

Onödiga loopar i sköra äldres vård & omsorg

rolf.bowin@hcmconsulting.se

070-492 25 48

ulla.gurner@telia.com

076-762 50 39



Frukostseminarium på Leading Health Care 3 maj 2013

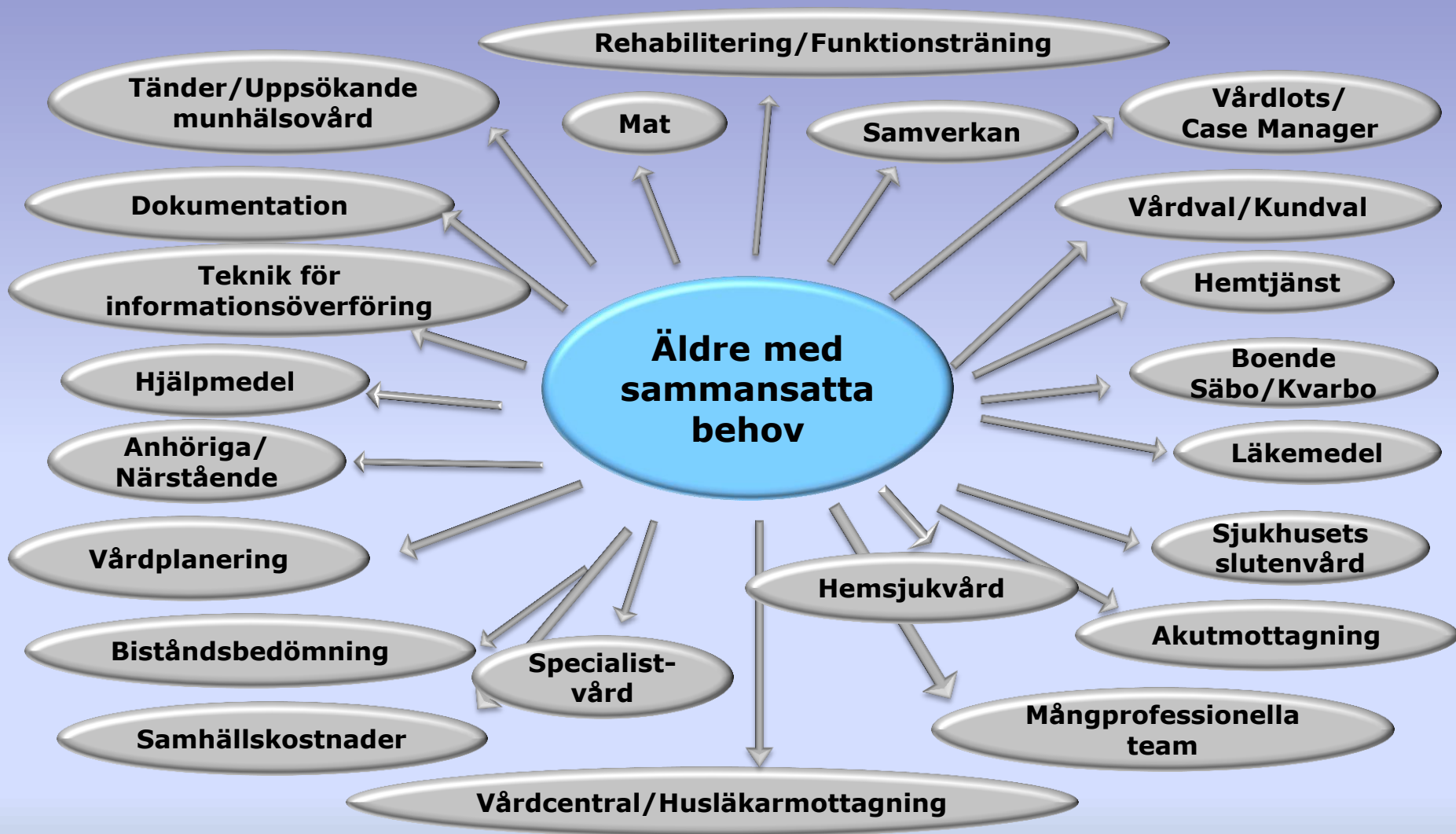
Sköra äldre/multisjuka

- omfattar många olika hälsotillstånd
 - biologiskt åldrad
 - nära funktionell sviktgräns
 - beroende av andra
 - flera samtidiga hälsoproblem
 - flera läkemedel
 - många vård- och omsorgsgivare

