



Europeiska
kommissionen



kollegial granskning
av socialt skydd
och social inkludering

Värdigheten först – prioriteringar för förändrade vårdtjänster

SYNTESRAPPORT

Sverige den 25-27 september 2013

Den här publikationen stöds av EU:s program för sysselsättning och social solidaritet – Progress (2007–2013).

Programmet genomförs av Europeiska kommissionen. Det inrättades för att ge ekonomiskt stöd till förverkligandet av EU:s mål för sysselsättning, socialpolitik och lika möjligheter och därmed bidra till att uppnå målen i Europa 2020-strategin på dessa områden.

Programmet löper under sju år och riktar sig till alla aktörer som kan hjälpa till att utforma lämplig och effektiv lagstiftning och politik för sysselsättning och socialpolitik i de 27 EU-länderna, Efta/EES-länderna, EU:s kandidatländer och de länder som ännu inte är kandidatländer.

Mer information finns på: <http://ec.europa.eu/progress>

Värdigheten först – prioriteringar för förändrade vårdtjänster

MONIKA RIEDEL
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES, VIENNA

SYNTESRAPPORT

Europeiska kommissionen

Generaldirektoratet för sysselsättning, socialpolitik och inkludering
Dokumentet sammanställdes i december 2013

Denna publikation har tagits fram för Europeiska kommissionen av



© Omslagsillustration: Europeiska unionen

Varken den Europeiska kommissionen eller någon person som agerar å kommissionens vägnar kan hållas ansvarig för användningen av den information som denna publikation innehåller.

Mer information om kollegiala granskningar finns på:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en>.

*Europe Direct är en tjänst som hjälper dig att få svar
på dina frågor om Europeiska unionen*

Gratis telefonnummer (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(* Varken informationen eller samtalen kostar i regel något (men vissa operatörer, telefonkiosker och hotell kan ta betalt för samtalen).

En stor mängd övrig information om Europeiska unionen är tillgänglig på internet via Europa-servern (<http://europa.eu>).

Katalogiseringsdata finns i slutet av publikationen.

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå, 2014

ISBN 978-92-79-35332-1

doi: 10.2767/5836

© Europeiska unionen, 2014

Kopiering tillåten med angivande av källan.

Innehållsförteckning

Exekutiv sammanfattning	5
A. Politisk kontext på en europeisk nivå	7
B. Granskning av god praxis i värdlandet	10
C. Politik och erfarenheter i medlemsländerna samt bidrag från intressenterna	12
D. Huvudfrågorna som diskuterades under mötet	24
E. Slutsatser och lärdomar	28
F. Den kollegiala granskningens bidrag till Europa 2020	30
Referenser	32





Exekutiv sammanfattning

Under denna kollegiala granskning behandlades det svenska synsättet på förändringen av vårdtjänster för äldre som sätter värdighet och personcentrering i första rummet samtidigt som effektivitet tas med i beräkningen. Innan den kollegiala granskningen inleddes genomfördes studiebesök som omfattade såväl robotteknik som utformningen av "inkluderande bostäder", två alternativ som kan göra det möjligt för äldre att bo kvar i sina egna hem länge. Den kollegiala granskningen anordnades i Stockholm den 26-27 september 2013 med det svenska Socialdepartementet som värd. Förutom deltagare från regeringsdepartement, institutioner och organisationer från värdlandet deltog representanter för tio medlemsländer: Belgien, Bulgarien, Kroatien, Cypern, Tjeckien, Tyskland, Litauen, Nederländerna, Rumänien och Slovenien. De fick sällskap av intressentrepresentanter för AGE Platform Europe och Europeiska sociala nätverket ESN samt av den tematiska experten Monika Riedel från Institute for Advanced Studies i Wien. För Europeiska kommissionens räkning deltog representanter för GD Sysselsättning, socialpolitik och inkludering. Tematiskt sett låg denna kollegiala granskning nära en tidigare granskning som avhölls i Stockholm 2011 och som tittade på hur man kan minska klyftorna inom äldreomsorgen.¹

Den svenska politiken som granskades kombinerar flera delar. De politiska prioriteringarna bakom detta synsätt kan sammanfattas i följande överordnade områden:

- Självbestämmande och ett personcentrat synsätt
- Integrerad vård
- Offentlig rapportering
- Analys av systemprestanda.

Det personcentrerade synsättet stöds av större valfrihet mellan offentliga och privata vårdgivare samt genom ökad hemvård, vilken görs möjlig delvis genom att utnyttja hjälpmedelsteknik. En annan viktig del är upprättandet av databaser för att förbättra vården, göra vårdleveransen effektivare och ge större insyn. Kvalitet och samordning av vården ges stor uppmärksamhet tillsammans med förebyggande åtgärder och rehabilitering.

De olika dokument som togs fram inför denna kollegiala granskning samt anförandena som hölls ledde till omfattande diskussioner.

Det fanns konsensus kring tanken att större fokus bör läggas på att **förebygga** ökade vårdbehov. Detta kräver emellertid att hela samhället bidrar och kan inte tillhandahållas enbart av hälso- och vårdsektorn. Att ersätta en vårdfilosofi med en förebyggande, aktiverande och rehabiliterande filosofi kräver ytterligare fortbildning och utbildning. Flera länder ansåg att överflyttningen av uppgifter och ansvar "över gränserna" mellan hälsovårdssektorn och omsorgssektorn hade varit väldigt besvärlig, delvis på grund av dessa sektors olika filosofier och kulturer, men ofta även på grund av olika regelverk och separat finansiering.

¹ "Closing the gap – in search for ways to deal with expanding care needs and limited resources" som anordnades i Stockholm (Sverige) den 20-21 oktober 2011.
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=1423&furtherNews=yes>



Att flytta tillbaka vården till hemmen kommer att kräva stöd från de vårdbehövandes familjer och sociala nätverk. Stödsystemen för **informella vårdare** måste därför förbättras. Politiker bör uppmärksamma att äldre medborgarna även kan åta sig rollen som möjliga vårdare och inte bara som vårdbehövande personer.

Flera diskussioner tog upp problemen med **dataskydd**. Att bygga upp en stark bas med patientcentrerad information, speciellt när olika datakällor kopplas samman och data lagras över långa tidsperioder, kommer troligen att väcka oro och leda till offentlig debatt. Enligt den svenska erfarenheten med kvalitetsregister blir deltagande och acceptans högst om registren ger synbara fördelar för såväl vårdpersonal som för patienter, tillsammans med fördelar för förvaltningen. Sverige har ofta satt målet med förbättrad kvalitet före målet med att begränsa kostnaderna.

En stor del av diskussionen kring hjälpmedel**teknik** baserades på synsättet att många nödvändiga uppfinningar redan har gjorts, ofta för andra syften än långtidsvård. Men de tekniker som kan vara till nytta i en långtidsvårdkontext måste fortfarande identifieras, anpassas för detta syfte samt göras enklare och billigare. För att identifiera och anpassa användbara tekniker krävs det att de personer som är tänkta att använda dem (patienter, familjemedlemmar och formella vårdare men också patientorganisationer) involveras och att samverkan mellan dessa intressenter och tjänsteutvecklare (inom bostadsbyggande, IKT etc.) underlättas.



A. Politisk kontext på en europeisk nivå

Europa 2020 är EU:s tillväxtstrategi för det innevarande decenniet och har till syfte att göra EU till en **smart, hållbar och inkluderande ekonomi**. Denna kollegiala granskning ansluter sig till Europa 2020-strategin med det uttalade syftet att öka personcentreringen inom hälso- och långtidsvårdtjänsterna för de äldre, att stödja social innovation inom detta område samt att skapa social inkludering för äldre. Åtgärder som strävar efter dessa mål stödjer kostnadseffektiva hälso- och långtidsvårdssystem och bidrar således till att tygla de offentliga utgifterna för hälsa och långtidsvård.

Som en del av Europa 2020-strategin kan landsspecifika rekommendationer (CSR) utfärdas av den Europeiska kommissionen till medlemsländerna. Sådana rekommendationer kring långtidsvården gavs nyligen till ett litet antal medlemsländer med avseende på den ekonomiska hållbarheten. Rekommendationerna baserar sig på slutsatser och prognoser från **Åldrande rapporten**², ett gemensamt dokument som tas fram med jämna mellanrum av generaldirektoratet för ekonomi och finans (DG ECFIN) och arbetsgruppen för åldrande i Kommittén för ekonomisk politik (Europeiska kommissionen 2012a).

Sociala skyddskommittén (SPC) har satt samman en ad hoc-grupp som arbetar med åldrandefrågor (SPC-WG-AGE). De senaste åren har denna arbetsgrupp fokuserat på olika aspekter av långtidsvård (från tillgänglighet och kvalitet till rimliga kostnader) och med andra ord säkerställt långtidsvård som håller hög kvalitet till rimliga kostnader inom ekonomiskt hållbara system. Som ett första steg har ett internt arbetsdokument om långtidsvården tagits fram av EU-kommissionens avdelningar som gör en tydlig analys av utgångsläget vad gäller den befintliga forskningen och kunskapen (Europeiska kommissionen, 2013b). Baserat på slutsatserna i detta dokument kommer en ny rapport att presenteras för Sociala skyddskommittén i början av 2014, utformad i linje med det sociala investeringspaket som publicerades 2013.

Generaldirektoratet för hälsa och konsumentskydd (DG SANCO) arbetar också med frågor som rör personalen inom hälsosektorn och stöder därmed två syften: att bidra till att uppnå sysselsättningsmålet genom att öka antalet anställda i denna växande sektor och att säkerställa tillgången till det mänskliga kapital som krävs för att tillhandahålla tjänster av hög kvalitet under föränderliga demografiska villkor (Europeiska kommissionen, 2012b). Det är troligt att **personalen inom långtidsvården** snart kommer att stå i fokus.

