



# VÅRDEN AV ÄLDRE

En granskning av  
vård och omsorg i åtta länder

**PRO**

# Innehåll

---

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

Alla rapporter finns att ladda ner från PRO:s hemsida  
**[www.pro.se](http://www.pro.se)**

De kan också beställas från PRO:s kansli.  
PRO, Box 3274, 103 65 Stockholm, 08 701 67 00

*Tryck: XXDXXX*

*Redigering: Bild och Mening, Östersund*

# 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 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), har redovisats 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 i studiens slut. Denna presentation du nu håller i din hand sammanfattar hela studien. Stort tack till Björn och Stig för deras arbete.

CURT PERSSON

Ordf. PRO, Pensionärernas riksorganisation

# Primärvården måste ges större resurser

Dagens svenska sjukvård tillgodoser inte de äldres behov i tillräcklig grad. En av de allvarigaste bristerna är att primärvården hamnat på undantag. När dessutom vårdkedjan har svaga länkar och det ofta saknas en helhetsyn på den enskilda patientens hälsotillstånd ökar individens utsatthet ytterligare.

Detta är inget bra utgångsläge nu när fyrtilistgenerationen blir ålderspensionärer och kommer att efterfråga allt mer sjukvård. Då krävs det att sjukvården får större resurser och att dessa resurser fördelas på ett annat sätt än idag.

Sveriges läge liknar på många sätt det som andra industrialiserade länder står inför, med en ökad efterfrågan på sjukvård. Att andelen äldre i befolkningen växer är en viktig orsak, men den snabba teknologiska utvecklingen bidrar också, när nya möjligheter till medicinska behandlingar ständigt utvecklas.

Tidigare har vården kunnat tilldelas ökade resurser via omstruktureringar inom vården och en ständigt växande BNP. Men nu kan man inte räkna med att det finns så mycket mer att hämta den vägen. Vi

måste i stället satsa en större andel av BNP på hälso- och sjukvården; dagens nio procent kommer inte att räcka. PROs krav är att öka andelen till tio procent av BNP.

Men det behövs fler åtgärder än att bara tilldela hälso- och sjukvården som helhet mera pengar. De måste också användas på ett bättre sätt, anpassat till den ökande andelen äldre. Det innebär framför allt att resurser måste styras över till primärvården.

## Liten satsning på primärvård

Sverige satsar idag en relativt liten andel av sjukvårdens resurser på primärvård – och en relativt stor andel på slutet sjukhusvård. Särskilt i storstäderna har sjukhusen prioriterats, och jämfört med andra liknande länder har vi en mindre utbyggd primärvård. Det visar sig också i antalet primärvårdsbesök – 2,8 per medborgare och år.

I mer än trettio år har det funnits en politisk ambition i Sverige att föra över resurser från sjukhusvården till primärvården, men i verkligheten har mycket lite gjorts i den riktningen. Tvärtom har primärvården hamnat mer och mer i strykclass, ekonomiskt sett. Denna försvagning av primärvårdens ställning är mycket allvarlig, eftersom den försämrar

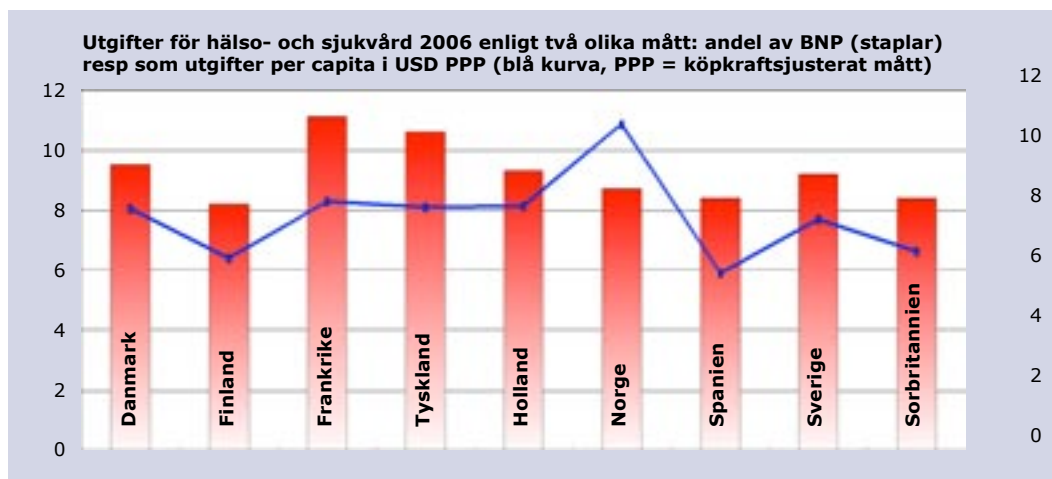


Diagram1.

möjligheterna till helhetssyn och kontinuitet i vårdinsatserna. Samverkan försvåras – både gentemot sjukhusen och mot den kommunala omsorgen.

Men samtidigt som primärvården fått se sina resurser försvagas har dess tjänster kommit att efterfrågas allt mer, till följd av omorganiseringar inom vården. Bland annat har många kroniskt sjuka sökt sig till den öppna vården när sjukhusen skurit ner på sina vårdplatser i vad som kallas "den ofullgångna strukturomvandlingen" – till exempel har mer än 90 procent av slutenvårdsplatserna inom geriatriken försvunnit.

Dessutom har kommunerna skurit ner antalet platser i särskilt boende vilket ytterligare ökat trycket på primärvården.

När vi nu går in i en period då antalet äldre växer kraftigt blir behovet av åtgärder än mer angeläget. Socialstyrelsen har konstaterat att den tidigare positiva utvecklingstrenden när det gäller de äldres hälsa inte längre är så entydig, och att vården behöver mer resurser för att tillgodose en åldrande befolknings behov av vård och omsorg.

### Billigare och mer rättvist

Att många vill nyttja primärvården är i sig inget problem. Primärvården har många fördelar:

- Många av dem som idag söker vård vid sjukhusens överbelastade akutmottagningar skulle lika bra eller bättre kunnat tas om hand av primärvården.
- Det är en billigare vårdform.
- I en väl fungerande primärvård har patienten sin egen läkare, vilket i regel leder till en bättre vård, då läkaren med sin kunskap om patienten ofta kan leda till en bättre vård, med mera helhetssyn och till exempel undvika onödig medikalisering.
- En utbyggd primärvård leder också till en rättvisare fördelning av vårdresurserna, eftersom sjukhusens dyrare vård nyttjas i högre grad av högt utbildade, höginkomsttagare, yngre och medelålders. Medan alltså de med låg utbildning och låg inkomst samt de äldre är underrepresenterade bland dem som söker sjukhusvård.

### En resurssvag sista instans

Primärvården skulle kunna ha en betydligt mer central och strategisk roll i sjukvårdssystemet än den har idag, som sammanhållande kraft i vården av de äldre, med helhetssyn och bred kunskap om individen.

Många gånger har politiker utfärdat löften om att satsa på primärvården, för att sedan aldrig infria dem. I stället har primärvården blivit en resurssvag sista instans för det som andra specialiteter inte vill, orkar, anser sig ha råd med eller tycker är tillräckligt fint.

Hur har det kunnat bli på det viset?

Ett svar handlar om status, både primärvårdens och dess läkares.

Primärvården bristande status hänger samman med dess svaga formella roll, både i relation till andra specialiteter inom sjukvården och gentemot kommunal vård och omsorg. Därav följer förstås också att dess läkare får en status som inte når upp till kollegernas i många andra specialiteter – trots att de åtnjuter stort förtroende från sina patienter.

Denna brist på status för primärvården utgör ett problem. Det är här som vårdinsatser från olika specialiteter och vårdgivare ska samordnas, i den typ av gränsöverskridande nätverk som behövs för patienter med flera åkommor och kroniska sjukdomar – vilket ofta gäller patientgrupper där äldre är kraftigt överrepresenterade. Här finns ett problem att bearbeta om man vill förstärka primärvårdens roll i ett alltmer komplext sjukvårdssystem.


### Måste tillföras resurser

Primärvården ska vara den instans inom hälso- och sjukvården som ser till att patientens hela situation beaktas. Detta är kanske särskilt viktigt när det gäller de äldre, som oftare än andra är multisjuka och kroniskt sjuka. Det är primärvården som kan ha överblicken, när det gäller vårdbehov, medicinering och rehabilitering och som skulle kunna ta ett helhetsansvar och samordna insatserna mot de äldre – även sjukhusens och kommunens insatser. Vårdplanering – med primärvården som ansvarig, och i samverkan med kommunal omsorg – skulle kunna vara ett villkor för utskrivning från sjukhus.

