



Föredrag för Tankesmedjan 60+ årsmöte 240424

Sjukvården

ett exempel på inbyggd åldersdiskriminering

Gunnar Akner





Gunnar Akner
Presentation

Akademi

- Professor i geriatrik 2007-2018 (Örebro, Kalmar, Stockholm)
- Docent i geriatrik vid Karolinska Institutet

Hälso/sjuk-vård

- Läkare med specialitet i geriatrik, internmedicin, klinisk nutrition

Hemsida: www.gunnar-akner.se

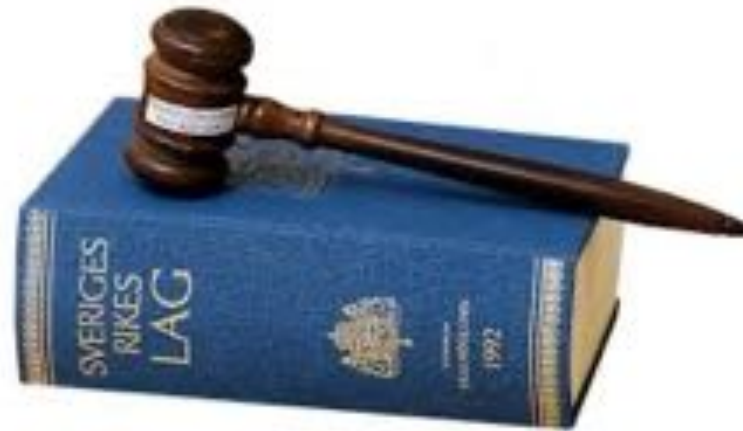
Blog: www.aknerblog.wordpress.com

Diskriminering

Diskrimineringslag (2008:567)

Sex diskrimineringsgrunder:

1. **Kön:** kvinna, man
2. **Könsöverskridande** identitet eller uttryck.
3. **Etnisk tillhörighet**
4. **Funktionsnedsättning:** fysisk, psykisk, begåvningsmässig (medfödd-förvärd)
5. **Sexuell läggning:** homosexuell, bisexuell, heterosexuell
6. **Ålder:** uppnådd levnadslängd.

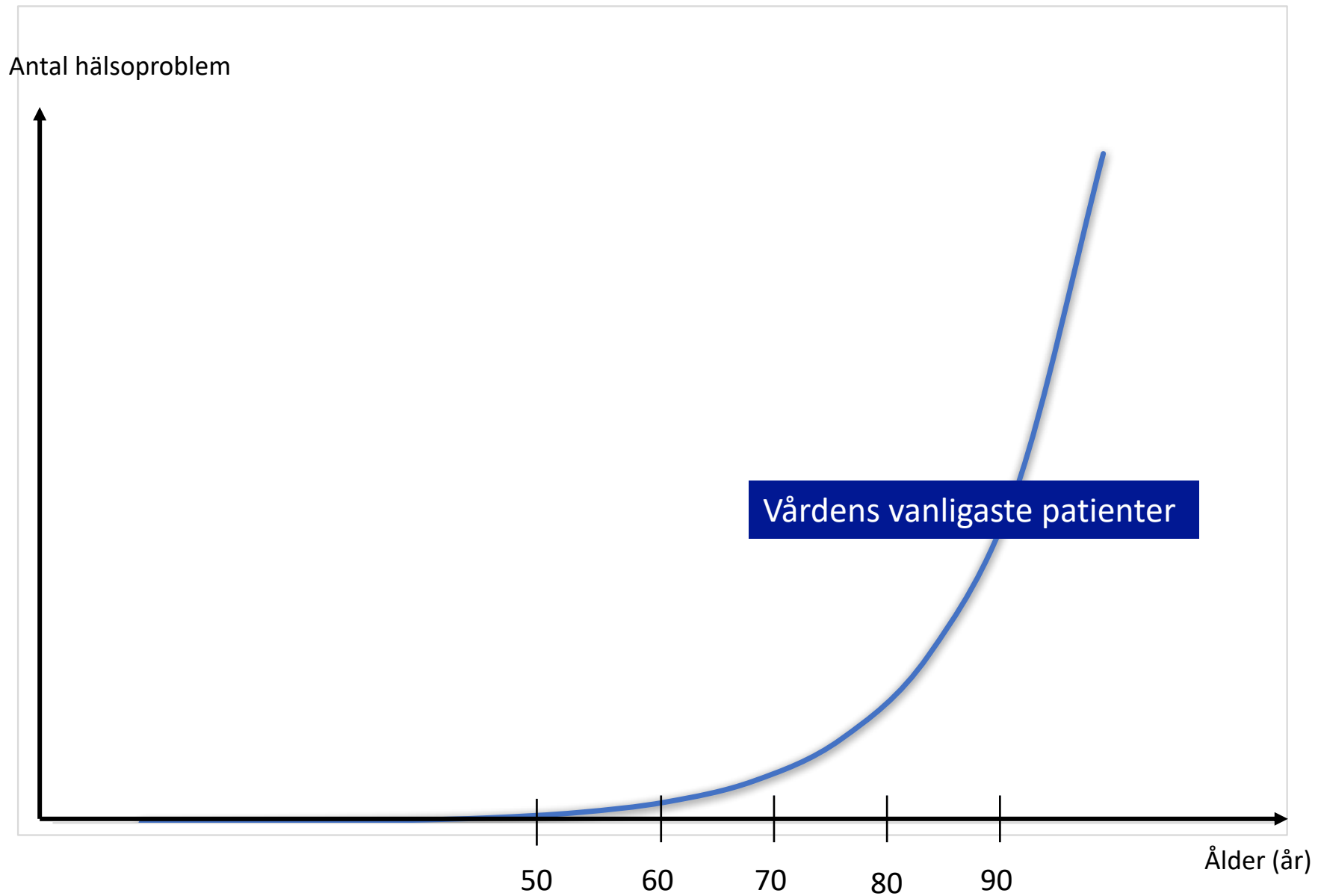


Utgångspunkter

Åldrandet - viktigaste
av alla riskfaktorer →

- sjukdomar
- skador





Åldersrelaterade hälsoproblem - en exponentialfunktion

Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition—Multimorbidity

Mary E. Tinetti, MD

Terri R. Fried, MD

Cynthia M. Boyd, MD, MPH

THE MOST COMMON CHRONIC CONDITION EXPERIENCED by adults is multimorbidity, the coexistence of multiple chronic diseases or conditions. In patients with coronary disease, for example, it is the sole condition in only 17% of cases.¹ Almost 3 in 4 individuals aged 65 years and older have multiple chronic conditions, as do 1 in 4 adults younger than 65 years who receive health care.² Adults with multiple chronic conditions are the major users of health care services at all adult ages, and account for more than two-thirds of health care spending.²

Despite the predominance of multiple chronic conditions, however, reimbursement remains linked to discrete *International Classification of Diseases* diagnostic codes, none of which are for multimorbidity or multiple chronic conditions. Specialists are responsible for a single disease among the patient's many. Quality measurement largely ignores the unintended consequences of applying the multiple interventions necessary to adhere to every applicable measure. Uncertain benefit and potential harm of numerous simultaneous treatments, worsening of a single disease by treatment of a coexisting one, and treatment burden arising from following several disease guidelines are the well-documented challenges of clinical decision making for patients with multiple chronic conditions.^{3,4}

To ensure safe and effective care for adults with multiple chronic conditions, particularly the millions of baby boomers entering their years of declining health and increasing health service use, health care must shift its current focus on managing innumerable individual diseases. To align with the clinical reality of multimorbidity, care should evolve from a disease orientation to a patient goal orientation, focused on maximizing the health goals of individual patients with unique sets of risks, conditions, and priorities. Patient goal-oriented health care involves ascertaining a patient's health outcome priorities and goals, identifying the diseases and other modifiable factors impeding these goals, calculating and communicating the likely effect of alternative treatments on these goals, and guiding shared decision making informed by this information.⁴

©2012 American Medical Association. All rights reserved.