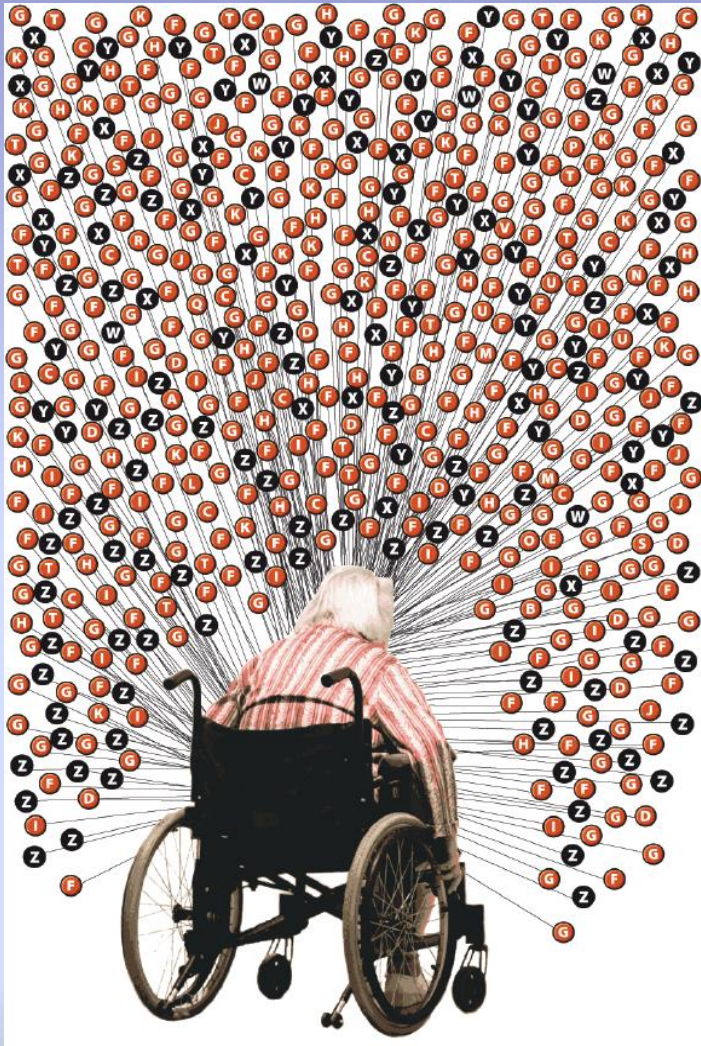
Undersökningsgrupp – Multisjuka äldre 75+

- **ordinärt boende**
- ska under en tolvmånadersperiod ha vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård
- under denna tidsperiod haft diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper (ICD-10)

Utmaningar i ett ekonomistyrkt stuprörssystem



Vård- & omsorgskontakter 18 månader



- Resultat, prestation & ersättning mäts på varje boll
- De icke värdeskapande omhändertagandet blir osynligt när varje enskild insats behandlas styckevis & delt
- De sköra äldres sammantagna behov förbises

Kombination av olika typer av data

(undersökningspopulationen följs under 18 månader)

- **Intervjudata**
 - multisjuk, anhörig/närstående
- **Registerdata**
 - slutenvård, öppenvård & kommunens vård & omsorg
- **Journaldata**
 - vårdcentralsdokumentation
 - biståndshandläggarens dokumentation
 - utförardokumentation
- **Läkemedelsdata**
 - intervju med multisjuk om faktiskt läkemedelsintag samt genomgång av läkemedelsdokumentation i journaler
- **Kostnader** för vård, omsorg & närståendestöd

Analys av multisjuka i LHC studien

- beskriva ett antal icke värdeskapande episoder & bakomliggande orsaker utifrån elva fall
- de elva fallen utgör en undergrupp av ca 500 multisjuka äldre från tidigare studier
- samtliga elva fall är representativa för gruppen som helhet & representerar samtliga vårdcentraler i ett område med både tätort & landsbygd
- antalet fall enligt kriterium för mättnadsgrad

Typepisoder som framkommer i varje analyserat fall

- upprepningar & onödiga omtag
- behandling pågår i parallella spår utan samordning eller samarbete
- vård på fel nivå (fel del av vården är inblandad)
- pseudolösningar (man gör något, men det löser inte problemet)
- stopp i processen (frågan blir liggande någonstans & behandling fördröjs eller kommer inte till stånd)

Ex på upprepningar & onödiga omtag

KAD insatt efter vård på sjukhus. I epikris fastslås att mannen behöver fortlöpande kontakt med dsk på VC för kontroll. Dsk går på hembesök och informerar om hur KADen ska skötas. Hon uppmanar mannen att ta kontakt med kommunens hemtjänst för hjälp.