Men för att framtidens primärvård ska kunna fungera som denna sammanhållande länk i vårdinsatserna måste den tillföras resurser och besättas med flera olika personalgrupper (sjuksköterskor, psykologer etc). Dagens brist på allmänläkare måste åtgärdas, så att alla kan få en fast läkarkontakt. Det behövs även särskilda äldre-vårdsteam med både geriatrisk och äldrepsykiatrisk kompetens.

Flera försöksverksamheter har gjorts för att få en mer sammanhållen vård, men de har varit kortlivade och erfarenheterna har inte tagits till vara på ett strukturerat sätt.

Det är främst tre centrala aktörer som bör samarbeta med primärvården kring detta: akutsjukhus (internmedicin), geriatrik (långvård) samt den kommunala sjukvården. Två av dessa har samma huvudman som primärvården – men det garanterar tyvärr inte ett bra samarbete. Bland annat ställer de



Försvagningen  
av primärvården försämrar  
möjligheterna  
till helhetssyn

olika ersättningssystemen till en hel del problem.

Privatiseringen har här blivit en komplicerande faktor. Om vissa delar av vården privatiseras, och om det är oklart hur samarbetet med andra aktörer ska se ut försvåras möjligheterna att bedriva en vård som präglas av helhetssyn. Vårdvalssystemet anges av flera som ett exempel på detta.

En paradox i sammanhanget är att samverkan verkar fungera bättre mellan sjukhusen och den kommunala vården än mellan sjukhus och primärvård – trots det gemensamma huvudmannskapet

för primärvård och sjukhus. Detta är viktigt att åtgärda, annars är risken stor att primärvården i onödan skickar patienten till sjukhus, med mindre kontinuitet i behandlingen och dyrare vård som följd.

I många länder tillämpas en enkel metod för att stärka samverkan mellan primärvård och sjukhusvård: att primärvårdsläkare besöker "sin" patient när denne ligger på sjukhus – men detta förekommer i praktiken inte alls i Sverige.

Dagens uppdelning av det finansiella ansvaret mellan landstingen, som har det medicinska ansvaret, och kommunerna som har det sociala ansvaret, leder till ständiga gränsdragningsproblem och till försök att övervältra kostnader på den andra parten. Sannolikt skulle en samlad modell inte bara ge bättre vård för äldre, utan även leda till stora besparingar.

### Vård av äldre kräver högre kompetens

På gruppnivå har de äldre en mer komplex sjukdomsbild än genomsnittspatienten. De löper en påtagligt högre risk att drabbas av sjukdomar och skador, och har en mer omfattande multisjuklighet. Handläggningen av äldre individer inom sjukvården kräver därför en kompetensnivå och en vårdorganisation som är anpassad till just detta.

- Det är viktigt att vårdarbetet bedrivs strukturerat, så att man kan avläsa insatsernas effekter.

- Journalerna måste ge en sammanhängande bild av den enskildes problem.

PRO betonar särskilt behovet av att geriatrisk och äldrepsykiatrisk kompetens ska finnas i primärvården. Enligt en annan föreslagen modell skulle äldre-vårdscentralerna innefatta olika vårdyrkesgrupper, både kommunala och landstingskommunala, utifrån ett vårdperspektiv fokuserat på äldre.

Även bristande kontinuitet kan ses som ett kompetensproblem. Därför är det allvarligt med den brist på allmänläkare som nu råder, eftersom den gör att

många tjänster är obesatta eller upprätthålls med vikarier och stafettläkare. Detta är ett problem särskilt i glesbygden.

En satsning på primärvården bör även ta med det kulturella perspektivet, och det faktum att andelen äldre med rötter i andra kulturer växer snabbt. Här kommer det att behövas både språkkunnig personal och skriftlig information på olika språk.

Förmodligen räcker det inte med att förstärka resurserna till primärvården. Mycket talar för att det även behövs fler vårdplatser på sjukhusen och i kommunala boenden. Socialstyrelsen har konstaterat att korttidsvården allt oftare blivit något av ett väntrum, där människor hamnar i väntan på att få plats i särskilda boenden. Men korttidsvården erbjuder inte samma säkerhet i det medicinska omhändertagandet och bör därför inte användas på det sättet. Dessutom ökar belastningen på hemtjänsten, när korttidsvården inte kan ta emot patienter för avlastning i normal omfattning.

### Finansiering och organisering

Svensk hälso- och sjukvård i allmänhet – och primärvård i synnerhet – har genomgått många förändringar av styrning och organisation, ofta oplanerat och utan efterföljande utvärdering.

Olika modeller har prövats där primärvården "köper" andra specialistinsatser. Mest känd är kanske "Dalamodellen", som innebar att primärvårdsläkaren fick ett helhetsansvar för patientens vård, inklusive budgetansvar även för andra insatser än de som primärvården svarade för. Detta innebar också en roll som "grindvakt" i relation till annan vård. Dessa modeller är nu avvecklade och har inte haft någon större effekt på det svenska sjukvårdssystemet. Internationella bedömare har pekat på bristen på grindvaktsfunktion som en orsak till att primärvården i Sverige inte fått den centrala roll som den borde ha.

Nu är det den så kallade vårdvalsreformen som är aktuell, vilket än en gång kommer att ställa primärvården inför stora förändringar när det gäller finansiering och organisation.

Från PRO betonas det att vinstintresse och betalningsförmåga aldrig ska få styra vården. Finansieringssystemen måste utformas på ett sådant sätt att de styr prioriteringarna rätt, med patientens behov i fokus.

Ett problem i dag är ersättningsmodeller som ofta premierar många korta besök och motverkar helhetssyn och kontinuitet. Ett annat bekymmer är att priset kan ges alltför stor betydelse vid upphandling av vård. Risken är då stor att vårdgivare försöker väja bort patienter som inte är lönsamma. Detta drabbar inte minst äldre med många sjukdomar, kroniker, psykiskt sjuka och invandrare med språkproblem.

Bristen på status för primärvården och dess läkare utgör ett problem

Därför krävs en stor eftertanke vid utformning av ersättningssystem inom vårdvalet så att man inte får sådana snedvridande effekter. En faktor som har betydelse här är kapiteringen, det vill säga att vårdcentralen får ersättning utifrån hur många patienter som listat sig där. Med hög andel kapitering skapas bättre förutsättningar för äldre, med låg andel kapitering är risken stor att vårdresurserna styrs till de friska i medelåldern. Exempel på sådana olikheter i ersättningen är Halland med hög andel kapitering och Stockholm med låg andel kapitering.

Oavsett om vården drivs i offentlig eller privat regi måste den styras demokratiskt. Kommun och landsting får inte avhända sig sitt grundläggande ansvar, och en del av sjukvården och äldreomsorgen måste förbli i offentlig regi. PRO betonar också att insynen garanteras i de privata utförarnas verksam-

het, i samma omfattning som i offentlig hälso- och sjukvård – det gäller till exempel meddelarfriheten och revisorernas granskning. Vidare måste region- och universitetssjukhus behållas i offentlig regi.

Slutsatser:

- Sverige behöver avsätta en större andel av BNP till hälso- och sjukvård och en växande andel av detta måste avsättas till primärvård.

- Primärvården måste finansieras på ett sådant sätt att ersättningen till den enskilda enheten främjar kontinuitet, helhetssyn och ett långsiktigt förhållningssätt. Det är också nödvändigt att stärka primärvårdens ställning rent organisatoriskt.

# Traditionens makt är stor när vården organiseras

PRO har låtit undersöka åtta europeiska länder för att jämföra hur äldre vården är organiserad. Det visar sig att tradition, historia och kultur har stor betydelse för hur dagen system ser ut. Här finns flera tydliga skiljelinjer.

En viktig skiljelinje handlar om finansieringen, om företagets, samhällets och skattebetalarnas roll.

Här finns å ena sidan "Bismarck-modellen" som går tillbaka till tysk lagstiftning från 1880-talet. Det var rikskanslern Otto von Bismarck som gjorde det obligatoriskt för anställda och arbetsgivare på ett företag att tillhöra och bidra till en sjukförsäkring som i sin tur finansierade vård för medlemmarna. Detta system med kvasi-offentliga, mer eller mindre oberoende sjukförsäkringar, fungerar än idag i Tyskland, Holland och Frankrike.

