på 1990-talet.

Kommunerna ansvarar för primärvården och skriver kontrakt med allmänläkare om kostnader, service mm. Allmänläkarna finansieras på tre sätt: kapitering (från kommunen - ersättning för listade medborgare), fee-for-service (från staten - ersättning för gjord behandling) och patientavgifter. Kommunen sluter avtal med privata vårdgivare som psykologer, sjukgymnaster, m fl. Kommunerna får höga statsbidrag som förde-

las mellan kommuner med hänsyn tagen till strukturella faktorer (befolkningens ålder, kön och andra faktorer som påverkar behovet av sjukvård). Därtill kommer öronmärkta statsbidrag till kommunerna, t ex för byggande av institutioner för vård av äldre, mentalt sjuka etc.

Norge har en EU:s högsta kostnader för sjukvård mätt som andel av BNP. 85 % av vårdkostnaderna är skattefinansierade, resten är avgifter (mest för tandvård), patientavgift för läkarbesök är ca 125 NKR/besök).

Sedan 2001 är kommunerna skyldiga tillse att alla invånare kan lista sig hos en allmänläkare. Kommunen sluter avtal med flera allmänläkare; avtalen sluts lokalt men det finns en nationell reglering av innehållet. Listningen är ca 1.500 patienter per läkare. Reformen var en stor förändring eftersom allmänläkare tidigare var anställda i offentligt ägda vårdcentraler. Allmänläkarna arbetar ofta i en gruppraktik med 2-6 läkare, med annan anställd personal. Det finns ca 4.000 allmänläkare i Norge. 98 % av befolkningen är listad hos sin läkare. Allmänläkaren har en "gate-keeper roll" i relation till annan sjukvård. Sjukhusen har skyldighet att ge gratis råd till den kommunala hälso- och sjukvården.

Kommunen har ansvar för att det finns långvårdsenheter, ålderdomshem, dagcenter och hemtjänst till alla behövande (inte bara till äldre). Det finns (2002) ca 46.000 personer i sjukhem (mest äldre över 80 år), ca 46.000 personer i ålderdomshem och ca 162.000 fick hemtjänst av olika omfattning (av dessa var ca 41.000 under 67 års ålder). Kommunerna kan själv välja mix av sjukhem, ålderdomshem, gruppboende (ordinärt boende) respektive hemtjänst, så länge de upprätthåller god kvalitet.

Viktigaste problem

De viktigaste problemen som anges när det gäller äldres hälsa och hälso- och sjukvård för äldre är:

Dålig rehabilitering för äldre

Både sjukhus och kommunerna har skurit ner på rehabiliterande insatser liksom hälsoförebyggande insatser och aktivering (fysioterapi mm). Detta leder till problem särskilt för äldre som snabbt kan bli i behov av vård igen ("svängdörrs-patienter")

Besparingar på insatser i kommunerna

Kommunerna skär ner resurserna för insatser för äldre, detta har lett till att det finns för få sjukhemsplatser och kvalitén på den vård som ges inte är tillräckligt bra. De resurser som satsas på sjukhemmen har till stor del satsats på att göra "boendet" bättre, medan kvalitén på vården inte förbättrats på samma sätt. Kommunerna förvandlar också sjukhemsplatser till omsorgsboenden (som är "eget boende") för att spara peng-

ar genom att ta ut högra avgifter. Tidsstyrningen i hemtjänsten blir allt hårdare och tiderna blir kortare ("stoppeklokkementalitet").

Läkemedelshantering för äldre

Många äldre har flera olika läkemedel utskrivna av flera olika läkare. Någon samordning eller samsyn av/på dessa insatser finns inte. Problem med felaktig hantering av läkemedel och olämpliga kombinationer av läkemedel finns på samma sätt som i Sverige.

Samordning av olika insatser

Problem med samordning av insatser mellan olika nivåer/huvudmän och olika specialister är stora och av samma karaktär som i Sverige. Allmänläkaren har "gate-keeper" funktion i den meningen att remiss krävs, men samordnar inte insatserna. Regeringen har aviserat en stor "samhandlingsreform" för att stärka samverkan.

För få läkare och för få geriatriker

Det finns för få läkare allmänt vilket innebär att många allmänläkare har för många listade patienter och har för lite tid för varje patient. Många sjukhem har för dålig tillgång till läkare. Det finns också för lite geriatriker på sjukhusen, flera sjukhus saknar geriatrisk kompetens. Det finns vidare för få geriatriska vårdplatser. Generellt sett anges att äldre och geriatrik har för liten prioritet, för lite resurser och för låg status i sjukvårdssystemet.

Listade läkare (fastelege) gör inte hembesök

Den listade läkaren (fastelegen) gör i de flesta kommuner inte hembesök eller för få hembesök. Då sköts hembesök i stället av en jourläkare (legevakt). Detta leder till problem med kontinuitet och kvalitet.

Samordning av insatser från olika huvudmän och olika vårdgivare

Samordning av insatser mellan olika huvudmän, främst kommun och stat/sjukhus, är ett stort problem. Samordningsproblem finns även mellan allmänläkaren och sjukhusen, allmänläkare och kommunal vård och omsorg samt mellan olika specialiteter inom sjukhuset liksom mellan olika insatser från respektive kommun.

Ett särskilt problem är bristerna i samordning av hantering av "utskrivningsklara patienter" när det gäller samordning med primärvården och den kommunala "helsetjensten". Brister här leder ofta till förnyade behov av sjukhusvård.

En stor reform - "samhandlingsreform" - planeras för att stärka samverkan mellan olika delar av vården, särskilt mellan "1. Linjetjensten" och "2.linjetjensten" - dvs. primärvården (fastlegene) och sjukhusen samt kommunernas hälsovård ("kommunehelsetjensten")

Samordning av äldres läkemedelshantering

Någon egentlig samordning av läkemedelshantering sker inte. De problem som anges i Norge med brister i läkemedelshantering, läkemedel som inte bör kombineras används samtidigt, risker för hälsoskador till följd av felaktig läkemedelshantering mm är i stort sett de samma som anges i Sverige.

Kvalitetsuppföljning

Någon systematisk nationell uppföljning av kvalitet i hälso- och sjukvård för äldre anges inte finnas. "Fylkesmann" och "fylkeslege" är kontrollinstans för hälso- och sjukvården i fylket, denna kontroll sker genom tillsyn, främst i form av stickprovsvisa besök. I varje fylke finns ett "pasientombud" som verkar inom såväl sjukhusvården som primärvården och kommunhälsovård. På varje sjukhus finns en styrelse, den utser "brukerutvalg" vilket också är ett sätt att följa upp kvalitet och klagomål. Många sjukhem har ett "samarbeidsråd" där patienternas synpunkter tas upp.

Generellt är mycket av kvalitetsuppföljningen baserat på klagomålshantering. Och det kommer alldeles för lite klagomål från patienter, särskilt äldre patienter som känner sig vara i beroendeställning. Riksrevisionen har angett att uppföljningen av olyckor och felbehandling är dålig.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Stora brister i kontinuitet anges när det gäller vård av äldre. Bristerna gäller främst kommunernas insatser för sjuka, som vårdas i hemmet och har hemtjänst, samt sjukhusens insatser. När det gäller primärvårdens insatser är kontinuiteten bättre med undantag från att i de flesta kommuner den listade allmänläkaren (fastlegen) inte gör hembesök, vilket leder till att en annan läkare (legevakt) gör hembesök.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Primärvårdsläkaren (fastlegen) har "gate-keeper" roll när det gäller tillgång till andra specialiteter genom att remisstvång finns. Primärvårdsläkaren samordnar dock inte insatserna till den enskilde patienten, varken sjukhusinsatser, kommunala insatser eller medicineringen.

En viktig fråga är att stärka primärvårdsläkarens (fastlegens) befogenhet i relation till den kommunala "helsetjenesten", t ex att "fastlegen" skall kunna lägga in patienter på sjukhem direkt. Detta skulle förebygga en hel del av behovet av sjukhusvård.

Primärvårdsläkaren (fastlegen) gör oftast inte hembesök utan det sker genom en särskild jourläkare (legevakt).

Primärvårdens status i sjukvårdssystemet är låg och detta anges som ett problem.

Övriga noteringar

En stor reform "samhandlingsreform" för att stärka samverkan mellan olika vårdgivare och olika specialiteter, men kanske också att stärka "kommunehelsetjenesten", är på gång.

En utveckling av valfrihetssystem håller på att ske, särskilt i den kommunala hälsovården och hemtjänsten, särskilt i borgerligt styrda kommuner, t ex Oslo.

En fråga som aktualiseras vid intervjuer är att man menar att äldre skall ha samma tillgång som andra till diagnos, behandling, rehabilitering och omsorg.

England

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

Framför allt Scotland men även Wales och Nordirland har delvis annorlunda system varför redovisningen nedan enbart gäller England; sjukvårdssystemen i Scotland, Wales och Nordirland *finansieras* dock nästan helt från regeringen i London.

Staten har hand om all sjukvård, sjukvården är gratis för alla invånare och sjukvården finansieras helt (94 %) via skatter. Den offentliga sjukvården är organiserad i en nationell struktur "National Health Service" (NHS). NHS har totalt i (inkl Scotland och Wales) ca 1,5 milj. anställda varav ca 90.000 är sjukhusläkare, 35.000 allmänläkare (GPs), 400.000 sjuksköterskor (ssk) och 16.000 som arbetar med ambulanstransporter (dessutom tillkommer annan vårdpersonal och personal som har hand om ekonomi, städning, mat, etc.). Systemet är under hård (ekonomisk) styrning från regeringen (hälsodepartementet) och den årliga budgeten (ca 90 miljarder pund 07/08) behandlas i regeringens ordinarie budgetprocess.

Hälsoministeriet fördelar pengar till 10 st. regionala ungefär likstora Strategiska Hälsomyndigheter (SHA) som har planeringsansvar för både primärvård och sjukhusvård inom sin region, med ca 4 milj. invånare per SHA i genomsnitt (utom Londonområdet som har 7 milj. inv.). SHA har också tillsynsansvar inom sin region vad gäller medicinsk kvalitet, åtgärder för att minska värdköer och för nationella vårdprioriteringar (diagnosgrupper, patientgrupper, prevention, mm).

Fördelningen av pengar till resp. SHA sker per inv. men med hänsyn till olika faktorer som påverkar förväntad vårdkonsumtion (kön, ålder, socioekonomiska förhållanden, sjuktal etc.). Inom varje SHA finns sedan distriktshälsomyndigheter (DHA) som får sin budget från SHA och som har det direkta *operationella* ansvaret för att befolkningen har

tillgång till fungerande sjukhus- och primärvård mm. Det finns ca 100 DHA med i genomsnitt ca 500.000 inv. (varierar från 100.000 till 800.000 inv.). DHA (som köpare av vård) skriver olika former av kontrakt med de olika offentliga trusts/producenter inom sjukhus- respektive primärvården.

Antalet läkare och sjuksköterskor per inv. är lågt UK i jämförelse med andra EU-länder.