I februari 2013 antog kommissionen ett **socialt investeringspaket** (SIP) som bestod av ett kommunikations- och ett antal arbetsdokument inklusive ett om långtidsvård (Europeiska kommissionen, 2013a, 2013b). I dokumentet om långtidsvård görs en bedömning av utmaningarna och skillnaderna mellan medlemsländernas system för långtidsvård och ges en översikt över EU-politik på fältet. Samtidigt som dokumentet bekräftar att det krävs mer resurser för att handskas med det ökade behovet, betonas också vikten av rehabilitering, förebyggande åtgärder, bättre villkor för självständigt boende och förbättrad effektivitet i vårdleveransen.

² http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm



SIP fokuserar på att säkerställa att de **sociala skyddssystemen uppfyller folks behov** vid kritiska tillfällen i livet och att utveckla en **förenklad och mer målinriktad socialpolitik**. Men SIP ger också medlemsländerna ledning till hur man kan bedriva en effektivare socialpolitik för att möta de betydande utmaningar de just nu står inför. På europeisk nivå kommer stödet att tillhandahålls i form av exempelvis utveckling och införande av nödvändiga databaser och tekniker för att identifiera och utveckla goda tillvägagångssätt. Kommissionen har samarbetat med andra organisationer som OECD på det här området. Det planeras till exempel ett gemensamt projekt för att utveckla en metod som kartlägger tillgängligheten till skydd och i vilken utsträckning skyddet är tillräckligt mot de risker som finns inom långtidsvården på ett internationellt jämförbart sätt. Emellertid kommer det inga resultat förrän under senare delen av 2015.

Inom ramarna för SIP uppmanas medlemsländerna att **prova nya synsätt**, inklusive informations- och kommunikationstekniker (IKT), för att stå bättre rustade för de framväxande utmaningarna. De synsätt som ger lovande resultat kan då genomföras i större skala. Detta är en fortsättning på tidigare europeiska initiativ som har syftat till att utnyttja ny teknik bättre för att uppfylla den åldrande befolkningens specifika behov. Europeiska unionen har utvecklat en rad initiativ som exempelvis det europeiska innovationspartnerskapet för aktivt och hälsosamt åldrande (EIP AHA)³ och det gemensamma programmet för ett aktivt liv och IT-stöd i boende som nyligen har förlängts för perioden 2014-2020⁴.

Dessutom har kommissionen finansierat ett antal forskningsprojekt som rör långtidsvård, till exempel de två stora projektet ANCIEN⁵ och INTERLINKS⁶ som avslutades 2012 respektive 2011. Dessa tog fram jämförande material om befintliga långtidsvårdssystem i medlemsländerna. Såsom beskrivits tidigare har kommissionen också samarbetat med OECD för att förbättra den systematiska kunskapen om långtidsvård (OECD, 2011, 2013).

Under *Europaåret för aktivt åldrande* och solidaritet mellan generationerna (2012) tog kommittén för socialt skydd och sysselsättningskommittén fram ”riktlinjer för aktivt åldrande och solidaritet mellan generationerna”. Dessa principer betonar följande politik som viktiga delar av ett självständigt liv under ålderdomen: hälsopromotion och förebyggande av sjukdom, anpassade bostäder och tjänster, tillgängliga och ekonomiskt överkomliga transporter, åldersvänliga miljöer, varor och tjänster samt så stort självbestämmande som möjligt i långtidsvården (Europeiska unionens råd, 2012).

Den politik som undersöktes av de kollegiala granskarna i Stockholm låg i hög grad i linje med såväl dessa principer som med målen för Europa 2020-strategin. Sverige har agerat för att bibehålla vårdssystem med hög kvalitet samtidigt som systemets ekonomiska hållbarhet har främjats. Detta har uppnåtts delvis genom åtgärder för att gynna höga sysselsättningsnivåer hos alla åldersgrupper. Samtidigt hjälper rehabilitering, hjälpmedelsteknik och användarcentrerad utformning samt en växande betoning på vård med hemmet som bas och ett åldersvänligt samhälle till att utveckla självständigheten

³ <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>

⁴ <http://www.aal-europe.eu/>

⁵ <http://www.ancien-longtermcare.eu/> . För en översikt, se också Mot, Willemé (2012).

⁶ <http://interlinks.euro.centre.org/>



hos Sveriges äldre invånare. Strategin har fått stöd av ett konsekvent arbete med att upprätta de databaser och den infrastruktur som behövs för att förbättra vårdkvaliteten samt utveckla kvalitetsmätningar och offentlig rapportering. Detta vittomfattande synsätt kan leda till såväl ett mer tillfredsställande liv för äldre som bättre kontroll över de sociala utgifterna.



B. Granskning av god praxis i värdlandet

I den granskade svenska politiken kombineras olika delar. De politiska prioriteringarna bakom detta synsätt kan sammanfattas i de överordnade områdena: självbestämmande och ett personcentrerat synsätt, integrerad vård samt offentlig rapportering och analys av vårdsystemets utfall.

Lagen om valfrihetssystem är en viktig del av patientens självbestämmande och det **personcentrerade synsättet**. Den syftar till att skapa mervärde genom att ge patienten rätten att välja vårdgivare och behandlingsalternativ, så att resurserna tilldelas i enlighet med patientens val. Det är upp till kommunerna att anta valfrihetssystemet, och hittills har 179 av 274 kommuner redan gjort det. I linje med principen om ökad valfrihet uppmuntras privata tjänsteleverantörer att öka konkurrensen och tillhandahålla ett antal olika tjänster med påfallande skillnader mellan leverantörerna. Resultatet blev en väsentlig ökning av antalet primärvårdscentraler. Eftersom det stora flertalet patienter hellre vill få vård, och om möjligt behandling, i hemmet än på sjukhuset främjar Sverige avinstitutionaliseringen av vården och har det lägsta antalet sjukhussängar per invånare i hela EU. Därför måste kommunerna nu göra anpassningar av de bostäder som behöver detta så att vård med hög kvalitet kan ges i hemmet. Skattereduktioner för hushållstjänster har till syfte att minska de ekonomiska hindren mot att få stöd i hemmet. En annan del av det personcentrerade synsättet är att göra patienterna alltmer involverade i forskningsprojekt som ska ge fördjupad kunskap om vad som verkligen önskas av och är till nytta för målgruppen.

10

Undersökningar visar att patienter i Sverige i mindre utsträckning anser att läkarna är välinformerade om patientens medicinska historia än patienter i andra länder. Svenska patienter upplever också att de får mindre stöd vid vårdplaneringen. Därför har ny lagstiftning ökat det gemensamma ansvaret för planeringen av hälsovård och social omsorg för den enskilda patienten, och en läkare utses för att stödja patienterna i samordningen av deras vård. Nya stimulansprogram med syfte att gynna **integreringen av vården** och samordna läkemedelsbehandlingar håller på att genomföras. Dessa fungerar enligt principen pengar efter leveransen och belönar ett gott utfall istället för att bestraffa ett dåligt utfall.

Detta svenska synsätt hänger ihop med och stöds av flera initiativ som har att göra med insamling och distribution av information. Det har exempelvis tagits fram nationella kliniska riktlinjer som integrerar vård och omsorg för att därmed omfatta hela vårdkedjan. Nationella patientsammanfattningar håller på att införas i ett flertal landsting för att skapa grundvalen för en **integrerad medicinsk dokumentation**. Man håller på att införa ett ökat antal kvalitetsregister som utformats på ett sätt som ger såväl myndigheter som vårdgivare möjlighet att dra nytta av dem tillsammans med patienterna som kan få bättre vård och behandling. Ett exempel är registret "Senior alert" som omfattar hela hälsovårdsprocessen.

Det svenska synsättet baseras på övertygelsen att **sociala innovationer** tillsammans med tekniska framsteg krävs för att förena de framtida vårdbehoven med ett värdigt liv. En viktig del av dessa sociala innovationer tar sig uttryck i en förändrad filosofi där prevention och rehabilitering föredras före vård när det är möjligt. Den danska modellen med vardagsrehabilitering kan ses som ett gott exempel på detta. Den förändrade filosofin stöds av program som ytterligare ökar personalens utbildning.



Även om det primära syftet med dessa innovationer är att förbättra vårdens **kvalitet** förväntas de även kunna leda till en ytterligare gynnsam påverkan på utgifterna. Det är emellertid sällsynt med utvärderingar som mäter denna påverkan. De inledande resultaten från utvalda infallsvinklar är uppmuntrande.



C. Politik och erfarenheter i medlemsländerna samt bidrag från intressenterna

I detta avsnitt beskrivs vilken politik som förs och vilka erfarenheter som de deltagande medlemsländerna har förvärvat. Dessa följs av två kommentarer från intressentorganisationer som har inhämtat åsikter om ämnena i denna kollegiala granskning även från andra länder⁷.

Belgien

Belgien hade inledningsvis en förhållandevis hög andel personer som fick institutionsvård när man utvecklade en **nationell strategi** för att underlätta en omställning mot hemvård. För att ta fram alternativa vårdformer/stöd för vård i hemmet har det sedan 2010 startats en rad projekt som tillhandahåller tjänstetyper som tidigare inte finansierades av det federala systemet (t.ex. case management, arbetsterapi, vård under nattetid, vård under dagtid). Kostnadseffektiviteten och andra aspekter av den nationella strategin håller på att utvärderas.

En nyligen antagen **reform** kommer att överföra vissa hälsorelaterade ansvarsområden från den federala myndigheten till myndigheter på lägre nivå. I det nya systemet kommer endast finansieringen av hälso- och sjukvården att förbli ett federalt ansvar (via hälsoförsäkring), medan myndigheterna på lägre nivå kommer att ansvara för vårdboende, omsorg i hemmet och vårdsamordning.