Å andra sidan finns den modell som bygger på heläckad vård för alla – oavsett inkomst, sysselsättning eller ställning – solidariskt finansierad via skatten. Principer för denna lades fram av den engelske ekonomen William Beveridge 1942 och systemet är i stort sett intakt i England än idag. Beveridges

principer har också starkt påverkat utvecklingen av sjukvårdssystemen i många andra länder, framför allt i norra Europa. Av de undersökta länderna tillämpas den i England, Spanien, Finland, Norge och Danmark.

Båda dessa modeller är system för att omfördela risk mellan individer. Bismarckmodellen gör detta inom mindre grupper – de enskilda sjukförsäkringarna – medan Beveridge-modellen gör det med hela befolkningen som bas.

Fördelen med den förra modellen är att avgifter och förmåner kan anpassas till resp grupps preferen-

ser medan fördelen med den senare är att avgifter och transaktionskostnader blir mycket små, eftersom hela befolkningen är basen. Nackdelarna är spegelbilden av detta: Bismarckmodellen kan ge upphov till hög- resp lågriskklasser, medan Beveridge-modellens nackdel är att vård och omsorg tenderar att bli lika för alla, med mindre hänsyn till olika individers behov.

## Omsorg i hemmet

En annan skiljelinje gäller synen på familjen och kvinnans ställning. I länder med en traditionell syn, ofta katolskt präglad, utgör familjen/slakten basen för omsorgen. I praktiken har kvinnan fått stå för utförandet, eftersom mannen arbetat utanför hemmet. Frankrike, Tyskland, England och Spanien har präglats av denna tradition, medan Holland, Finland, Norge och Danmark befinner sig i den tradition där huvudansvaret för omsorgen ligger utanför familjen, i det offentliga eller i marknaden.

Detta innebär att kvinnornas förvärvsfrekvens både påverkar – och påverkas av – hur systemet för vård- och omsorgen fungerar. I länder med låg andel kvinnor som arbetar utanför hemmet blir det naturligt att bygga på omsorg i hemmet – och tvärtom i länder där kvinnorna arbetar utanför hemmet. Under de senaste 10 åren har det emellertid skett en kraftig ökning av den kvinnliga förvärvsfrekvensen i tradi-

Båda modellerna är system för att omfördela risk mellan individer

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

Klassificering av åtta länder.

Sjukvårdens organisation och finansiering



tionellt "katolska" länder. Det innebär att den som ansvarar för vård och omsorg i dessa länder måste öka andelen vårdproduktion utanför hemmet.

### Stigande kostnader i alla länder

Idag utsätts alla sjukvårdssystem för ett hårt tryck av stigande kostnader och åldrande befolkningar. "Bismarck-länderna" har delvis rört sig mot mer skattefinansierade lösningar, och i flera länder har vården organiserats om. 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 finns inte heller någon formell mellannivå utan ett stort antal små kommuner som har hand om all vård och omsorg, medan staten har liten betydelse. I Spanien sköter de mer eller mindre autonoma regionerna nästan all vård och omsorg men inom ramen för en skattefinansierad (Beveridge) modell.

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 mycket kraftig reglerande styrning över avgifter, förmåner och regler för de privata försäkringsbolag som sköter hälso- och sjukvården.

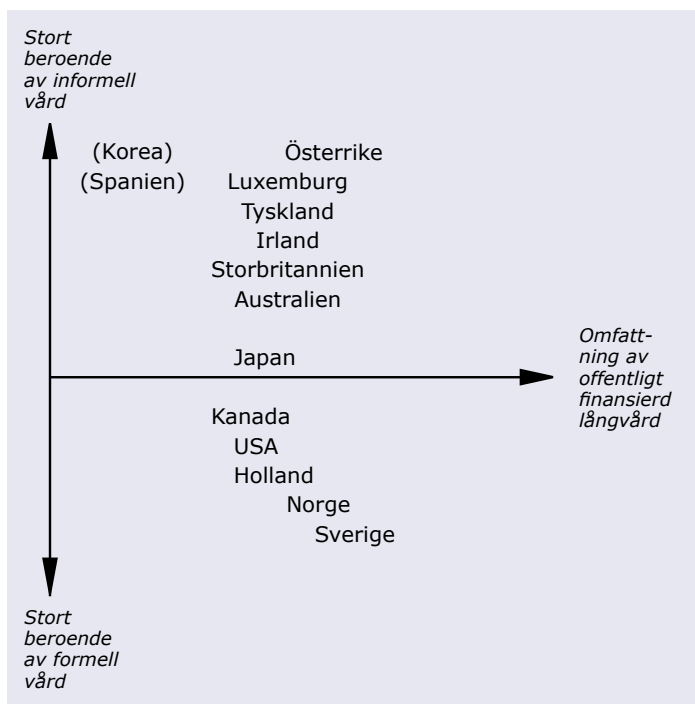
Skillnaderna i vårdssystem har även betydelse för de äldre. Valfriheten kan vara större i det "Bismarckianska" systemet, men samtidigt är utbudet av tjänster i hemmet mindre, eftersom den delen sköts av anhöriga. Alla länder försöker nu bygga ut stödet för vård och omsorg i hemmet, men man har svårt att hålla jämn takt med ökningen av behoven.

OECD har gjort ett försök till klassificering av några länder efter grad av formell respektive informell vård (Figur 1). Figuren tar upp både formell och informell vård för äldre. Observera att länderna i denna figur inte helt överensstämmer med de av PRO studerade europeiska länderna. Finland, Danmark och Frankrike saknas.

Enligt figur 2 hamnar Sverige och Norge i en "extremgrupp" med lite valfrihet och lite stöd för informell vård. I Tyskland och England (UK) är valfriheten för de äldre större, samtidigt som andelen stöd till informell (anhörig)vård är större. Holland hamnar delvis i den nordiska "extremgruppen", men med större valfrihet vid val av offentliga vårdtjänster.

Detta illustrerar att också omsorg för äldre påverkas av de grundläggande skillnaderna mellan ländernas sjukvårdssystemen (Bismarck/Beveridge). Valfriheten är ofta större i "Bismarckianska" system men samtidigt är tjänsteutbudet för stöd och hjälp i hemmet underdimensionerat eftersom det förutsätter att anhöriga tar hand om detta. Alla länder försöker nu bygga ut stödet för vård och omsorg i hemmet men man har svårt att hålla jämn takt med ökningen av behoven.

**Figur 1: Fördelning mellan formell respektive informell vård för äldre**



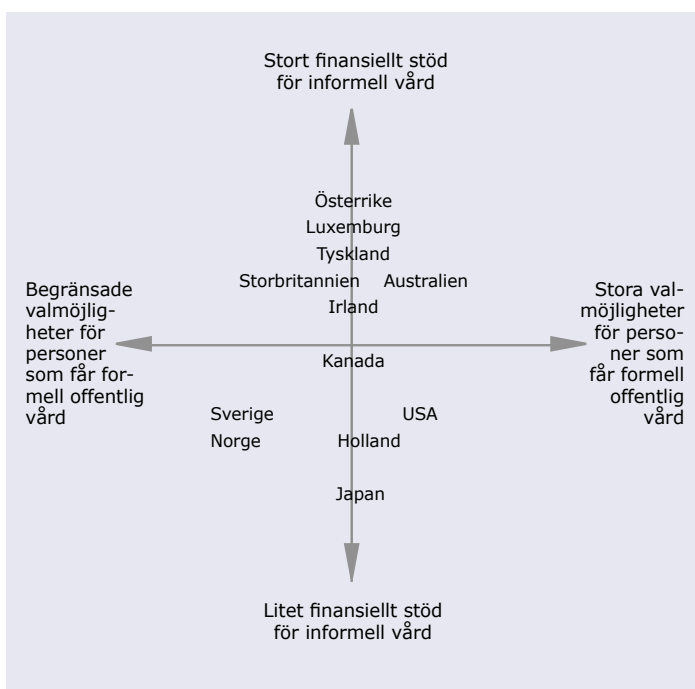
Tre grupper av länder kan identifieras i figur 1:

**Sverige, Norge och Holland** har stor andel formell vård och hög andel offentlig finansiering,

**Tyskland och Storbritannien** har stor andel informell vård med genomsnittlig offentlig finansiering.

**Spanien** har stor andel informell vård och låg andel offentlig finansiering. (Finland, Danmark och Frankrike ej med)

**Figur 2: Fördelning mellan individuell valfrihet för stöd för vård av äldre**



# Danmark: Stark statlig styrning

Danmark har en stark central statlig styrning av sjukhusvården och av en primärvård med "grindvaktsfunktion", det vill säga att primärvården styr vilka övriga vårdinsatser som ska sättas in.