Changes Needed in Quality Measurement, Health Care Delivery, and Payment

The National Quality Forum (NQF) recently released its framework for multiple chronic conditions,⁵ perhaps a prelude to replacing the myriad disease process and outcome-based quality measures with a manageable set of patient-centered quality measures appropriate for individuals whether having 2 or 20 conditions. As proposed by the NQF, these measures should focus on activities such as optimizing function, ascertaining patient-important outcomes, and avoiding inappropriate, nonbeneficial care.⁵

Initiatives by the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and private insurers designed to pay clinicians for quality, not merely quantity, of services hold promise for individuals with multiple chronic conditions. However, the initial CMS hospital-based metrics foster adherence to disease-specific (eg, myocardial infarction, community-acquired pneumonia, heart failure) or procedure-specific (eg, surgery) processes. These metrics encourage continuation of fragmented disease-centric care.⁶ None of the measures specifically address issues faced by patients with multiple chronic conditions. CMS and private insurers should eventually link payment in their value-based purchasing initiatives to metrics relevant to multiple chronic conditions, such as those proposed by the NQF.

Health care delivery innovations such as accountable care organizations and patient-centered medical homes encourage integration across settings and coordination of care among clinicians. Currently however, they do not address the treatment burden or potential harm of caring for a patient with several diseases. As for value-based purchasing, the majority of the initial set of 33 quality measures chosen to judge accountable care organizations (and to determine part of the payment) focuses on treatment of discrete conditions. For example, 6 measures are related to diabetes and 4 are related to cardiovascular diseases. None address necessary care processes such as decision making across conditions or measurement of outcomes appropriate for patients with multiple chronic conditions such as func-

Author Affiliations: Department of Medicine, Yale University School of Medicine (Drs Tinetti and Fried), Yale University School of Public Health (Dr Tinetti); and Clinical Epidemiology Unit, VA Connecticut Healthcare System (Dr Fried), New Haven, Connecticut; and Department of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, and Department of Health Policy and Management, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland (Dr Boyd).

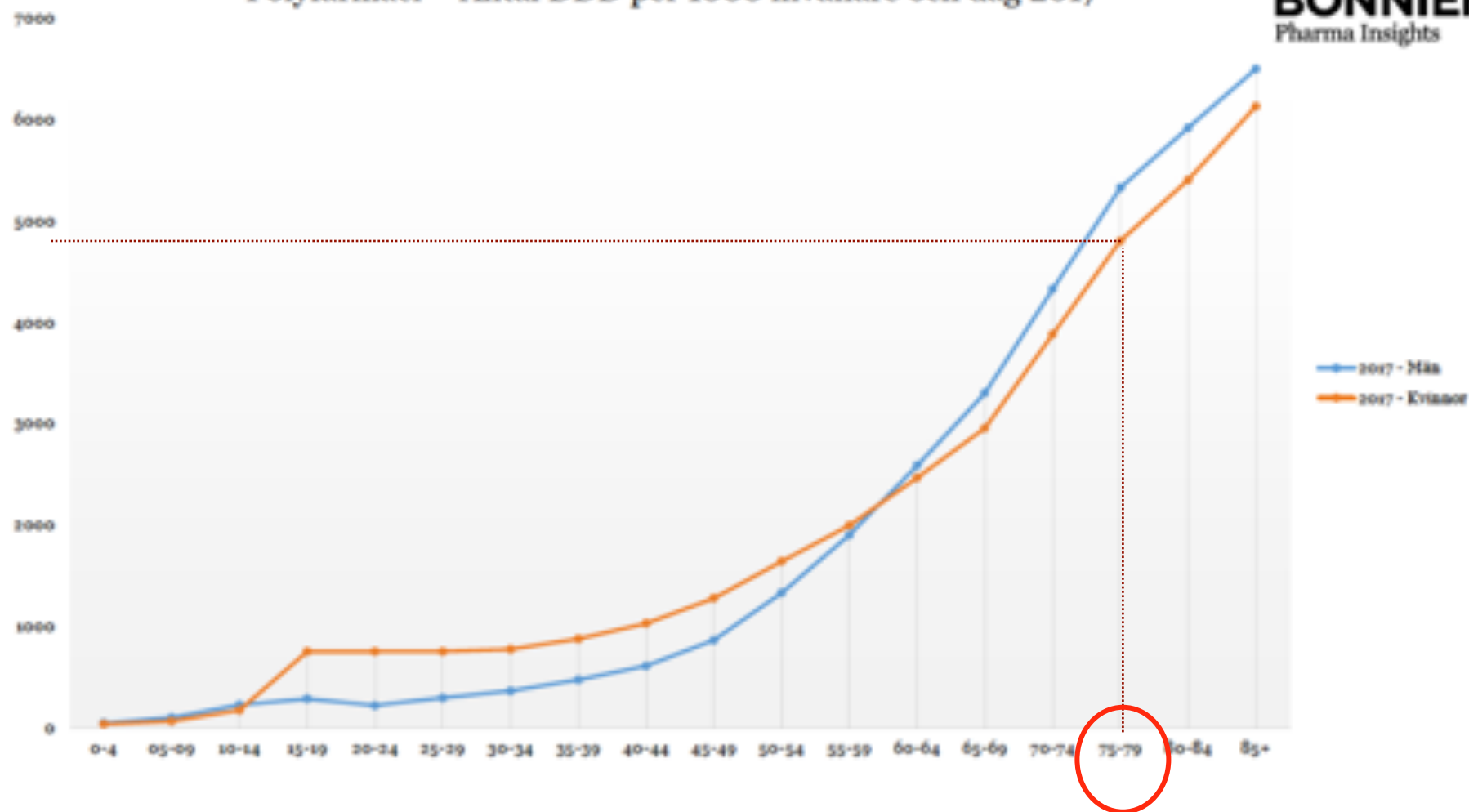
Corresponding Author: Mary E. Tinetti, MD, Department of Medicine, Yale University School of Medicine, 333 Cedar St, PO Box 208025, New Haven, CT 06520 (mary.tinetti@yale.edu).

