

## Motion till riksdagen 2019/20:2918

av **Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M)**

# Ett samlat omhändertagande av de mest sjuka

---

## Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa fast läkare och samordning av vårdteam och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att det som patient ska vara valfritt att lista sig hos alla legitimerade yrken inom vården och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa vårdval för sammanhållen och samordnad vård av de mest sjuka och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att lagstiftningen ska förtydligas gällande ansvaret att samordna en sammanhållen vård för de mest sjuka och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om säkerställande av bemanning och kompetens gällande vården av de mest sjuka och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över anhörigstöd och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om utvärdering av läkemedelsgenomgångar och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och genomföra ett nationellt handlingsprogram för kvalitetssäkrad och sammanhållen demensvård och tillkännager detta för regeringen.

## Motivering

Vi lever allt längre. Många adderar också fler friska år till sitt liv och lever ett aktivt liv långt upp i åren. Därför bör vi se på ålderdomen med nya ögon. Naturligtvis kan man

stöta på problem med stigande ålder och när inte kraften räcker till då ska samhället finnas där. Då ska det finnas god omsorg med kvalitet och valfrihet, en värdig vård och trygghet att räkna med.

Omhändertagandet av de mest sjuka får aldrig fallera. Personer som ofta är äldre, multisjuka och personer med kroniska sjukdomar ska ha ett tryggt omhändertagande och få en god vård. Det behövs mer av mobil närvård, basal och avancerad hem-sjukvård, kontinuitet i kontakterna med vården och sammanhållna vårdkedjor. Detta kräver emellertid betydligt mer av samarbete mellan region och kommun än vad som sker idag. Det finns behov av ett ökat nationellt ansvarstagande och ledarskap som möjliggör till exempel system med bland annat fastläkare och samordning av ett vårdteam i hela landet.

Patientens behov ska styra arbetssätt och organisering. Den svenska vården är emellertid inte organiserad utifrån de mest sjuka trots att till exempel personer som har minst två kroniska sjukdomar står för hälften av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna. De patienter som är mest sjuka kräver en annan vårdlogik. Ett arbetssätt som snarare är proaktivt istället för reaktivt. Detta sätt att arbeta på kan vi inspireras av vårt grannland Danmark. Där har man gått från proaktiv till reaktiv, från sen till tidig insats och från kompensation till rehabilitering.

Utredningen effektiv vård pekar på och gör analysen varför de mest sjuka – ofta äldre, multisjuka och kroniskt sjuka behöver vård och omsorg på ett annat sätt än dagens system. Ett nytt sätt som kräver mer samarbete mellan region och kommun.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slår fast att en av de stora utmaningarna för vården, omsorgen och socialtjänsten är att kunna samordna insatserna för patienten och brukaren. Detta eftersom bristande samarbete ofta leder till försämrad upplevelse av bemötandet och i vissa fall kvalitativt sämre vård och omsorg. Dessa brister kan därtill medföra ökade kostnader bland annat därför att en undersökning eller behandling behöver genomföras på nytt helt i onödan.

Behovet av samordning och samarbete kommer att fortsätta öka gällande patienter som har många, skiftande och komplexa behov av vård och omsorg. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys pekar på att omkring 85 procent av dem i Sverige som är 65 år och äldre har minst en kronisk sjukdom och 66 procent hade två eller flera kroniska sjukdomar. Därför är det självklart att omhändertagandet och vården för dessa personer måste vara i fokus framöver.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slår fast att det i dagsläget saknas tillräckliga förutsättningar för vårdpersonalen och medarbetarna i äldreomsorgen att arbeta mer samordnat. Det handlar till exempel om svårigheter att dela information med varandra och att i det praktiska vardagliga arbetet samarbeta kring hur vården och omsorgen ska ges till en patient.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tar upp fyra förutsättningar som det samlade systemet och organiseringen av vården och omsorgen behöver uppfylla för att en mer samordnad vård och omsorg för patienterna ska kunna uppnås. Det handlar om följande strukturer:

- En organisationskultur som fokuserar på patient och brukare och som arbetar för en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg
- Att policyer, lagar och riktlinjer tas fram som ger reella förutsättningar för samordning

- Att samverkan sker mellan organisationer som skapar bättre förutsättningar för samordning över organisationsgränser
- Att skapa administrativa system som underlättar samordning.