12

På grund av **bristen på arbetskraft inom vissa yrkeskategorier** förväntar sig Belgien – och upplever delvis redan – en fortlöpande överföring av arbetsuppgifter från allmänpraktiserande läkare till sjuksköterskor och från sjuksköterskor till undersköterskor.

I Belgien leder reformer till omfattande förhandlingsprocesser, och vårdsystemet är uppdelat längs geografiska och yrkesmässiga gränser. För att komma till rätta med de uppkomna problemen har Belgien målsättningen att förenkla och standardisera förhandlingsstrukturen, förbättra implementeringen och klargöra enhetschefernas roll samt skapa synergier mellan sjukvård och social omsorg.

Det finns ingen nationell politik för flertalet av de **tekniska** lösningar som används inom långtidsvården eftersom dessa är ett regionalt ansvar. Det finns emellertid regionala pilotprojekt som får allmänna medel. Märkbara undantag är en åtgärdsplan för ett gemensamt allsidigt instrument för analys av geriatriska patienter (BelRAI) som löper mellan 2013 och 2018 och utvecklingen av e-hälsa som ett sätt att cirkulera information mellan alla vårdrelaterade intressenter.

Ansvar för **kvalitetsstyrningen** inom långtidsvården delas mellan de federala och lokala myndigheterna. Det nuvarande hälsosystemets prestationsanalyser syftar till att mäta prestationerna i hela hälsosystemet, inklusive vissa indikatorer som är kopplade

⁷ Uppgifterna i de landsspecifika avsnitten samt avsnittet från intressenterna är hämtade från den information som tillhandahållits i de kommenterande dokument som tagits fram till den kollegiala granskningen.



till långtidsvård. BelRAI-projektet kan troligen komma att användas för att ytterligare utveckla området. Tillsammans med data från BelRAI är de huvudsakliga databaserna som finns tillgängliga IMA-databasen (konsumtion av hälsovårdstjänster som täcks av NIHDI, den nationella institutionen för hälso- och invaliditetsförsäkring) och den nationella hälsoundersökningen.

Bulgarien

I Bulgarien ligger ansvaret för sociala omsorgstjänster hos kommunerna. Nyligen genomförda reformer som syftat till avinstitutionalisering och att tillhandahålla fler kommun- och hembaserade tjänster resulterade i en ökning av de kommunbaserade tjänsterna med 90 procent under perioden 2008-2012.

2013 antog Bulgarien en "Nationell strategi för minskad fattigdom och ökad social inkludering 2020". Strategin innehåller det uttalade delmålet att minska antalet personer över 65 år som lever i fattigdom med 52 000 fram till år 2020. Under 2012 började Bulgarien ta fram en **Nationell strategi för långtidsvård** som förväntas bli antagen av den bulgariska regeringen i slutet av 2013. Strategiförslaget innehåller åtgärder som syftar till avinstitutionalisering och ökad tillgång till tjänster för äldre och personer med funktionshinder genom att: skapa ett lämpligt nätverk av kommunbaserade tjänster och hemtjänster för att uppfylla individuella behov och behoven hos specifika målgrupper, förbättra långtidsvårdstjänsternas kvalitet, ta fram speciella åtgärder för dem som vårdar familjemedlemmar i beroendeställning, upprätta ett fungerande system för finansiering av långtidsvård och hållbara öknings av de ekonomiska resurserna för kommunbaserade tjänster och hemtjänster samt att förbättra samordningsprocessen mellan social- och hälsovårdssystemen.

De icke-institutionaliserade hemvårdstjänsterna, som personliga assistenter, socialassistenter och hemtjänst, har visat sig vara särskilt effektiva och populära. Ofta anställs en familjemedlem som inte hade kunnat ta annan anställning på grund av det heltidsomfattande vårdansvaret. Det nationella programmet "Assistenter till funktionshindrade" inleddes 2003. 2012 anställdes 4 325 arbetslösa personer som personliga assistenter, främst till äldre personer, inom ramarna för detta program. För att ytterligare stärka **vård inom familjen** kommer en "personlig budget för personlig assistans" att införas i hela landet.

Behovsbaserad **planering** av de sociala tjänsterna lanserades på regional och kommunal nivå under 2010, vilket resulterade i 28 regionala och 264 kommunala strategier.

För att främja kvaliteten på de sociala tjänsterna tillhandahåller staten (via myndigheten för social assistans) metodologiskt stöd (metodologisk handledning, utbildning och tillsyn, stimulering av den yrkesmässiga utvecklingen av de sociala tjänsterna) till kommuner och tjänsteleverantörer. Kontroll och övervakning utförs av en inspektörskår inom myndigheten för social assistans. Myndigheten för social assistans har också ett **register** över leverantörerna av sociala tjänster medan Myndigheten för funktionshindrade (ADP) har ett register över de juridiska enheterna inom detta område.

Finansieringsmekanismerna för sociala tjänster och långtidsvård har genomgått många förändringar. En viktig förändring vad gällde den ekonomiska decentraliseringen av sociala tjänster var införandet av enhetliga normer för klienternas utgiftshantering. Syftet var att uppmuntra kommunerna att träffa överenskommelser med externa leverantörer om leveransen av sociala tjänster. Den nationella strategin för långtidsvård inriktar sig på långsiktig ekonomisk hållbarhet, exempelvis genom att uppmuntra kommunerna och de privata leverantörerna att skapa tjänster med sina egna medel och genom att anamma principen "pengarna följer personen".

Kroatien

Långtidsvården i Kroatien har traditionellt sett baserats på hemtjänst i offentliga institutioner. Men under de senaste åren har olika "alternativa" vårdtyper som övervägande har tillhandahållits av privata vinstdrivande eller icke-vinstdrivande organisationer fått allt större betydelse. Under 2011 fanns 40 procent av den totala kapaciteten inom hemtjänst och 60 procent i alternativa vårdformer som vuxen familjehemsvård eller familjeliknande hem, vårdtjänster i hemmet etc. Det finns ytterligare två stora kontrakterade hemvårdsprogram för den äldre befolkningen med primär fokus på de underutvecklade delarna. Även i Kroatien ligger det största ansvaret för långtidsvården traditionellt hos familjen. Principer för behovsprövning och egenavgifter har inrättats.

Även om programmen för kontrakterad hemvård riktar sig mot den fattigare delen av befolkningen som har stora vårdbehov men saknar familjestöd har inga kvalificeringskriterier definierats, vilket har bidragit till orättvisor i den mottagna vården. Enligt socialtjänstlagen ska tjänsteleveransen respektera **valfriheten** och användarna ska vara aktivt involverade i behovsanalysen och besluten om tjänsteleveransen. Men en brist på information och kapacitet tillsammans med regional obalans utgör ofta hinder för genomförandet av dessa principer. Även personer som föredrar vård i hemmet ansöker ibland om institutionsvård på grund av ett bristande utbud av hemvårdstjänster. Trots nyligen gjorda ansatser i denna riktning krävs det ytterligare förbättringar av individanpassningen av tjänsterna och ett **personcentrerat** synsätt.

Användningen av **tekniska** lösningar i hemsjukvården är begränsad. Tre vårdhem och en icke-statlig institution tillhandahåller larmtjänster.

Fram till nu har endast det traditionella synsättet med **kvalitetsövervakning** införts, vilket innebär att en leverantör måste uppfylla vissa miniminormer gällande inputfaktorer för att få licens. Ett nyligen genomfört projekt i samarbete med Världsbanken tog fram "kvalitetsnormer för sociala tjänster i socialtjänstsystemet" som har en bredare spännvidd, men dessa har ännu inte införts inom äldreården. Före införandet kommer det att krävas modifieringar som ger bättre anpassning till: äldres särskilda behov inom långtidsvården (t.ex. på grund av demens), resultatmätningar och specifika krav på hemvård till skillnad från institutionaliserad vård.

Tillgängliga utvärderingar visar att upprättandet av en hemvårdssektor har haft gynnsam **påverkan på flera grupper**. Den bidrar till livskvaliteten för de vårdbehövande personerna och minskar deras risk för social exkludering samt ger sysselsättningsmöjligheter, framför allt för personer som annars har låg anställbarhet (ungdomar med liten yrkeserfarenhet, äldre



och långtidsarbetslösa). Även om analyser visar att hemvård är **kostnadseffektivt** pekar de också på behovet av bättre integrering mellan hemvårdstjänsterna och hälsosektorn.

Cypern

I enlighet med det ekonomiska program som togs fram av trojkan (EU, IMF och ECB) har Cyperns regering utfäst sig att minska de sociala utgifterna och att göra detta inom en snar framtid. Därför måste Cypern revidera sitt sociala välfärdssystem och samtidigt upprätta ett allmänt hälsovårdssystem. För närvarande styrs hälsovård och socialtjänst från två olika departement.

Det är endast personer som är berättigade till socialhjälp som kan få kostnadsfria långtidsvårdtjänster. Övriga personer förväntas täcka kostnaderna för sin vård själva, och de har friheten att välja vilka tjänster de ska ha. Förmånstagarna kan få kontantersättningar som inkluderar de månadsavgifter som betalas för vårdboende/dagcenter, lönen för en vårdare i hemmet (upp till 393,58 EUR för heltidsvård) och socialförsäkringsbidrag samt fickpengar för personer som bor på offentliga sjukhem och kommunala vårdhem. Bidragen varierar beroende på behov och vilken typ av vård som krävs (maximalt 240 EUR).

Staten kan (del-)finansiera en privat vårdare i hemmet, till exempel en familjemedlem eller en anställd från en icke-statlig organisation. För att få bidrag måste de **vårdgivande familjemedlemmarna** sluta arbeta av detta skäl eller ha låg socioekonomisk status. Hemvård tillhandahålls även av statligt anställda hemsjukvårdare. Dygnet runt-vård som tillhandahålls av inneboende och vanligen invandrade vårdarbetare i privata hushåll utgör en viktig vårdtyp. Ett nytt projekt som delfinansieras av den Europeiska socialfonden går under namnet "Subventionering av omsorgstjänster för att kunna förena familj och arbete" och syftar till att ge stöd åt arbetslösa kvinnor som vårdar familjemedlemmar.