JAMA, June 20, 2012—Vol 307, No. 23 2493
Corrected on June 19, 2012

Tinetti et al
JAMA
2012; 307: 2493-4

Polyfarmaci – Antal DDD per 1000 invånare och dag 2017

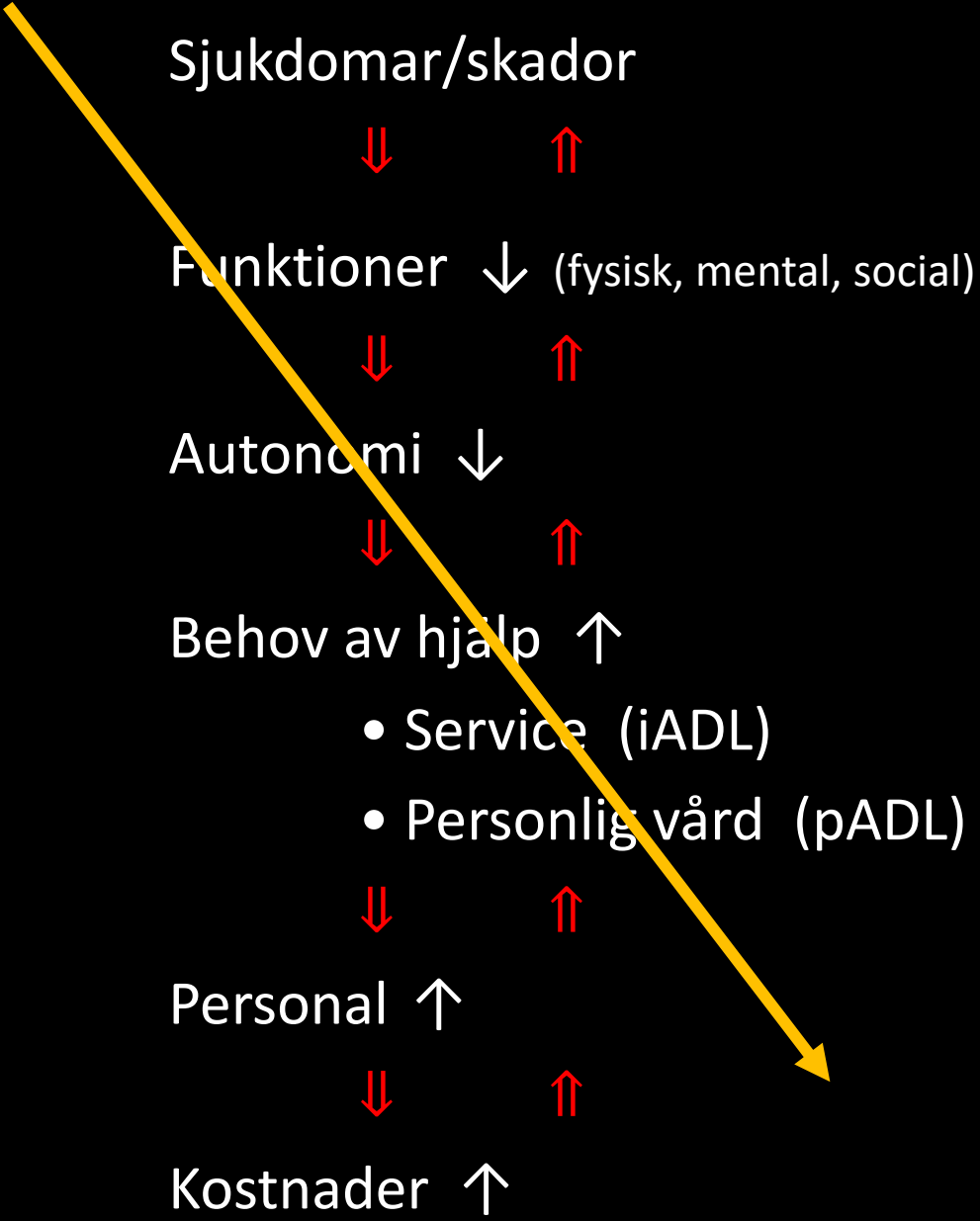
BONNIER
Pharma Insights





Riskfaktorer för sjukdomar och skador







Äldre personer har ofta komplexa hälsoproblem (Vårdanalys 2014)

Personer över 70 år:

- 60-70 % har minst två kroniska sjukdomar
- 25 % har fler än två kroniska sjukdomar





Äldre personer 70+ dominerar i hela vårdssystemet

- Primärvård \approx 50 % (konsultationstid 70-80 %?)
- Sjukhusvård \approx 60-70 % (?)
- Kommunal äldreomsorg 100 %





Multisjuklighets-elefanten

...Ä DU HAR ALLTSÅ DIABETES,
DU ÄR BLIND, DINA BEN ÄR AMPUTERADE,
DU ÄR MEDELLOS, HEMLOS, ARBETSLOS
OCH NU HAR DU FÅTT TJOCKTARMS-
CANCER - VAD ÄR DET SVÄRASTE I
DIN TILLVARO, BLOMGRÉN?



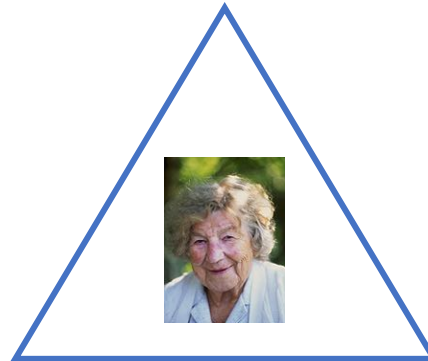
Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)

Personer med ett dominerande hälsoproblem

Personer i 'akut fas' (söker akut/subakut)

Vård-systemet

Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)

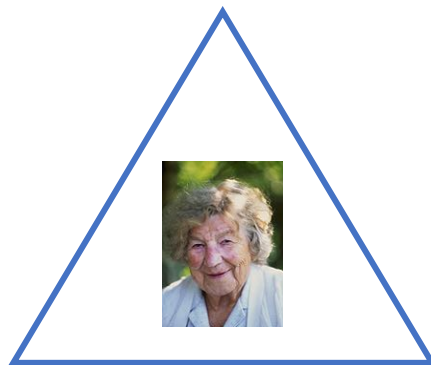


Vårdens vanligaste patienter

Vård-systemet

Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)

