

## Motion till riksdagen 2005/06:So404

av **Anne Marie Brodén (m)**

# Närvård

## Förslag till riksdagsbeslut

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som i motionen anføres om närvård.

## Motivering

Olika patientgrupper inom vården har olika krav. Patienter som är mitt i livet prioriterar god tillgänglighet. Äldre, multisjuka eller kroniskt sjuka patienter kan tycka att det är viktigare att ha nära till vården och kontinuitet. Gemensamt är dock ett önskemål om tillförlitlighet, att vården finns när man behöver den. En ökad mångfald inom sjukvården skulle öppna för större bredd i verksamheten och fler alternativ för patienterna, även när det kommer till själva vårdinnehållet. Detta särskilt med bäring på närsjukvården, som är den första länken i vårdkedjan.

En närvård där flera olika yrkesgrupper och olika specialitläkare kan vara verksamma skulle medföra en utveckling av svensk sjukvård. Det öppnar för en närvård med olika vårdgivare som i samverkan kan utforma vården utifrån lokala behov och förutsättningar. Att till detta knyta en förändrad syn på vårdens organisation i bredare bemärkelse skulle därtill möjliggöra att fler söker sig till den nära vården för hjälp, snarare än till akutmottagningarna.

Närvården ges större möjligheter att ta hand om de människor som har långvariga och återkommande möten med vården. De är inte många till antalet, men de har stora behov och är de stora förlorarna i dagens vårdssystem. Gruppen motsvarar 3,5 procent av befolkningen, men står för cirka 50 procent av sjukvårdskostnaderna. Hälften av dem är inne på sitt sista levnadsår. Trots att de tar en stor andel av sjukvårdens resurser i anspråk är vården i dag dåligt rustad för att kunna erbjuda dem en bra vård.

De patienter som konsumerar mycket vård måste ägnas särskild uppmärksamhet så att deras vård planeras och utförs på bästa möjliga sätt. De utgör en grupp som bör liknas vid förmånskunder i andra verksamheter. De är i behov av extra stöd. Svår sjukdom medför ofta svårighet att välja eller att hävda sina

**Fel! Okänt namn på**

rättigheter. Därför kan det vara nödvändigt med särskilda ”vårdvisare”, som stöd för dem i deras möten med vården. Det måste också bli mer attraktivt att ta emot och ta ansvar för den här patientgruppen under hela deras sjukvårdsförlopp.

Tanken om särskilda ”förmånspatienter” löper väl i linje med de tankar om sammanlänkade vårdkedjor, till syfte att samla olika vårdaktörer, säkra tillgänglighet, kvalitet och ett effektivt resursnyttjande, vilket bl.a. presenterats av Vårdförbundet. Det är också inspirerat av en vårdmodell som nu sprids snabbt i bl.a. Tyskland: Disease Management Programs (DMP). Det handlar om att samordna resurserna för vård av patienter med kroniska sjukdomar så att vårdgivarna får möjlighet att bedriva evidensbaserad vård enligt etablerade vårdprogram. Vårdgivare som vill bedriva vård i enlighet med DMP tar på sig ansvaret för att samordna de insatser som behövs och får en särskild ekonomisk ersättning för varje involverad patient.

En bra sjukvårdspolitik måste innebära att de som bäst behöver vården också ska ges störst uppmärksamhet. Det är välomvittnat i den svenska vården att det finns ett antal patienter som konsumerar mycket vård utan att få den hjälp de behöver. De vandrar runt i systemen till nackdel för såväl sig själva som sjukvårdspersonal och den offentliga ekonomin. Med ett nytt synsätt och ersättningssystem som gör det lönsamt att ta ett helhetsansvar för dessa patienter är det vår övertygelse att vården kan förbättras avsevärt för individen, samtidigt som våra gemensamma resurser används effektivare.

Vid sidan av den lilla andelen mycket vårdkrävande patienter finns en mellangrupp som består av dem som behöver vård relativt ofta eller mycket under vissa perioder. I stora diagnosgrupper, exempelvis stroke och ledplastiker, finns underlag för att arbeta fram standardiserade vårdkedjor och ersätta efter fullgjord vårdepisod snarare än för varje enskilt patientbesök. För olika kronikergrupper, exempelvis diabetiker, kan ytterligare andra lösningar förekomma. Bland annat genomfördes under 90-talet ett intressant projekt på Hisingen i Göteborg där Lundby sjukhus fick betalt även för att genomföra omfattande förebyggande arbete.

De flesta använder mycket sällan sjukvården. Till den gruppen räknas de patienter som har små behov av läkarkontakt och fritt vänder sig till vården då behov uppstår. De har stora krav på snabb tillgänglighet, men kontinuitet är mindre viktigt. För denna patientgrupp finns inget behov av att byråkratisera sjukvården med kontrollsystem, krav på husläkare, listningssystem eller s.k. gate-keepers. Möjlighet till fast läkarkontakt i form av t.ex. husläkare ska självklart finnas, men systemet ska inte vara tvingande. I stället är det viktigt att utforma en vård som är tillgänglig då den behövs och en ersättning till vårdgivarna som utgår efter fullgjord prestation.

Stockholm den 30 september 2005

*Anne Marie Brodén (m)*