Den centralstyrda vården är organiserad via fem regioner, som styrs av regionråd som väljs vart fjärde år. De har hand om all sjukhusvård, tandvård, läkemedel samt allmänläkarsystemet.

Regionråden saknar beskattningsrätt och finansieras till 80-85 procent från staten samt till 15-20 procent på uppdragsbasis från kommunerna. Danmarks 96 kommuner ansvarar för hemtjänst, särskilt boende för äldre, med mera. Kommunerna har egen beskattningsrätt.

Den statliga styrningen av regionerna är relativt stor. Bland annat anger staten anger hur avtalen mellan regionerna och kommunerna ska se ut. Kommunernas makt är relativt stor, men det finns en oro över att kommunerna inte har kompetens att beställa adekvat sjukhusvård. Faran är att kommunerna mera ser på sparmöjligheter genom att undvika köpa regionernas tjänster än att satsa på långsiktiga preventiva åtgärder.

Nästan alla sjukhus är offentliga och det finns ingen fri etableringsrätt, men det finns ett mindre antal privata sjukhus vilka måste ha avtal med regionen för att ta emot patienter. Som i de flesta andra länder har det genomsnittliga antalet behandlingsdagar per patient sjunkit kraftigt på sjukhusen.

Regionerna finansierar också primärvården i form av allmänläkarmottagningar, som till en tredjedel består av enmanspraktiker, och två tredjedelar flerläkarstationer. Här finns inte heller fri etableringsrätt. När patienten fått remiss kan denne själv välja sjukhus.

Antalet invånare per allmänläkare är i genomsnitt ca 1500. Ersättningen till allmänläkare är baserad på fast kapitering som ska täcka alla kostnader.

Staten försöker öka samarbetet mellan sjukhusen och allmänläkaren, bland annat genom att sjukhusen sedan 2005 måste ha speciella patientkoordinatörer på sjukhusen som ska se till att patientinformationen fungerar mellan sjukhus å ena sidan och kommunen samt respektive allmänläkare å den andra. Trycket

på sjukhusen att ge bra service till allmänläkaren tycks ha ökat, eftersom de hellre remitterar till sjukhus som det går lätt att samarbeta med.

## Kommunerna

Kommunerna driver omsorgsverksamhet av olika slag, och har på senare år kraftigt ökat resurserna till sådant som dagvård, hemtjänst, hemsjukvård och primärvård, så att kroniskt sjuka kan bo kvar hemma.

Egenavgifterna för boende är relativt höga och beror på inkomst och förmögenhet; även pensioner avräknas för att betala delar av boende- och vårdkostnaden.

2007 beslutades om en reform som skulle få kommunerna att ta mera ansvar för sjukdomsprevention och rehabilitering. Bland annat skulle kommuner bilda hälsocentraler för att ta hand om mindre sjukdomar. Denna reform har läkarna protesterat emot. Pilotprojekt med statlig finansiering har emellertid startats på olika håll i Danmark.

Rehabiliteringsansvaret delas mellan sjukhusen och kommunerna. Det finns även ett fåtal privata kliniker som arbetar med sjukgymnastik, arbetspassning, kiropraktik med mera. Rehab är gratis för patienterna och allt fler sjukhus inrättar rehabkliniker för äldre.

Kommunerna har även ansvar för vård av handikappade, psykiskt sjuka, hemlösa, med flera. Det gäller både vård i hemmet och i speciellt boende. Vården finansieras via kommunalskatt och utförs till stor del av kommunalt anställd personal. Men andelen kontrakt med icke-vinstdrivande privata vårdproducenter växer. Mat, städning med mera köps av vanliga vinstdrivande företag.

För att minska kostnaderna försöker kommunerna nu att öka insatserna för egenvård, inklusive vård i hemmet. Det innebär också att man försöker spara genom att öka andelen egenavgifter och lägga ut mera av vårdtjänsterna till icke-vinstdrivande privata organisationer.

Kommuner ger hemtjänst i form av hjälp med städning, inköp, tvätt, matlagning, hjälp med personlig hygien etc. Anhöriga till vårdbehövande kan få hjälp och avlastning med vård i hemmet. Det finns två former av stöd i hemmet: långvarig och kortvarig hjälp. Den långvariga hjälpen är gratis medan den kortvariga betalas av patienten beroende på inkomst. För vård utanför hemmet finns en hel rad alternativ: ålderdomshem, särskilda boenden för dem över 55, servicehus och långvårdshem. Det finns även avlastningshem för att minska belastningen på anhöriga.

Danmark har problem med samordningen mellan primärvård och övrig vård, vilket kan leda till problem särskilt för sårbara grupper. Orsak är bland annat oklara ansvarsförhållanden och brist på förståelse mellan olika vårdgivare. För patienten ger detta en bild av ett fragmenterat hälsosystem.

Antalet behandlingsdagar per patient har sjunkit kraftigt på sjukhusen

# England: Gratis vård till alla

England har ett helstatligt system (National Health Service, NHS) för både sjukhusvård och primärvård. Ansvar för äldrevården delas mellan NHS och kommunerna.

England har ett typiskt Beverage-system: staten har hand om all sjukvård, den är gratis för alla invånare och finansieras nästan helt (94 procent) via skatter. Systemet är under hård ekonomisk styrning från regeringen och den årliga budgeten behandlas i regeringens ordinarie budgetprocess. Totalt har NHS ca 1,5 milj anställda i Storbritannien.

Pengarna fördelas via tio stycken ungefär jämnstora strategiska Hälsomyndigheter (SHA) som har planeringsansvar för både primärvård och sjukhusvård inom sin respektive region, var och en med ca 4 miljoner invånare – utom Londonområdet som har 7 miljoner. SHA har också tillsynsansvar inom sin region vad gäller medicinsk kvalitet, vårdprioriteringar etc.

Fördelningen av pengar till resp SHA sker per invånare 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 invånare.

1991 introducerade Thatcher-regeringen en "inre marknad" där NHS bara skulle bli upphandlare och där produktionsansvaret skulle övergå till många lokala offentliga och privata producenter. Detta har idag blivit ett system för samarbete mellan relativt självständiga producenter och NHS's regionala myndigheter. Budgetstyrningen är dock centraliserad i ett rakt led från departementet till den lägsta regionala nivån.

## Sjukhus

De flesta sjukhus inom ett distrikt (DHA) är samlade i en organisation ("Acute trust") som handhar planering och koordinering för dessa sjukhus, men som får budget och direktiv från SHA. En grupp sjukhus kan också bilda en oberoende organisation ("Foundation trust") som kan skriva kontrakt med olika offentliga parter (inte bara med "sin" SHA). Mentalsjukhusen har sina egna trusts. Alla dessa sjukhus ägs av staten och alla personal är anställd av NHS.

Basen i sjukhusystemet är ett District General Hospital (DGH) med fullservice till ett befolknings-

område om 150-200.000 invånare. Dessutom är England uppdelat i elva "Ambulance trusts" som serverar alla SHA med ambulanstransporter. Även denna personal är anställd av NHS.

## Primärvård

Primärvården består av allmänläkare ("General Practitioner", GP) – och tandläkarejänster. Ca 99 % av befolkningen är listad hos en GP som har en strikt grindvaksroll: 90 % av alla patientkontakter inom NHS sker med en GP. Var och en får fritt välja GP, men få byter. GP arbetar i grupper om minst 4 läkare. Bara 10 % arbetar numera i ensampraktik. GP är självständiga vårdproducenter vars nationella organisation årligen förhandlar med hälsoministeriet kring ersättning, regler mm.

För att sätta upp en ny GP-enhet krävs tillstånd från en nationell myndighet. Vad gäller ersättningsmodellen har andelen för fast kapitering och ett fast årligt grundbelopp på senare år minskat till förmån för olika prestationsbaserade ersättningar, till exempel mål om hälsokontroller, preventiva aktiviteter mm.

