

Motion till riksdagen 2010/11:So528

av **Ulf Berg och Jan-Evert Rådström (M)**

Kommunala äldreteam

Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att öppna för möjligheten att skapa kommunala äldreteam och fördjupa kunskaperna om åldrandet och äldres sjukdomar.

Motivering

Äldre människor är storkonsumenter inom vårdsektorn. Av samtliga vårdtillfällen 2005 avsåg 10 procent personer över 85 år och 20 procent personer i åldern 75–84 år. En särskild utmaning utgör det ökade antalet multisjuka med komplexa hälsoproblem. En effektiv organisation och omvårdnad för dessa patienter bör därför vara prioriterat ur samhällsekonomisk synvinkel såväl som för individen. En fragmenterad vårdkedja och för lite satsningar på utbildning om äldres hälsa och sjukdomar ger istället upphov till ohälsa hos äldre idag.

En indikator på bristerna inom äldrevården är överförskrivning av läkemedel. Forskning visar att en av tre akuta sjukhusinläggningar bland patienter över 70 år beror på läkemedels biverkningar. Det innebär ett resursslöseri för samhället, men framförallt är det en personlig tragedi när friska år går förlostade. I flera uppmärksammade fall har äldre blivit friska från en demens som egentligen var symtom på en övermedicinering.

Att ge vård till äldre kräver en särskild kompetens och kunskap. Symtomen hos äldre skiljer sig från yngre vid vanliga sjukdomar. Vissa symtom är också tecken på ett vanligt åldrande och ska inte behandlas. På grund av en ändrad kroppssammansättning reagerar äldre också annorlunda på medicinsk behandling. Enkla mediciner som ögondroppar för starr kan ge biverkningar som fall, förvirring och hallucinationer. Därför är det viktigt att vårdpersonal har god kunskap, både om äldres sjukdomar och om det naturliga åldrandet. Vid den senaste inventeringen som gjordes av läkarutbildningen hade hälften

Fel! Okänt namn på

av lärosätena undervisning i geriatrik som motsvarade mindre än en veckas studier. Bristen på geriatriska kliniker begränsar också möjligheterna till fortbildning och specialisering bland läkare. En majoritet av landstingen saknar också idag specialiserad medicinsk kompetens för äldre med svåra och vanliga psykiska sjukdomar som depression, ångest och psykos. Intresset för geriatrik är lågt inom läkarkåren och ämnet har låg status.

Multisjuka äldre har en komplex sjukdomsbild och träffar en mängd olika specialister. Men ingen har en helhetsbild av patientens behov och behandlingar. Med en helhetsbild av patienten och en god uppföljning ökar chanserna att rätt insatser sätts in – inte minst förebyggande vård. Det blir lättare att bedöma om intaget av mat och vätska eller bristen på motion eller sociala aktiviteter kan ersätta en medicinsk behandling. Det är inte alltid ett läkemedel som är lösningen.

För att få en helhetssyn krävs ett multiprofessionellt omhändertagande. Därför bör särskilda kommunala äldreteam inrättas som samarbetar kring de äldre. Teamen bör ledas av geriatriker eller allmänläkare med intresse för äldre som tar huvudansvaret för samtliga medicinska insatser. Läkaren samarbetar tillsammans med övrig personal inom primärvården och äldreomsorgen om vårdplanering och uppföljning av vården. Inrättandet av team skulle minska trycket på den dyrare akutvården men också kunna förbättra kontinuiteten inom äldreomsorgen som många äldre upplever som besvärlig och otrygg.

I samband med äldreformen överfördes ansvaret för hälso- och sjukvård för särskilt boende samt i dagverksamheter till kommunerna. Detta gällde med undantag för läkarinsatser. Vi tror att man bör ta steget fullt ut och låta kommuner anställa läkare inom äldreomsorgen. Det är viktigt att läkarkompetensen finns nära de äldre och med kommunen som bas tror vi att geriatriken får en plattform för att utvecklas.

Stockholm den 21 oktober 2010

Ulf Berg (M)

Jan-Evert Rådström (M)