En reflektion och ett tillägg till detta är att fokus inte bara kan vara på samverkan och samordning utan att de olika aktörerna ska kunna samarbeta på djupet över administrativa gränser för individens bästa. Fokus ska ligga på människan i behov av vård och omsorg, inte den enskilda organisationen. Problemet är att så är inte vården organiserad och strukturerad idag.

## Patientens behov ska styra arbetssätt och organisering

Den samlade hälso- och sjukvårdens uppdrag i Sverige är komplext och svåröverskådligt. För att underlätta en omstrukturering av vården har olika modeller tagits fram bland annat i syfte att kunna kategorisera patienter utifrån olika målgrupper med olika typer av konkreta vårdbehov. Leading Healthcare som är en akademisk tankesmedja har tagit fram en modell för att kunna beskriva olika grupper av patienter och deras olika behov av vård som i sin tur ställer olika krav på hur vården bör organiseras och struktureras. Den stora förtjänsten med detta är att tydliggöra hur centralt det är att lyckas skapa ett samarbete kring de mest sjuka – ofta äldre som är multisjuka och kroniker och som behöver regelbunden behandling och omsorg i många led. Det gör denna vård ytterligt komplex. Den här vården måste ske genom att lyckas överbygga dagens rådande stuprör inom hälso- och sjukvården.

## Det saknas en gemensam syn på vad som krävs för att uppnå samordnad vård och omsorg

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys slår fast att det saknas en gemensam definition och synsätt gällande vad som innefattas i begreppet samordnad vård och omsorg. Idag är detta ett fragmenterat lapptäcke av olika system som varken samordnar eller samarbetar särskilt väl med varandra.

I hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ställs redan tydliga krav på bland annat samordning och kontinuitet. Samtidigt preciseras det inte i någon av dessa lagar vad samordnad vård och omsorg ska innebära specifikt. Det är alldeles uppenbart att brister vad gäller samordning och samarbete kvarstår trots de krav som finns inom rådande lagstiftning.

Brister och tillkortakommanden handlar bland annat om att det saknas kunskap om vad samordning innebär och vad en enskild profession gemensamt med andra professioner kan uppnå med samordning. De olika professionerna inom vården och omsorgen förstår exempelvis inte alltid varandras perspektiv. Det handlar till exempel om vad andra kan bidra med och vad man kan åstadkomma tillsammans.

Ledarskap och styrning brister i samordningsfrågorna. Verksamhetschefer upplever att det är svårt att leda och styra mot en förbättrad samordning. De saknar kunskap om vad samordning innebär och hur man som chef kan skapa förutsättningar för samordning och vad det kan ge för resultat.

Den befintliga lagstiftningen förhindrar också att information delas mellan region och kommun. Det försvårar samordningen för patienter och brukare med komplexa behov och som har behov av stöd från båda huvudmännen. Kommuner och regioner har

svårt att få till stånd samverkansavtal som ger verklig effekt för patienter och brukare. Avtalen tenderar exempelvis att ha fokus på att dela upp ansvar snarare än på att förbättra samordningen. I många frågor uppstår därför gråzoner där ingen tar ansvar. Det saknas också ofta någon representant för patienter och brukare när överenskommelser görs.

SIP, samordnad vårdplanering, är en nyckel för att alla aktörer runt en patient ska samarbeta kring patienten och dennes vård och omsorg. Vårdplaner och samordnade planer riskerar dock att bli en pappersprodukt snarare än som en fungerande plan för samordning och samarbete. Dessa planer får därför alltför ofta begränsad effekt för samordning och samarbete. Den nära vården är inte tillräckligt utbyggd och primärvården har otillräckliga förutsättningar att ta den samordnande roll av vårdinsatserna som den förväntas ha. Orsakerna kan spåras till att primärvården bland annat präglas av ett otydligt mandat och uppdrag.

Finansieringssystemet skapar inte tillräckliga incitament till samordning. De flesta ersättningsystemen ersätter inte specifikt för samordningsinsatser, utan ofta förväntas samordningen göras inom den ordinarie finansieringen. När samordning inte ersätts riskerar sådana insatser att ses som en kostnad för verksamheten och prioriteras ner. I de fall där ersättning utgår för samordnande insatser, exempelvis SIP, riskerar det att bli jakt på ”pinnar” för att få ersättningen.