De flesta GP (och tandläkare) inom en SHA – det regionala organet – ingår i en Primary Care Trust (PCT) som ansvarar för primärvården och för koordineringen mellan sjukhusvård, primärvård och social (lokal, kommunal) omvårdnad.

## Social omvårdnad

Med social omvårdnad menas i England långvård och ålderdomshem för äldre, institutionsvård för mentalt eller fysiskt handikappade och hemtjänst av olika slag. Ansvar för att detta fungerar delas mellan NHS och kommunen. Hittills har samarbetet fungerat dåligt, vilket man nu försöker ändra.

Det normala i England är att nära anhörig har hand om vården för vårdbehövande i sitt eget eller den vårdbehövandes hem. Det finns nästan sex miljoner sådana informella vårdgivare.

Under 70- och 80-talet stängdes – precis som i Sverige – många institutioner till förmån för att patienterna skulle bo kvar i eget boende. Men framväxten av tjänster för eget boende klarade inte av det ökade behovet, framför allt från det växande antalet vårdbehövande äldre.

Det är kommunen som utreder vårdbehovet och ansvarar för att lämplig hjälp finns tillgänglig. Den centrala finansieringen av långvården har försvunnit och pengarna går nu i stället till kommunen som i sin tur betalar för vården.

För äldre gäller strikta och låga inkomstgränser för att få hjälp. Man får inte heller ha större tillgång-

90 procent  
av alla patient-  
kontakter  
sker med en  
allmänläkare

ar i form av fastigheter och annat. Detta startade en politisk debatt om fall där äldre tvingats sälja sitt hus för att få hjälp. Detta 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.

### **Privat vård och privata försäkringar**

Ungefär 10 % av befolkningen har privata vårdförsäkringar, de flesta kollektiva baserade på arbetsgivaren. Dessa är koncentrerade till högre inkomstgrupper och täcker mest akut sjukhusvård.

Det finns mycket litet privat primärvård i England och de privata vårdcentraler som finns är koncentrerade till London.

## **Finland: All vård är kommunal**

I Finland drivs all sjukvård – inkl äldrevård – av de 415 kommunerna. Staten har en relativt liten betydelse.

Finland har därmed ett av de mest decentraliserade sjukvårdssystemen i EU. Staten har dock allmän tillsynsroll och bestämmer över läkemedelspriser, ger ut normer och nationella riktlinjer, med mera. Staten har även fem regionala representanter, motsvarande svenska länsstyrelser, som tillser sjukvården, överklaganden etc.

Det finns inga landsting eller motsvarande utan kommunerna driver sjukhus i 20 sjukhusdistrikt.

Dessa fungerar som svenska kommunalförbund med politisk ledning mm. Primärvården är dock uppdelad på två eftersom företagshälsovården i Finland är obligatorisk med statliga bidrag (subventioner, motsv ca 40 % av kostnaden) och sysslar också med allmän primärvård för de anställda (ca 13 % av befolkningens alla besök i primärvården sker inom ramen för företagshälsovården).

För anställda sker ca 45 % av öppenvårdsbesöken i primärvården inom företagshälsovården, ca 35 % i kommunernas vårdcentraler och 15 % i privata vårdcentraler.

Den privata sjukvården spelar relativt liten roll, utom vad gäller tandläkare – men den privata vården växer kraftigt. Av Finlands ca 16 000 läkare arbetar ca 1700 helt i privat regi och en del av de offentligt anställda arbetar parallellt deltid i privat praktik.

Största problemet för en bättre sjukvård är att många kommuner är så små – även om mindre kommuner samarbetar om gemensamma vårdcentraler. Befolkningen varierar från 250 invånare upp till 560 000. Mer än 75 % av kommunerna har mindre än 10 000 invånare och 20 % har mindre än 2 000 inv. Det finns stora skillnader mellan kommunerna, vad gäller kostnader, behandlingstider med mera – skillnader som inte kan förklaras av olika objektiva vårdbehov i kommunerna. Staten försöker ingripa genom att bland annat 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. Finland har ungefär samma läkartäthet som andra nordiska länder.

### **Finansiering**

Cirka 20 % av de totala sjukvårdskostnaderna betalas av patienternas egenavgifter. 40 % betalas från kommunerna och resten är statliga bidrag, socialförsäkring med mera. De statliga bidragen svarar för ca 25-30 % av kommunernas kostnader rörande sjukvården. De baseras (som i Sverige) på ett komplicerat system av förväntade vårdmarkörer (ålder, kön, dödlighet, geografi, arbetslöshet etc).

Av kommunernas utgifter står hälso- och sjukvården för ca 25%, dock med stora regionala variationer, bland annat beroende på hur mycket institutionsvård man ger äldre. Finland har låga sjukvårdskostnader mätt i procent av BNP jämfört med andra länder.

### **Primärvård**

Enligt lagen är varje kommun skyldig att ge vissa tjänster till sina invånare förutom "vanlig" primärvård, till exempel mödra- och barnavård och skolhälsovård.

Det finns stor frihet för kommunerna att i samverkan med sitt sjukhusdistrikt – eller med andra kommuner – organisera vården. Den nationella lagstiftningen har dock under senare år ökat trycket på kommunerna för att öka kvaliteten i tjänsterna.

Det finns ca 240 hälsocentraler (HC) i Finland där det vanligaste befolkningsunderlaget är ca 20.000 inv.

Flera HC har egna sängar och i de större städerna kan man säga att det finns "HC-sjukhus". De flesta patienter på dessa "sjukhus" är äldre med kroniska sjukdomar och dessa sjukhus fungerar de facto som del av långvården.

De flesta HC är tekniskt välutrustade och gör även mindre operationer. På HC finns även tandläkare, sjuksköterskor, barnmorskor, socialarbetare, sjukgymnaster och psykologer. I hälsocentralens

**Staten försöker ingripa genom att bestämma nationella kvalitetsmål**



uppdrag ingår också att sköta skolhälsovård, företagshälsovård, medicinsk vård inom långvården.

Sjuksköterskorna spelar en mycket viktig roll i de finska hälsocentralerna och har egna mottagningstider, ger injektioner, mäter blodtryck etc.

Patienterna kan inte välja hälsocentral. I större tätorter har varje central sitt eget befolkningsansvar. För att besöka sjukhus krävs remiss från vårdcentral – utom för akuta fall.

### Långvård och rehab

Rehab sköts av hälsocentraler och sjukhus i samarbete och finansieras av den statliga socialförsäkringen. Långvård för äldre sker i tre former: traditionell långvård, i HC-sjukhus och i särskilt boende. De flesta av dessa institutioner drivs och ägs av kommunen men det finns också privata operatörer. Det medicinska ansvaret för alla behövande – oavsett boendeform – ligger hos allmänläkaren på hälsocentralen.

Kvaliteten i hemtjänst (hemsjukvård) är mycket varierande mellan kommuner och allmänt är volymer klart underdimensionerad i relation till behoven.

### Övrigt

Allmänt försöker staten uppmuntra till samarbete om hälsocentraler mellan framför allt små kommuner och utvecklingen går i denna riktning – men trögt. Detsamma gäller för informationsutbyte mellan sjukhus och primärvård inom samma sjukhusdistrikt. Staten försöker med ekonomiska incitament också få in primärvården i det interkommunala samarbete som av tradition finns inom andra områden.

Den stora utmaningen för den finska hälsovården är att utjämna skillnaderna i vårdkonsumtion – geografiskt samt mellan socioekonomiska grupper. En orsak till de stora socioekonomiska skillnaderna är förekomsten av företagshälsovård som inte når grupper med svag ställning på arbetsmarknaden. Företagshälsovård är dessutom gratis för anställda medan besökare på HC får betala patientavgift.

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 %.

## Frankrike: Komplicerad struktur

Frankrike har en mycket komplicerad struktur både vad gäller regional indelning och vad gäller finansieringskällor till sjukvården – tre nationella sjukkassor plus statliga bidrag. Där till kommer en starkt styrande centralmakt.

22 regioner utgör planeringsnivå för främst sjukvården i Frankrike. Varje region är indelad i departement – totalt ca 96 stycken – som leds av en prefekt, utsedd av centralregeringen, plus en politiskt vald församling. Departementen kan sägas motsvara våra län/landsting och har i genomsnitt ca 500 000 invånare. Dessa departement är i sin tur uppdelade i sammanlagt 340 arrondissement som i sin tur är indelade i ca 4 000 kantoner. Dessa fungerar enbart som valkretsar. Kantonerna är i sin tur indelade i hela 37 000 kommuner.