Mannen förstår inte instruktionerna. Dsk går återigen på hembesök och informerar om hur tömning och byte av påsar ska gå till samt uppmanar att mannen inte ska söka hjälp på VC utan ta kontakt med kommunens hemtjänst.

Mannen tar upprepade kontakter med VC. Han uppmanas varje gång att kontakta kommunens hemtjänst. Dsk meddelar att hon inte kommer att gå på fler hembesök. Han uppmanas att själv ta sig till VC.

Enligt vårdcentralens dokumentation blir hemtjänsten inkopplad först efter två månaders krångel. I kommunens dokumentation finns inget dokumenterat om kontakt mellan VC och kommun eller om behov av hjälp med KAD.

Efter någon tid tar mannen kontakt med sjukvårdsrådgivningen som i sin tur kontaktar dsk på VC för att ge mannen hjälp med KAD. Dessa turer upprepas undersökningstiden ut kompletterat med receptförskrivning av olika doser vätskedrivande från olika läkare på VC.

Ex på parallella spår utan samordning eller samarbete

Planering saknas kopplad till problem med andning, diabetes med bl a sår och smärta i fötter som följd, svår yrsel och förskrivning av nya läkemedel blir mannen ett ansvar för alla och för ingen bland alla kontakter med olika läkare inom slutenvård, specialistvård och vårdcentral, alla olika distriktssköterskor och personal inom kommunens hemtjänst

Ex på vård på fel nivå

Vårdcentral, primärvårdsjour, akut- och slutenvård, specialister inom öppenvård, hemtjänst och anhöriga är involverade. Upp mot 20 olika läkare inom akut-, jour- och slutenvård samt tre olika på vårdcentralen. På vårdcentralen har 20 olika distriktssköterskor varit inblandade. Samtliga parter har agerat reaktivt på händelser.

Hemtjänsten är inte organiserad att genomföra de omvårdnadsinsatser som krävs. De många olika vårdbiträdena söker ständigt kontakt med vårdcentralens många olika distriktssköterskor. Hemtjänstpersonalens arbete innebär tunga lyft. Distriktsarbetsterapeut går på hembesök för att diskutera lyft men den hemtjänstpersonal hon träffar känner inte hemtjänstmottagaren.

Ex på pseudolösningar

Har diabetes och gått ner kraftigt i vikt. Klarar inte själv att laga mat. Får bistånd i form av matdistribution. Äter inte den distribuerade matlådan och säger upp insatsen. Kallas till vårdcentralen på diabeteskontroll och informeras där om vikten av rätt kosthållning, motion och skötsel av fötter. Antecknas att patienten inte tagit till sig tidigare information utan *”struntar i kosten och äter kakor och har grädde i maten dagligen”*.

Inget dokumenterat om kontakter kring mathållning och viktminskning mellan vårdcentral och kommunens hemtjänst. I kommunens löpande anteckningar noteras endast att mannen säger upp matdistributionen.

Ex på stopp i processen

Kallad till besök hos diabetessköterska på vårdcentralen. Önskar få undersökning av blodtryck och uppmanas att gå hem och själv boka besök med läkare på vårdcentralen per telefon. Vid annat besök önskas remiss till ögonläkare. Frågan tappas bort och remiss blir aldrig skriven. En remiss om röntgenundersökning av handled kommer bort.

Meddelande till vårdcentralsläkare från specialist inom reumatologi om polypharmaci lämnas utan åtgärd. Stora problem med muntorrhet. Tänderna har skadats av läkemedel. Under de 18 undersökningsmånaderna sker ingen läkemedelsgenomgång.

Läkemedelslistan på vårdcentralen består av 14 preparat. Två kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring. Förekommer också en dubbelanvändning av två betablockerare samt en kombination av preparat som kan leda till läkemedelsinteraktioner.

Personen själv uppger att hon tar 10 olika läkemedel. Eftersom hon "mår dåligt" av biverkningar ändrar hon ibland själv preparat och dosering.