När det gäller digitalisering av vård och omsorg är bilden av nuvarande struktur av information i it-stöden att dessa inte ger tillräckliga förutsättningar för samordning och samarbete. Information lagras sällan på ett sådant sätt att det är lättillgängligt för andra att använda sig av informationen. Idag finns exempelvis nationell patientöversikt som används bland annat i Skåne. Detta är en tjänst som möjliggör för olika vårdgivare att, med patients samtycke, få direktåtkomst till varandras journaluppgifter.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård och den tidigare utredningen Effektiv vård är mycket tydliga kring en övergripande slutsats – efterfrågan på ökad nationell styrning av vården. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård konstaterar bland annat följande: ”Vid fullgörandet av vårt uppdrag har utredningen mötts av en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet.”

En av utredningen Effektiv vård tydligaste rekommendationer till regionerna var att kraftigt förenkla sina befintliga styrdokument, därtill göra detsamma med utformningen av nuvarande ersättningssystem samt tillämpa mindre kontroll och mer tillit i sin styrning av professionen. Utredningen konstaterar bland annat att det förekommer regioner som samtidigt har flera övergripande strategier, många olika policydokument, samt hundratals riktlinjer och handlingsplaner. Det blir oerhört svårt att uppnå en tydlig och hållbar styrning med en sådan organisering.

## Vårdens kvalitet rörande de mest sjuka

Omkring hälften av alla resurser för hälso- och sjukvården används av de tre till fyra procent av dem i befolkningen som har högst vårdkostnad. Därtill riktas 80 till 85 procent av resurserna i vården till dem som har kroniska sjukdomar. Var femte människa med någon kronisk sjukdom är inlagd och vårdas i slutenvården under ett år. Människor med kronisk sjukdom har i genomsnitt såväl fler vårddygn och fler öppenvårdsbesök än de personer som inte har en kronisk sjukdom. Därtill besöker personer med kroniska sjukdomar fler kliniker än övriga delar av befolkningen.

Vi har god hälso- och sjukvård i Sverige. Men på ett par punkter brister det rejält, främst gällande långa köer, brist på delaktighet och kontinuitet. Köerna har växt de senaste åren och drabbar såklart även de mest sjuka. Hälso- och sjukvården brister i förmågan att ge tydlig information och stöd till patienter och att göra denne delaktig och en del av teamet kring sin egen vård. Vården måste komma till rätta med de brister som finns i kontinuitet i kontakterna mellan patient och vårdpersonal.

Personer med störst vårdbehov och vården av dessa präglas av följande generella övergripande faktorer så som att hjärt- och kärlsjukdomar är kraftigt överrepresenterade. Båda könen är lika representerade i den kategorin. De mest sjuka och patienter i mest behov av vård har i genomsnitt nio olika diagnoser konstaterade i slutenvården per år. Därtill många inläggningar varav merparten är akuta. Dessa patienter behöver långa vårdtider. Över hälften av dessa patienters vårdtillfällen varar mer än sex dygn. Den genomsnittliga vårdtiden är nio dygn.

## Sammanhållen vård och omsorg – visst är det möjligt

Capio S:t Görans akutsjukhus är ett utmärkt exempel på att fokus på kvalitet även leder till bättre effektivitet. För att kunna höja kvaliteten i vården för patienten och produktivitet inom vårdens verksamheter krävs det bland annat att vården arbetar metodiskt och strukturerat med snabbare införande av nya vårdmetoder och medicinteknik som medför att patienten återhämtas sig snabbare vilket kan frigöra mer resurser till vård för fler patienter.

Därtill krävs att vårdens ledning arbetar metodiskt och strukturerat med organisering och struktur av vården med tydligt ansvarstagande där resurser och befogenheter förs närmare patienten i den så kallade ”första linjens” chefskap. Den nödvändiga utvecklingen av att införa nya behandlingsmetoder går långsamt och det finns stora skillnader mellan olika länder avseende utvecklingstakten.

De patienter med störst vårdbehov är ofta äldre multisjuka med kroniska sjukdomar som har ett omfattande behov av vård och omsorg är bland de mest utsatta inom vården och behöver ju ofta insatser från fler än en huvudman och aktör. När samordningen och samarbetet brister mellan dessa huvudmän och aktörer finns det stora risker att dessa människor faller mellan stolarna. Därtill att ingen tar ett helhetsansvar för dessa mest sjuka.