På varje sjukhus finns minst en geriatrisk vårdavdelning som ofta får ta emot andra patienter eftersom det är ett stort tryck på sjukhuscheferna att dra ner på behandlingstiderna. Eftersom politikerna vill dra ner antal platser på sjukhusen arbetar man med att få in geriatriker inom "the home care sector". Men det finns motstånd mot detta bland läkarna, bland annat på grund av att man vant sig vid att bara jobba på sjukhusen.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

De flesta allmänläkare, GP ("General Practitioner") och tandläkare inom en SHA ingår i en Primary Care Trust (PCT) som har planerings- och genomförandeansvar för primärvården och ansvar för koordineringen mellan sjukhusvård, primärvård och social (lokal, kommunal) omvårdnad med utgångspunkt i bästa vård för den enskilde patienten. Sammanlagt går ca 80 % av NHS budget genom dessa PCT som har totalt ca 30.000 GPs och 18.000 tandläkare under sej. Det finns ca 150 PCT i England. Dessa GPs och tandläkare är inte anställda av NHS utan är självständiga vårdgivare men ingår i NHS och resp. PCT. Syftet är att resp. PCT efterhand skall få allt större ansvar för all vård som NHS finansierar.

Primärvården består av GP- och tandläkaretjänster. Ca 99 % av befolkningen är listad hos en GP som har en strikt gate-keeping roll: 90% av alla patientkontakter inom NHS är med en GP. Val av GP är fritt men få byter GP. GP arbetar i grupper om minst 4 läkare och bara 10 % av GP arbetar numera i ensampraktik. GP är självständiga vårdproducenter vars nationella organisation årligen förhandlar med hälsoministeriet kring ersättning, regler mm.

Det råder etableringskontroll med krav på tillstånd (från en nationell myndighet) för att sätta upp en ny GP-enhet. På senare år har andelen för fast kapitering och ett fast årligt grundbelopp minskat till förmån för olika "performance-based" ersättningar, mål finns om hälsokontroller, preventiva aktiviteter mm för listade patienter. Ersättningarna är beräknade att täcka alla kostnader för enheten (hyror, material, datorer, anställda, mm) och ett överskott som skall motsvara lönen för respektive allmänläkare (GP).

Det finns två helt olika service- och finansieringssystem för omhändertagande:

Hemsjukvård (district nurces) betalas av NHS och personalen är anställd av NHS (arbetar i praktiken som en del av sjukhusen och mest bara kontakt med dem).

Socialtjänsten (kommunal): hjälp med medicinering, städning (varierar dock mellan olika kommuner om städning ingår eller ej), personlig hygien, shopping, etc. GP och deras "practising nurses" har mycket liten roll inom socialtjänsten.

Social omvårdnad

Med social omvårdnad menas i England dels långvård och ålderdomshem för äldre och institutionsvård för mentalt eller fysiskt handikappade. Och dels hemtjänst av olika slag (inkl medicinsk vård/hjälp). Ansvaret för planering, tillgång mm är ett *delat ansvar* mellan NHS och kommunen. Men det fungerar hittills dåligt med samarbetet vilket man försöker ändra (se punkt 4 nedan).

Det normala i England är att nära anhörig har hand om vården för vårdbehövande (både äldre och yngre) i sitt eget – eller i den vårdbehövandes – hem. Det finns nästan 6 milj. sådana informella vårdgivare och det finns en sådan vårdgivare i vart 6e hushåll.

Under 70- och 80-talet stängdes – precis som i Sverige – många institutioner till förmån för att patienterna skall övergå i eget boende. Men framväxten av tjänster för eget boende klarade inte av det ökade behovet, framför allt från det ökande antalet vårdbehövande äldre. Under 1980/90-talet subventionerade NHS framväxten av privata långvårdsgivare; dessa finansierades av centrala skattemedel. Från 1980 till 1994 växte antalet platser för äldre i sådana ålderdomshem från 36.000 till över 164.000; under samma tid minskade antalet platser i motsv. institution som kommunen stod för från 114.000 till 69.000 platser. Dvs. en nettoökning med ca 80.000 platser.

Systemet har nu ändrats så att kommunen gör utredning om vårdbehov och har ansvar för att lämplig hjälp finns tillgänglig. Den centrala finansieringen av långvård har försvunnit och pengarna går nu i stället kommunen som i sin tur betalar för vården. För äldre gäller strikta och låga inkomstgränser för att få hjälp: har man tillgångar för mer än 22.000 pund (år 2009) - inkl nettovärdet av den eventuellt ägda fastigheten – får man ingen hjälp (eller får betala alla kostnader själv). Har man nettotillgångar över 10.000 pund får man betala delar av kostnaden medan individer med tillgångar under detta belopp får vården gratis. Detta startade en politisk debatt om fall där äldre tvingats sälja sitt hus för att få hjälp vilket i sin tur har lett till att man delat upp kostnaderna för institutionsvård i tre delar: hyra, levnadskostnader resp. vårdkostnader. Vårdkostnaden är gratis medan patienten skall bidra till övriga kostnader efter sin förmåga (tillgångar).

Nya regler gäller också för NHS där man kan direkt kan ge pengar till kommunen för att finansiera långvård mm för äldre. Och omvänt, kommunen kan betala till NHS för viss (medicinsk) vård till äldre och andra vårdbehövande. Den fysiska standarden i långvård och ålderdomshem (mat, antal äldre per rum, underhåll av fastigheten, uppvärmning mm) är relativt låg i England och numera har ansvaret för att tillse dessa insti-

tutioner övergått från kommunen till ett nationellt tillsynsorgan.

Under senaste åren finns också möjligheter att ge vårdbehövande äldre en egen personlig budget som kan användas för lön till anhöriga eller till köp av tjänster på marknaden. Enligt en undersökning var det dock bara ca 42.000 personer av ca 1 miljon berättigade som fick en personlig budget (mars 2006).

Samordning av insatser för äldre från olika huvudmän och olika vårdgivare

GP fungerar bra som koordinator för hälsovården men inte för samordning med socialtjänst. På varje sjukhus finns spec. funktion ("social workers" eller "discharge nurses") som skall samordna ev. vårdbehov efter utskrivning från sjukhus och har kontakt med socialtjänsten i kommunen ("local councils"). Hur det fungerar beror på hur stora personella och andra resurser som kommunen har och det varierar kraftigt. Kommunala kostnader för tjänster för äldre över 65 år varierade enligt en undersökning från 500 pund/år per äldre upp till över 1.500 pund/år per äldre (2004-05).

NHS arbetar mycket med disease management (t.ex. i form av speciella centraler för behandling av stroke) men funktioner av typ "case management" är outvecklade.

Sedan 1999 finns en särskild lag (Health Act Flexibilities, HAFs) som ger stora möjligheter för de lokala myndigheterna (kommunerna) och PCT (NHS) att samarbeta med gemensam ledning, gemensam budget eller till och med bilda *en* gemensam lokal organisation för att integrera primärvård och socialtjänst i syfte att skapa bättre vård och omsorg för äldre. Enligt olika rapporter verkar dock samarbetet gå trögt, bland annat på grund av att den kommunala ledningen inte vill lämna över makt till gemensamt organ. Regeringen har nyligen (april 2009) startat ett tvåårigt fullskaleförsök på 16 platser med olika typer av integrerad sjukvård-socialvård för bland annat äldre och dementa.

Kvalitetsuppföljning

Den 1 april 2009 slogs tre olika tillsynsmyndigheter (för sjukvården, mentalsjukvården och socialtjänsten) ihop till en ny myndighet, Care Quality Commission (CQC), som skall övervaka all vård oberoende av var den ges (hemma, på sjukhus, inom långvård etc). Tanken är att sammanslagningen skall ge mera resurser och bättre tillsyn men den nya myndigheten har ingen särskild kompetens inom äldrevården.

Sedan 10 år tillbaka finns också en myndighet – "National Institute for Health and Clinical Excellence", (NICE) – som ger ut rekommendationer om bästa evidensbaserade metoder inom folkhälsa, läkemedel, tekniska apparater och klinisk praxis (NICE motsvarar SBU i Sverige). NHS och regeringen ger sedan 10 år också ut rekommendationer - National Service Framework - om målsättningar (standards) för kvalitet i vård och omsorg inom olika av regeringens prioriterade områden (cancervård, diabetes, mentalsjuk-

vård, mm), också för vård av äldre.

För GP finns sedan 2004 ett nytt system – Quality and Outcome Framework - för mätning av kvalitet inom primärvården och riktar sig till GP. Om GP genomför vissa specificerade åtgärder inom olika grupper av kroniska sjukdomar (diabetes, högt blodtryck, COPD, epilepsi, astma, etc.), erhålles poäng som sedan kan leda till högre ersättning. Samma gäller om GP kan erbjuda extra tjänster inom barn- och mödravård, om GP får bra betyg av patienterna, mm.

Samordning av äldres läkemedelshantering

Någon samordning av läkemedelsförbrukningen sker inte mer än att det lokala apoteket kontrollerar receptuttag för varje individ. Alla GP får dock varje kvartal en rapport över sin läkemedelsförskrivning med olika nyckeltal för andra GPs förskrivningar.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Kontinuiteten inom hemtjänst och institutionsvård är inte bra och orsaken är främst hög personalomsättning. Individerna har samma GP under lång tid vilket gör att kontinuiteten fungerar ganska bra inom hälso- och sjukvården. Dock inte inom socialtjänsten där GP inte finns med som samordnare.

Problem för äldre

Stora problemet: köer till nursing homes och alldeles för lite resurser till social hjälp och stöd. Stort problem med brist på arbetskraft inom hem- och institutionsvården i framtiden och delvis redan nu.

GP har en liten roll som gatekeeper i relation till socialtjänsten. Mycket rundgång ("revolving doors") för äldre från och till sjukhusen. Kommunerna får betala till sjukhusen om de inte tar emot medicinskt färdiga patienter (ett system importerat från Sverige!) vilket gör att de tar hem patienter men sedan inte ger bra stöd/hjälp. Vilket i sin tur gör att de äldre snabbt blir sjuka igen och åker in på sjukhuset...

Stort tryck inom NHS via sk. performance indicators att få folk att flytta från institutionsvård (inkl vanliga sjukhus) till hemsjukvård.

Problem med anpassning av hemmet (bygga om trösklar etc.) eftersom att de flesta äger sina hem och de flesta äldre bor dåligt (gamla hus).

Den förra labouregeringen (1997-2008) gjorde stora ekonomiska satsningar på NHS som resulterade i flera anställda och minskande vårdköer men den kommunala vård och omsorgen har inte fått ökade resurser, snarare tvärtom.

Hela social service-systemet (kommunalt) är kraftigt underfinansierat och tar idag bara emot de allra fattigaste och de allra sjukaste äldre. Kommunerna får statsbidrag men

pengarna är inte öronmärkta och kommunerna kan göra vad de vill. De senaste åren har det kommit mycket "guidelines" men det sker ingen direkt styrning från regeringens sida.

Allmänläkarna (GPs) har fått kraftiga löneökningar de senaste åren och de tjänar nu ca 160.000 pund/år. Men GP-systemet har brister eftersom det inte finns något tryck på GP att öka produktivitet eller effektivitet. GP får högre kapitering för äldre men kontrollen av hur han/hon jobbar bra mot äldre patienter är bristfällig.