Det cypriotiska synsättet är **patientcentrerat** vad gäller frekvensen av hemvård, tillgängligheten till dagcenter eller behovet av vårdhemsvård, och det baseras på individuella behov som definieras gemensamt av den sökande och en tjänsteman från socialtjänsten. De vårdbehövande har möjligheten att välja typ och leverantör av vård.

Användningen av **tekniska** lösningar inom hemsjukvården är fortfarande i sin vaggia i Cypern.

Till följd av den nuvarande reformeringen av socialtjänstsystemet förväntas långtidsvård och omsorg få en annorlunda utformning och kopplas bort från offentligt stöd. I de nuvarande planerna för det framtida tillhandahållandet av vårdboende föreslås bland annat att det upprättas ett **kvalitetsövervakningssystem**. Det finns ännu ingen lagstiftning som reglerar tillhandahållandet av hemvård, men en reglerande lag håller på att förberedas, vilken även kommer att ange miniminormer för kvalitet och ställa upp behörighetskrav för vårdarna. Just nu genomförs kvalitetsövervakningen av vårdboende och dagvårdscentraler med hjälp av lagstadgade miniminormer samt regelbundna inspektioner av centralerna. Inom hemvården förlitar sig övervakningen på regelbundna besök av socialtjänstemän och ett nära samarbete med icke-statliga organisationer och lokala myndigheter som tillhandahåller hemvårdsprogram.

Tjeckien

I Tjeckien förbereds en gemensam rättsakt som definierar långtidsvården inom såväl hälso- som socialtjänstsektorn. För närvarande gäller emellertid olika regelverk för finansiering, tillgänglighet och kvalitetsmätning.

Leverantörerna av vård och omsorg i hemmet finansieras via två huvudsakliga resurser: användarnas betalningar och statliga bidrag samt i mindre utsträckning bidrag från stiftelser, gåvor, affärsaktiviteter etc. Det finns inget allmänt bindande ramverk som tillämpas för statliga bidrag. Användarna betalar för vård och omsorg i hemmet antingen från sin egen inkomst (huvudsakligen ålderspensioner) eller från sitt vårdbidrag som kan beviljas i fyra nivåer från 800 CZK (ca 31 EUR) till 12 000 CZK (ca 460 EUR) per månad för vuxna mottagare.

Enligt socialtjänstlagen erbjuds personer fri omsorgsrådgivning och får fritt **välja** mellan flera olika sociala tjänster. Lagen ger också folk möjlighet att delta i beslutsprocessen vad gäller omsorgstjänsternas omfattning, typ och tillgänglighet på kommunal eller regional nivå.

Medicinsk hemsjukvård som har ordinerats av en familjeläkare eller allmänläkare täcks helt av hälsoförsäkringssystemet för de personer som är upptagna i detta. Förutom sjukvård omfattar tjänsterna även rehabilitering (sjukgymnast eller arbetsterapeut) och relevanta specialisttjänster.

16

Ett fåtal **tekniska** lösningar är allmänt använda i den tjeckiska hemvården. Viss betydelse har systemen för akutvård där AREÍON-systemet är det största. AREÍON erbjuder eller förmedlar akutvård i olika medicinska och sociala konstellationer. Det bildades nyligen en ny allians (Open Alliance of Assistive Technologies – OAAT) mellan företag och organisationer som arbetar med hjälpmedelsteknik och universitet som Tjeckiens tekniska universitet. OAAT har till syfte att ta fram tydliga och sammanhängande strategier för att tillgodose behoven hos kroniskt sjuka och funktionshindrade medborgare så att de ska kunna stanna kvar i sin ursprungliga miljö så länge som möjligt.

I hemvården säkerställs kvaliteten av **kvalitetsnormer** för omsorgstjänster som definieras och inspekteras av staten. Leverantörer måste vara licensierade av de regionala myndigheterna för att få tillhandahålla vissa typer av tjänster. Det har tagits fram kvalitetsnormer som rör rutiner, personal och tekniska frågor. Kvalitetsnormerna anses ha förbättrat patientcentreringen inom hemvården.

Det största **problemet** tycks vara bristen på en integrerad nationell strategi för långtidsvården och avsaknaden av en gemensam definition av långtidsvård. Institutionsvårdens vårdstruktur saknar insyn, och en del av institutionerna för långtidsvård befinner sig i hälsovårdssystemet och andra är i socialtjänstsystemet.

Dennuvarande ekonomisk krisen och dess resulterade åttstramningarna i den offentliga budgeten innebär att tillhandahållandet av långtidsvård har satts under press. Även om totalsumman för statliga bidrag har minskat mellan åren 2009 och 2012 har de statliga bidragen för hemvården ökat något. Vårdhemsvården täcks fullt ut av hälsoförsäkringssystemet. På grund av underskott hos det största statliga hälsoförsäkringsbolaget har ingen ny kapacitet



lagts ut på underleverantörer sedan 2010. Sålunda förblir kapaciteten för vårdhemsvården stabil trots att antal behövande personer ökar något. Observera emellertid att absolut inte alla som bor på vårdhem kan definieras som personer i behov av långtidsvård.

Tyskland

Den reform som började gälla i januari 2013 hade till syfte att förbättra vårdvalen och den individanpassade vården samt att öka möjligheterna för personer med sänkt förmåga (huvudsakligen demenspatienter) att leva ett självständigt liv. De förbättrade vårdvalen har inneburit införandet av en ny typ av icke-medicinska hemvårdstjänster som en vårdförmån samt en tidstilldelning för anhörigvårdare förutom det tidigare aktivitetsbaserade tjänsteutbudet. Dessutom har försäkringar för långtidsvård börjat ge stöd åt nya gruppem (specialanpassade lägenheter) för äldre. Fram till december 2015 ska det att ha byggts 3 000 gruppem som stötts med maximalt 2 500 EUR per person, upp till en budgetgräns på 30 miljoner euro.

För att gynna användningen av **tekniska** lösningar i hemvården kan försäkringsfonder för långtidsvård bevilja bidrag för anpassning av hemmet på upp till 2 557 EUR per åtgärd. Utvecklingen och användningen av specifik IKT eller AAL-system (Ambient Assistive Living/smarta hem) har inte varit prioriterad inom den tyska politiken för långtidsvård fram till nu, men intresset ökar alltmer, vilket har resulterat i en uppsjö av olika pilotprojekt. Den tyska förbundsregeringen finansierar forskning med det uttalade målet att underlätta för äldre att bevara mobiliteten och delta i det sociala livet, och man har inlett med en dokumentation av äldre personers preferenser och rörelsemönster. Dessutom finns det ett antal olika pilotprojekt för webbaserad rådgivning, internetplattformar och möjligheter till webbaserad utbildning.

Godkända leverantörer av långtidsvård måste ha ett **kvalitetssäkrings- och kvalitetsledningssystem** och tillämpa expertnormer. Medicinska granskningsråd för lagstadgade och privata hälsoförsäkringar reviderar hemvårdstjänster. Det genomförs standardinspektioner minst en gång årligen för att granska leveranskvaliteten, men ibland är inspektionerna klagomålsinitierade och upprepade inspektioner kan genomföras. Sedan 2008 måste inspektionsresultaten offentliggöras, vilket har lett till en intensiv debatt om insynskriterier. Indikatorbaserade mätningar av leveranskvaliteten håller på att förberedas på federal nivå, men kommer initialt endast att omfatta enheter för långtidsvård. Rutiner för den mer komplicerade uppgiften att granska hemvården kommer att tas fram senare.

Anhörigvårdare kan få flera typer av bistånd, inklusive pensionspoäng och betalning av pensionsavsättningar när vissa kriterier har uppfyllts. Sedan 2012 måste rådgivning ges inom två veckor från ansökan, och försäkrade personer får en rehabiliteringsplan tillsammans med en analys av sina vårdbehov. Rehabilitering för anhörigvårdare har blivit enklare att säkra.

I slutet av 2012 skrev man under en federal överenskommelse om geriatrisk utbildning med syfte att öka antalet praktikanter i äldrevården med 10 procent årligen och att uppmuntra **geriatrisköterskor till vidareutbildning**.

För att säkerställa en långsiktig ekonomisk **hållbarhet** ökades avgiftsnivåerna till försäkringen för långtidsvård från och med januari 2013 (1,95–2,05 procent eller för personer utan barn 2,2–2,3 procent) För att gynna kompletterande privata försäkringar för långtidsvård lanserades ett program 2013 som under vissa förutsättningar subventionerar premier med 5 EUR per månad.

Litauen

Det litauiska systemet för långtidsvård är fortfarande påverkat av efterkrigstiden då endast offentliga medicinska tjänster och vårdtjänster var tillåtna och det fanns en stark betoning på institutionsbaserade tjänster istället för vård i hemmet. Under 1996 inleddes utvecklingen mot ambulering omsorgstjänster, men dessa omfattade inte medicinska tjänster. Den nuvarande socialtjänstlagen från 2006 anger att omsorgstjänster ska skapa villkor för en person att bo hemma, klara sig på egen hand och underlätta samordning mellan anställning, personlig hälsovård och åtgärder för särskild hjälp.

Behovet av omsorgstjänster bedöms av kommunerna i enlighet med personens nivå av fysiskt och socialt oberoende. Alla kommuner tillhandahåller omsorgstjänster i hemmet, men integrationen mellan omsorg och sjukvård är underutvecklad, speciellt i fråga om hemsjukvård. Det är tänkt att sjuksköterskor som arbetar inom öppenvård och på polikliniker ska tillhandahålla sjukvård i hemmet när de har avslutat sitt klinikbaserade arbete, men detta system är inte särskilt effektivt och många behövande får klara sig utan sjukvård i hemmet.