Bakomliggande orsaker

- Diskontinuitet i omhändertagande
- För lite, för mycket eller fel information mellan vård, omsorg, den äldre & närstående
- Brister i kommunikation & samarbete mellan olika vård- & omsorgsenheter samt närstående & den äldre
- Gränsdragning & oklarheter kring ansvarsförhållanden (Svarte Petter)
- Organiseringen av kompetenser inom vård & omsorg utanför den slutna sjukhusvården (stuprör)

Diskontinuitet i omhändertagande

- Många olika läkare inom slutenvård, öppen specialistvård samt olika läkare och distriktssköterskor på vårdcentralen är inblandade i den äldres vård och omsorg. Många olika vårdbiträden inblandade i hemtjänstinsatserna.
- Ingen av de många olika läkarna eller distriktssköterskorna har tagit ett samlat ansvar för problem med ögon, feber, frossa, oro, andningsproblem, blodbrist, magont, kärlekkramp, biverkan av olika läkemedel samt urinvägsbesvär.

Informationsbrister

- Den äldre och anhörig är ständigt sökande, otrygga och oroliga. Anhörig agerar sambandscentral mellan akut- och specialistvård, vårdcentral och kommunens hemtjänst. Anhörig kontrollerar och kompletterar vård- och omsorgsinsatser som inte fyller behovet

Kommunikations- & samarbetsbrister

- Upprepat sökande för olika problem, symptom och funktionsnedsättningar. De olika läkarna och distriktssköterskorna dokumenterar kring ett problem i taget. Ingen av dem kommuniserar sinsemellan eller med kommunens hemtjänst om behov av planering och lösning av hennes totala problembild.