Många sjukhus är överbelagda med äldre patienter pga. onödiga remisser från GP och personal på nursing homes, eftersom de har dåliga kunskaper i geriatrik och då skickar man patienter till sjukhuset för "säkerhets skull".

Ett stort problem är hur man skall betala för de ökade vårdkostnader i framtiden som den åldrade befolkningen kommer att medföra.

Frankrike

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

Frankrike har en komplicerad struktur för hälso- och sjukvård - både vad gäller regional indelning och vad gäller finansieringskällor. Till detta kommer en starkt styrande centralmakt.

Frankrike är indelad i 22 regioner. Regionerna är en planeringnivå, främst för sjukvården, primärt sjukhusen. Regionerna har i genomsnitt ca 2,5 miljoner invånare. Varje region är indelad i "departement" - totalt ca 96 departement. Departementen kan sägas motsvara våra län, de har i genomsnitt ca 500.000 invånare. Departementen är uppdelade i sammanlagt 340 arrondissements och ca 37.000 kommuner.

Sjukvården finansieras via två parallella system; Dels via tre nationella sjukförsäkringar (mutuelles) med individuella medlemmar som betalar avgifter och får ersättning för sina sjukvårdskostnader. Dels via skatt som fördelas av den centrala regeringen. De tre nationella kassor är: en för egenföretagare, en för jordbrukare och en för "resten" (täcker ca 85 % av befolkningen). Därtill finns speciella kassor för läkare, gruvarbetare, studenter, militärer, mm.

Historiskt var det kassorna - som styrs av fack och arbetsgivare - som ansvarade för sjukvården för sina medlemmar, organiserade efter bransch/yrkesgrupper. Den statliga styrningen av kassorna har ökat över tid, sedan 1996 utses styrelsen av regeringen, med

lika representation från arbetsgivare och fack. Avgifterna till kassorna är obligatoriska.

Traditionellt har staten (via skatter) ansvarat för sjukhus och medicin medan kassorna via medlemsavgifter ansvarat för alla annan vård (primärvård, tandvård, glasögon, vård vid privata sjukhus). Kassorna har egna avtal med allmänläkare, icke statliga sjukhus, privata specialister etc. Den största kassan har ca 130 lokala/regionala avdelningar som sköter utbetalningar till medlemmarna. Staten har försökt göra villkor och avgifter mera lika i olika kassor. Kassorna har inte bara hand om finansieringen av vård utanför sjukhus utan fungerar också som försäkringskassor (försäkringsbolag) och betalar ut sjukpenning, mödravårdsersättning, pensioner, livförsäkring etc.

Kostnadskontrollen är ett av de stora problemen i Frankrike. Staten sätter ramar för det samlade sjukvårdssystemet -ekonomi, antal sjukhus, utgiftstak, bemanning, läkarutbildning, godkänner avtal mellan sjukvårdsproducenter och sjukkassorna, sätter priser för läkemedel och för vissa medicinska åtgärder, bestämmer nationell prioritering för vissa sjukdomar, mm.

Sjukvården finansieras till 50 % av arbetsgivaravgifter, 5 % av egenavgifter från individer och resten via skatt.

Staten har bildat regionala sjukvårdsorganisationer (ARH) i varje region där också representanter för de 3 stora kassorna ingår. Ledningen för ARH utses av hälsoministeriet. ARH har hand om all sjukhusplanering (inkl privata sjukhus), finansieringen för statliga sjukhus och fastställer också ersättningsnivå (tariffer) till privata vinstdrivande sjukhus i regionen. Nästa nivå för sjukvårdsplanering och finansiering är departementen. Departementen har hand om:

Institutioner och tjänster till äldre och handikappade (icke-medicinska)

Medicinsk vård i *samarbete* med regionen och staten.

Hälso- och annan vård till barn.

Ekonomiskt stöd till behövande och hemtjänst

Sjukdomsprevention och ansvar för sanitära förhållanden

Utom för vård på sjukhus gäller att individen själv skall betala hela behandlingkostnaden för att sedan får ersättning av sin kassa. Eftersom man i genomsnitt bara får ersättning för 75 % av kostnaderna har de flesta fransmän (85 %) en privat eller kollektivavtalad försäkring som täcker ca hälften av den icke subventionerade delen, resten av sjukvårdskostnaden (ca 12 %) får man betala själv. Bland de som inte har en privat tilläggsförsäkring finns arbetslösa, personer med tillfällig anställning, person med låga inkomster etc.

Den sociala omvårdnaden för äldre i institutioner (ålderdomshem) är departementens

ansvar medan ansvaret för den medicinska omvårdnaden ligger hos sjukförsäkringarna. Koordinationen dem emellan är dålig.

År 2000 fanns ca 12 milj. inv. över 60 år och av dessa var ca 630.000 beroende av hjälp för att klara dagliga aktiviteter. 500.000 av dessa fanns på långvårdshem och ca 18.000 på mentalsjukhus. Hemhjälp finns men i liten utsträckning.

Sjukförsäkringarna finansierar hälsovård i flera former: "Retirement homes" (ålderdomshem) med ca 420.000 sängar samt långvård med 83.000 sängar.

Sjukvården är gratis i dessa institutioner men patienten betalar höga avgifter för hyra och mat (40-45 euro per dag år 2000). För låginkomsttagare betalas dessa kostnader av departement/kommun men det är ständiga bråk mellan sjukförsäkringar och kommuner om vem betalningsansvaret. Långvård står för ca 3 % av alla sjukvårdskostnader (år 2000).

Från 1997 introducerades bidrag från departementen (högst 950 euro/mån) för bekostnad av hemtjänst/assistentstöd för hjälpbehövande över 60 år boende hemma eller på långvård. År 2000 mottog ca 140.000 personer sådan ersättning, 53 % av dessa boende hemma. Det genomsnittliga bidraget var 530 euro/mån för de som hade hemhjälp hemma och 290 euro/mån för boende på institution. Det finns problem med att möta efterfrågan från hemhjälp mm från vårdbehövande äldre

Den mesta primärvården ges av privatpraktiserande läkare, specialister, barnmorskor, tandläkare, sjuksköterskor och av privata sjukhus. De betalas direkt av patienterna (som i sin tur får tillbaka en del av kostnaderna av sjukförsäkringarna/kommunerna) enligt fee-for-service (enligt viss fastställd tariff, skala). Allmänläkare som har rätt att skriva remiss (det har inte alla) har en "gate-keeper" roll och får därför en kapitering per registrerad patient om 46 Euro per år.

Viktigaste problem

De viktigaste problemen som anges när det gäller äldres hälsa och hälso- och sjukvård för äldre är:

Sämre tillgång till familjeläkare natt och akut

De senaste åren har familjeläkare minskat antal hembesök och har minskad tillgänglighet nattetid och vid akuta åkommor. Denna minskade servicenivå har särskilt gått ut över de äldre. Denna utveckling väntas fortsätta.

Brist på läkare

Brist på allmänläkare finns, särskilt i vissa geografiska områden. Detta minskar tillgänglighet och servicenivå, särskilt för äldre som har svårare att själv ta sig till annan sjukvård. Antalet gamla i ordinärt boende ökar kraftigt de närmast åren, detta ökar behoven

av allmänläkare – samtidigt kommer många allmänläkare att gå i pension och allt färre är intresserade av att välja denna specialitet i sin utbildning.

Brist på platser i institutioner

Antalet äldre som inte längre kan bo i sina hem väntas öka snabbt de närmaste åren. Detta förstärks av att familjen som tagit ett stort antal för sina gamla försvagas i denna roll. Nettoeffekten av detta är ett kraftigt ökat behov av olika typer av boenden och sjukhem. Någon beredskap att tillgodose dessa behov finns inte.

Höjda avgifter

Avgifterna har höjts relativt kraftigt på senare år, pensionärer som inte har råd skall ändå få vård genom att läkaren i efterhand får ersättning från ett nationellt försäkrings-system. Denna utveckling kan leda till att ett sjukvårdssystem med två filer utvecklas, ett för de som kan betala och ett annat för dem som inte kan betala t ex fattiga pensionärer.

Sjukhussjuka

Många äldre som tas in på sjukhus, t ex efter en fallolycka, riskerar under sin behandling att infekteras och få "sjukhussjuka". Detta är ett allvarligt problem för äldre med som oftare än andra får vård för skador med öppna sår och har lägre motståndskraft mot infektioner. Detta är ett stort problem för äldre, för sjukhem och boenden.

Samordning av läkemedelshantering

Äldre är oftare än andra kroniker och har oftare än andra flera sjukdomar som medicineras. Detta leder till problem med läkemedelshantering. Något egentligt system att hantera detta finns inte utöver att medicineringen görs igenom när man läggs in på sjukhus eller sjukhem.

Samordning av insatser från olika huvudmän och olika vårdgivare

Samordning av insatser från olika huvudmän och specialister är ett stort problem. Ett sätt att hantera detta är att när en patient lämnar sjukhuset får den med sig ett dokument ("document de liaison") där den genomförda behandlingen beskrivs samt vilket behov patienten har av fortsatta insatser, från primärvården och vilka sociala insatser som behövs.

Ett system med "coordination centres" håller på att inrättas. Dessa skall samordna insatser från familjläkare, distriktssköterskor och de sociala insatserna. Dessa centra finansieras till lika delar av "departementet" och kommunen.

Samordning av äldres läkemedelshantering

Liksom i Sverige har man i Frankrike problem med att äldre ofta har många olika läkemedel. Det finns inget systematiskt arbete med samordning av läkemedelshantering, sådant sker sporadiskt, när äldre läggs in på sjukhus eller sjukhem är det vanligt att läkemedel som den gamle använder gås igenom. Samma problem som i Sverige noteras med läkemedel som motverkar varandra och effekter av inte avsett slag som kan leda till behov av vård på grund av läkemedelskonsumtionen.

I normalfallet är läkemedelshantering beroende av initiativ från den gamle själv.

Familjeläkaren har inte något samlat grepp över patientens läkemedelskonsumtion. Den enda som egentligen har detta är apoteket, och de ser inte som sin roll att påtala olämpliga kombinationer av läkemedel.

Kvalitetsuppföljning

Sjukvårdsministeriet har utarbetat standards/guidelines med en manual för hälso- och sjukvård. Sjukhusen bedöms efter dessa standards, de olika klinikernas och sjukhusens resultat i dessa nationella "ratings" offentliggörs av tidningarna. Detta skapar ett starkt tryck på utveckling och förbättring inom sjukvården.

Även i övrigt förekommer det i tidningar många artiklar om utvärdering av kvalitet inom hälso- och sjukvård.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Kontinuiteten i vård och omsorg om äldre är ett problem, detta gäller särskilt de sociala insatserna som kommunerna ansvarar för men även insatserna från sjukhusen. Allmänläkarnas insatser har minskat i kontinuitet när de gör mindre hembesök under kvällar, helger och nätter då den äldre hänvisas till en jourcentral/jourläkare.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Familjeläkaren har en relativt stark roll i vården om de äldre och konsulteras regelbundet vid inläggning på sjukhem (även om det numera är vanligt att sjukhemmen har egna läkare knutna till sig, så att de som tas in behandlas av sjukhemmets läkare och inte av sin familjeläkare).