En av utredningen Effektiv vård viktigaste analyser är bedömningen att gemensamma verksamheter ökar förutsättningarna för bättre kvalitet i insatserna till berörda grupper så som de mest sjuka. En tydligare lagstiftning kan sätta standard för samordning och samarbete mellan regioner och kommuners olika verksamheter och ge tydligare förutsättningar för att en sammanhållen vård och socialtjänst ska kunna komma till stånd.

Avsaknad av lagkrav på gemensamma verksamheter innebär att det i praktiken är frivilligt för region respektive kommun att driva gemensamma verksamheter. Det är problematiskt att det är frivilligt i vilken grad verksamheter från region respektive kommun är integrerade med varandra. I praktiken innebär detta att det krävs att både region och kommun vill samma sak om något ska utvecklas – det räcker inte med att endera huvudmannen vill. Erfarenhet och kunskap pekar på att detta är ett vanligt förekommande hinder mot samarbete – en part vill samspeja men den andra vill inte, eller vill men kan av olika skäl inte prioritera det.

Idag är vården och omsorgen oftast styrda och avgränsade efter respektive lagstiftning och ansvar för region och kommun. Detta fungerar i större eller mindre utsträckning för att tillgodose behov hos befolkningen där behoven faller in under en enda huvudmans tydliga ansvar. Däremot är det ovanligt att välfärdsverksamheten arbetar med fokus på olika målgrupper och där region och kommun lägger samman sådan välfärdsverksamhet som utgår från deras respektive ansvar så att vård och omsorg bedrivs gränsöverskridande och multidisciplinärt.

Multidisciplinära vårdteam är ett mycket vanligt arbetssätt ibland annat den kommunala hälso- och sjukvården samtidigt som kompetens och erfarenhet hos läkare ofta inte hänger tillräckligt väl samman med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen Effektiv vård anser att det bör framgå hur en gemensam välfärdsverksamhet ska ledas, det vill säga vem som ska ansvar för helheten samt gemensam uppföljning av verksamhetens resultat. Den gemensamma verksamheten ska bilda en organisatorisk helhet oavsett hur huvudmännen väljer att i juridisk mening driva den gemensamma verksamheten.

Nuvarande vårdvalsreform bygger på och värnar om valfrihet och mångfald. I nuläget är inslagen av nationellt ansvarstagande genom ett tydligt nationellt ledarskap och nationell styrning mycket begränsade. Det råder idag stora variationer i vårdens utförande och patienten tvingas leva med, trots hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf, att vården är mycket ojämnt fördelad. Detsamma gäller till exempel introducering av nya kraftfullare läkemedel.

Flera utredningar i närtid har bland annat ett fokus på att det verkligen behövs mer nationellt ansvarstagande i syfte att minska skillnader i tillgänglighet och kvalitet inom vården mellan olika regioner. Därtill att det behövs fokus på långsiktighet i form av system som bygger på kontinuitet, tillgänglighet och patientcentrering. Det behövs ett övergripande samlat syfte att föreslå reformer som kan skapa bättre förutsättningar för jämlik och behovsbaserad vård som genomförs effektivt och är präglad av patient-säkerhet i för vårdens medarbetare goda arbetsmiljöer.

## Ett samlat omhändertagande av de mest sjuka

Svensk hälso- och sjukvård behöver ta fler steg när det gäller att utveckla en sammanhållen vård för de mest sjuka – ofta äldre, multisjuka och kroniskt sjuka. Ett samlat och samordnat omhändertagande av de mest sjuka är en av de allra största möjligheterna framöver att kunna höja kvalitet och effektivitet gällande patienternas vård.

Ett betydande problem idag är att många sjuka, som ofta är äldre, multisjuka eller kroniskt sjuka, tvingas åka till sjukhusens akutmottagningar för besvär som egentligen hade kunnat åtgärdas i deras hem, oavsett om det är ett äldreboende eller egen bostad. Detta skapar onödig stress, väntan och oro för de äldre.