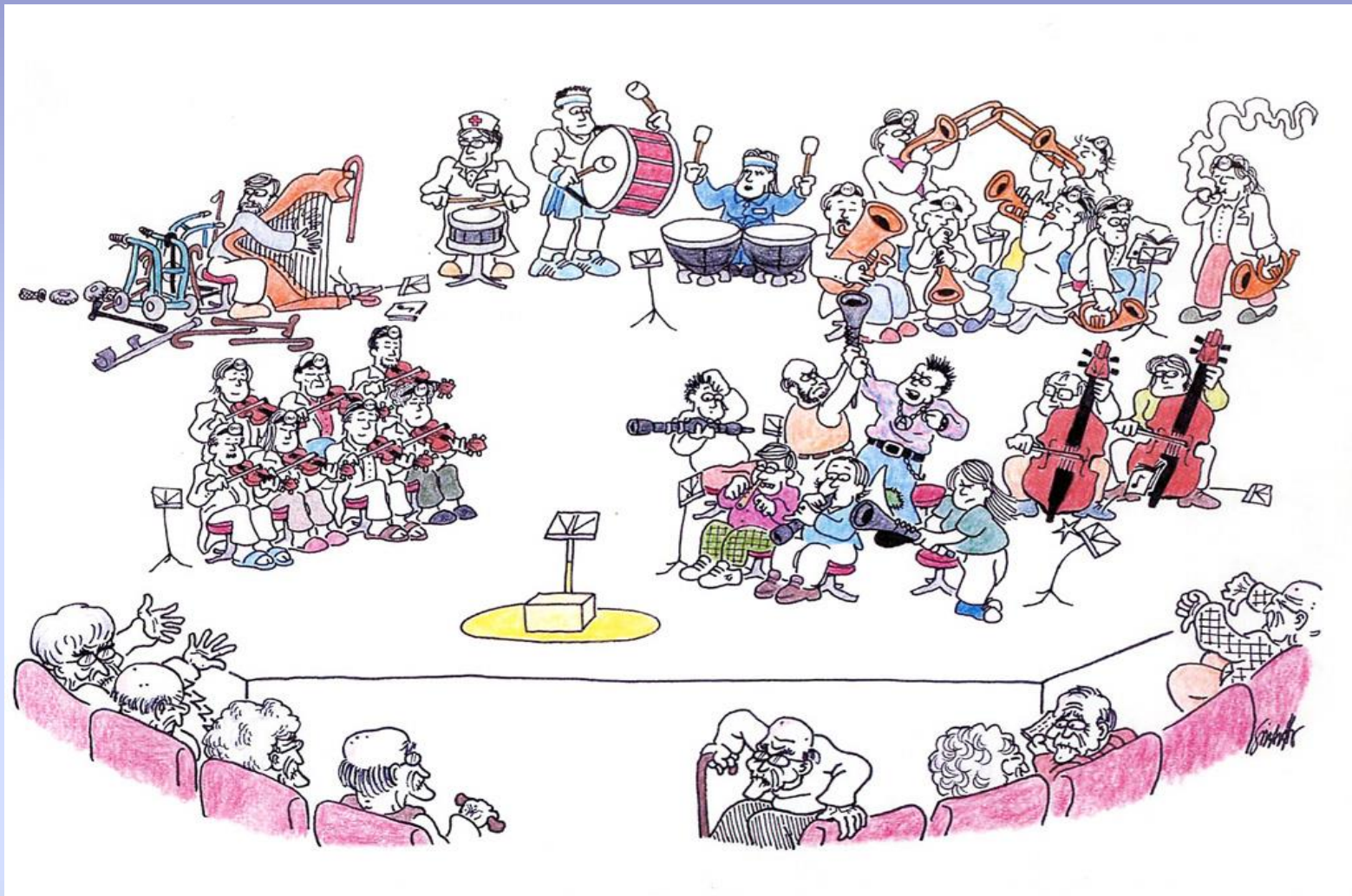
Oklarheter kring ansvarsförhållanden

- Vårdcentralen uppdrar åt anhörig att kontakta slutenvården för att utröna behov av fortsatt vård och läkemedelsbehandling som kvarstår efter slutenvårdsvistelser
- *(Exempel från kommunen kommer in!)*

Organiseringen av kompetenser utanför den slutna sjukhusvården

- Styrning saknas i det sätt professionerna organiseras på vårdcentralen för att möta sköra äldres behov av samordnat ansvar
- Hemtjänsten saknar kompetens för att utan medicinskt stöd klara den omfattande vård och omvårdnad kvinnan behöver. På det sätt omsorgsstödet utformas inom hemtjänsten fyller verksamheten inte den sköra äldres behov

Slutsats - Samarbete mellan huvudmän, vård- & omsorgsnivåer löser sig inte av sig självt - Dirigent sökes



*Dirigent saknas i vård & omsorg för äldre
Om nödvändigheten av samordning
Ulla Gurner, Mats Thorslund, Natur & Kultur, 2003*

Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor

1. Upprepningar/onödiga omtag:

Samma moment utförs flera gånger utan att det avsedda resultatet uppnås.

2. Många parallella processer

Flera samtidiga åtgärder utförs var för sig.

3. Vård på fel nivå

Inte bäst lämpade aktören – antingen på för hög eller för låg nivå

4. Pseudolösningar

Hantering av symtom/enskilda problem men inte långsiktigt hållbara lösningar för individen

5. Onödiga stopp i processen

Stopp och väntan som inte löser något – försenar bara



*Var ska de
relevanta
gränserna för
ersättning dras?*

Exempel på **horisontellt** verkande ekonomistyrning

Princip för fördelning av ersättning och ansvar	Skulle till exempel kunna avhjälpa
Gemensamt ansvar, t ex ersättning för vård och omsorg utifrån en och samma budget	Många parallella processer
Överlappande ansvar, t ex ersättning till behandlande verksamhet enligt resultat i rehabilitering	Uppprepningar/onödiga omtag
Koncentrerat ansvar: riktad ersättning till en aktör, som för individens räkning koordinerar relevant vård och omsorg	Vård på fel nivå
Mindre stram ekonomistyrning: större andel vårdtyngdsviktad kapitering, förenklad biståndsbedömning, längre budgetperioder	Pseudolösningar, onödiga stopp i processen
Ersättning för resultat på systemnivå, t ex enligt hälsorelaterad livskvalitet, undvikande av onödig och felaktig vård, brukarnöjdhet	Flera av problemen ovan

Principerna för styrning av vård och omsorg måste revideras!

- Det krävs en styrning som premierar patientens väg genom systemet – inte att varje vårdenhet maximerar sin verksamhet
- Det krävs också ekonomiska incitament som är gränsöverskridande och belönar effektiva vägar längs hela vårdkedjan
- Alltför detaljerade ersättningsystem är svårförenliga med en patient- och brukarcentrerad vård och omsorg

Möjlig utveckling av uppdragen

- Ökade möjligheter för beställare att formulera bredare uppdrag som inrymmer fler delar av vården och omsorgen för patienter med komplexa behov
- Ökade möjligheter för vårdgivare att profilera sig mot vissa prioriterade grupper, eventuellt i samverkan med varandra
- Ökade möjligheter för patienter/brukare att välja “helheten”
- Ökat fokus på uppföljning av helheten