Familjeläkaren har en "gate-keeper" funktion i den meningen att vård av andra specialister kräver remiss från familjeläkaren. Primärvårdens läkare samråder och håller ofta kontakt med läkare som behandlar deras patient på sjukhus.

Familjeläkaren har däremot ingen samordnande roll när det gäller insatser från andra specialiteter, vård/omsorg i sjukhem eller hemtjänst eller när det gäller andra insatser.

En mycket stor del av allmänläkarnas insatser avser äldre sjuka (i intervjuer uppskattat till 40 – 50 % av allmänläkarnas insatser). Det finns mycket få geriatriker och nästa alla är knutna till allmänna sjukhus.

Övriga noteringar

Ett utvecklingsarbete är på gång för att bättra kombinera hälso- och sjukvård med sociala insatser för aktivering och rehabilitering.

De ökade avgifterna ses som en risk att fattiga pensionärer kommer att få en b-sjukvård på sikt.

Behovet av såväl hälso- och sjukvård som sociala insatser hos äldre kommer att öka snabbt de närmaste åren, det finns en otillräcklig beredskap för detta – vad gäller så väl utbildning och rekrytering av allmänläkare som utbyggnad av geriatrik och social omvårdnad.

Holland

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

Det holländska systemet för sjukvård reformerades kraftigt 2006 . Många viktiga delar i det gamla systemet är dock oförändrade i det nya systemet. Det centrala i både det nya och det gamla det holländska systemet – liksom i det nuvarande tyska systemet – är att det är oberoende (privata) sjukförsäkringar (Tyskland) eller försäkringsbolag (Holland) som enligt lag helt ansvarar för att individernas vårdbehov tillgodoses. Av de tre olika försäkringssystem som fanns blev bara ett kvar, AWBZ:

Försäkring för exceptionella medicinska utgifter (AWBZ): obligatorisk anslutning för alla inv. och alla betalar till denna försäkring (dvs. också pensionärer är med och betalar). Täcker utgifter för långvård för äldre, hemsjukvård, hemtjänst, mentalvård, handikappade, medicin, kroniska sjukdomar mm. Ger dessutom ut ekonomiskt stöd. Står för ca 40 % av alla hälso- och sjukvårdsutgifter. Finansieras med en proportionell öronmärkt inkomstskatt om ca 13 %.

Vad som ändrades var den grundläggande försäkringen för hälso- och sjukvårdskostnader och den tidigare omfattande privata försäkringsmarknaden stöptes helt om.

Det nya systemet från 2006

Införande av det nya systemet byggde på ett omfattande och långvarigt missnöje med det gamla systemet:

För många olika försäkringssystem

Små valmöjligheter för individerna

Få eller inga incitament för sjukförsäkring/försäkringsbolag att hålla nere kostnaderna

Få eller inga incitament för vårdproducenter att hålla nere kostnaderna

Orättvisa premier och inkomsteffekter (dvs. premierna varierade kraftigt beroende på individens inkomst, arbetssituation, hälsotillstånd, etc.).

Svårt att byta sjukförsäkring/försäkringsbolag eftersom dessa de facto tillämpade riskselektion av försäkringstagare.

Det nya systemet trädde i kraft 2006 (vissa mindre delar skall införas gradvis fram till 2010) och innebär betydande förändringar inom den allmänna försäkringen:

Alla måste nu ha en försäkring oberoende av inkomst eller andra restriktioner.

Systemet innebär att de icke-vinstdrivande sjukförsäkringarna avskaffades, vilket innebar att de antingen lades ner helt, ombildades till vinstdrivande försäkringsbolag eller gick ihop med ett privat försäkringsbolag. Dvs. sjukförsäkringarnas funktion har nu helt tagits över av privata, konkurrerande vinstdrivande försäkringsbolag.

Dessa bolag är dock skyldiga enligt lag att ge heltäckande sjukvårdsförsäkring med samma premie till alla som vill teckna en försäkring, oberoende av ålder, kön, sjukdomsrisik, mm.

Alla individer har som tidigare fritt val av försäkringsbolag och kan byta bolag en gång per år. Barn upp till 18 år automatiskt försäkrade utan extra premie (som i det gamla systemet).

Den statliga regleringen av sjukhusen och andra institutioner (investeringar mm) avskaffas och sjukhusen får finansiera sig på den vanliga kapitalmarknaden

Nytt är dock att staten går in och täcker delar av försäkringspremien för personer som har låga inkomster.

AWBZ-försäkringen är kvar i stort oförändrad form (finansieras via arbetsgivaravgift om ca 12 %). Dessutom infördes en ny, mindre försäkring (finansieringsform) WmO där man årligen överför pengar från AWBZ till kommunerna för (ökad) lokal finansiering av social vård, stöd och omsorg.

Staten har (fortfarande) en reglerande roll men är (liksom tidigare) inte alls inblandad i

beslut om hur vården och omsorgen skall produceras. Liksom tidigare skall försäkringsbolagen förhandla med fristående vårdproducenter (sjukhus, allmänläkare, specialister) om kostnader och andra villkor för de tjänster som skall ges till de försäkrade individerna.

I det nya systemet har försäkringsbolagens möjligheter att fritt förhandla med olika vårdproducenter vidgats i syfte att öka konkurrensen mellan *vårdproducenter* och därmed hålla nere kostnadsökningarna. Tanken är också att *försäkringsbolagen* skall få ökad press (konkurrens) att leverera effektiv vård eftersom försäkringstagarna kan byta bolag och eftersom den fasta avgiften kan bli högre i bolag som går sämre.

Systemet finansieras genom dels en fast årlig avgift (ca 1.000 €/år) som kan variera mellan olika försäkringsbolag men som enligt lag måste vara lika för alla som tecknat försäkring i samma bolag (notera att den fasta avgiften är betydligt högre än i det gamla systemet, ca 3-4 gånger högre). Och dels genom en arbetsgivaravgift på ca 7 %.

Till systemet hör också ett mycket omfattande och av regeringen styrt komplicerat och centralt system där arbetsgivareavgiften fördelas ut till försäkringsbolagen efter sjukdomsriskerna bland försäkringsbolagens kunder. Ett försäkringsbolag som t.ex. har många yngre och högre utbildade försäkrade män får betydligt lägre kostnadsersättning per försäkrad än ett bolag som t.ex. har många äldre och lägre utbildade kvinnor. Det ingår flera variabler i systemet än ålder, kön och utbildning, t.ex. tidigare sjukdomshistoria, användning av läkemedel, mm. Syftet med denna centrala omfördelning är att förhindra att försäkringsbolagen söker selektera sina kunder till sådana med låga förväntade sjukvårdskostnader. Formellt är försäkringsbolagen enligt lag förbjudna att riskdiskriminera mellan olika individer vid tecknade av den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. För tilläggsförsäkringar finns dock inga sådana hinder.

Vad har hänt sedan 2006?

Antalet individer som bytte försäkringsbolag steg kraftigt 2006 (till 18 %) för att sedan minska 2007 och 2008 till ca 5 % per år vilket är en *lägre* andel än de som bytte sjukkassa i det tidigare systemet.

Antalet hushåll som måste ha bidrag från staten för att kunna betala den fasta avgiften har ökat kraftigt och år 2010 antas 70 % av hushållen få någon form av bidrag (stort el litet).

92 av befolkningen har tecknat olika kompletterande vårdförsäkringar (mest för tandvård) vilket är ungefär samma andel som före reformen.

Antalet sammanslagningar av försäkringsbolag har ökat och 2009 har de fyra största koncernerna nästan 90 % av marknaden. Nu finns ca 25 försäkringsbolag.

Administrationskostnaderna hos försäkringsbolagen har inte ändrats (ca 5 % av alla

kostnader). Antalet grupperbidande med rabatt (upp till 10 %) från försäkringsbolagen till t.ex. alla anställda på ett företag har ökat. Detta strider mot systemets tanke att bolagen skall konkurrera med försäkringsinnehåll och inte priser och mot att bolagen inte skall selektera sina kunder.

Ökad konkurrens mellan sjukhusen har inneburit press på priser och på totala vårdkostnader. Några sjukhus har gått i konkurs och tagits över av finansbolag. Ett regionalt försäkringsbolag har köpt 40 % av ett regionalt sjukhus som hade lönsamhetsproblem. Det finns också exempel på hur försäkringsbolag börjat köpa upp allmänläkarpraktiker. En del menar att dessa uppköp är exempel på vertikal integration som *inte* var tanken bakom den nya reformen. Frågan är också om politikerna kan tillåta stora privata sjukhus i tätbebyggda områden att gå i konkurs (jfr krishanteringens med stora samhällsviktiga insolventa banker).

Försäkringsbolagen har också börjat med rabatter till försäkringstagarna om man bara väljer vissa allmänläkare resp. vissa sjukhus – dvs. en typ av HMO som finns i USA.

Nästan alla holländare väljer att också köpa kompletterande frivilliga sjukvårdsförsäkringar. Men för frivilliga försäkringar gäller inte kraven på bolagen att inte selektera risker, vilket innebär att försäkringsbolagen i *ökad* utsträckning nu kräver hälsodeklaration (eller kan ta andra, ej öppet redovisade hänsyn för att diskriminera). Eftersom man oftast köper sin tilläggförsäkring från samma bolag där man har grundförsäkringen finns en rädsla för en de facto riskdiskriminering via tilläggförsäkringarna.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Holland har ett utbyggt familjeläkarsystem med listtvång med kraftig gate-keeper funktion inkl remisstvång för besök hos specialist eller (icke akut) sjukhusvård. Ca 30 % är ensampraktiserande allmänläkare och andelen grupp-mottagningar ökar snabbt. Varje allmänläkare har ca 2.000 patienter listade. Holländska allmänläkare har låg remissfrekvens (dvs. gör mycket själv) och har låg andel receptutskrivning. Allmänläkaren betalas med en kombination av kapitering för och fee-for-service och har en viktigt koordinerande roll inom sjukvårdssystemet.

Individerna kan fritt välja allmänläkare men det finns geografiska begränsningar i form krav på att en allmänläkare skall kunna nå sin patient inom 20 minuter. När en individ registrerar sig hos en allmänläkare skickar denne en redovisning till patientens försäkringsbolag och erhåller varje kvartal en fast ersättning plus ersättning för vissa utförda undersökningar mm.

Social omvårdnad

I hela landet finns 32 s.k. omsorgskontor (Zorgkontoor) som tar emot anmälningar om behov av hjälp från äldre, och även från yngre personer med handikapp, mentala stör-

ningar mm. Dessa kontor tar också beslut om hemsjukvård och vård i särskilt boende. Kontoren drivs av AWBZ och till kontoren hör en separat avdelning (CIZ) som utför vårdbedömningar av enskilda vårdsökande. Vårdbedömningar sker efter ett system som gäller för hela landet. Kommunen (via WmO) fattar beslut om stöd och hjälp i hemmet som inte gäller personlig omvårdnad eller sjukvård (dvs städhjälp, hjälp med inköp, bostadsanpassningar, rullstol, etc.). Ofta samarbetar allmänläkaren, kontoren och kommunen kring bedömningar och beslut om vård och omsorg.