### Sjukvårdens finansiering

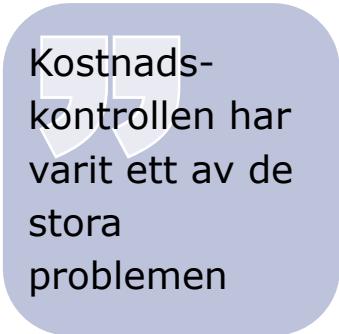
Sjukvården finansieras via två parallella system. Dels (som i Tyskland) via tre nationella sjukkassor (mutuelles) med individuella medlemmar som betalar obligatoriska avgifter och får ersättning för sina sjukvårdskostnader. Dels via beskattning som fördelas via den centrala regeringen.

Traditionellt har staten, via skatter, haft hand om sjukhus och medicin medan kassorna via medlemsavgifter betalat för all annan vård. Staten har försökt göra villkor och avgifter likvärdiga men i Frankrike pågår en ständig strid om makten mellan de stora nationella kassorna och staten.

Kassorna har inte bara hand om finansieringen av vård utanför sjukhus utan fungerar också som försäkringskassor och betalar ut sjukpenning, mödravårdsersättning, pensioner, livförsäkring etc.

Kostnadskontrollen har varit ett av de stora problemen i Frankrike. Fritt vårdval i kombination med central finansiering (tredjepartsfinansiering) innebär lågt kostnadsmedvetande i hela systemet.

Hälsoministeriet och parlamentet sätter ramar i form av ekonomi, antal sjukhus med mera. Den sätter även priser för läkemedel och vissa medicinska åtgärder, bestämmer prioritering för vissa sjukdomar för det samlade sjukvårdssystemet etc. Sjukvården finansieras till 50 % av arbetsgivaravgifter, 5 % av egenavgifter från individer och resten via vanlig inkomstskatt (plus viss skatt på alkohol, tobak etc).



Kostnads-  
kontrollen har  
varit ett av de  
stora  
problemen

I varje region har staten bildat en regional sjukvårdsorganisation, ARH. Där finns även representeranter för de tre stora kassorna. ARH har hand om all sjukhusplanering, även för de privata sjukhusen. Också fackliga organisationer är med i ARHs planeringsprocess.

### **Komplicerat ersättningsystem**

Utom för omhändertagande på sjukhus gäller att individen själv skall betala hela behandlingskostnaden för att sedan får ersättning av sin sjukkassa. Eftersom man i genomsnitt bara får ersättning för 75 % av kostnaderna har de flesta fransmän en privat eller kollektivavtalad försäkring som täcker ca hälften av den icke subventionerade delen, resten av sjukvårdskostnaden (ca 12%) får man betala själv.

### **Omvårdnad och sjukvård för äldre**

Den sociala omvårdnaden för äldre i institutioner är departementens ansvar, medan ansvaret för den medicinska omvårdnaden ligger hos sjukförsäkrarna. Koordineringen dem emellan är dålig.

Sjukförsäkrarna 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 avgifterna för hyra och mat är höga. För låginkomsttagare betalas dessa kostnader av departement/kommun men det är ständiga bråk mellan sjukförsäkrare och kommuner om vem som ska betala.

### **Primärvård**

Den mesta primärvården ges av privatpraktiserande läkare, specialister, barnmorskor, tandläkare, sjuksköterskor och privata sjukhus. Patienterna betalar och får i sin tur får tillbaka en del av kostnaderna från sjukförsäkrarna/kommunerna enligt viss fastställd tariff, vilket medfört problem med kostnadskontrollen.

Allmänläkaren som har rätt att skriva remiss (det har inte alla) har en "grindvaktarroll" och får därför en kapitering per registrerad patient om 46 Euro per år. Trots detta har bara 10 % av allmänläkarna (år 2001) registrerat sig med listning, motsvarande 1 % av patienterna.

### **Utveckling reformer**

Utvecklingen går mot att regionerna får större betydelse på statens bekostnad och att sjukförsäkrarna förlorar inflytande över hälso- och sjukvården till förmån för staten. Men ansvarsfördelningen kassor-stat-region är fortfarande oklar och föremål för konflikt och debatt. Frivilliga, kompletterande, sjukförsäkringar spelar stor roll, och dessa försäkringsbolag försöker nu binda till sej sjukvårdsproducenter, både privata sjukhus och allmänläkare.

## **Holland: Nyligen reformerat**

Det holländska systemet för sjukvård reformerades kraftigt 2006. Många viktiga delar i det gamla systemet är dock oförändrade.

Centralt i både det nya och det gamla det holländska systemet – liksom i det nuvarande tyska systemet – är att det är oberoende (privata) icke-vinstdrivande sjukförsäkrare (Tyskland) eller vinstdrivande försäkringsbolag (Holland) som enligt lag helt ansvarar för att individernas vårdbehov tillgodoses.

### **Nytt system 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 sjukförsäkrare/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 sjukförsäkrare/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 stora förändringar inom den allmänna försäkringen:

- Alla måste nu ha en försäkring oberoende av inkomst eller andra restriktioner.
  - Systemet innebär att de icke-vinstdrivande sjukförsäkrarna avskaffades, vilket innebar att de antingen lades ner helt, ombildades till vinstdrivande försäkringsbolag eller gick ihop med ett privat försäkringsbolag. Dvs sjukförsäkrarnas 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, sjukdomsrisk, 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).
  - Statens reglering av sjukhus 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 med låga inkomster.
- 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. Den nya fasta avgiften är betydligt högre än i det gamla systemet. Och dels genom en arbetsgivaravgift på ca 7%.

### **Primärvård.**

Holland har ett utbyggt familjeläkarsystem med kraftig grindvaktsfunktion inklusive remisstvång för besök hos specialist eller icke akut sjukhusvård. Ca 50 % av allmänläkarna är ensampraktiserande men andelen som arbetar i grupp ökar snabbt. Varje läkare har ca 2300 patienter listade. Holländska allmänläkare har låg remissfrekvens (dvs gör mycket själv) och har låg andel receptutskrivning av alla patientkontakter. Allmänläkaren betalas med kapitering för patienter anslutna till någon kassa och med avgifter för utförda tjänster för patienter som har försäkring i privata försäkringsbolag.

### **Specialistvård**

Specialistvård sker till största delen av specialister på sjukhus som kan vara både anställda eller bedriva egenpraktik på sjukhuset.

### **Social omvårdnad**

I hela landet finns 32 så kallade omsorgskontor (Zorgkantoor) som tar emot anmälningar om behov av hjälp från äldre, och även från yngre personer med handikapp, mentala störningar mm. Dessa kontor tar också beslut om hemsjukvård och vård i särskilt boende.

Kontoren drivs av den särskilda nationella vårdförsäkringen (AWBZ) och till kontoren hör en separat avdelning (CIZ) som utför vårdbedömningar av enskilda vård sökande. Vårdbedömningar sker efter ett system som gäller för hela landet. Kommunen fattar beslut om stöd och hjälp i hemmet som inte gäller sjukvård eller personlig omvårdnad (dvs städhjälp, hjälp med inköp, bostadsanpassningar, rullstol, etc). Ofta samarbetar allmänläkaren, kontoren och kom-

munen kring bedömningar och beslut om vård och omsorg.

För vård på institution (särskilt boende) betalar individen för mat och husrum, vilket kan vara betydande belopp. Man kan också hos Zorgkantoor ansöka om personlig budget som kan användas för att anställa eller köpa in stöd och hjälp i hemmet, också från anhöriga.

Den största delen av social omvårdnad för äldre sker i form av ålderdomshem resp långvård. Holland har en av de högsta andelarna av äldre i dessa boendeformer i hela EU. Nu 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 till vårdbehövande som bor kvar i sitt vanliga boende. Det senaste heter "vårdprenumeration" där äldre mot en fast månadsavgift – vid plötsliga behov – kan få tillgång till mer eller mindre tillfälligt specialboende med inbyggd medicinsk och social hjälp.

Försäkringsbolagen ska få ökad press att leverera effektiv vård

## **Norge: Staten har tagit över**

I Norge har staten tagit över hela sjukvårdssystemet medan kommunerna har hand om primärvård och äldreomsorg.

