

# ONÖDIGA INTAGNINGAR PÅ MEDICINKLINIK

Kontakten med primärvården måste förbättras

**Genom att studera vad som hände dagarna före intagningen på medicinkliniken i Gävle har primärvårdens roll i fråga om onödiga intagningar kunnat beläggas. Omkring 7 procent av patienterna skulle inte ha behövt bli inlagda om primärvården hade haft bättre tillgänglighet och samarbetsrutiner.**

I början av 1994 fokuserades massmediernas intresse på att många medicinkliniker i landet hade stora problem med överbeläggningar. Medicinkliniken i Gävle var inget undantag. Bortsett från om det var värre än vanligt diskuteras flera tänkbara anledningar.

Det låg nära till hands att spekulera över om medicinklinikernas minskade resurser var den enda orsaken eller om sjukligheten i en allt äldre befolkning också bidrog. En annan fråga, som särskilt väckte vårt intresse, var huruvida bristande insatser i primärvård eller hemtjänst kunde förorsaka »onödiga» inläggningar på en medicinklinik. För att besvara frågan genomfördes en studie med syfte att granska vad som hände med patienterna före inläggningen.

## METOD

Med »onödiga inläggningar» avser vi i detta arbete sådana där insatser av primärvården och/eller hemtjänsten antingen skulle ha kunnat förändra ett sjukdomsförlopp på sådant sätt att intagning på medicinklinik inte hade blivit aktuell eller hade utgjort ett fullgott alternativ till intagning på medicinklinik. Den studerade populationen var pa-

## Författare

BO BERGSTAD  
familjeläkare, Strömsbro hälsocentral, Gävle

LARS SUNDMAN  
med dr, överläkare, samhällsmedicinska enheten, Landstinget Gävleborg, Gävle.

tienter som under tiden 18 september till den 11 oktober (24 dygn) 1994 sökte akut vid medicinkliniken i Gävle. Datasamlingen utgick från medicinklinikkens journaler, som kompletterades med intervjuer av patienter, anhöriga eller personal i primärvård och hemtjänst.

## Tvåstegsgallring

Redan i planeringen av studien framstod behovet av att göra en differentierad datainsamling beroende på anamnestiska uppgifter om insjuknandet. Om en tidigare helt frisk individ insjuknar med plötsliga svåra bröstsmärtor och inom mycket kort tid hamnar på medicinkliniken kan patienten redan med den informationen bedömas som utom räckhåll för primärvårdsinsatser.

Ett första steg blev alltså att göra en bedömning av vilka patienter som i likhet med exemplet redan av journalhandlingarna kunde sägas vara ointressanta för den aktuella frågeställningen. Hos denna grupp patienter, liksom hos dem som inte blev inlagda, registrerades endast vissa bakgrundsdata.

I ett andra steg gjordes för övriga patienter en utökad datainsamling. En av oss (BB), som ansvarade för studiens praktiska genomförande, samarbetade i denna del med en distriktssköterska och en hemtjänstassistent, båda med lång yrkeserfarenhet. Med ett för ändamålet särskilt utarbetat formulär insamlades data som förutom bakgrundsvariabler rörde patientens, anhörigas, primärvårdens eller hemtjänstens agerande dagarna före intagningen.

Efter denna datainsamling gjordes en slutgiltig bedömning av om primärvård eller hemtjänst var för sig eller tillsammans kunde ha agerat annorlunda och därigenom påverkat sjukdomsförloppet så att intagning på medicinkliniken inte hade behövt tillgripas.

## RESULTAT

Under ovan angivna period sökte totalt 442 patienter akut vid medicinkliniken. Av dessa blev 251 patienter (57 procent) inlagda. Figur 1 sammanfattar patientmaterialet, den uppdelning som gjordes och resultaten.