Kontoren har kontrakt med olika företag (vinstdrivande och icke-vinstdrivande) som utför hemhjälp och hemsjukvård. Det finns ett frivilligt licenssystem (kvalitetssystem) för vårdgivare men ofta krävs en sådan licens för att kontoren skall skriva kontrakt med vårdgivaren.

För vård på institution (särskilt boende) betalar individen för mat och husrum, vilket kan vara betydande belopp.

Man kan också hos kontoren ansöka om personlig budget som kan användas för att anställa eller köpa in stöd och hjälp, också från anhöriga.

Den största delen av social omvårdnad sker för äldre i form av ålderdomshem resp. långvård. Holland har en hög andel av äldre i dessa boendeformer i relation till genomsnittet för EU. För varje äldre på dessa boenden finns det knuten en allmänläkare som är ansvarig för all medicinsk vård för patienten.

I Holland försöker man få äldre vårdbehövande att bo kvar i sitt ordinarie boende så länge som möjligt och ålderdomshem har under 2000-talet tappat i popularitet till förmån för eget boende. Det har också utvecklats flera nya hemtjänster som riktar sig vårdbehövande som bor kvar i sitt vanliga boende. Det senaste heter "vårdprenumeration" där äldre mot en fast månadsavgift kan – vid plötsliga behov - få tillgång till mer eller mindre tillfällig specialboende med inbyggd medicinsk och social hjälp.

Många "residential homes" (definierat som att var och en bor i eget boende) fungerar också delvis som "nursing homes" (dvs. har vårdavdelning för mycket krävande patienter, t.ex. dementa).

Andelen privat finansiering - dvs. den äldre eller dennes anhöriga köper själv hjälp av privata vårdgivare - har ökat hela tiden.

Samordning av insatser för äldre från olika huvudmän och olika vårdgivare

På sjukhuset finns en eller flera "transfer nurses" som ansvarar för att patienten vid hemgång kan klara sig själv (med eller utan hjälp av anhöriga). Om man bedömer att patienten inte kan klara sig själv, ringer transfer nurses familjen, och/eller Zorgenkontoor

och/eller kommunen (för hjälp med städning etc.).

Vid hemskickning från sjukhuset får patienten med sig på papper med en kort sammanfattning av vad som hänt (inkl mediciner) som skall lämnas till allmänläkaren; efter 2-3 veckor kommer fullständig journal till allmänläkaren från sjukhuset.

Regeringen har startat försöksverksamhet (satsat 80 milj. € 2009) med att bygga regionala/lokala koordineringsnätverk för vård av äldre med det regionala universitetssjukhuset som centrum (finns 8 sådana regioner i Holland).

Ett privat icke-vinstdrivande företag som sysslar med att både med hemsjukvård och koordinering av stöd och hjälp – Buurtzorg ("grannvård") – har expanderat kraftigt under senare år. Företaget startar (anställer) små grupper (8-12 st.) av högt utbildade och erfarna sjuksköterskor lokalt som i sin tur har avtal (finansiering) med Zorgkantoor/CIZ och löpande kontakter med resp. allmänläkare för att få bästa vård till den enskilde. Man har ca 3.500 patienter varje dag och årligen strömmar ca 12.000 patienter genom organisationen. 85 % av patienterna är över 75 år, de flesta med kroniska sjukdomar och med cancer men också patienter som behöver rehabilitering efter sjukhusbehandling (höft- och knäoperation, etc.) får hjälp med att få alla vårdkontakter att fungera på ett bra sätt.

Kvalitetsuppföljning

Det finns ett flertal myndigheter och organisationer som är inblandade i kvalitetskontroll och kvalitetsutveckling inom den holländska hälso- och sjukvården:

Hälsoinspektionen (IGZ) som är tillsynsmyndighet inom vårdområdet, tar emot patientklagomål och undersöker om vårdgivare följer gällande lagar och regler.

Styrelsen för medicinsk utvärdering (CBG/MEB) har ungefär samma funktion som svenska SBU.

Institutet för vårdförbättring (CBO) är en oberoende organisation som arbetar med vårdutveckling.

Folkhälsoinstitutet (RIVM) arbetar ungefär som den svenska motsvarigheten.

Rådet för offentlig hälsa och hälsovård (RVZ) ger råd och gör utvärderingarna inom hela det hälsopolitiska området inkl vård av äldre

Styrelsen för hälsoförsäkringar (CVZ) övervakar funktion i de offentligt reglerade försäkringarna, utövar tillsyn över försäkringsbolag som säljer vårdförsäkringar och ger ut rekommendationer kring premiesättning mm.

Holländska patient- och konsumentfederationen (NP/CF) bevakar patienternas rättighe-

ter och representerad i olika organ och myndigheter.

Samordning av äldres läkemedelshantering

Det finns inga generella system eller funktioner som registrerar eller övervakar den enskilde patientens läkemedelskonsumtion, varken nationellt eller regionalt. Varje apotek övervakar generellt att förskrivningen verkar normal för varje patient och kan meddela förskrivande läkare om något verkar fel. Eftersom remisstväng föreligger har allmänläkaren i allmänhet god information om andra läkares (specialisters) förskrivning för sin patient. Försök pågår med system för äldre där patienter med fler än fem förskrivningar analyseras särskilt.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Bygger helt på initiativ och ambition från resp. allmänläkare och det varierar mellan olika allmänläkare.

Problem för äldre

Inom sjukhuset: Koordinering mellan olika specialister å ena sidan och geriatrikern å den andra.

Mellan allmänläkaren och sjukhuset: Ofta tar inte allmänläkaren det koordineringsansvar han/hon skall ta. Men det finns också sjuksköterskor på öppenvårdsmottagningen som kan sköta koordineringen och som självständigt har själv hand om mottagning för diabetes- och andra kroniskt sjuka patienter.

Systemet byråkratiskt och krångligt för den enskilde med alla räkningar och egenbetalningar i den grundläggande försäkringen. Försäkringsbolagen skickar räkningar på 2 €/månad t.ex.

Man försöker nu överföra DRG-ersättning inom sjukhusen till primärvården för att hålla nere kostnaderna. Men DRG är sjukdoms-/diagnosrelaterat medan primärvård är *individrelaterat*. Dvs. inte bra för äldre om det går igenom.

Har gjorts försök med disease management (bl.a. för diabetes) men detta löser ej problemet med multisjuka äldre. I stället behövs case managers.

Specialiseringen inom sjukvården ökat kraftigt de senaste 20 år – ej bra för äldre.

Bara 5 % byter försäkringsbolag – dvs. marknadsmodellen fungerar inte som den var tänkt.

För hög personalomsättning inom hemsjukvård och hemhjälp.

Hög andel egenavgifter inom hemhjälp och institutionsvård.

Kö till nursing homes och residential homes (särskilt för dementa). Regeringen vill inte att det byggs flera platser på nursing homes och har målåsättningen att ökning av hjälpen skall gå till de som bor kvar i eget boende.

AWBZ-försäkringen anses som icke patientfokuserad och man diskuterar att helt överföra pengarna inom denna försäkring till kommunerna för att få ökad patientstyrning och finansiera det växande vårdbehovet hos äldre.

Individerna klagar att de olika försäkringsbolagens sjukvårdsförsäkringar är svåra att förstå och jämföra.

Spanien

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

Regionerna ansvarar för det mesta av primärvård och sjukhusvård, medan äldrevård (som finns i liten omfattning) delas mellan region och kommun. Långvården finansieras via en särskild nationell socialförsäkring.

Ansvaret för sjukvården ligger hos de 17 autonoma regionerna. Den centrala regeringen har uppgifter av koordinerande karaktär, har ansvar för viss del av läkemedelspolicyn, utbildning av läkare, mm. Hälso- och sjukvård i regionerna finansieras till största delen av regionens skatter och till en mindre del av bidrag från den centrala regeringen. Regionen bestämmer själv över organisation, ersättningsprinciper mm inom regionen. Regionerna är indelade i "hälsoområden" om ca 250.000 invånare. Kommunerna har en liten roll vad gäller sjukvården.

Hälsoområdena ansvarar för både primärvård, sjukhusvård (inkl specialiserade vård) och prevention. Hälsoområdena har minst ett sjukhus. Varje hälsoområde är i sin tur uppdelade i "basic health zones" där restiden för patient till service inte får överstiga 30 min vilket medför att dessa zoner har mellan 5.000 till 25.000 inv. Vanligtvis är zonerna organiserade kring en vårdcentral, som också har "befolkningsansvar", inkl prevention, rehabilitering, mödravård, banhjälsvård, gynekologi mm.

Den regionala sjukvården finansieras av regionala och centrala inkomstskatter. Det finns nationella överenskommelser om en miniminivå (bl. a baserat på andel äldre mm) per region för sjukvårdsutgifter. Det finns också element av mellanregional omfördelning. Sjukvårdsutgifter i procent av BNP ligger under EU:s genomsnitt.

Sjukvård i Spanien är universell och gratis (utom för mediciner). Privat sjukvård har en liten andel av sjukvården (ca 5 % av kostnaderna). Detta varierar dock mellan regioner-

na, t.ex. är 80 % av sjukhusen i Katalonien privata. Ca 8 procent av befolkningen har privat sjukvårdsförsäkring, främst högre inkomstgrupper.

Patientavgiften för mediciner är relativt hög, patienten betalar 40 % av kostnaden för medicin (med tak för kroniskt sjuka). Av de totala sjukvårdsutgifterna står patienterna för ca 24 %.

Det finns stora regionala skillnader i sjukvårdskonsumtion mellan olika befolkningsgrupper. Kostnaderna per capita varierar också mellan regioner (ca +/- 20 % av genomsnittet). Social omvårdnad (äldreomsorg etc.) är mycket lite utbyggd.

Vårdcentralernas ersättning baseras på fasta löner till personalen samt en "kapitering" (motsv. ca 15 % av intäkten till vårdcentralen; kapiteringen beror på befolkningssammansättning, bl. andel äldre). Ensam-allmänläkare betalas via kapitering medan privata allmänläkare ersätts via "fee-for-service". De flesta läkare som arbetar i primärvården är anställda av regionen. Primärvård har en "gate-keeper" roll i Spanien. Fritt val av vårdcentral gäller inom "hälsoområdet".

Spanien har ca 50 allmänläkare per 100.000 invånare, vilket är lågt inom EU, variationen är dock stor mellan regionerna. Spanien har, precis som Sverige, problem med att en stor andel av patienterna går direkt till sjukhus och inte via vårdcentral.

Ansvar för långvård och "social care" ligger på regionerna. Dock ligger ansvaret för hemtjänst hos kommunerna. Både hemtjänst och långvård är utvecklad i Spanien. Enligt en uppskattning för 2001 har endast 1,4 % av de äldre någon form av hjälp/vård i hemmet och av dessa var den genomsnittliga hjälpen 4,7 timmar/vecka.