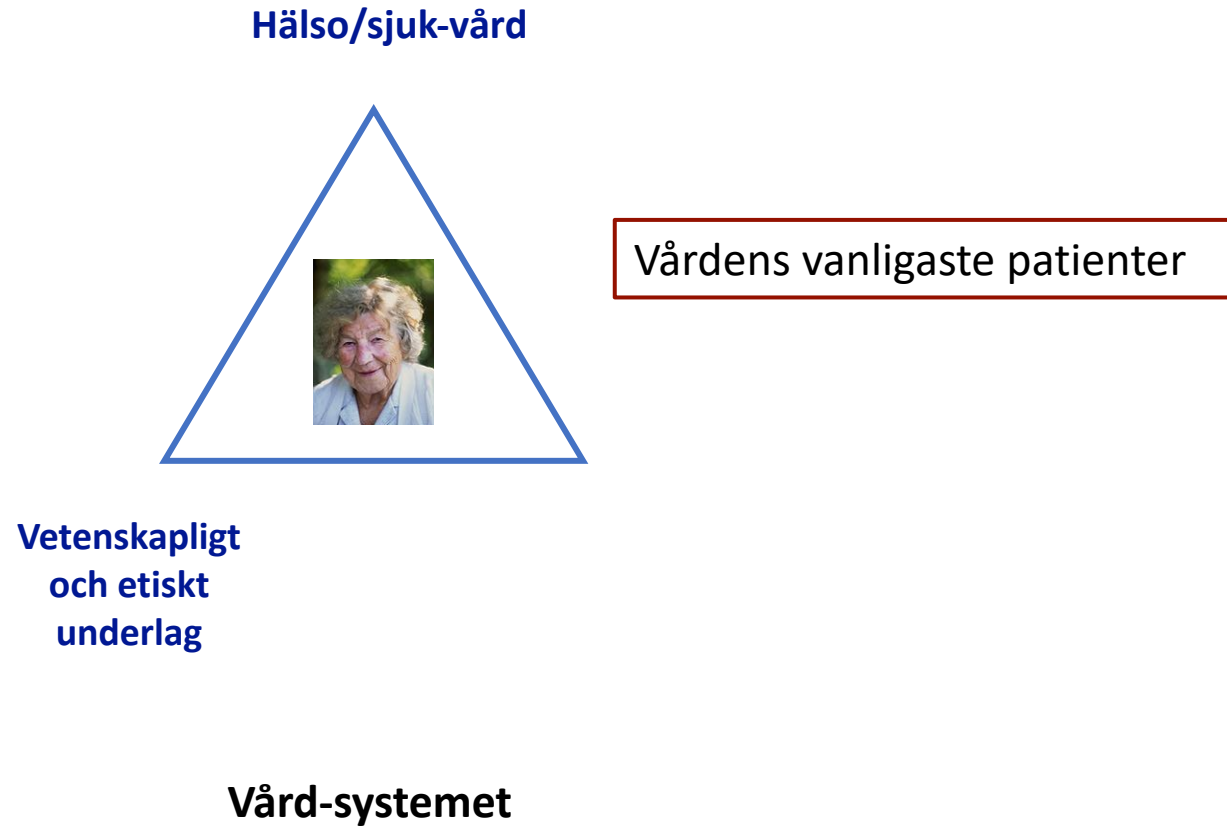
Hälsa/sjuk-vård



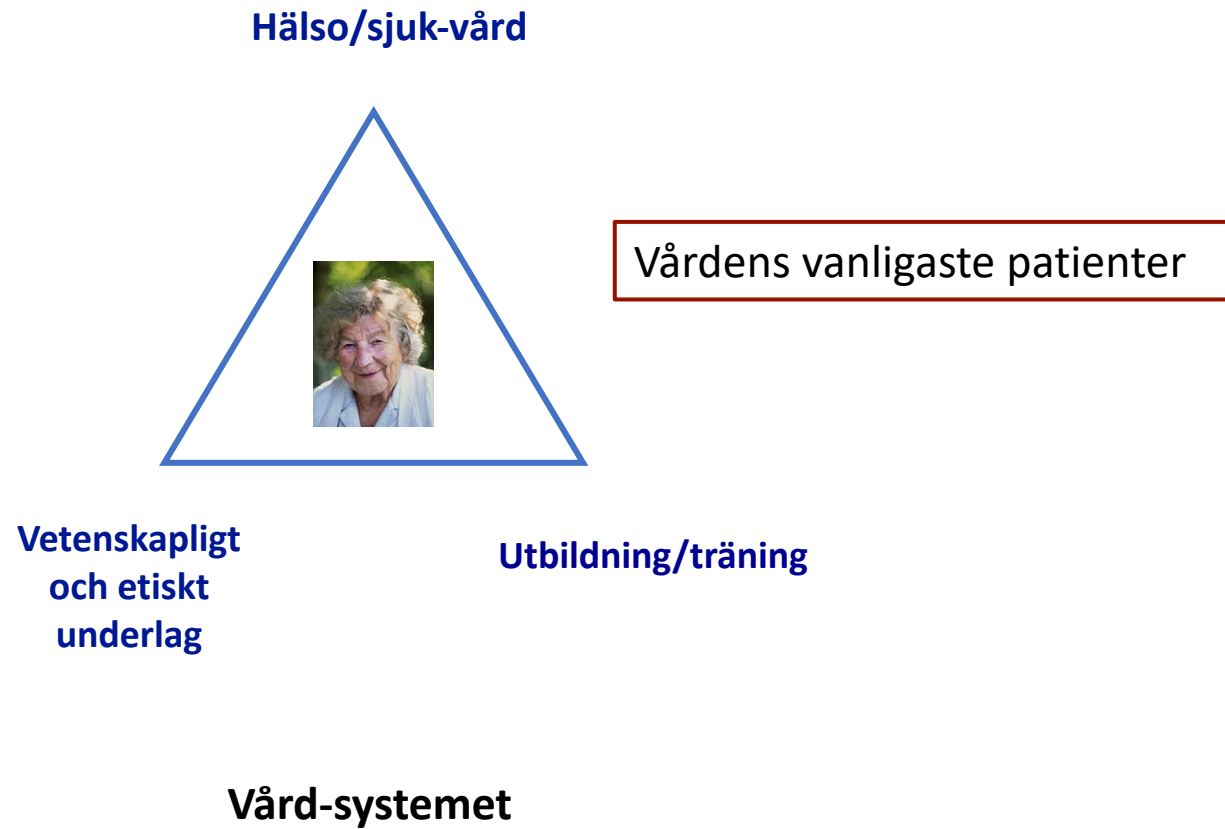
Vårdens vanligaste patienter

Vård-systemet

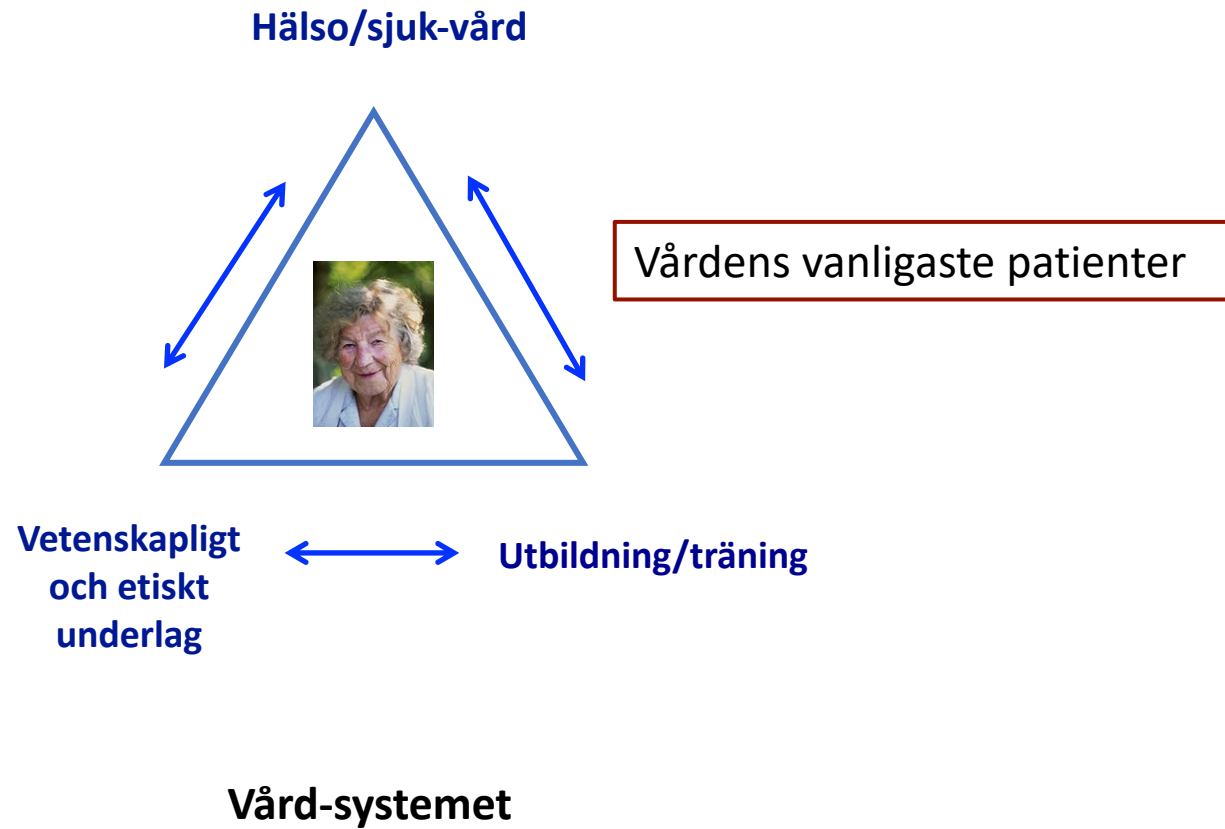
Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)



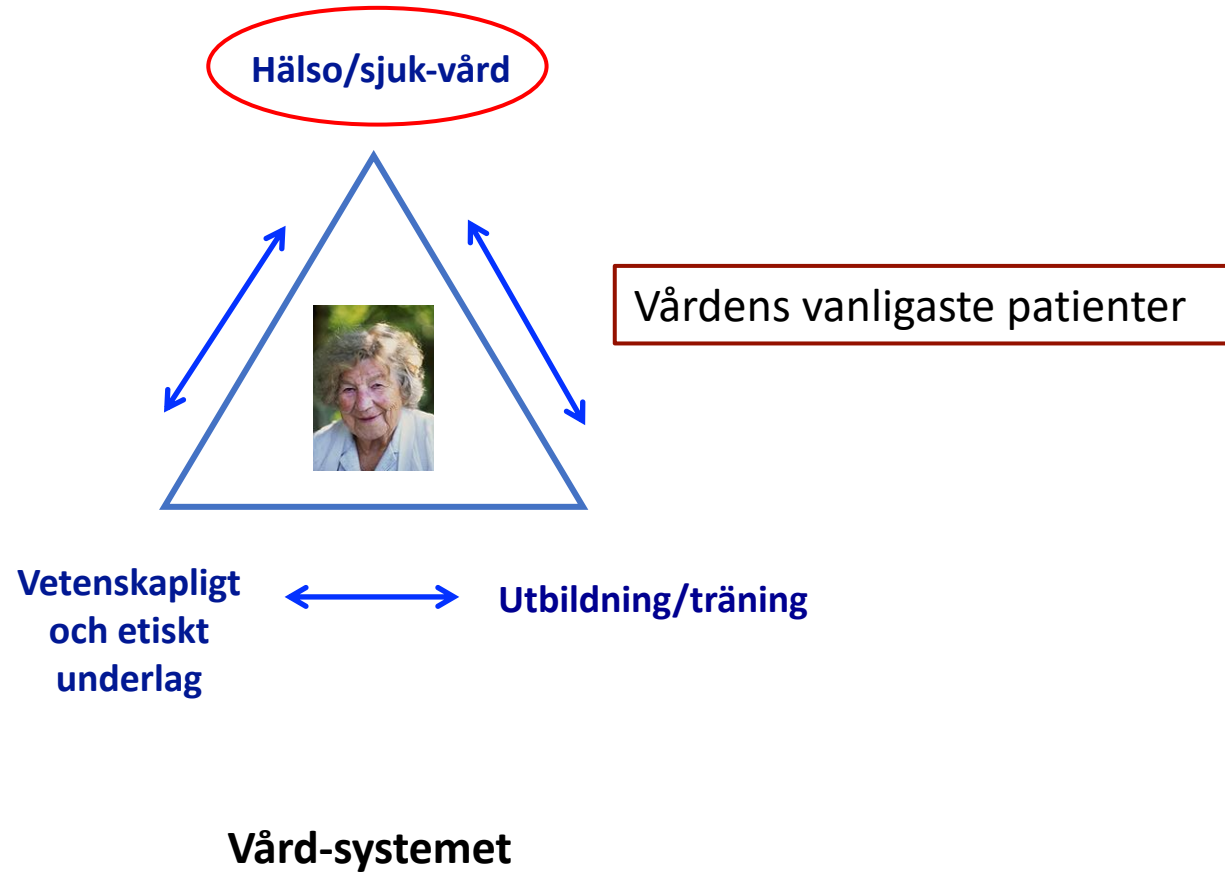
Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)