För att kunna hantera detta krävs bland annat ett nytt arbetssätt där kommuner och regioner, som delar på det totala vård- och omsorgsansvaret för de mest sjuka, ser till helheten och den samlade samhälls- och patientnyttan av sin verksamhet. Allt fler regioner utvecklar nu mobila team och vårdnära organisationer för att kunna möta patienten i hemmet. Detta arbete måste stödjas och vidareutvecklas.

Även digitala lösningar som kopplar ihop patienten i sitt hem med hälso- och sjukvården är modeller som behöver utvecklas. För att underlätta detta vill Moderaterna

skapa bättre långsiktiga förutsättningar för vårdens och äldreomsorgens medarbetare att arbeta mer samordnat. Det handlar till exempel om att lättare kunna dela information med varandra via journalsystem eller ha rotationstjänster mellan region och kommun.

Dagens sjukhustunga vård med långt driven specialisering behöver bli mycket bättre på att koordinera patientens olika vårdinsatser och komma närmare medborgarna. Närhet handlar både om geografisk närhet och om tillgänglighet. Samtidigt som det i hög utsträckning handlar om att bygga nära relationer mellan patienten och vårdens medarbetare för att skapa mer trygghet, kontinuitet, samordning och kompetens – utifrån patientens förutsättningar och behov.

En central slutsats är att svensk hälso- och sjukvårds resurser kan användas på bättre och effektivare sätt för patienten om vi till exempel genomför en förflyttning

- från slutenvård till mer av öppenvård
- från sjukhus till mer av nära vård
- från sjukvård till förebyggande proaktiva hälsofrämjande insatser
- från att fokusera på organisation till att sätta patientens perspektiv allra främst.

## Inför fast läkare och samordning av vårdteam

Svensk hälso- och sjukvård behöver en stark utbyggd nära vård och väl fungerande effektiva sjukhus. Den nära vården, i form av bland annat primärvården, ska vara den naturliga första nivån i en mer sammanhållen vårdkedja dit patienten i första hand ska vända sig med sina behov av hälso- och sjukvård. Vården av de mest sjuka ställer höga och omfattande krav på en sammanhållen tillgänglig proaktiv nära vård. Denna vård behöver samordnas gemensamt av region och kommun.

Moderaterna föreslår att det införs ett system med fastläkare och samordning av ett vårdteam, till en början för de mest sjuka patienterna – oftast äldre, multisjuka och personer med kroniska sjukdomar. Fastläkaren ska ansvara för sina listade patienter och samordna den vård och omsorg som behövs med vårdteam som har multiprofessionella kompetenser. Att känna sin läkare skapar trygga patienter. Det ska vara möjligt som patient att lista sig hos alla legitimerade yrken inom vården.

Det samlade omhändertagandet av de mest sjuka ska prioriteras. Konkret handlar det exempelvis om att det ska ges mer möjligheter för patienten till mobil närvård, hemsjukvård, kontinuitet och sammanhållna vårdkedjor. Det ska vara möjligt som patient att lista sig hos alla legitimerade yrken inom vården. Sett ur ett historiskt perspektiv har vården av människor med kroniska sjukdomar och multisjuka varit lägre prioriterad. Nu måste detta såväl gällande tydliga politiska resursprioritering som i det vardagliga arbetet på riktigt ändras.

Människor som har flera och kroniska sjukdomar behöver en samlad och samordnad hälso- och sjukvård som är väl anpassad till långa och komplexa vårdförlopp med ett stort behov av kontinuitet med fastläkare och vårdteam och med hög delaktighet från patienten.

Vårdteam kring fastläkaren ska kunna skapas genom samarbete och samordning med andra relevanta vårdaktörer så som fristående sjuksköterskor, psykologer, distriktssjuksköterskor med specialistutbildning, arbetsterapeuter, undersköterskor och fysioterapeuter. Detta bland annat i syfte att underlätta etablering av nya vårdcentraler eller motsvarande som startas av läkare eller någon annan profession.

## Inför vårdval för de mest sjuka

Inför vårdval för sammanhållen vård för de mest sjuka patienterna genom att samla resurserna för till exempel hemtjänst, basal och avancerad hemsjukvård och geriatrik. Lagstiftning ska säkerställa denna rätt till vårdval för sammanhållen vård för de mest sjuka och även konkurrensneutralitet mellan offentliga och privata utförare av denna och annan vård. Vi vill pröva möjligheterna att införa vårdval för de mest sjuka genom att brett inrätta äldremottagningar på vårdcentraler för att bättre kunna möta och koordinera de mest sjukas vård och omsorg och utveckla den mobila vården så att den kan erbjudas flera olika patientgrupper.