Redan i steg 1 blev 207 patienter (82

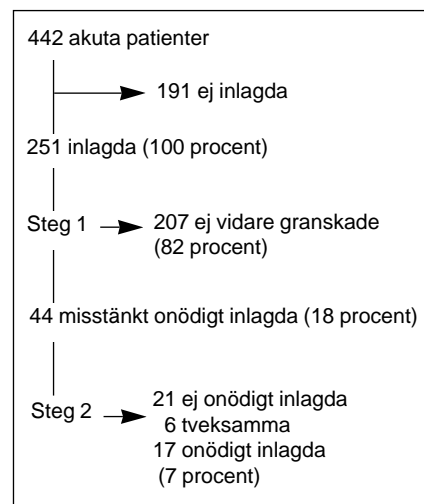
procent) bedömda, enbart utifrån journalhandlingar, som inaktuella för vidare granskning. Av de kvarvarande 44 patienterna (18 procent) kunde efter mer omfattande granskning (steg 2) ytterligare 21 stycken betecknas som inte onödigt inlagda. Endast sex patienter kunde inte bedömas med den använda metoden. Av hela materialet, 251 patienter, bedömdes slutligen 17 stycken (7 procent) som onödigt inlagda.

## Äldre patienter med flera diagnoser

Dessa 17 patienter är så få att slutsatser av jämförelser med de övriga grupperna blir vanskliga. Det förefaller dock som om gruppen är något äldre och har flera preliminära diagnoser än övriga patienter i studien. Det kan också påpekas att tre av fallen hade remiss från familjeläkare och att initiativet till att åka till akutmottagningen i sju av fallen hade tagits av distriktssköterska.

De preliminära diagnoserna fördelar sig på dessa 17 fall enligt Tabell I. Man bör hålla i minnet att de preliminära diagnoserna också har karaktär av arbetshypoteser. »Venös trombos» i Tabell I avser således misstanke om diagnosen, vilken kunde uteslutas efter en utredning som skulle kunna handläggas i primärvården.

14 av dessa patienter hade en redan tidigare känd sjukdom. Som framgår av



Figur 1. Fördelning av samtliga patienter, enligt angiven metod.

**Tabell I.** Preliminära diagnoser på de 17 patienter som bedömdes som onödigt intagna.

Preliminär diagnos	Antal
Allergisk reaktion	1
Astma	2
CVL	2
Demens	1
Diabetes	1
Erysipel	1
Hjärtsvikt	2
Obstruktiv bronkit	1
Pleurit	1
Spondylos cervicalis	1
Venös trombos	1
Yrsel	2
Ångestneuros	1
<b>Totalt</b>	<b>17</b>

**Tabell II.** Åtgärder som kunde förhindrat onödiga inläggningar.

Åtgärd	Antal
Om patienten sökt hälsocentral	6
Om patienten sökt distriktssköterska eller kontaktat familjeläkare	5
Om hemtjänsten kallat på sjukvårdspersonal	2
Nya rutiner	2
Förbättring i kallelsesystemet	1
Om geriatrisk plats funnits	1
<b>Totalt</b>	<b>17</b>

Tabell I dominerar ingen diagnos eller diagnosgrupp. Man kan således inte säga att de onödigt inlagda patienterna kännetecknas av en speciell sjukdom.

En annan viktig aspekt är om onödiga intagningar sker på »icke kontorstid». Inte heller i det avseendet fanns några särskilda kännetecken på gruppen onödigt intagna som avvek från övriga patienter. För hela gruppen (251 fall) var intagningen störst på måndagar och över dygnet till största delen (73 procent) mellan klockan 06 och 18.

### Mer kvalificerad bedömning hade förhindrat inläggning

Det som enklast förklarar vad som fallerade i de 17 fallen av onödiga inläggningar framgår av Tabell II, som visar bedömningar av vilka åtgärder som kunde ha förhindrat onödiga inläggningar och som gjordes av den för studien ansvarige läkaren.

Av Tabell II framgår klart att en mer kvalificerad medicinsk bedömning skulle ha kunnat förhindra intagning. I de första sex fallen har patienten agerat på egen hand, men i de därpå följande sju fallen (5+2) skulle en mer kvalificerad bedömning ha kunnat förhindra inläggning. I de följande tre fallen (2+1) finns brister i organisationen och i endast ett fall resursbrist i en annan del av

sjukvårdssystemet. Obetydliga brister i hemtjänsten påvisades.

## DISKUSSION

Det kan vara på sin plats att något kommentera begreppet »onödiga inläggningar». En onödigt inläggning innebär ju enligt vår uppfattning att patienten inte har varit i behov av medicinklinikens resurser. Vi kan i princip tänka oss två typer av insatser från primärvårdens och hemtjänstens sida som skulle göra en inläggning onödig. Den ena är att förändra sjukdomsförloppet, t ex genom att komma in med behandling tidigare än vad som skett, den andra är att mobilisera sådana resurser inom primärvård och hemtjänst som utgör ett fullgott alternativ till inläggning på medicinkliniken. Allmänläkare och distriktssköterska, som på ett eller upprepade hembesök kan svara för erforderliga medicinska bedömningar och insatser, hemsjukvård med nattpatruller och hemtjänstens vårdbiträden i öppen vård, som kan svara för omvårdnad, är de resurser som primärvård och hemtjänst kan mobilisera i patientens egen bostad.