18

2012 sjösattes ett program för att utveckla den integrerade hemvården – Integrated Help at Home Development Programme. Programmets syfte är att säkerställa tillgången till hemvård, underlätta skapandet av team med olika yrkeskategorier och ta fram tjänster som tillhandahåller integrerad hemhjälp för skilda målgrupper som unga eller vuxna med funktionshinder eller familjemedlemmar. I september 2013 inleddes ett stort pilotprojekt, i vilket mobila grupper med specialister tillhandahåller integrerad hjälp.

Vårdbehövande har rätten att **välja** leverantör och kommunen måste ordna med finansiering till den utvalda leverantören. Istället för att få tjänster in natura kan man välja att få kontanta utbetalningar som sedan används till att betala för hjälp.

Nyligen igångsatta program omfattar bland annat införandet av **tekniska** lösningar för att exempelvis förbättra kommunikationen mellan leverantörsgupper och kommuner. En särskild webbportal med information till de äldre har skapats. Äldre invånare uppmuntras att använda offentligt tillgängliga datorer (nio av tio offentliga bibliotek erbjuder denna tjänst gratis) och Internet för frågor som rör hälsovård, sysselsättning och e-förvaltning.

Omsorgsinstitutionerna ansvarar för tjänsternas **kvalitet** medan avdelningen för tillsyn av omsorgstjänster vid social- och arbetsmarknadsdepartementet ansvarar för analys, kontroll och tillsyn. Det har tagits fram omsorgsnormer för specifika samhällsgrupper samt för institutioner. Institutionerna utvärderas och inspekteras minst en gång vart femte år. Departementet samlar in uppgifter från licensierade omsorgsinstitutioner och registrerar dem i en databas.



Nederländerna

För närvarande håller Nederländerna på att förbereda för en stor **reform** av systemet för långtidsvård. Just nu täcks större delen av kostnaderna för långtidsvården av socialförsäkringen. Genom reformen kommer ansvaret för större delen av denna vård (inklusive hemvården från och med 2015) att läggas över på de lokala myndigheterna. Vissa uppgifter, som sjukhusvården, kommer att läggas över på hälsoförsäkringar och endast institutionsvård för äldre och funktionshindrade kommer att ligga kvar under socialförsäkringen. Nyligen genomförda reformer innehöll en finansiering som baserades på vårdens intensitet och vårdleverantörerna måste använda en vårdplan som tar hänsyn till vårdtagarens preferenser. I och med att den centraliserade kapacitetsplaneringen för vårdhemmen övergavs behövde leverantörerna inte längre skaffa tillstånd för att öka kapaciteten. Personliga budgetar som ett alternativ till naturtjänster blev så populära att kostnaderna accelererade och nu införs begränsningar, vilket exempelvis har lett till att det tidigare ekonomiska bidraget omvandlades till en dragningsrätt.

I jämförelse med de flesta övriga EU-länderna lägger både Nederländerna och Sverige en större del av BNP på långtidsvården. Den planerade reformen syftar till (bland annat) avinstitutionisering, vilket exempelvis innebär att kommunerna ska göra det möjligt för äldre att stanna kvar längre i sina egna hem och därmed ge informella vårdare en större roll samtidigt som den formella vårdens roll minskar, speciellt i form av vårdboende.

Nederländerna har haft blandade erfarenheter med **anpassningen av tekniska** lösningar i hemmet, och man har haft högre benägenhet att skapa innovationer inom hälsovården än inom långtidsvården, där en kulturförändring verkar spela mycket större roll.

Programmet "synlig vård" (Zichtbare zorg) stimulerade insyn och **kvalitetsanalyser**. Det startade inom äldreården 2004/2005. Efter flera år av utveckling, anpassningar och utvärderingar kom man överens om en väsentligt nedbantad lista med indikatorer som tar hänsyn till vårdrelaterade punkter och vårdtagarnas upplevelser inom sju ämnesområden: fysiskt välbefinnande, bostadens utformning och levnadsvillkor, deltagande, mentalt välbefinnande, tillräcklig och kompetent personal, vårdorganisationens kvalitet, vårdens kvalitet och säkerhet. I dag publiceras resultatmätningar från alla institutioner och annan information som stöder vårdtagarnas valfrihet årligen⁸. I början av 2013 inrättades ett kvalitetsinstitut för att stimulera och underlätta kvalitetsanalyser, ta fram riktlinjer och yrkesmässiga hälsonormer etc.

Rumänien

I Rumänien förväntas de demografiska förändringarna på grund av ökad livslängd och låg fertilitet att förvärras av att många av befolkningens yngre medborgare väljer att emigrera. En hög relativ fattigdom bland de äldre på senare år skulle kunna minskas till nivåerna som närmar sig populationens genomsnitt, men fattigdomsutbredningen bland äldre kvinnor förblir troligen en utmaning. Rumänien är ett av de länder som har högst andel samboende mellan äldre och yngre generationer, vilket ökar troligheten för stöd inom hushållet när behovet av vård uppstår.

⁸ Se www.kiesbeter.nl.



Hemvårdstjänster räknas in under socialtjänster och kan tillhandahållas i en integrerad modell tillsammans med medicinska tjänster. Hemvårdstjänsterna organiseras, utvecklas, administreras och tillhandahålls ofta av kommunerna. Emellertid är de icke-statliga organisationerna ännu viktigare leverantörer av hemvård än kommunerna och står för 123 av 167 socialtjänstcentraler som vanligen är mycket stora, även om inte alla centraler tillhandahåller hemvård. Många icke-statliga organisationer drivs via kontrakt med lokala myndigheter. Icke-statliga organisationer kan få bidrag från statliga och lokala budgetar.

Lokala myndigheter kan anställda personliga assistenter för personer med den högsta graden av funktionshinder. Hemvård kan beviljas utan begränsning medan kostnaderna för hemsjukvårdstjänster som tillhandahålls av icke-statliga organisationer och familjeläkare täcks av den nationella hälsoförsäkringsfonden i maximalt 90 dagar om året. Det finns stora regionala skillnader i tillgängligheten till hemvårdstjänster, och vårdbehoven tillgodoses ofta inte till fullo. Offentliga och privata leverantörer upptäcker att deras efterfrågan på vårdpersonal överträffar tillgången, även om sysselsättningen inom vården har ökat. Hemvård lockar en ovanligt hög andel av volontärarbetare, och ungefär 80 procent av volontärerna har examen från professionaliseringskurser.

I teorin kan personer med bestyrkta vårdbehov välja leverantör, men detta är endast möjligt i de områden där det finns tillräckligt med kapacitet för att möjliggöra **valfrihet**. Finansieringen av tjänsterna fokuserar på tjänsterna i sig, och inte på patienterna, men på tjänsteleverantörernas nivå finns det **patientcentrerad** vård i de fall där det finns en särskilt avsedd registrering av varje fall.

Hemvårdsleverantörernas medicinsk-**tekniska** utrustning är väldigt grundläggande och behöver enligt uppgift förbättras.

Leverantörer av hemvård måste vara auktoriserade för omsorgstjänster och medicinska tjänster. Auktoriseringsnormerna handlar mest om inputfaktorer och rutiner och auktoriseringen måste förnyas vart tredje år. Även om dessa administrativa uppgifter används för att analysera **kvaliteten** regelbundet finns det bara sparsamma bevis för att det genomförs mer ingående analyser med exempelvis undersökningar. Generellt sett uttrycker mottagarna av omsorgstjänsterna hög nöjdhet. Detta är möjligen inte enbart ett uttryck för den faktiska kvaliteten utan kan också vara en kulturell markör.

Slovenien

Av historiska skäl domineras långtidsvården i Slovenien av vårdboende. Hemvård introduceras så sent som i slutet av 1980-talet och utvecklades mer och mer under sent 1990-tal. Ledningen för hemvården är uppdelad mellan den kommunala sjukvården och hemtjänsten. Den kommunala sjukvården som styrs av hälsovårdsdepartementet är helt finansierad av en hälsoförsäkring och tillhandahålls av kommunanställda sjuksköterskor. På grund av ett ökat behov av sjukvård kan de kommunanställda sjuksköterskorna lägga allt mindre tid på preventivt arbete, vilket belyser behovet av en strukturförändring. De 211 kommunerna ansvarar för hemtjänsten och är därmed förpliktade att organisera, tillhandahålla och finansiera tjänsterna (med minst 50 procent av kostnaden). Hemtjänsten tillhandahålls främst av offentliga organ. Omkring 1,7 procent av befolkningen över 65 års ålder får formell hemtjänst, vilket ligger väl under det nationella målet på 3 procent och



ännu längre ifrån det nyligen beslutade målet på 3,5 procent för perioden 2013-2020. De taxor som debiteras och de tjänstetyper som tillhandahålls varierar mellan kommunerna, och det finns ofta ingen möjlighet att välja mellan olika leverantörer.

De personer som är berättigade till institutionsvård kan välja en **hemvårdsassistent** istället för att flytta till ett vårdboende. En hemvårdsassistent är vanligen en familjemedlem som bor i samma hushåll, ger stöd i vardagen och finansieras av offentlig och privata medel. Denna rättighet måste se i ljuset av att det i Slovenien finns en större andel av befolkningen som föredrar vårdhem framför andra alternativ för äldreomsorg än i något annat EU-medlemsland (Europeiska kommissionen, 2007). I Slovenien finns det också ett speciellt **kontantbidrag** för vård. Det kan användas fritt och används vanligen till att hjälpa till att täcka kostnaderna för den formella eller informella vården för en person.