År 2002 tog staten över alla sjukhus från landstingen och dessa drivs nu som offentliga företag med styrning från 5 regionala hälsomyndigheter med direkta bidrag från staten. 431 kommuner har hand om primärvård och sociala tjänster (hemhjälp, långvård etc) och detta finansieras via kommunalskatt och statsbidrag. Landstingen (fylkena) har bara kvar ansvaret för tandvården. Det finns ca 4000 allmänläkare till vilka nästan alla invånare är listade. De är självständiga vårdgivare med offentlig finansiering.

Den privata sektorn är liten i Norge i termer av vårdproduktion och finns inom tandvård, rehabilitering, labb. Vad gäller social omvårdnad är 90 % av äldreboendena och liknande kommunägda. Bara 3 % drivs kommersiellt, övriga av ideella organisationer). Omfattningen av privata sjukvårdsförsäkringar är också liten i Norge.

### **Regionala hälsomyndigheter**

Landet är indelat i fem geografiska områden med mellan 460 000 och 1,7 miljoner invånare med minst

ett universitetssjukhus i varje. De regionala hälsomyndigheterna är inom sitt område ansvariga för all specialiserad vård, inklusive mentalvård, labb, röntgen, drogbehandling etc. Hälsomyndigheten sluter avtal med sjukhusföretagen (som är ägda av hälsomyndigheten) i regionen och svarar för hela deras finansiering. Regeringen kan besluta om nedläggning av sjukhus, vilket är en unik centralisering i Norden.

Sjukhusen är relativt självständiga och är en egen juridisk enhet med en styrelse som är utsedd av regeringen. Finansieringen till sjukhusen baseras på DRG-prestationer och fasta tillskott per behandlad patient. Antalet sjukhus är nu ca 31, en kraftig minskning från de 80 som fanns i början av 1990-talet.

### Kommunerna och allmänläkare

Varje kommun skriver kontrakt med allmänläkaren om kostnader, service m m. Allmänläkarna finansieras på tre sätt: kapitering från kommunen, fee-for-service (ersättning för prestation) från staten samt patientavgifter. Kommunen sluter också avtal med privata vårdgivare som psykologer, sjukgymnaster, m fl. Via statsbidrag omfördelas resurser mellan kommuner med hänsyn till bland annat ålder och kön.

Norge har en EUs högsta kostnader för sjukvård, som andel av BNP. 85 % av utgifterna är skattefinansierade medan resten är avgifter som betalas av patienterna.

### Primärvård

Kommunerna i Norge har fått ökat ansvar på vårdområdet de senaste decennierna. Det gäller bland annat primärvård och äldreomsorg. 1988 tog kommunerna över ansvaret från landstingen för långvård och sjukhem samt 1991 ansvaret för öppenvård av psykiskt sjuka.

Sedan 2001 är kommunerna skyldiga att se till så att alla invånare kan lista sig hos en allmänläkare, vilket innebär att kommunen sluter avtal med flera allmänläkare.

Allmänläkarmottagningen består oftast av en gruppraktik med 2-6 läkare, plus sjuksköterskor med flera. 98 % av befolkningen är listad hos allmänläkare, som har en klar grindvaksroll.

### Långvård

Kommunen har ansvar för att det finns långvårdsenheter, ålderdomshem, dagcenter och hemtjänst till alla behövande (inte bara till äldre). Kommunerna kan själv välja mix av sjukhem, ålderdomshem resp hemtjänst så länge de upprätthåller god kvalitet. I de flesta fall ägs och drivs sjukhem och ålderdomshem av kommunen med egen anställd personal.

## Spanien: Regioner har huvudroll

I Spanien sköts det mesta av primärvård och sjukhusvård av regionerna medan äldreomsorg (som finns i liten omfattning) delas mellan region och kommun. Långvården finansieras via en särskild nationell socialförsäkring.

Överföringen till regionerna har skett gradvis sedan 1981 med år 2002 som det år då de sista regionerna fick egenkontroll. Den centrala regeringen har uppgifter av koordinerande karaktär, har ansvar för viss del av läkemedelspolicyn, utbildning av läkare, m m. Den regionala hälsovården finansieras till största delen av skatter och till en mindre del av bidrag från den centrala regeringen. Varje region bestämmer helt över organisation, ersättningsprinciper mm inom regionen. Varje region delas in i hälsoområden om ca 250 000 inv; dessa områden (och dess underindelning i mindre "zoner") sammanfaller inte med kommunindelningen. Kommunerna har en liten roll vad gäller sjukvården.

Hälsoområdena har helt ansvar för folkhälsoarbete, primärvård, sjukhusvård inklusive specialiserad vård och ska ha minst ett sjukhus. Varje hälsoområde är i sin tur uppdelat i "hälsozoner" där restiden för patient till service inte får överstiga 30 min. Det medför att dessa zoner har mellan 5 000 till 25 000 invånare. Vanligtvis är zonerna organiserade kring en vårdcentral som också har ansvar för prevention, rehabilitering, mödravård, barnhälsovård, gynekologi mm.

### Finansiering

Den regionala sjukvården finansieras delvis av regionala och centrala inkomstskatter. Det finns nationella överenskommelser om en miniminivå per region för sjukvårdsutgifter. Det finns också en mellanregional omfördelning.

Sjukvårdsutgifter i procent av BNP ligger under EUs genomsnitt. Sjukvård i Spanien är universell och gratis, utom för mediciner. Den privata sjukvårdens andel är liten, ca 5 % av kostnaderna. Detta varierar dock mellan regionerna, i Katalonien är 80 % av sjukhusen privata.

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

### Primärvård

Ersättningen till vårdcentraler baseras på fasta löner till personalen plus en kapitering motsvarande ca 15 % av inkomsten. Offentligt anställda allmänläkare betalas via kapitering medan privata allmänläkare ersätts efter prestation. De flesta läkare som arbetar i pri-

Försäkringsbolagen ska få ökad press att leverera effektiv vård



märvården är anställda av regionen.

Primärvården har en grindvaksroll i Spanien. Hembesök ingår för sjuka äldre och för patienter som nyss lämnat sjukhuset. Fritt val av vårdcentral gäller inom hälsoområdet.

Spanien har ca 50 allmänläkare per 100 000 invånare vilket är lågt inom EU (varierar dock mellan regionerna).

Spanien har som Sverige problem med att en stor andel av patienterna går direkt till sjukhus och inte via vårdcentraler.

### Långvård, geriatrik och socialtjänst

Ansvar för långvård och social omvårdnad ligger helt på regionerna. Dock ligger ansvaret för hemtjänst hos kommunerna. Både den och långvården är outvecklad i Spanien. Till exempel fick bara var sjätte av dem som bedömdes som vårdbehövande någon typ av hjälp 1999. Och enligt en uppskattning för 2001 hade bara 1,4 % av de äldre någon form av hjälp/vård i hemmet.

Många socialförsäkringsersättningar är centralt reglerade för hela landet men det gäller inte tjänsteutbudet som bestäms av varje region.

## Tyskland: Sjukkassor i huvudroll

Sjukhusvård, primärvård och äldreomsorg drivs i Tyskland till stor del av ett stort antal sjukkassor medan delstaterna har en planerande roll. Staten reglerar via ramlagstiftning.

Tyskland är ursprungslandet för det sjukssystem som infördes av Bismarck, dvs tvång för anställda och arbetsgivare att finansiera och vara medlem i en från staten autonom sjukkassa. Kassan betalar medlemmarnas sjukvårdskostnader och ger eventuellt ekonomiskt stöd.

Idag (2009) har Tyskland ca 200 sjukkassor med i genomsnitt ca 160 000 medlemmar per kassa som betalar avgifter. 150 av dem är företagsbaserade, övriga är skrå- och yrkesbaserade kassor.

Avgiften till sjukkassan – som tas in via arbetsgivaren precis som vanliga inkomstskatter – täcker också kostnader för medicinsk vård för eventuell hemmafru och för alla barn. Dessa kassor täcker 90 % av befolkningen medan ca 62 % av befolkningen är betalande medlemmar.

Förmånerna i alla kassor är lika och reglerade av förbundsdagen. De består främst av finansiering av alla vårdkostnader inkl prevention, hälsokontroll, akutvård mm. Dessutom betalar kassorna ut en sjukpenning. Vilka behandlingar och mediciner som ska

ingå i sjukvårdens kostnader är föremål för årliga förhandlingar.