Man har problem med koordineringen mellan primärvård, sekundärvård och socialvård/långvård. Många socialförsäkringsersättningar (handikapp, sjukpenning, pension, socialhjälp) är centralt reglerade för hela landet men det gäller inte tjänsteutbudet som bestäms av varje region.

Viktiga utvecklingsområden är att stärka allmänläkarnas ställning och status i sjukvårdssystemet samt att förbättra tillgången till långvård och omsorg.

Viktigaste problem

De viktigaste problemen som anges när det gäller äldres hälsa och hälso- och sjukvård för äldre är:

Väntetider för specialistvård

Medan tillgängligheten till allmänläkare är god är ofta väntetiden för insatser från andra specialister lång, t ex kan väntan på starroperation, höftoperation eller knäoperation som är vanligt för äldre bli mycket lång, 6 – 12 månader. Detta är särskilt allvarligt för

äldre som ofta har den typen av sjukdomar där väntetiderna är långa.

Geriatriskens låga status

Geriatrisk har låg status och ses av många inte som en "riktig" specialitet. Bara 20 % av sjukhusen har enheter som är specialiserade på geriatrik. Detta leder till sämre samordning av insatser för äldre och sämre rehabilitering efter akutinsatser från andra specialiteter.

Äldres läkemedelshantering

Många äldre tar många olika mediciner och något system för samordning finns inte. Samordning bygger i dag på att patienten och anhöriga intervjuas vid intagning på sjukhus kring vilken medicin man tar, när detta gjort ges tillstånd till behandling. Bristerna i medicinhantering leder till skador och försämrade effekt av medicinering.

Svag ekonomi och ökande antal äldre som skall konkurrera om resurserna

Den svaga ekonomiska utvecklingen i kombination med det ökade antalet äldre leder till ökat tryck på vård inom områden där äldre har större behov. Detta leder i sig till längre väntetider och minskad tillgänglighet. Man kan se det som en ålderdiskriminering.

Svagt utbyggd och dålig samordning med socialtjänst

Socialtjänsten är mycket dåligt utbyggd i Spanien. Detta leder till stora problem för dem som inte kan få sina behov tillgodosedda inom familjens ram. Primärvården arbetar mycket med att försöka samordna insatser från frivilligorganisationer och familjer.

Samordning av insatser från olika huvudmän och olika vårdgivare

Några särskilda former för samordning av insatser från olika huvudmän, specialiteter eller professioner finns inte. Nu har en omorganisation av den centrala statliga administrationen lett till att både socialvård och hälsovård lyder under samma ministerium. Man hoppas att detta skall leda till bättre samordning mellan olika insatser. Den sociala omvårdnaden sköts till stor del inom familjen och de offentliga insatserna är relativt små,

Samordning av äldres läkemedelshantering

Äldres läkemedelshantering upplevs som ett stort problem. Något samlat system för att hantera information om vilka läkemedel en äldre tar finns inte. Det finns många exempel på att läkemedel som inte borde kombineras används samtidigt – med följd att behandlingsresultaten försämras och att skador kan uppstå som en följd av medicineringen.

De sätt att sköta information om läkemedelsanvändning som finns bygger på att patienten

ten eller dennes anhöriga vid intagning på sjukhus berättar vilken medicin man tar. Det finns en särskild rutin för att notera detta och det skall registreras på sjukhuset innan beslut om behandling fattas. Vid utskrivning från sjukhus får patienten ett dokument som anger vilken behandling som genomgått och vilken medicinering som sker. Detta dokument har patienten som information till primärvården och andra vårdgivare.

I Madrid finns ett system för uppföljning av äldres läkemedelsanvändning som baseras på att personer som är äldre än 75år och har mer än fem mediciner går igenom var 6:e månad. Då går patientens medicinering igenom genom att journaler/förskrivningar stäms av mot en lista av medicin som inte bör kombineras eller som är tveksamma att kombinera. Denna avstämning omfattar dock bara medicin som skrivs ut av personens eget Health Centre och sjukhuset i stadsdelen (dvs. från det egna av Madrids 11 sjukhus).

Hälsoministern har utlovat ett nationellt elektroniskt register över läkemedelsförskrivning före 2009 års slut.

Kvalitetsuppföljning

Någon samlad modell för kvalitetsuppföljning anges inte finnas. Öppna jämförelser håller på att utvecklas och man tror/hoppas att det skall ge effekt genom ökad konkurrens mellan olika sjukhus.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Kontinuiteten i primärvården är god, familjeläkarna är organiserade i Health Centres, med en grupp läkare och annan personal. Här har den gamle sin familjeläkare och tillgängligheten till familjeläkaren är god. Health Centret har också akutmottagning dygnet runt på tider då inte den vanliga mottagningen är öppen. Vid sådana akutbesök möter den äldre då ofta inte sin egen familjeläkare, men väl en läkare från samma enhet med tillgång till journaler och annan information. Inom sjukhusvården finns större problem med kontinuitet.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Primärvården och familjeläkaren har en relativt stark roll, både genom sin egen verksamhet med starka Medical Centres, med egen akutmottagning, men också genom att remisstvång föreligger för sjukhusvård och det nära samarbetet mellan primärvård och sjukhus.

Familjeläkaren som remitterar till sjukhus tar också direktkontakt med sjukhuset och kommer överens med sjukhuset om behandlingen och inläggningen. Detta leder till ett smidigt samarbete mellan sjukhus och primärvård och också en enklare hantering för den gamle samt kortare väntetider. I Madrid finns normalt ett nära samarbete mellan

Health Centres i ett område och områdets sjukhus – så att man samarbetare kring patienten men också så att man har tillgång till sjukhusets journaler elektroniskt för sina patienter (vad gäller så väl undersökningsresultat som behandling inklusive medicinering).

Det råder brist på familjeläkare och få medicinstuderande söker sig till denna specialitet. Familjeläkaren skall också vara tillgänglig och har normalt inte rätt att sätta patienter på "väntelista" – patienten skall tas emot samma dag. Detta leder till att de tider som bokas per patient blir korta, vid ett besök på ett större Health Centre i Madrid noterades att den genomsnittliga tiden enligt bokning var 7 min. Familjeläkaren gör också hembesök till de patienter som vill ha hembesök.

Vid Health Centers i Madrid finns normalt också en socialarbetare anställd som tar hand om kontakter kring patientens sociala behov, ofta med familjen eller med frivilligorganisationer, men också med den kommunala socialtjänsten (som är dåligt utbyggd).

Övriga noteringar

Allt fler har privata sjukvårdsförsäkringar vid sidan av den allmänna sjukvårdsförsäkringen. Detta är ofta kopplat till arbetsgivaren, varför pensionärer ofta inte har sådan försäkring. Detta minskar valfriheten för äldre vid val av vård.

Den dåligt utbyggda sociala servicen innebär att familjens insatser och frivilligorganisationernas insatser är stora inom såväl social service som omvårdnad och rehabilitering.

En nyligen (jan 2007) införd "Dependency Law" beskrivs som ett sätt att stärka service till människor i en svag situation. Syftet är att stärka makten över den egna situationen och förbättra hälso- och sjukvård för människor i beroendeställning, t ex handikappade och sjuka äldre. Lagen ses som ett sätt att den offentliga sektorn tar över mer ansvar inom områden där tidigare man var beroende av familjen. Lagen utgår från en rättighetskatalog, där den enskildes rättigheter definieras och ger den enskilde rätt att kräva dessa rättigheter av myndigheterna. Effekten av denna är ännu för tidigt att uttala sig om. Dock kan konstateras att (i maj 2009) nästan en miljon ansökt om stöd enligt denna lag, ca 625 000 har fått besked att de har rätt till stöd enligt lagen, men bara 400 000 har fått något stöd.

Hälsoministern har maj 2009 utlovat en ny "Public Health Law" och ett nytt program "healthy pensioner". En fråga som lyfts mycket vid intervjuerna är att regioner och sjukvårdsområden tar över alltmer av ansvar och ekonomiska resurser på den centrala statsmaktens bekostnad. Det finns en oro att detta leder till större skillnader mellan olika regioner, sämre hälso- och sjukvård för äldre samt att den centrala statsmaktens möjlighet att upprätthålla nationella mål försvagas när dess resurser försvagas,

Tyskland

Allmän beskrivning av hälso- och sjukvårdssystemet för äldre

Tyskland är ursprungslandet för sjukkassesystemet som infördes av Bismarck 1883: dvs. tvång för anställda och arbetsgivare att finansiera och vara medlem i en från staten autonom sjukkassa som betalar medlemmarnas sjukvårdskostnader och ev. också ger ekonomiskt stöd (med traditioner från det medeltida skråväsendet).

Idag (2009) har Tyskland ca 200 sjukkassor med i genomsnitt ca 160.000 medlemmar per kassa som betalar avgifter (antalet kassor har minskat över tid; 1993 fanns över 1.200 kassor):

17 regionala kassor enligt delstatsindelning

150 företagsbaserade kassor

20 skrå-/yrkesbaserade kassor

14 kassor för jordbrukare

1 kassa för gruvarbetare

Dessa kassor täcker nästan 90 % av befolkningen medan ca 62 % av befolkningen är betalande medlemmar. Finansieringen motsvarar en avgift på 14 % av bruttoinkomsten som delas mellan anställda (egenavgift) och arbetsgivaren men bara inkomster upp till 3.580 €/mån (2009) ingår i avgiftsunderlaget. Avgiften till sjukkassan – som tas in via arbetsgivaren precis som vanliga inkomstskatter – täcker också kostnader för medicinsk vård för ev. hemmafru och för alla barn.

Medlemskap är obligatoriskt upp till en viss maximiinkomst (om 4.050 €/mån år 2009). De som har inkomster över denna nivå har tidigare själv bestämt om de vill ansluta sig till någon av kassorna eller till någon privat försäkring (eller vara oförsäkrad och betala alla kostnader själv). Men enligt en ny lag (GKV-WSG) från 2007 måste alla oavsett inkomst ha en sjukvårdsförsäkring – privat eller via en sjukkassa.

Den nya lagen innebär nu att sjukkassorna också måste betala för rehabilitering av äldre vilket syftar till att minska inströmningen till långvarig vård på institution. Lagen ställer också krav på att kassorna skall öka möjligheterna till palliativ vård (vård vid livets slutskede).

Förbundsregeringen reglerar systemet och haft som sin främsta uppgift under senare

år att försöka hålla kostnadsökningarna under kontroll (t.ex. infördes 2004 en patientavgift om 10 € per kvartal för första besöket hos en läkare). Den centrala regleringen sker genom hälsoministeriet men förbundsdagen och förbundsrådet har lagstiftningsmakt inom området. Dessutom sker viktiga nationella förhandlingar om förändringar i systemet i kooperativ anda mellan centralregeringen och de viktiga intresseorganisationerna som har kvasi-offentligt ställning: representanter för sjukkassorna, representanter för sjukhusen, representanter för läkarförbundet och tandläkare med anställda i kassorna, representanter för fristående läkare, mfl.