Den mest utvecklade typen av hjälpmedelsteknik i Slovenien är trygghetslarm som introducerades i huvudstaden Ljubljana 1992, men bara nyligen spreds till hela landet. Det nya systemet med trygghetslarm sköts via en central växel och är mycket billigare än de många system som användes tidigare. Ny lagstiftning förväntas införa denna typ av tjänst inom offentliga omsorgstjänster. Inom området hälsotjänster via telefon pågår ett par pilotprojekt, men de har ännu inte införlivats med det offentliga hemvårdssystemet. Den mest utvecklade tjänsten tycks vara systemet med telefonkonsultationer vad gäller blodtransfusioner som ger blodtransfusionsenheter över hela landet direkt tillgång till specialister. På ett rehabiliteringsinstitut vid ett slovenskt universitet finns en "intelligent bostad" – IRIS – som har två funktioner: förutom att vara ett forskningslaboratorium ger den potentiella användare möjligheten att testa lösningar i praktiken. Flera regeringsdokument har lagt fram mål för den ytterligare utvecklingen av teknikanvändningen inom den slovenska långtidsvården, men ännu kan man inte visa några framsteg eller resultat.

Precis som i många andra länder finns det en nationell strategi för att mäta **kvaliteten** på hälsovården i Slovenien, men det finns ingen nationell strategi för kvalitetsledning av långtidsvården. Dock kräver den nya resolutionen för nationellt omsorgsprogram 2013-2020 att alla leverantörer av omsorgstjänster som har minst tio anställda måste uppvisa ett certifikat från ett certifierat kvalitetsledningssystem. Hemtjänstleverantörer kontrolleras yrkesmässigt och administrativt av en speciell kommission/inspektion (minst en gång vart tredje år). Dessutom kan även familjemedlemmar till de berättigade personerna be om en kvalitetsbedömning. Familjeassistenter måste lämna in årliga rapporter till socialkontoren. Socialkontoren måste också lämna in uppgifter/feedback från de vårdbehövande varje år. De uppgifter som samlas in av folkhälsoinstitutet från den kommunala vården används i högre grad för administrativa syften än för att göra kvalitetsförbättringar av primärvården. Kommunernas uppgifter samlas in via ett likformat datainsamlingsblad och fokuserar snarare på inputfaktorer än på resultat. Det är inte obligatoriskt att göra mätningar av kundnöjdheten, och de leverantörer som gör detta kan inte jämföra sina resultat på ett enkelt sätt med andra leverantörer eftersom detta inte är ett erforderligt eller standardiserat element.

Det finns ingen systematisk kvalitetssäkring som definierats av lagen, men det håller på att tas fram flera aktiviteter inom olika fält, vilka kommer att behöva integreras i ett enhetligt system. Det har startats ett antal såväl privata som offentliga initiativ för att säkerställa och mäta kvaliteten i vårdprocesserna och dess resultat.

Det planeras för ny lagstiftning som ska skapa bättre integrering av tjänster, bättre tillgänglighet (t.ex. införandet av samordnare för långtidsvården för att få en mer patientcentrerad vård), systematiskt stöd för icke utbildade vårdare, fler förebyggande åtgärder och mer rehabilitering.

AGE Platform Europe

Enligt flera av medlemmarna i AGE Platform Europe har den nuvarande ekonomiska krisen redan påverkat de äldres **tillgång** till vårdtjänster, rest hinder och ofta fört över en större del av vården till familjerna. Vad gäller vårdbehoven föredrar de flesta äldre vård i hemmet, och därför har vissa lokala och regionala myndigheter tagit fram initiativ för att gynna åldersvänliga miljöer som möjliggör denna typ av vård. Många EU-länder har emellertid ännu ingen holistisk syn på vårdtjänsterna, vilket medför att en del av den målinriktade och lokala politiken får begränsad inverkan på det allmänna vårdsystemet.

Tekniska lösningar och då specifikt IKT kan ge stöd till personer att leva ett mer självständigt liv. Erfarenheten har visat att äldre behöver uppleva tekniken för att se hur den kan förbättra deras dagliga liv. Ett hinder för att sprida vissa tekniska lösningar är ofta priset tillsammans med acceptansen av de äldre och deras familjer. Den låga acceptansen kan hänga samman med bland annat de nuvarande fokuset på IKT i akutvården, vilket undantagslöst har negativa konnotationer.

I många länder finns det fortfarande en brist på **insyn** och offentlig information om vårdens kvalitet, speciellt vad gäller resultaten. Dessutom uppmanar AGE till åtgärder mot **övergrepp mot äldre**.

Det europeiska sociala nätverket (ESN)

ESN:s reflektionsdokument vidkänner att de nationella vårdsystemen har en komplicerad struktur och pekar på de offentliga myndigheternas roll som upphandlare och planerare av omsorgstjänster. Så håller exempelvis den skotska regeringen på att utarbeta lagstiftning som stöder vård- och omsorgssektorns gemensamma upphandling för att därmed förbättra den kommunala planeringen med hjälp av integrerade budgetar.

Integrerad fallhantering kan användas för att övervinna informationsbarriären kring olika vårdalternativ. Det är viktigt att fallhantering tillhandahålls av yrkesmän som har förmågan att sammanföra olika resurser. ESN betonar de medicinska såväl som de sociala aspekterna av förebyggande åtgärder – en nära samverkan mellan omsorgs- och vårdtjänster, bostadsorganisationer och organisationer som företräder det civila samhället kan förhindra social exkludering och ensamhet.

Vissa ESN-medlemmar betonade bristen på data och evidens rörande resultaten av användningen av **tekniska lösningar** i hemvården. Det föreligger emellertid en del lovande resultat från utvärderingar av telefonbaserad hälsorådgivning och telefonbaserad omvårdnad i England och i Skottland (skotska regeringen, 2012). Trots teknikens möjligheter används den ännu inte stor skala i många länder. Flera hinder har identifierats, inklusive bristfällig offentlig (sam-)finansiering och bristen på kompatibilitet när olika administrativa



nivåer (som den kommunala socialtjänsten och den nationella hälsovården) ska samarbeta exempelvis i telefonbaserade assistanssystem.

Den information som samlats in via ESN:s nätverk bekräftar att man övervägande använder sig av mer traditionella åtgärder för att övervaka kvaliteten (främst miniminormer för auktorisering av leverantörer och obligatoriska, yrkesmässiga kvalifikationskrav) medan man mer sällan har tillgång till register. I fråga om hemvården kontrolleras oftast endast den organisation som tillhandahåller vården och inte själva tjänsten. I vissa länder används insyn och feedback från användarna som ett verktyg, och resultaten från inspektionerna eller tjänsteanvändarens feedback offentliggörs. Även om det ännu inte finns särskilt många utvärderingssystem som mäter kvaliteten, effektiviteten och prestationerna för de införda åtgärderna pekar kommentaren från ESN på ett antal initiativ i flera europeiska länder eller kommuner som har potentialen att skapa jämvikt mellan vårdtjänsternas kvalitet och tillgänglighet och en hållbar finansiering.

D. Huvudfrågorna som diskuterades under mötet

Det svenska synsättet i allmänhet

Det finns ett stort intresse hos övriga medlemsländer för det nya synsättet kring **integrerade riktlinjer** som omfattar såväl hälso- som långtidsvårdtjänster. Det förklarades att riktlinjerna hade tagits fram enbart för vissa utvalda villkor, delvis på grund av bristande evidensbaserad praxis kring vad man ska göra (och inte göra).

Flera länder uttryckte sitt intresse för den svenska praxisen med **flexibla gränser mellan yrkeskategorierna**. Även i Sverige uppstod debatter och det fanns ett motstånd från vissa yrkesgrupper, men detta kunde övervinnas. Så fick exempelvis överföringen av vissa arbetsuppgifter och kompetenser från läkare till sjuksköterskor åtföljas av en hel del förklaringar för att kunna genomföras. Det krävs ytterligare utbildning och/eller vidareutbildning åtminstone i de inledande faserna, både när man mjukar upp gränserna mellan yrkesgrupper och lanserar sociala innovationer.

Att bygga upp en stark bas med patientcentrerad information, speciellt när man länkar olika datakällor och lagrar data under långa tidsperioder, leder troligen till frågeställningar kring **dataskydd**. I det svenska synsättet ser man patienten och inte staten som ägare till informationen, och patienterna kan till exempel vägra införandet av sina uppgifter i ett register. Enligt svenska erfarenheter blir registren mest framgångsrika (vad gäller deltagande) om de ger såväl hälsovårdspersonalen som patienterna synbara fördelar, vid sidan av de fördelar för vårdförvaltningen som uppstår.

Diskussionen stödde den svenska synen med ökat fokus på **förebyggande åtgärder**. Det är emellertid inte alltid lätt att definiera och mäta var det förebyggande arbetet slutar och den akuta vården börjar. Förebyggande arbete är inte bara relevant innan (allvarliga) vårdbehov uppstår utan också personer med redan höga vårdbehov kan dra nytta av preventiva åtgärder.

Föreningen mellan familjevård och formell vård

Det blev en intensiv diskussion kring **landsspecifika preferenser** för vårdmiljöer. I länder som Rumänien sammankopplas exempelvis en hög andel vårdgivande inom familjen till en hög grad av samboende mellan äldre och yngre generationer, och stödet inom familjen är högre under tider med hög arbetslöshet på grund av kostnaderna för den formella vården. Det som kan tyckas vara en nationell preferens kan ibland förklaras som en konsekvens av bristande tillgänglighet eller resurser. Till och med i ett "rikt" land som Tyskland tvingas vissa familjer till familjevård på grund av bidragstaket. Dessutom har flera (speciellt nytillkomna) EU-medlemsländer observerat en förändring i den traditionella ansvarsfördelningen, exempelvis i länder som Slovenien och Kroatien där huvuddelen av långtidsvården förr tillhandahölls på vårdhem.