## Använd lagstiftning för mer sammanhållen vård och omsorg

Moderaterna föreslår att lagstiftningen som reglerar vem som har vårdansvaret behöver uppdateras och förtydligas så att såväl regioner som kommuner har ett tydligt ansvar att samordna och samarbeta kring vården av de mest sjuka. För att åstadkomma ett långsiktigt hållbart skifte gällande sammanhållen och samordnad vård och omsorg för de mest sjuka krävs det, anser vi, konkreta lagstiftningsförändringar i såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen och kommunallagen. Detta kommer kräva balanserade avvägningar mellan patientens intressen och den kommunala självstyrelsen, där vi anser att patientens intressen alltid ska väga allra mest.

## Genomför ökad flexibilitet i vården av de mest sjuka

Moderaterna vill införa möjlighet att även andra läkare än specialister i allmänmedicin ska kunna verka som fastläkare i syfte att säkerställa bemanning och kompetens i den nära vården och vården av de mest sjuka. ST-läkare, som blivande specialister i allmänmedicin, ska kunna vara fastläkare med egen patientlista.

Vi vill sänka trösklarna för att kunna etablera en ny vårdcentral eller motsvarande som kan bidra till mer nära vård. I detta sammanhang är utformningen av ersättningsmodeller som uppmuntrar till detta helt centralt. En reform för de mest sjuka kräver även ett starkt fokus på det preventiva förebyggande arbetet, med inriktning bland annat på tidig uppmärksamhet, att ge stöd till patienter som behöver hjälp med tidiga symptom på kronisk sjukdom.

## Anhörigstöd

I takt med att vi lever längre och att allt fler vill bo kvar hemma längre så kommer troligen personer som vårdar eller stöttar en anhörig att öka. I en rapport som kom under 2019 konstateras att familjens omsorgsinsatser omfattar ungefär 200 miljarder kronor, vilket är dubbelt så mycket som den kommunala. Dessutom är det allt fler personer med demens bor hemma längre på grund av platsbrist på demensboenden.

Att vara anhörig och exempelvis ta hand om en förälder eller make/maka är ett stort ansvar som medför påfrestningar på olika sätt. Det kan medföra frånvaro från arbetet, i vissa fall lägre anställningsgrad för att få livet att gå ihop, bortprioritering av sociala aktiviteter, oro och stress.

Den som vårdar eller stödjer en anhörig kan ha rätt till stöd från kommunen. Det kan handla om avlösning, växelvård, samtal och stödgrupper samt ekonomisk ersättning.



Många kommuner har idag en särskild person som arbetar med anhörigstöd. Moderaterna föreslår att det ska ske en översyn av hur anhörigstödare i kommunerna fungerar idag och hur de kan stärkas och utvecklas i framtiden.

## Läkemedelsgenomgångar

Bland de mest sjuka är det vanligt att använda flera läkemedel. När läkemedel är felaktiga, feldoserade eller motverkar varandra kan det få stora konsekvenser. Att vården kontinuerligt gör läkemedelsgenomgångar minskar det stora lidandet som människor utsätts för.

Den 1 januari 2018 trädde Socialstyrelsens föreskrifter i kraft om ordination och förskrivning av läkemedel i hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska enligt dessa föreskrifter erbjuda personer som är 75 år och äldre och har mer än fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång vid besök hos läkare i öppenvård, vid inskrivning i slutenvård, vid påbörjad hemsjukvård eller vid flytt till boende enligt 12 § i hälso- och sjukvårdslagen. Utöver detta ska personer som är 75 år eller äldre och har fler än fem föreskrivna läkemedel och hemsjukvård eller boende enligt 12 § erbjudas läkemedelsgenomgång en gång per år. Även vid läkemedelsrelaterade problem eller misstanke om sådana problem ska en läkemedelsgenomgång erbjudas.