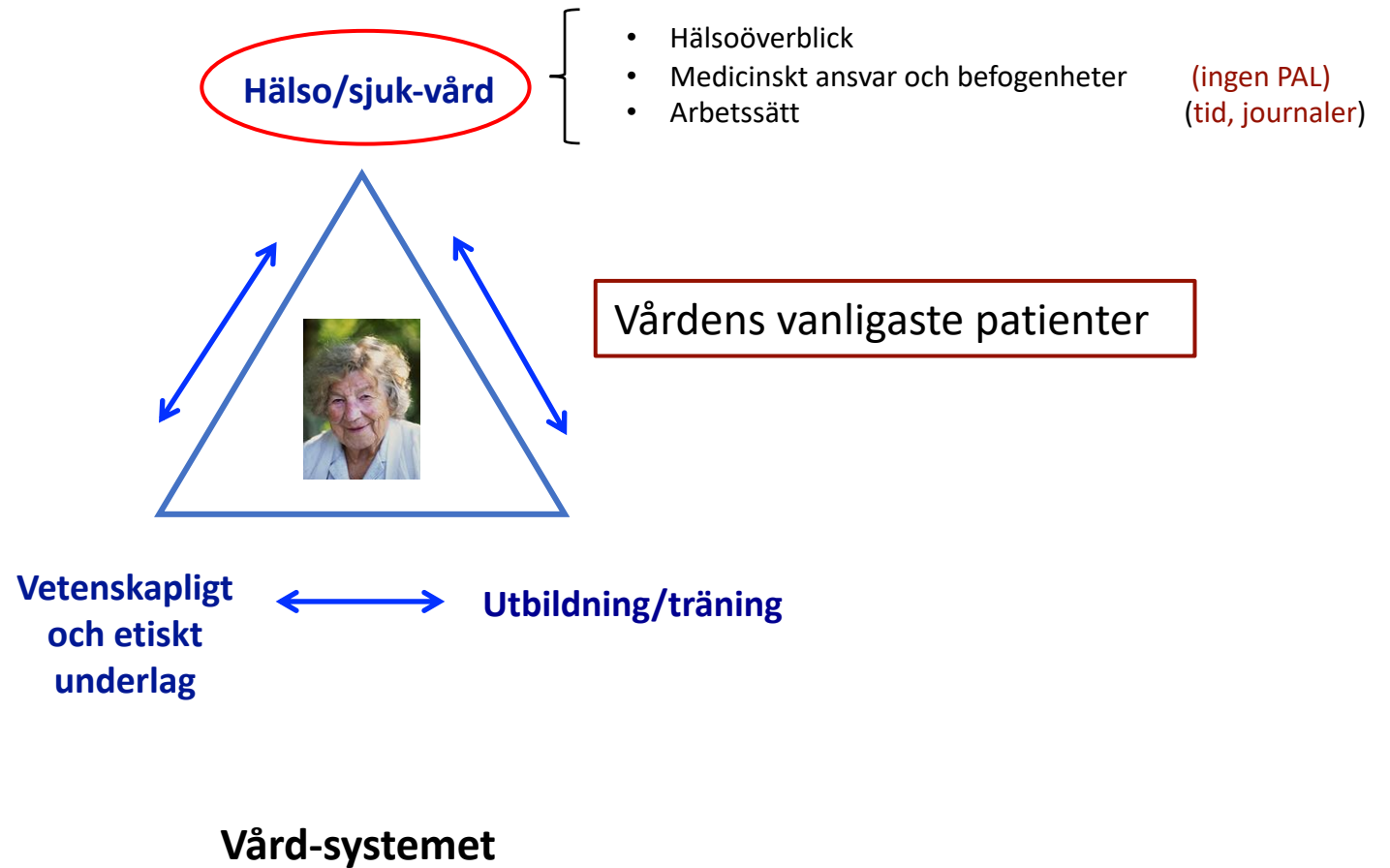
Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)



Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)

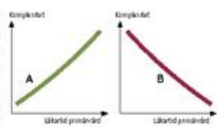


Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)



Omvänd relation mellan komplexitet och läkartid i primärvården

PROBLEM MED HÖGA SVÄRSTIGA HÄLSOMÅLTAL (sårsvårigheter) och flera samtidigt tillstånd (sårbehandling) har stort behov av utvärderad och koordinerad läke- och sårbehandling över tid. Hälsovetenskapen har en omfattande kunskapsbas, men det finns ingen standard "best practice" för hur en svårbehandlad patient ska gåmötas av den medicinska personalen i en utvärderad och koordinerad sårbehandling. Detta innebär att behandlingen i regel sker på lokala vårdcentraler och i läkarnas fritidstid. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet.



Figur 1. (Svårbehandlade patienter har ett stort behov av utvärderad och koordinerad läke- och sårbehandling över tid.)

En grundläggande förutsättning för kvalitet i vården av svårbehandlade patienter är tiden. Det finns dock inga enkla svar på hur mycket tid som krävs för att utvärdera och koordinera sårbehandling över tid.

"En grundläggande förutsättning för kvalitet i vården av svårbehandlade patienter är tiden."

utvärderad och koordinerad läke- och sårbehandling över tid. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet.

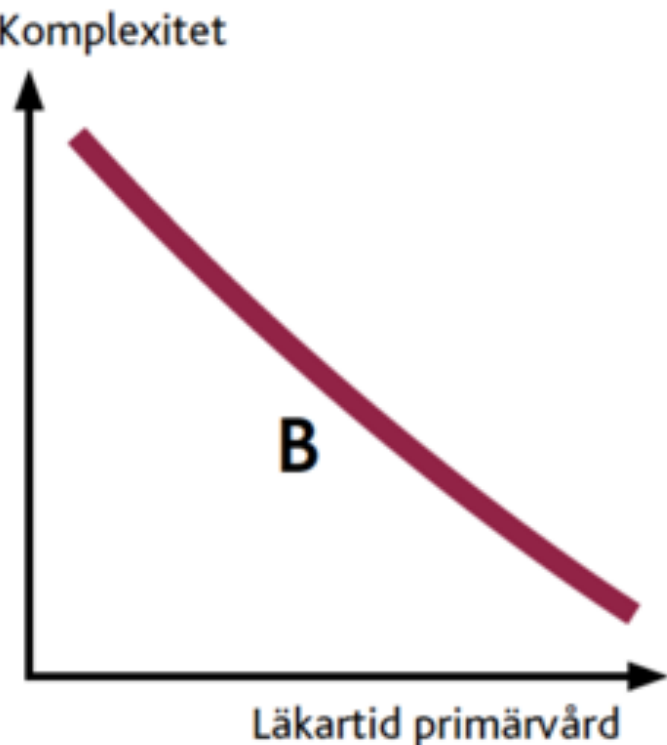
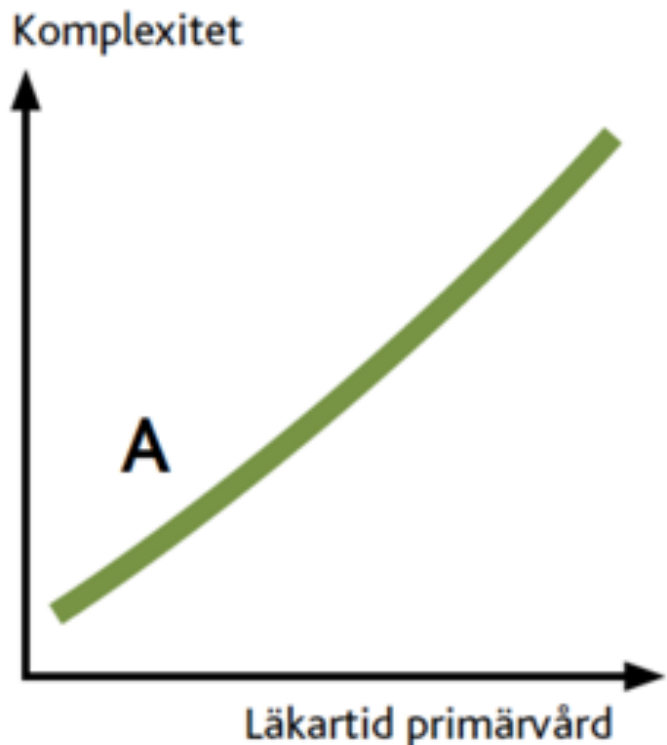
En 70-årig kvinna har flera samtidigt tillstånd som kräver utvärderad och koordinerad läke- och sårbehandling över tid. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet.

Man skulle kunna förstås säga att ju fler tillstånd desto mer komplexitet i vården. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet. Detta innebär att det är svårt att utvärdera och förbättra sårbehandlingens kvalitet och säkerhet.