Kroatien pekar på att det finns bevis för att äldrevård är ett högre hinder för kvinnors karriärmöjligheter än vård av barn, och belyser därmed behovet av särskilt **stöd för informella vårdare**. I Skottland är en viss andel av de kommunala anslagen örönmärkta till stödsystem av detta slag, och man har ett systematiskt synsätt vid analysen av informella



vårdares stödbehov. Flera länder har infört åtgärder som underlättar för personer att förena en anställning med informell vård, till exempel flexiblare arbetstider eller införandet av bidrag som syftar till att förbättra möjligheterna att betala för stöd. Denna politik stöds av de tjeckiska uppgifterna som visade att den dyraste typen av långtidsvård är när arbetsföra lämnar arbetsmarknaden för att tillhandahålla informell vård. Å andra sidan finns det en oro över att bidragssystem kan leda till en ekonomisk exploatering av familjemedlemmar eller bli en börda i den offentliga budgeten om de inte utformas noggrant och genomförs på ett bra sätt.

Familjens roll i vårdprocessen kan ändras om sociala nätverk i allt högre grad tar över vissa av familjens traditionella roller. Eftersom inte alla i den äldre generationen har ett vårdbehov finns det många äldre som skulle kunna fungera som vårdare, och därmed utgöra en stor ytterligare resurs. I Skottland har man haft positiva erfarenheter med systematiska kompetensanalyser till skillnad från behovsanalyser vid tiden för pensioneringen.⁹

Sociala innovationer

Det rådde konsensus om att det kommer att uppstå behov av ytterligare utbildning om en vårdfilosofi ersätts av en aktiverings- och rehabiliteringsfilosofi. Fler länder ansåg att det var väldigt svårt att omfördela uppgifter och ansvar över **"gränsen" mellan hälsovårds- och omsorgssektorn**. En annan aspekt är att de vårdbehövandes familjer måste vara involverade rehabiliteringen. I Rumänien, där icke-statliga organisationer spelar en betydelsefull roll för vårdleveransen, är det i praktiken vanligare att dessa organisationer är mer innovativa eftersom offentliga organ ofta skjuter innovationer på framtiden för att istället hantera akuta vårdbehov.

Separata finansieringssystem bidrar ytterligare till att göra gränserna mellan sjukvård och vård och omsorg synligare. Databaser som för närvarande drivs separat måste också harmoniseras om de ska kunna användas i sin fulla potential. Sverige uppvisar flera goda exempel på såväl datainsamling som omfattande riktlinjer.

Utskrivningsplaneringens viktiga roll betonades. Belgien har tagit fram ett verktyg som hjälper till att analysera rehabiliteringsbehoven – ett system som heter "BelRAI" (Belgium Resident Assessment Instrument). Ytterligare exempel på god och igångsatt praxis i Europa kan hittas via WeDO (Wellbeing and Dignity of Older people), ett informellt nätverk med syfte att gynna kvaliteten på långtidsvården i Europa¹⁰.

Tekniska lösningar

En stor del av diskussionen betonade att många användbara tekniker redan har tagits fram. Eftersom dessa ofta skapats för andra syften än långtidsvård måste de identifieras, anpassas för detta syfte (tekniska lösningar kan exempelvis användas på sjukhus där utbildnings- och säkerhetsrutiner redan finns, men inte i hemmen) och göras billigare. Även lagligt finns det frågor som måste lösas, exempelvis vem som ansvarar för ett avbrott i den telefonbaserade omvårdnaden om det blir strömavbrott.

⁹ Se kommentaren från det Europeiska sociala nätverket ESN. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=1903&moreDocuments=yes&tableName=news>

¹⁰ Se <http://www.wedo-partnership.eu/>



För att identifiera och anpassa användbara tekniker krävs det att de personer som är tänkta att använda dem (patienter, familjemedlemmar och formella vårdare men också patientorganisationer) involveras. Det är viktigt att underlätta samverkan mellan dessa intressenter. I Nederländerna har man exempelvis haft positiva erfarenheter av att låta hemtjänstpersonalen använda surfplattor efter behov. Det innebär att sköterskorna själva fick bestämma hur plattorna skulle användas för att förbättra kvaliteten och/eller effektiviteten av tjänsteleveransen istället för att låta externa experter utforma stödverktyg åt dem.

Kvalitetssäkring och kvalitetsmätning

Presentationen av de svenska kvalitetsregistren, speciellt registret BPSD (beteendemässiga och psykiska symptom vid demens)¹¹ väckte intresse hos många länder. Under diskussionen klargjorde de svenska experterna en rad frågor:

- Att involvera medicinska experter på de sjukdomar som ingår i registret är absolut nödvändigt för en framgångsrik utveckling av ett register.
- Registren används främst på övergripande nivå för att få fram kvalitetsindikatorer som möjliggör jämförelser mellan behandlingsinstitutioner eller över tiden. Det finns jämförande rapporter som är allmänt tillgängliga. De register som kan användas av enstaka vårdleverantörer eller patienter har blivit väl emottagna.
- BPSD-registret använder sig av riktlinjer. Arbetet för att utveckla kliniska vårdvägar pågår, men dessa ingår ännu inte.
- Det krävdes extrapersonal under implementeringsfasen för BPSD-registret, men med tiden förbättrades patienternas tillstånd så mycket att personalen fick en förbättring av den allmänna arbetsbelastningen.
- Allmänläkarna uppmanas att arbeta med ett antal kvalitetsregister. Sjuksköterskepersonalen arbetar endast med BPSD-registret som ses som ett verktyg som stöder professionaliseringen av deras arbete och som synliggör deras insatser och resultat. Som sådant blev det väl mottaget av sjuksköterskorna.
- BPSD-registret bidrar till att ge patienterna förbättrad livskvalitet samtidigt som medicineringen minskas avsevärt.
- Olika register använder olika resultatmått, från internationella enkäter som EQ-5D eller SF-36 till sjukdomsspecifika resultatmått. De flesta indikatorer som används i registren är kvantitativa processindikatorer.
- För närvarande är Sverige mycket försiktigt med att göra kopplingar mellan budgettilldelningar eller ekonomiska stimulansåtgärder och registren och eftersom det skulle kunna äventyra deras funktion som verktyg för kvalitetsmätning och förbättring. I de fall där resultatbaserad ersättning har införts har det varit på lokal och inte på nationell nivå, och betalningarna har gått till kommunerna eller landstingen, inte till vårdgivarna eller läkarna.

När det gäller olika mätmetoder och tillvägagångssätt vid kvalitetssäkring tog OECD, i samarbete med EU-kommissionen, nyligen fram en omfattande rapport (OECD, 2013).

¹¹ Se <http://www.bpsd.se/in-english/>



Tillsammans med EU-kommissionen kommer OECD att fortsätta arbeta med **jämförbara mätningar av** kvalitet inom långtidsvården. Resultaten från det nuvarande projektet väntas komma under 2015.

Alla de deltagande medlemsländerna angav att de hade svårigheter med att definiera och införa lämpliga instrument och processer för kvalitetssäkring. Därför föreslogs det att ett europeiskt **nätverk** med nationella instanser skulle inrättas för att analysera fördelarna med sociala och tekniska innovationer och därmed underlätta den gemensamma inläringen och kunskapsdelningen.



E. Slutsatser och lärdomar

Jämfört med andra länder har Sverige en relativt behaglig situation med en god (även om den inte alltid är så väl samordnad) **datatillgänglighet**. Flera anledningar till detta har identifierats:

- En stark lagstiftning rörande datainsamling.
- Stor involvering av patienter och även andra intressenter och yrkesgrupper.
- Patientdata tillhör patienten och inte staten, vilket gör att patienterna kan neka tillgång till data.
- Målet är att informationen direkt ska komma till nytta och vara användbar för flera intressenter och ibland även för patienten.

Detta allomfattande synsätt har hjälpt till att överbrygga motståndet mot intensiv datainsamling och datalagring och även motståndet mot det ökade pappersarbete som läkare och annan personal har fått.

Även om det ännu inte finns några tillgängliga utvärderingar tycks **det fria vårdvalet** vara populärt hos patienterna. Att skapa många alternativ kan emellertid vara kostsamt och inte alla länder är just nu i en situation där de kan erbjuda flera olika alternativ.

För att skapa bättre **kopplingar mellan den informella vården och den formella vården** måste man göra nya definitioner av vilka som kan tillhandahålla informell vård. Stödet för de äldre som sker mellan de yngre och äldre generationerna kan utvecklas och växa, speciellt om nya sociala nätverk kan utnyttjas till detta syfte. Detta oaktat måste den informella vården få ökat stöd. I detta sammanhang kan utvärderingar användas för att identifiera effektiva stödformer. Eftersom långtidsvård generellt sett behövs och tillhandahålls av fler kvinnor än män bör man uppmärksamma påverkan på könsbalans/jämställdhet.

För att bättre kunna utnyttja de möjligheter som finns i **förebyggande åtgärder och rehabilitering** behövs det fler utvärderingar av vad som fungerar under olika förhållanden. Här står ett antal medlemsländer inför liknande svårigheter: I många medlemsländer finns det fortfarande en ansvarsuppdelning mellan vård och omsorg vad gäller finansiering och tillhandahållande, och det verkar även finnas olika filosofier och kulturer i de båda sektorerna. Detta kan bli ett hinder om man vill skapa en övergång från en vårdande kultur till en rehabiliterande och självbestämmande kultur där livet hanteras självständigare, även efter det att de så kallade vårdbehoven visar sig.

Flera svenska experter betonade att det redan finns många användbara **tekniska** lösningar men att de behöver (1) förbättras vad gäller enkelhet, användarvänlighet och ibland säkerhet, (2) göras säljbara genom billigare tillverkning och i slutändan lägre marknadspriser, och (3) ibland anpassas till en specifik långtidsvårdkontext. Därför kan det vara mödan värt att lägga större betoning på utveckling istället för på grundforskning.