Kassorna opererar genom att de löpande avgifterna ett år i princip skall täcka årets kostnader ("pay-as-you-go basis"), kassorna kan därför inte ackumulera underskott eller överskott. Trots detta har kassorna regelbundet haft stora årliga underskott sedan 1990 talet vilket lett till ständigt stigande avgifter och extra bidrag från den federala regeringen. Kassorna sätter sina egna avgifter, men avgiften måste godkännas av den federala myndigheten. Eftersom kassorna kan konkurrera om medlemmar (sedan 1996) har kassor med låg avgift fått flera medlemmar och motsatsen för kassor med högre avgifter. Detta försöker man motverka genom en nationell central riskutjämningsfond som omfördelar pengar mellan kassorna efter medlemmarnas ålder, kön, sjuklighet, inkomst och antal medförsäkrade barn.

Den nationella centrala regleringen (lag) gäller de försäkrades rättigheter och skyldigheter vis a vis sin kassa och vilka förmåner som skall ges av kassorna. Systemet och innehåll i förhandlingar mellan kassor och vårdgivare är också reglerat. Likaså finansieringssystemet inkl avgifter och inkl den viktiga riskutjämningsfonden (se ovan). Det finns en federal myndighet som handhar övervakning mm av sjukkassorna. Ministeriet fungerar som mottagare av klagomål mellan inblandade parter. Det finns en maktkamprelation mellan kassorna och den federala regeringen.

Privata försäkringar spelar en ganska stor roll i det tyska hälsovårdssystemet där ca 10 procent av befolkningen har en sjukvårdsförsäkring i ett av de 47 privata försäkringsbolagen. Premier i det privata försäkringssystemet är riskbaserade (stiger t.ex. efter ålder) och ev. hemmafru och barn får försäkras separat. Ny lagstiftning från 2007 har dock tvingat de privata försäkringsbolagen att på sikt erbjuda alla oavsett ålder, risk mm en standardförsäkring med samma förmåner och med samma premie, ca 570 €/mån. Det innebär att de privata försäkringarna blir mera lika de offentliga. De privata försäkringsbolagen säljer också kompletterande, frivilliga sjukvårdsförsäkringar till de som ingår i sjukkassesystemet.

1996 infördes en särskild statlig öronmärkt finansieringsavgift/skatt för en ny långvårdsförsäkring (idag ca 2 % av bruttolönen) som skall täcka långvarig vård för främst äldre i eget hem och på institution och som formellt finns utanför sjukkassesystemet. I praktiken administreras dessa kostnader av sjukkassorna och ingår i kassamedlem-

mens försäkringspaket.

Delstaterna sköter sjukhusplanering, finansierar investeringskostnaden vid ny- och ombyggnad (oavsett ägandeform för sjukhuset, den löpande ersättningen till sjukhusen kommer från sjukförsäkringen) av alla sjukhus, har hand om folkhälsa, prevention, läkarutbildningen, aids samt övervakar anställda, förskrivning mm. Folkhälsoarbetet (primärvård) sköts i vissa delstater av delstaten medan det i de flesta delstater är delegerat till kommunerna. En del av dessa aktiviteter (hälsoundersökningar mm) finansieras dock av sjukförsäkringen. I allmänhet har den regionala politiska nivån (delstater, kommuner) liten betydelse i det tyska hälsovårdssystemet.

Vårdleverantörerna utöver sjukhusen – dvs. allmänläkare, specialister, tandläkare - är självständiga (vinstdrivande) yrkesutövare och formar ett delstatligt monopol som sluter avtal med alla försäkringar och med sjukhusen om tjänsteleverans och det är bara dessa organisationer som har rätt att sköta öppenvården (inkl på helger och nätter). Varje enskilt sjukhus sluter avtal med olika försäkringar. Principerna för alla ersättningsystemen är dock framförhandlade centralt för hela Tyskland.

Primärvårdens och primärvårdsläkarens roll

Primärvård inkl prevention har ett delat ansvar mellan försäkringarna och 350 offentliga hälsocentraler som finns över hela landet och finansieras av delstaterna (av dessa skötes ca 78 av resp. delstat medan resten drivs av kommunerna). I försäkringarnas ansvar ingår tandvårdsprevention för barn och tester för vuxna (cancer, prostata, mammografi, diabetes, kärlsjukdomar, mm). Hälsocentralerna syssla delvis med samma sak som försäkringarna men kan sägas vara fokuserade på allmänna folkhälsoinriktade preventiva åtgärder.

Patienter väljer (familje)läkare, inkl specialist, fritt. Allmänläkaren har dock ingen gate-keeper roll i Tyskland, men vissa sjukförsäkringar arbetar med att utveckla sådana system. De flesta allmänläkare är ensampraktiker (bara 25 % av allmänläkarna jobbar i gruppraktik). Ca 70 % av läkare som arbetar i öppenvård är specialister och resten är allmänläkare. I allmänhet har medborgarna i Tyskland god tillgång till både primärvård och sjukhusvård och köerna till specialistvård är relativt korta. Undantag gäller områdena i glesbygd och i fd. Östtyskland där antalet läkare minskat sedan sammanläggningen 1991.

Samordning av insatser för äldre från olika huvudmän och olika vårdgivare

På sjukhusen finns en "socialtjänst" som har ansvar för kontakter med familj (och om det behövs med) allmänläkare och med sjukförsäkringen etc. vid utskrivning. Individ eller dennes familj får dock själv kontakta en särskild organisation (MDK, se nedan) att få en vårdvårdning som krävs för att få hjälp i eget eller i särskilt boende. Samord-

ningen mellan allmänläkare och sjukhusvården fungerar dock inte bra, bl.a. på grund av att man har helt olika ersättningsystem.

Regeringen försöker öka allmänläkarens samordnande (gate-keeping)roll genom att det numera finns regler som ger allmänläkaren som deltar i sådana funktioner (försök) extra ersättning från de kassor som påbörjat dessa system. Sedan 2003 finns också program och särskilda ersättningar till allmänläkaren för deltagande i 6 st. disease management program (diabetes 1 o 2, KOL, bröstcancer, astma, kärlkramp) där nu ca 5 milj. patienter deltar med goda resultat. Likaså infördes 2004 möjligheter för att etablera s.k. polikliniker (med interdisciplinär personal inkl kontakt med långvård för äldre) inom öppenvården med fokus på långsiktig folkhälsoprevention (sådana var vanliga i fd. Östtyskland). I samband med denna reform fick kassorna också rätt att skriva kontrakt enbart med vissa vårdgivare. Alla dessa reformer syftar till att minska vårdkostnaderna genom att de facto begränsa patientens valmöjligheter inom öppenvården, vilket medborgarna i Tyskland inte är vana vid.

Sedan 2007 finns en lag som ger individen rätt till en egen "case manager" hos kassorna. Kassorna skall till 2011 bygga upp en sådan tjänst. Kritiker menar att det blir för få sådana (bara 3.000 personer för hela Tyskland) och att placeringen på kassorna inte ger den neutrala roll som krävs för en "case manager".

För att som äldre få hjälp i hemmet fungerar äldrevårdsförsäkringen enligt följande:

För att få hjälp kontaktar man (i) sin sjukkassa som sedan (ii) anlitar en speciell organisation för vårdbedömning MKD (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) för att värdera vårdbehovet (3 nivåer) sedan (iii) kontaktas ev. "Pflegedienst" (PD) (grupp av 10-12 sjuksköterskor, sjukvårdsbiträden, mm; privata organisationer, både profit och non-profit)) där man skriver kontrakt om hjälpen (personlig vård resp. icke-vårdhjälp som städning, inköp etc.).

Kassan har kontrakt med olika grupper av pflegedienst.

Pflegedienst, PD, kan ha lokalt monopol i mindre orter medan det i storstäder finns flera att välja mellan. PD utför både personlig omvårdnad/hjälp och hjälp med städning etc.

Man kan som äldre vårdbehövande välja mellan att (i) få kontant ersättning (skattefritt, 215 -675 €/mån beroende på hjälpbehov) för att ersätta anhöriga/närstående (vare sig de bor i samma hem eller ej) eller (ii) få pengar för att köpa hjälp (jfr PD ovan) på marknaden från 420 till högst 1.470 €/mån.

Ca 2,2 milj. äldre har rätt till hjälp, av dessa får ca 1 miljon kontantbidrag, ca 0,5 milj. får pengar för att köpa vård/hjälp på marknaden och ca 0,65 milj. finns på särskilt boende (pflegeheim).

För att få särskilt boende är systemet samma som ovan men man (eller anhöriga) väljer fritt vilket boende som vill ha. Äldrevårdsförsäkringen betalar vårdkostnaderna, beroende på vårdbehovet, från 1.000 till högst 1.470 €/mån medan individen får betala resten själva (1.400 till över 2.000 €/mån). Kan man inte betala egenavgiften träder kommunen in och betalar via socialhjälp (ca 35 % av alla i särskilt boende har socialhjälp). Man kan också välja helt privata sjukhem med högre kvalitet men där blir patientavgiften också mycket hög (4.000-6.000 €/mån).

Kvalitetsuppföljning

Ansvaret för att följa och ge rekommendationer om kvaliteten i sjukvårdssystemet vilar på en federal kommitté (G-BA) med representanter för kassor, läkare och sjukhus. Enligt lag skall alla sjukhus vart annat år ge ut en offentlig rapport om sina tjänster och hur man arbetar med kvalitetsförbättringar. Sedan 2004 finns också en oberoende myndighet (IQWiG) som skall arbeta med riktlinjer för evidensbaserad best-practise inom hälso- och sjukvården inkl läkemedelsbehandling. Regeringen har också under senare år stärkt patientens rättigheter med bl. inrättande av en central patientombudsman mm.

Delstatsregeringarna har från och med 2005 fått ökat ansvar för allmän kvalitetskontroll och för att löpande publicera kvalitetsindikatorer för särskilt boende med listor på Internet. Det finns dock stora kvalitetsskillnader mellan olika institutioner för långtidsvård. Sjukförsäkringskassorna skall utöva kontroll över dessa men hur det fungerar i praktiken är oklart. Det är den enskildes (eller dennes familj) som har det främsta ansvaret att bevaka kvalitet och ev. byta vårdgivare om man inte är nöjd.

Alla läkarmottagningar är från 2009 skyldiga att ha ett kvalitetssäkringssystem som skall redovisas år 2010.

Samordning av äldres läkemedelshantering

Problem med övermedicinering (polyfarmaci) finns på alla institutioner för långvård för äldre. Någon särskild funktion eller institution som har ansvar för läkemedels-samordningen för patienten finns inte. Men i vissa fall kan allmänläkaren fungera som en sådan.

Kontinuiteten i insatser för äldre

Kontinuiteten i hemtjänst och inom särskilt boende varierar kraftigt och beror i hög grad på hur stor omsättningen av personalen är. I allmänhet är detta ett stort problem i Tyskland. Det pågår också omfattande verksamhet med att bygga upp system för disease management men detta är inte explicit riktat till äldre. Utbyggnad av "case management" (se ovan) pågår men inte heller detta är explicit riktat till äldre.