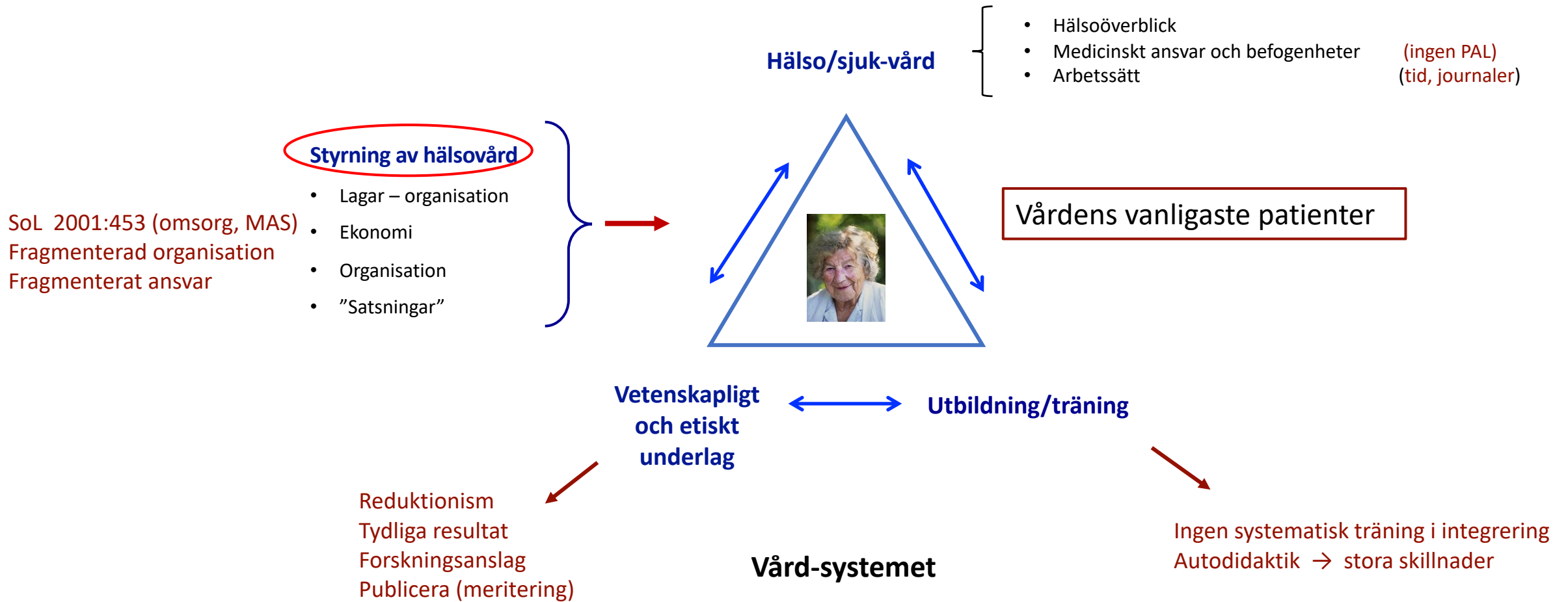


Gunnar Akner
Läkare vid
Sjukhuset i Gäddede, Gäddede
www.gunnar-akner.se

Tid - konsultationstid



Sjukvården utformad för single disease (ett problem i taget)





Hälsa- och sjukvårdslagen

Socialtjänstlagen

Regioner
n = 21

Kommuner
n = 290



Öppen vård



Sluten vård



Omsorg

”Stuprör” → betong-fundament

Hälsa- och sjukvårdslagen - skyldighetslag

Socialtjänstlagen – rättighetslag, biståndsbeslut



Regioner
n = 21

Sjukhus

VC/HC

VC/HC

VC/HC

VC/HC



Kommuner
n = 290

SÄBO

Korttidsboende

Särskilt boende

Korttidsboende

Hemsjukvård
Alla regioner utom Stockholm

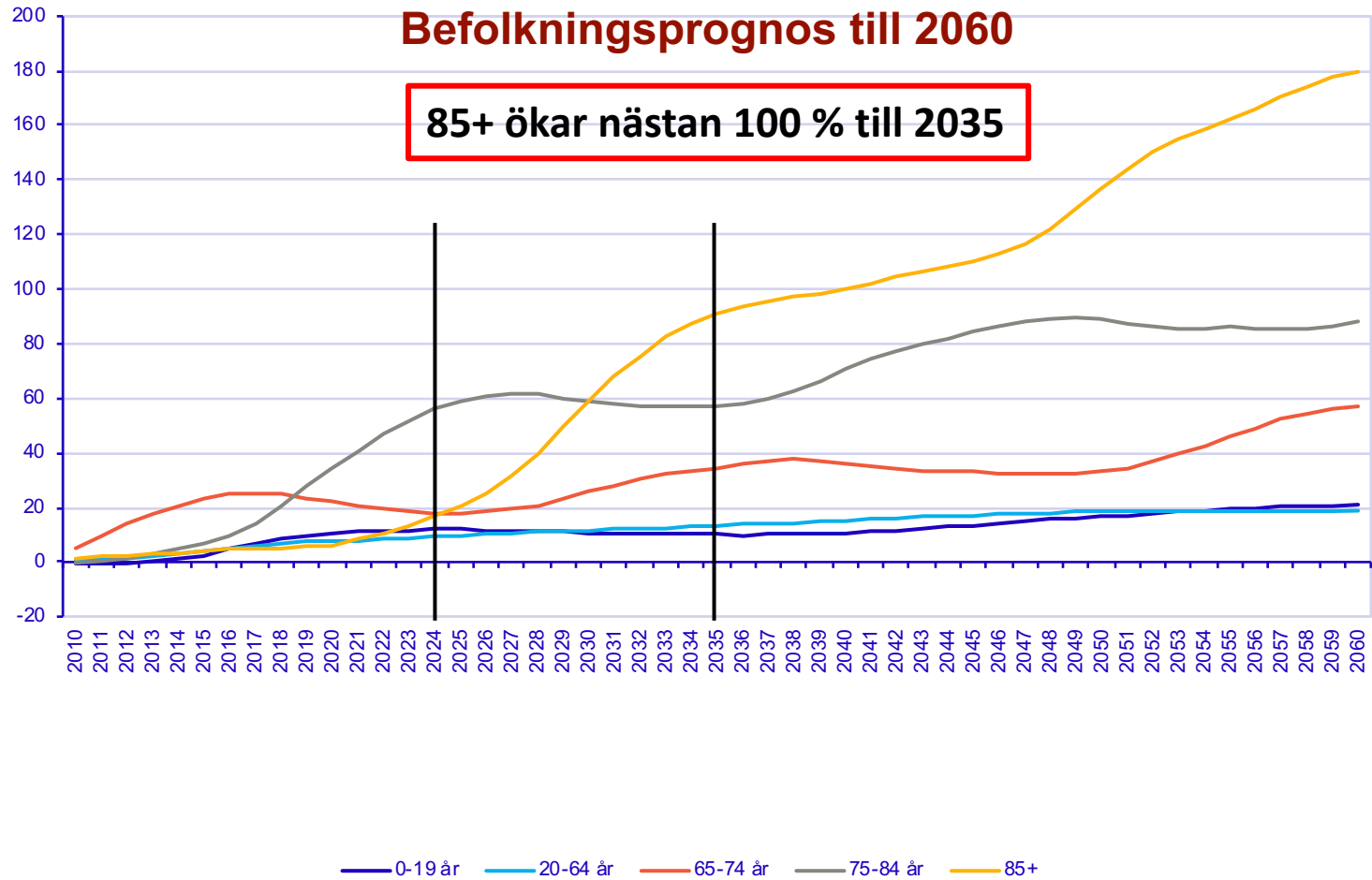
Hemtjänst



ÄDEL

Vårdcentraler - Hälsocentraler
"Husläkare"