När det gäller **kvalitetsmätningar** finns det fortfarande utrymme för stora förbättringar av systemen i de flesta länder som generellt sett kämpar med samma problem. Därför är



system för samarbete och ömsesidig inläring, såväl inom länderna som på internationell bas, av största vikt. Några slutsatser som kan dras av de svenska erfarenheterna är:

- Vi måste tänka kritiskt på vårdleveransens "traditionella" mönster och ifrågasätta deras relevans och giltighet för dagens situation exempelvis vad gäller medicinering.
- Vård av hög kvalitet med ett personcentrerat synsätt behöver inte vara dyrare än vårdalternativ med lägre kvalitet.
- Det är av största vikt att involvera specialister vid utformningen av kvalitetsmätningar av vården vid specifika sjukdomar, men också att få annan hälsopersonal som sköterskor med sin erfarenhet ombord.



F. Den kollegiala granskningens bidrag till Europa 2020

I dokumentet från värdlandet Sverige presenterades kombinerade åtgärder som på ett bra sätt kan bidra till alla de fem överordnade målen i Europa 2020-strategin.

Sysselsättning

Åtgärder för att underlätta för informella vårdare att kombinera informell vård med formell anställning har konkreta möjligheter att utöka det sammanlagda antalet arbetade timmar på flera sätt, exempelvis genom att avlägsna hindren för att börja arbeta eller att tillåta den informella vårdaren att utöka arbetstiden (t.ex. från deltid till heltid). De kroatiska deltagarna berättade exempelvis att för närvarande är det snarare vård av äldre och inte vård av barn som kan utgöra allvarliga hinder för kvinnors sysselsättning.

Vissa stödåtgärder kan omfatta jobbskapande som involverar alla kvalifikationsnivåer: skatteavdrag för hemhjälp kan öka arbetsmöjligheterna för personer med låg kompetens, kvalificeringsåtgärder för vårdpersonal leder till vårdare med högre kompetens och kräver också fler lärare inom sjukvård och närliggande områden. Den ökande teknikanvändningen och utvecklingen av förbättrade vårdprocesser kan leda till nya jobb inom områden som tangerar kärnverksamheten i hälso- och vårdsektorn (som IKT och social forskning), vilket också ökar jobbmöjligheterna för personer som inte är benägna att arbeta inom detta fält.

30

FoU/innovation

De svenska experterna betonade att det behövs utredningar om hur man gör befintliga lösningar billigare, enklare och säkrare istället för att bara arbeta med att ta fram nya lösningar. Andra viktiga inslag i forsknings- och utvecklingsarbetet inom vårdsektorn är att fokusera forskningen på att utveckla produkter som både är till nytta och säljbara samt att säkerställa nära samverkan mellan olika intressenter inklusive användare och experter.

Klimatförändring/energi

Även om dessa frågor nästan inte alls diskuterades under den kollegiala granskningen kan de påverkas om vårdsystemen ändras i stor skala. När vårdleveransen ändras från en vårdmiljö till en annan förändras också behoven av transport och resor, vilket ger en annan energiförbrukning. Exempelvis kommer avinstitutionaliseringen troligen att öka resorna för vårdpersonalen som tillhandahåller hemvård. Patienter som tar över vissa av sina egna vårduppgifter, t.ex. på grund av förbättrade hjälpmedel och anordningar, kommer troligen att minska sin restid och energiförbrukning. Den ökade användningen av elektronisk utrustning (och produktionen av densamma) förbrukar också energi.

Utbildning

Hälso- och vårdsektorn är en av mycket få sektorer som har tillväxtpotential. Den svenska erfarenheten pekar på att det krävs välutbildad personal när man gör en övergång från ett vårdsystem där organisationer tillhandahåller vård till ett vårdsystem som fokuserar



på individen och på att främja dennes självständighet. Ökad utbildning, som en högre andel universitetsutbildade sjuksköterskor, bidrar därför till målet i Europa 2020 vad gäller utbildning.

Fattigdom/social exkludering

Denna kollegiala granskning ställer frågan om värdighet i vårdtjänsterna, och då framför allt de tjänster som tillhandahålls i den vårdbehövandes hem. Denna fråga är av stor vikt eftersom många av de äldre EU-medlemsländerna för närvarande strävar efter att ersätta (kostsamma) vårdboenden med (mindre kostsam) vård i hemmet. Hemvård hänger emellertid ofta samman med en högre tillgång till informell vård som tillhandahålls av familjemedlemmar, vilket kan öka den nuvarande och framtida fattigdomsriskerna hos de (till största delen kvinnliga) personer som tillhandahåller informell vård. Enligt de tjeckiska deltagarnas erfarenheter med informella vårdssystem är dessa de mest kostsamma när de kräver att de informella vårdarna upphör med sin vanliga anställning. Därför behövs det professionell personal i hemvården som kan ge stöd till familjerna i varje enskild situation. Detta kan emellertid kräva ytterligare vidareutbildning som ger specialkompetens för att exempelvis förbättra samarbetet och kommunikationen mellan olika yrkesgrupper.

Av historiska skäl är emellertid hemvårdstjänsterna ännu inte så väl utvecklade i en del av EU:s mer nytillkomna medlemsländer. Det är därför av hög vikt speciellt för dessa medlemsländer att få ta del av kunskap kring och erfarenhet av olika tillvägagångssätt för att förbättra hemvårdens kvalitet och effektivitet (utan att utgöra hinder för sysselsättningsmöjligheterna i de påverkade familjerna). Därför behöver vi en kultur som präglas av insyn och gemensamt lärande, baserat på en kvalitativt välgrundad och tillgänglig informationbas.

Det finns flera ytterligare vägar att gå för att undvika eller minska de äldres beroendeställning, till exempel:

- Gynna byggandet av flergenerationsbostäder som utformats för att underlätta självständig användning av äldre och svaga personer.
- Låta folk bekanta sig med IKT för att ge dem möjligheter att hålla kontakten med andra och därmed minska den sociala exkluderingen.
- Förbättra äldres möjligheter att utnyttja befintliga IT-baserade stödverktyg.
- För vissa befolkningsgrupper kan detta komma att kräva att man kan erbjuda mindre kostsamma IKT-tjänster.

Generellt sett behöver samhället bli mer medvetet och öppensinnat när det gäller åldrandets sjukdomar och de (ibland enkla) sätt som man kan handskas med dessa. Framstegen som görs bör inte begränsas enbart till hälsovårds- och omsorgstjänsterna, utan bör omfatta hela samhället.

Referenser

Council of the European Union (2012), Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward, SOC 992, SAN 322.

European Commission (2007), Health and long-term care in the European Union, Special Eurobarometer 283 Wave 67/3, European Commission, Brussels.

European Commission (2012a), The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Economy 2/2012.

European Commission (2012b), Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce, SWD (2012) 93 final, European Commission, Brussels.

European Commission (2013), Social Europe – Current challenges and the way forward. Annual Report of the Social Protection Committee (2012). European Commission, Brussels.

European Commission (2013a), Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2013) 83 final, European Commission, Brussels.

32

European Commission (2013b), Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options, Commission Staff Working Document, SWD (2013) 41 final, European Commission, Brussels.

Mot E., Willemé P. (2012), Assessing Needs of Care in European Nations, ENEPRI Policy Brief 14, CEPS, Brussels.

OECD (2011), Help wanted? Providing and Paying for Long-Term care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

OECD/European Commission (2013), A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>.

Scottish Government (2012), A National Telehealth and Telecare Delivery Plan for Scotland to 2015. Driving Improvement, Integration and Innovation.



Europeiska kommissionen

Värdigheten först – prioriteringar för förändrade vårdtjänster

Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå
2014 — 32 pp. — 17.6×25 cm

ISBN 978-92-79-35332-1
doi: 10.2767/5836

Denna publikation finns i elektroniskt format på engelska, franska, tyska och svenska.

HUR HITTAR MAN EU:s PUBLIKATIONER?

Gratispublikationer:

- Ett enskilt exemplar genom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- Flera exemplar/affischer/kartor hos Europeiska unionens representationer (http://ec.europa.eu/represent_sv.htm),
- hos delegationer i länder utanför EU (http://eeas.europa.eu/delegations/index_sv.htm),
- genom att kontakta nätverket Europe Direct (http://europa.eu/eurodirect/index_sv.htm) eller ringa 00 800 6 7 8 9 10 11 (gratis inom hela EU) (*).

(* Varken informationen eller samtalen kostar i regel något (men vissa operatörer, telefonkiosker och hotell kan ta betalt för samtalen).

Avgiftsbelagda publikationer:

- Genom EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Avgiftsbelagda prenumerationer

- Genom ett av Europeiska unionens publikationsbyrås försäljningsombud (http://publications.europa.eu/others/agents/index_sv.htm).

Värdigheten först – prioriteringar för förändrade vårdtjänster

Värdland: **Sverige**

Datum: **25-27 september 2013**

Deltagande medlemsländer: **Belgien – Bulgarien – Kroatien – Cypern – Tjeckien – Tyskland – Litauen – Nederländerna – Rumänien – Slovenien**

Intressenter: **AGE, ESN**

Länderna i EU står inför en gemensam utmaning: att upprätthålla och förbättra kvaliteten på äldre vården samtidigt som det säkerställs att den är både tillgänglig och ekonomiskt hållbar. Under en kollegial granskning (peer review) i Stockholm (i september 2013) i år utforskades det svenska förhållnings sättet till den förändrade vården och en gemensam diskussion med de deltagande medlemsländerna kring dessa ämnen anordnades.

Sverige har lyckats upprätthålla en särskilt hög vårdstandard. Experter från Sverige och tio andra EU-länder samt representanter från EU-kommissionen och intressenter träffades i Stockholm för att diskutera Sveriges insatser för att göra vården mer personcentrerad utan att äventyra den ekonomiska hållbarheten på lång sikt.