### Godtycklig bedömning ofrånkomlig

Man kan anta att de rutiner och det samspel mellan primärvård och medicinkliniker som utvecklas på olika ställen i sina huvuddrag baseras på gemensamma uppfattningar men skiljer sig i detaljer. Därför måste en studie av den här karaktären få lokal prägel.

Med det inslag av kvalitativa bedömningar som dessutom finns i vår metod kan man fråga sig hur giltiga våra observationer är. Mot denna bakgrund är valet av bedömare viktigt. I vårt fall valdes en familjeläkare med 24 års erfarenhet av sjukvården i Gävle, specialistkompetent i såväl invärtesmedicin som allmänmedicin och som under 1980-talet medverkat i hemsjukvårdens uppbyggnad. Den för bedömningar ansvarige läkaren var således väl förtrogen med förhållandena i Gävle och med primärvårdens och hemtjänstens möjligheter.

Icke desto mindre inbjuder metoden till subjektiva eller godtyckliga bedömningar, vilket innebär att en annan bedömare kan komma till andra resultat. Reproducerbarheten och generaliserbarheten skulle alltså kunna vara låg.

Det är därför intressant att notera att i »Nittonklinikenstudien» [1], där bedömningarna gjordes av invärtesmedicinare efter avslutad vård, bedömdes 6 procent av patienterna ha kunnat vårdas i annan vårdform mot 7 procent i vår studie.

En annan fråga värd beaktande är valet av tidsperiod. I detta avseende bedömde klinikledningen den tid studien

pågick som representativ för klinikens verksamhet.

### Invärtesmedicinska fall i majoritet

Det framkom av resultaten att en så stor andel av intagningarna som 82 procent redan från början kunde bedömas som klara invärtesmedicinska fall och efter granskning ytterligare 8 procent. Detta resultat stämmer väl överens med den tidigare nämnda studien [1].

Antagandet om gemensamma uppfattningar i samarbetet mellan primärvård och medicinkliniker stöds alltså av resultaten i de här aktuella studierna, både studerat ur ett primärvårds- och ett invärtesmedicinskt perspektiv. Gruppen »tveksamma» är endast sex patienter, ca 2 procent av alla inlagda. Tveksamheten härrör från möjligheten att med den valda metoden göra en tillräckligt noggrann bedömning.

Ett sätt att se på detta är att en annan metod som tillät bedömning även av dessa sex patienter skulle fördela dem på samma sätt som hela materialet och därmed inte påverka slutsatserna. Studien finns i sina detaljer rapporterad i annat sammanhang [2].

### Viss buffert är rimlig

Man kan också ställa sig frågan om 7 procent onödigt intagna patienter på medicinkliniker är acceptabelt eller inte. I en jourhavande medicinäres beslut om intagning ligger också en säkerhetsaspekt, som innebär att man lägger in en patient för observation. Vidare skall vägas in patientens och anhörigas önskemål. En medicinklinik kan också ha en buffertfunktion för äldrevården.

Man får alltså se det som rimligt att en viss andel patienter, med ovan angivna kriterier, kommer att vara onödigt intagna, en uppfattning som företräddes för medicinkliniken i Gävle delar.

Om de 7 procent onödigt intagna patienterna i vår studie skulle vara representativa för riket i övrigt rör det sig ju trots allt om en aktionsvärd volym, och den som finner anledning att göra något åt saken bör fokusera sitt intresse på bättre kontakter mellan distriktsläkare och distriktssköterskor samt mellan primärvård och medicinklinik. En tredje väg är att ytterligare underlätta allmänhetens möjlighet till kontakt med primärvården.

### Referenser

1. Socialstyrelsen. Huvudrapport beträffande regeringsuppdrag om hälso- och sjukvård för äldre m m. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
2. Bergstad B. Onödiga intagningar vid medicinkliniken i Gävle? Gävle: Primärvården Gästrikland, 1994.