Förutom sjukvårdskassorna ovan finns tre andra nationella kassor som har speciella finansieringsuppgifter:

- "Olycks-kassan"; finansierar vård, rehab mm vid arbetsolyckor och yrkessjukdomar
- Pensioneringsfonden: rehabilitering i allmänhet (handikappade etc)
- Långvårdsfonden (ny från 1996): finansierar långvård mm för äldre

De totala sjukvårdsutgifterna finansieras till 75 % med offentliga medel och till 25 % med privata medel.

### Central reglering

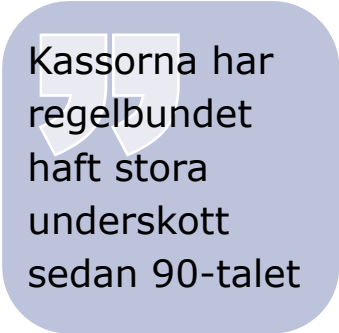
Förbundsregeringen reglerar systemet och har haft som sin främsta uppgift under senare år att försöka hålla kostnadsökningarna under kontroll. Detta sker genom hälsoministeriet men förbundsdagen och förbundsrådet har lagstiftningsmakt inom området. Dessutom sker viktiga nationella förhandlingar om förändringar i systemet mellan centralregeringen och de viktiga intresseorganisationerna.

Kassorna kan inte ackumulera underskott eller överskott. Trots detta har kassorna regelbundet haft stora årliga underskott sedan 1990-talet vilket lett till ständigt stigande avgifter. Eftersom kassorna kan konkurrera om medlemmar har kassor med låg avgift fått fler medlemmar och motsatsen för kassor med högre avgifter. Detta motverkas genom en nationell central riskutjämningsfond som omfördelar pengar mellan kassorna.

Den nationella centrala regleringen gäller de försäkrades rättigheter och skyldigheter vis a vis sin kassa och vilka förmåner som skall ges av kassorna. Det finns en federal myndighet som övervakar sjukkassorna, medan ministeriet fungerar som mottagare av klagomål mellan inblandade parter. Maktkampen mellan kassorna och den federala regeringen är påtaglig.

### Delstaterna planerar

Tyskland är en förbundsstat där det mesta vad gäller planeringen av hälso- och sjukvård bestäms av de sexton ingående delstaterna. Dessa sköter sjukhusplanering, finansierar investeringskostnaden vid ny- och ombyggnad av alla sjukhus, har hand om folkhälsa, prevention, läkarutbildning och mycket mer. Folkhälsoarbetet sköts i vissa delstater av delstaten medan det i de flesta delstater är delegerat till kommunerna.



Kassorna har regelbundet haft stora underskott sedan 90-talet

Individuella vårdgivare (allmänläkare, specialister, tandläkare) formar ett delstatligt monopol som sluter avtal med alla kassor och med sjukhusen om tjänsteleverans och det är bara dessa organisationer som har rätt att sköta öppenvården.

### **Privat verksamhet**

Vid sidan av sjukkassorna – som kan sägas vara kvasi-offentliga kooperativa organ – finns privata försäkringsbolag som säljer konkurrerande, kompletterande och tilläggsförsäkringar inom sjukvårdsområdet. Många sjukhus, allmänläkare och specialister är privata enheter men helt integrerade i sjukkassesystemet som tjänsteleverantörer. Inom sjukhussektorn sker en gradvis privatisering genom att flera offentliga sjukhus tas över av privata vinstdrivande sjukhuskedjor. 2002 hade offentliga sjukhus ca 55 % av alla sjukhusplatser (sängar), privata icke-vinstdrivande 37 % och privata vinstdrivande 8 %.

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 tex 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 euro per månad. Det innebär att de privata försäkringarna blir mera lika de offentliga. De privata försäkringsbolagen säljer också kompletterande, frivilliga sjukvårdsförsäkringar till dem som ingår i sjukkassesystemet.

### **Primärvård**

Ansvar för primärvård inklusive prevention delas mellan kassorna och 350 offentliga hälsocentraler som finns över hela landet och finansieras av delstaterna.

Patienter väljer familjeläkare fritt men allmänläkaren har ingen grindvaksroll i Tyskland, men vissa sjukkassor arbetar med att utveckla sådana system. För att få fri vård måste den kassa man är medlem i ha en anslutning till allmänläkaren. De flesta allmänläkare är ensampraktiker – bara 25 % av allmänläkarna jobbar i grupp praktik.

Olika kassor arbetar med modeller för en integrerad vård där man försöker få samarbete mellan sjukhus, rehab och primärvård.

De mesta av socialvården ges av frivilliga organisationer, men planeras och styrs av resp delstat. Dessa organisationer har en omfattande verksamhet i Tyskland: de driver över 60 000 enskilda och självständiga institutioner, har 1,1 milj anställda och står för driften av hälften av alla ålderdomshem.

### **Långvård**

Tyskland har traditionellt gynnat vård från frivilliga organisationer gentemot vinstdrivande verksamheter. Detta gäller dock inte för den relativt nya finansieringsfonden för långvård där både vinstdrivande och icke vinstdrivande har samma möjlighet att bedriva vård. Den nya finansieringen kom till eftersom kommunerna hade stora problem att svara för det växande behovet av längre vård för äldre. Långvård definieras som vård längre än 6 månader; vård under kortare tid ingår i det vanliga sjukkassesystemet.

Blir ansökan om långvård godkänd kan man välja att antingen motta en summa pengar för eget inköp av vård, få vård i hemmet eller komma in på institution för långvård. Ungefär 75 % av ansökningarna godkänns. Ca hälften av dem som fick stöd valde att få pengar medan knappt 30 % valde långvård på institution. Ca två tredjedelar av de som valde vård hemma fick pengar och vårdades därmed av anhöriga som till 90% var kvinnor.

För äldre inom långvården som ej kan betala egenavgifter har kommunerna ansvar att bidra ekonomiskt så att individen kan uppnå en ekonomisk minimistandard.

### **Övrigt**

Det stora problemet i det tyska multicentrala sjukvårdssystemet är bristande kostnadskontroll där den federala regeringen för "krig" mot alla olika intressegrupper inom det komplicerade sjukvårdssystemet. Tyskland ligger högt i länderjämförelse inom EU vad gäller sjukvårdskostnadernas andel av BNP (bara Frankrike ligger högre). Mäter man i stället i termer av utgifter per capita i köpkraftskorrigerade priser hamnar Tyskland i mittgruppen av de studerade 8 länderna.

# 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 "grindvaktsfunktion" – remisstväng för vård av andra specialiteter. I vissa länder gör allmänläkare hembesök och besöker också sina patienter när de ligger på sjukhus. Remisstväng 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 hälsoupphållande insatser, rehabilitering och att även se sociala insatser betydelse för hälsan. England har arbetat med ersättningsystem 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 Eng-

land 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 för att bevaka äldres rättigheter och omsorgsbehov. I både Holland ("Zorgkotoor") 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 samordning av olika insatser för äldre finns i Holland. Denna organisation – ett privat icke-vinstdrivande företag (Buurtzorg, "grannvård") – arbetar lokalt både med hemsjukvård och samordning av stöd och hjälp och finansieras med fee-for-serviceavgifter från den speciella 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

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 samordningsproblem 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 helhets-syn och samverkan. Fler olika vårdgivare (bl a genom privatiseringar) och förändringar i ersättnings-system 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 och delvis allmänläkare i flera länders sjukvårdssystem.

En låg status i sjukvårdssystemet för vissa yrkes-grupper – gäller främst geriatriker men också delvis allmänläkare – 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. Exempelen här är många, Spanien, England, Finland, Tyskland. Dessa problem kan hän-föras 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**

Personalomsättningen är hög inom hemtjänst och äldreboenden. Detta leder till sämre kontinuitet och brister i kvalitet och effektivitet. Exempel här är England, Tyskland, Danmark, Finland och Holland.

### **Nya organisations- och styrmodeller.**

I flera länder arbetas med utveckling av nya organisationsformer – främst privatisering och konkurrensutsättning. Detta leder till och förstärker tendensen att de ekonomiska incitamenten för vård-enheterna blir allt viktigare. Dessa incitament kommer att bli allt viktigare för vilken vård som ges och dessa incitamentsystem påverkar också – ofta i negativ riktning - förmågan till samarbete över organisationsgränser. Det är därför viktigt att noga analysera utformningen av sådana styrmodeller innan de införs. Det är också viktigt att ha en hög beredskap att justera dessa modeller om icke avsedda effekter uppstår.