Procent



Konklusion

Inbyggd åldersdiskriminering av äldre personer i sjukvården

Ageism Robert Neil Butler 1969 (fördomar, praxis, policy)

Inbyggd åldersdiskriminering av äldre personer i sjukvården

Ageism Robert Neil Butler 1969 (fördomar, praxis, policy)

1. Sjukvården är **utformad för 'single disease'** (ett problem i taget)

Personer med ett dominerande hälsoproblem

Personer i 'akut fas' (söker akut/subakut)

2. Kommunal omsorg **utan anställda läkare + egna, sekretessbelagda journaler**

Socialtjänstlagen (221:453): "Omsorg" (?) – alla personer med kommunalt biståndsbeslut

Hemtjänst

Hemsjukvård

Särskilt boende + korttidsboende

Inbyggd åldersdiskriminering av äldre personer i sjukvården

Ageism Robert Neil Butler 1969 (fördomar, praxis, policy)

Motverkar kraftfullt integrering och koordinering



Onödigt låg vårdkvalitet – onödigt höga kostnader

Demografisk prognos → snabbt ökande problem

Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården

www.network-styrning.com

Läkare för medicinska styrningsprinciper

Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården



HEM MANIFEST EXEMPEL VÅRA ARTIKLAR MÖTEN SEMINARIER MOTIONER Mer...

Kontakta Nätverket

Välkommen!

Vi i nätverket arbetar för en mer lämplig ledning och styrning av sjukvården.



Vi har:

- Utformat ett **Manifest** med fem grundläggande principer för lämplig styrning av sjukvården. Dessa principer förenar läkare och vårdpersonal inom alla kliniska specialiteter, se "**Manifest**".
- Skrivit en rad artiklar i många olika tidningar och tidskrifter, se "**Artiklar**".
- Arrangerat flera offentliga möten som videofilmats, se "**Möten**".
- Har uppväckt flera olika myndigheter med förslag, se "**Örigt**".

Nätverket bildades 2016 och består för närvarande av 215 läkare, där de flesta har lång klinisk erfarenhet, många har eller har haft ledande uppdrag i sjukvården, många har gedigen akademisk mentoring.



Mismatch mellan individ- och grupp-nivå

Individ-nivå

Medicinskt/vård-perspektiv (professionalism)

- Professionell kompetens
- Evidens (vetenskap, empiri)
- Etik

Grupp-nivå

Politiskt/ekonomiskt perspektiv (managerialism)

- Partipolitik
- Korta mandatperioder
- Ekonomism
 - Pseudomarknad
 - Industri-liknande stordrift
 - Standardisering

www.network-styrning.com

Manifest för lämplig styrning av sjukvården



Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården presenterar här fem grundläggande principer för lämplig styrning av sjukvården.

1 Individualisering

Sjukvårdens huvuduppgift är att i samråd med varje enskild patient hjälpa denne till en så god hälsa som möjligt över tid.

2 DBU-modellen

Praktisk sjukvård består av tre grundläggande delar:

Diagnostik: Består av en kombination av två faktorer:

- Subjektivt = Patientens upplevelse av sina hälsoproblem (symtom, bevärr) i sitt sammanhang
- Objektivt = Bedömning av aktuella diagnoser och patofysiologiska processer.

Här ingår även en analys av risk- och friskfaktorer (prevention).

Behandling: Alla aktuella medicinska behandlings/ vård-åtgärder samt patientens eventuella egenbehandling.

Uppföljning: Fortlöpande analys av om avsedda behandlings/vård-effekter uppkommer samt att negativa effekter (biverkningar) minimeras.

Bästa tillgängliga evidens ska integreras med klinisk erfarenhet och omdöme, samt patientens önskemål.

Effekter av en viss typ av behandling/vård varierar ofta mycket för de enskilda patienterna, och det är i regel inte möjligt att före behandlingens start förutse vilken effekt den kommer att få hos en viss person. Detta innebär att varje patient måste följas förutsättningslöst över tid och detta gäller särskilt hög grad vid kroniska sjukdomar.

3 Etik

Riksdagen beslutade 1997 enhälligt om en etisk prioriteringsplattform för sjukvården baserad på tre principer i hierarkisk ordning:

- Människovärdesprincipen
- Behovs- solidaritetsprincipen
- Kostnadseffektivitetsprincipen

4 Medicinskt ansvar

Alla patienter bör ha rätt att fritt välja en läkare som har det övergripande medicinska ansvaret att integrera och koordinera all diagnostik och behandling inklusive vård och omsorg, såväl den som ges av olika huvudmän eller värdenheter, som den som ges av olika vårdyrkesgrupper, i nära samarbete med dessa. Som grundprincip bör alla patienter ha en patientansvarig läkare (PAL) inom primärvården. När patientens vårdbehov så motiverar, bör patienten även ha en PAL inom sjukhusspecialistvården. Ansvaret innebär en skyldighet som måste kopplas till motsvarande befogenheter.

5 Politiskt ansvar

Den politiska styrningen av sjukvården handlar väsentligen om:

- att fördela skattemedel baserat på transparent, horisontell prioritering mellan olika verksamhetsområden grundat på den etiska plattformen.
- att följa upp att prioriteringarna i stort sett följs samt att beslutad budget hållits.

Liksom på individnivå bör vårdens organisation och styrsystem (gruppnivå) baseras på evidens och den etiska plattformen samt hänsyn till socioekonomi. Alla aspekter som avser den praktiska vårdverksamheten bör skötas av den medicinska professionen med minimalt inslag av politik, administration och byråkrati.

Konklusion

Dessa fem grundläggande principer bör ligga till grund för utformning av utbildning av läkare/ vårdpersonal, vårdsystemets organisation och ledning, uppbyggnad av det praktiska kliniska arbetet och utformningen av de medicinska journalerna. Kvalitet i sjukvården på gruppnivå förutsätter kvalitet på individnivå.

www.network-styrning.com

Sjukvårdens kärnverksamhet

Diagnostik

Behandling / vård

Uppföljning



Every system is perfectly designed to produce the results it does. If you do not like the results then you must change the system”.

/Paul Batalden
Dartmouth, USA 2002

Akner G.
Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldrevårdscentral.
Liber förlag 2004



Tack för ordet!



Hemsida: www.gunnar-akner.se

Blog: www.aknerblog.wordpress.com