Problem för äldre

Det tyska hälso- och omvårdnadssystemet är fragmentiserat genom de många kassorna och genom att individen har fritt val av allmänläkare, sjukhus och specialist i öppenvården. Systemet ger hög tillgänglighet men är specialistcentrerat och diagnosinriktat vilket missgynnar effektiv behandling av äldre som ofta är multisjuka.

Det privata försäkringssystemet skapar obalanser genom att ge betydligt högre ersättningar till läkare som behandlar privata patienter och genom att vårdköerna är kortare än för patienter som är anslutna till sjukkassorna.

Systemet med ett stort antal lättillgängliga läkare som arbetar som specialister i öppenvården gör att allmänläkare som skriver remiss till specialist inte får tillbaka patienten och inte heller automatiskt får information om resultatet av specialistundersökningen. Detta gör att allmänläkaren har svårighet att bygga upp sin kompetens kring t.ex. geriatrik och sjukdomar som är vanlig hos äldre.

Institutioner för särskilt boende har dåligt rykte där ca 30 % av platserna har eget rum med de flesta platser i 2-personsrum. Problem med låg kompetens och hög omsättning för personalen i särskilt boende.

De tjänster som erbjuds inom ramen för hemtjänst (personlig hjälp resp. hjälp med inköp och städning) är för standardiserade och det är svårt för den enskilde att individanpassa tjänsteinnehållet.

Demensvården ligger efter andra länder och det vara bara till för 2 år sedan som demens gav rätt till ersättning från långvårdsförsäkringen.

Ny lagstiftning från 2007 ger kassorna ökade möjligheter att konkurrera via förmåner och också via olika rabatter på avgiften. Detta kan minska omfördelningen inom systemet och på så sätt missgynna grupper (äldre) som är stora vårdkonsumenter.

Sammanfattande erfarenheter

Denna granskning av olika länders vård och omsorgssystem för äldre är av översiktligt slag. I detta avsnitt sammanfattar några erfarenheter – positiva såväl som negativa - vi dragit av de olika ländernas system för vård och omsorg om äldre. Dessa erfarenheter är inte heltäckande och det finns säkert flera erfarenheter i de olika länderna som är av intresse att ta del av i Sverige.

Positiva lärdomar

De **positiva lärdomar** vi främst vill lyfta fram är:

- *Allmänläkarnas roll och position i sjukvårdssystemet är viktig.* Starkare roll för allmänläkarna leder till mer av helhetssyn på de äldre, deras situation och deras vård. Exempel på länder med denna funktion är England, Holland och Norge. Detta innebär att allmänläkaren har "gate-keeper funktion" – remisstvång för vård av andra specialiteter. I vissa länder gör allmänläkare hembesök och besöker också sina patienter när de ligger på sjukhus. Remisstvång ger också en möjlighet att i större utsträckning styra vården efter behov, när resurserna är knappa.
- *Ekonomiska styrinstrument som främjar att primärvården arbetar med ett helhetsperspektiv.* Synen på hälsa och arbetet med hälsovård är viktigt för att se samband och sammanhang. Här är det viktigt att arbeta både med hälsouppehållande insatser, rehabilitering och att även se sociala insatsers betydelse för hälsan. England har arbetat med ersättningssystem till primärvården som beaktar hälsoperspektivet i ett vidare perspektiv.
- *Centrala nationella statliga initiativ för att utveckla hälso- och sjukvård för äldre är viktigt.* Enskilda sjukvårdshuvudmän har mindre resurser och mindre möjligheter att utveckla nya arbetssätt, metoder och modeller. Holland, Tyskland och England är exempel på starka nationella regionövergripande sjukvårdssystem. Men även utvecklingen av rättighetslagar kan ha stor betydelse, som exempel kan nämnas Spanien (om än från en låg nivå). Norge och England har starka nationella perspektiv inom hälso- och sjukvård.
- *Staten har en viktig roll som drivande aktör för kvalitetsutveckling och rättighetsbevakare för äldres omsorgsbehov.* I både Holland ("Zorgkatoor") och i Tyskland ("Medizinischer Dienst der Krankenkassen", MDK) har man *en* gemensam organisation för som gör vårdbedömningar av äldre för hela landet i form av regionala eller lokala kontor. Detta gynnar kvalitetsutveckling och stärker den enskilde äldres möjligheter att få en rättvisande vårdbedömning oavsett lokala förhållanden kring ekonomi etc i den kommun man bo i.
- *Särskild organisation för lokal koordinering av olika insatser för äldre finns i Holland.* Denna organisation - ett privat icke-vinstdrivande företag (Buurtzorg, "grannvård") - arbetar lokalt både med hemsjukvård och koordinering av stöd och hjälp och finansieras med fee-for-serviceavgifter från äldreförsäkringen (AWBZ).
- *Primärvårdens tillgänglighet*
Primärvårdens läkares tillgänglighet över dygnet är viktig, bl a för att ha kontinuitet

och minska behov av annan akutvård, denna form av tillgänglighet är hög i Danmark, Tyskland och Spanien.

Negativa lärdomar

De **negativa lärdomar** vi främst vill lyfta fram är:

- *Samarbetet primärvård å ena sidan och social vård och specialistvården å den andra.* Ett problem som lyfts upp i de flesta studerade länder är det bristande samarbetet mellan primärvård och social vård och omsorg. Här rör det sig många gånger om stora kulturkrockar mellan den medicinska och den sociala organisationen där vårdbehövande äldre får betala det bristande samarbetet i form av sämre vård och tex överförskrivning av läkemedel. Detta är ett problem som dessutom verkar öka. Därtill finns också koordineringsproblem mellan primvården och specialistvården. En orsak till detta kan vara att det blir vanligare att den äldre behåller sin egen läkare när man kommer på en institution, vilket ger högre kontinuitet men mindre förutsättningar för helhetssyn och samverkan. Fler olika vårdgivare (bl a genom privatiseringar) och förändringar i ersättningssystem för primärvården bidrar också till det bristande samarbetet
- *Nedrustning av hälsoförebyggande insatser och aktivering.*
Nedrustning av insatser för att aktivera gamla och hålla uppe ett aktivt liv är alvarligt på sikt för äldre. Det kan röra sig om minskade kommunala resurser dels inom områden som primärt syftar till att gamla skall vara aktiva, men även om försämringar av annan service t ex kollektivtrafik. Nedrustning här leder till att passivitet med resultat i form av sämre fysisk och mental kapacitet och sämre hälsa. Länder där detta lyfts fram är bl a Danmark och Norge.
- *Låg status för geriatriker i många länders sjukvårdssystem.*
En låg status i sjukvårdssystemet för vissa yrkesgrupper - gäller främst geriatriker - innebär att det perspektiv dessa arbetar med får lite gehör i sjukvården, men också till brister i helhetssyn och helhetsperspektiv. Detta lyfts fram i de flesta länder vi studerat.
- *Tillgången till socialt stöd för äldre är för låg och minskande (i relation till behovet).*
Detta leder till passivitet, beroende och försämrad hälsa hos äldre. Exempler här är många, Spanien, England, Finland, Tyskland. Dessa problem kan hänföras till flera orsaker, besparingar i norra Europa, ändrade familjeförhållanden och värderingar, ökande kvinnlig förvärvsfrekvens och kraftig framtida ökning av de allra äldsta (80 år och äldre).

- *Hög personalomsättning inom hemtjänst och äldreboenden.*
 Detta leder till sämre kontinuitet och brister i kvalitet och effektivitet. Exempel här är England, Tyskland, Danmark, Finland och Holland.

Referenser

Litteratur + referenspersoner

A: Litteratur

“Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payment for Informal Care”, *OECD Health Working Papers* no 20, May 2005.

“Denmark – Health System Review”, Vol 9, no 6, 2007, European Observatory on Health Systems and Policies.

“Finland – Health System Review”, Vol 10 no 4, 2008, European Observatory on Health Systems and Policies.

“France – Health System Review”, 2004, European Observatory on Health Systems and Policies.

“Holland – Health System Review”, 2004, European Observatory on Health Systems and Policies.

“Norway – Health System Review”, 2006 Vol 8 no 1, European Observatory on Health Systems and Policies.

“Spain – Health System Review”, Vol 8, no 4, 2006, European Observatory on Health Systems and Policies.

“Germany – Health System Review”, 2004, European Observatory on Health Systems and Policies.

“United Kingdom – Health System Review”, 1999, European Observatory on Health Systems and Policies. (Data mm uppdaterade från NHS’s hemsida 18mars 2009).

Comparing Care - The care of elderly in ten EU-countries, The Netherlands Institute for Social Research (SCP), Haag 2007.

B. Intervjupersoner

	Namn	Titel (motsv.)	Institution	Plats
FINLAND				
	Veronica Fell-	Verksamhets-	Svenska Pensionärs-	Helsingfors

	man	ledare	förbundet (SPF)	
	Reijo Tilvis	Professor (geriatrik)	Mejlans Universitets-sjukhus	Helsingfors
	Kaisu Pitkälä	Professor (geriatrik, allmänmedicin)	Mejlans Universitets-sjukhus	Helsingfors
	Annikki Thoden	Långvårdschef	Helsingfors kommun	Helsingfors
ENGLAND				
	Alex Mair	Vd	Brittiska Geriatriska Föreningen (BGS)	London
	Julliette Malley	Forskare	Personal Social Service Research Unit (PSSR), Londons School of Economics	London
	Adelina Comas	Forskare	Personal Social Service Research Unit (PSSR), Londons School of Economics	London
	Charlotte Potter	Utredare	Help-the-aged	London
	Dominic Wright	Chef	NHS London	London
HOLLAND				
	Paul Schnabel	Chef	Netherlands Institute of Social Research (SCP)	Haag
	Cretien van Campen	Forskare	Netherlands Institute of Social Research (SCP)	Haag
	Anetta Bits	Rådgivare	Anbo Holland	Haag
	Marja Pijl	Medlem	Anbo Holland	Haag
	Francois Schevellis	Professor	Netherlands Institute for Health Service Research (NIVEL)	Haag
	Pieter Huibjers	Forskare	Hollands Centrum för Långvårdsforskning (Vilans)	Haag
	Niek Klazinga	Professor	Socialmedicin, Akademisch Centrum, Amsterdam Universitet	Amsterdam
TYSKLAND				
	Ewout van Ginneken	Forskare	Depart of Health Care Management, Technische Universität (TU), Berlin	Berlin
	Miriam Blömel,	Forskare	Depart of Health Care Management, Technische Universität, Berlin	Berlin

	Dieter Lang	Juridisk rådgivare	Verbraucherzentrale Bundesverband (nationell konsumentorganisation)	Berlin
	Ragnar Hoenig	Juridisk rådgivare	Socialverband Deutschland (SoVD)	Berlin
	Christine Richter	Chef	Bundesverband als Spitzenorganisation der Betriebskrankenkassen (BKK), Berlinkontoret	Berlin
	Klaus-Dirk Henke	Professor	Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftrecht, avd för Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, TU-Berlin	Berlin
	Harald Kempfs	Allmänläkare	Lichtenberg (stadsdel i östra Berlin)	Berlin