Läkemedelsgenomgångar är en bra metod för att kartlägga patientens samtliga ordinerade och använda läkemedel i syfte att säkerställa en korrekt och aktuell läkemedelslista. Arbetet med läkemedelsgenomgångar bör samordnas nationellt. Kommuner och regioner ska följa Socialstyrelsens föreskrifter. Vinsten blir stor för såväl patienten som samhället. När nu drygt ett och ett halvt år har gått sedan införande av föreskrifterna så bör det vara på plats med en utvärdering om följsamheten. Moderaterna anser att det bör genomföras en utvärdering av läkemedelsgenomgångar samt pröva möjligheter och förutsättningar att utvidga kretsen som får läkemedelsgenomgångar samt fortsatt uppföljning.

## Kvalitetssäkrad demensvård

Demens är ett samlingsnamn och en övergripande diagnos för en rad symtom som uppstår till följd av skador i hjärnan. Det vanligaste är att minnet försämras och förmågan att kunna planera och genomföra helt vardagliga sysslor minskar. Såväl språk som den drabbades förmåga att uppfatta tid och orienteringsförmåga påverkas negativt. Därutöver kan det ofta uppstå ökad oro, beteendeförändringar och nedstämdhet.

Varje år insjuknar omkring 25 000 människor i Sverige i en demenssjukdom. Var femte person över 80 år är drabbad av demens. Det totala antalet som är drabbade av demens i Sverige beräknas uppgå till ungefär 160 000 personer. Detta antal kommer att öka i takt med att antalet äldre i befolkningen stadigt ökar. År 2050 beräknas så många som cirka 240 000 personer i Sverige vara drabbade av demens.

Det är inte bara personer som drabbas av demens som påverkas av sjukdomen utan även deras anhöriga. För den som är anhörig till någon med demenssjukdom förändras ofta hela livet. Som anhörig har man behov av råd, stöd och kunskap om sjukdomen. Demens kallas ofta "de anhörigas sjukdom" och anhörigstödet till personer med demenssjukdom är viktigt. Detta gäller såväl innan en utredning om demens genomförts

som tiden efter. Anhöriga till någon med demenssjukdom har en högre risk att drabbas av depression.

Demensvården ska vara kvalitetssäkrad, ett exempel är Silviacertifiering. Därför bör ett gemensamt handlingsprogram tas fram för att åstadkomma kvalitetssäkrad och sammanhållen demensvård. Arbetet med att stärka kompetensen och kunskapen inom demensvården ska fortsätta. Detta sker bland annat genom strukturerad vidareutbildning vid det nationella kompetenscentrumet inom demensvården, Silviahemmet.

Det är centralt att förstå att demens inte drabbar enbart personer över 65 år. Det drabbar även människor i 40–45-årsåldern. Tyvärr är yngre personers demensvård eftersatt och bristfällig. Det är av avgörande betydelse att det finns en väl fungerande verksamhet för yngre dementa. Detta ställer krav på förmåga att följa med vid förändringar hos den som fått diagnosen demens.

Det behövs välutbildad personal i demensvården. En väl fungerande demensvård för yngre personer kan ge ökad livskvalitet och fördröja vidare sjukdomsförlopp. God vård och stöd till anhöriga kan möjliggöra att yngre dementa kan bo kvar hemma längre vilket också ger ökad livskvalitet.

Det är utmärkt att Socialstyrelsen presenterat ett underlag för ”En nationell strategi för demenssjukdom”. Nu måste detta arbete skyndsamt tas vidare. Samtliga grundläggande vårdutbildningar bör förmedla relevanta kunskaper om gerontologi, geriatrik och demenssjukdom. Så är det inte idag. Alla grundvårdutbildningar ska anpassas till den demografiska utvecklingen i Sverige.

Den webbaserade utbildningen avseende personcentrerad omvårdnad för personer med demenssjukdom ska utvärderas kontinuerligt. Över 64 000 personer har genomgått den fram till och med år 2014 genom Svenskt Demenscentrum. Vård och omsorg ska ske så sammanhållet som möjligt utifrån den enskildes behov och perspektiv. Den ska lyfta livskvaliteten och med olika medel försöka skapa så mycket meningsfullhet som möjligt.

*Camilla Waltersson Grönvall (M)*

*Ulrika Heindorff (M)*

*John Weinerhall (M)*

*Marie-Louise Hänel Sandström (M)*

*Ulrika Jörgensen (M)*

*Noria Manouchi (M)*

*Lars-Arne Staxäng (M)*