

MINDRE AKUTVÅRD FÖR HÖFTFRAKTURPATIENTER

Ädelreformen gav ändrat vårdflöde på avsett sätt

Vid en jämförelse av vårdflödet för patienter med höftfraktur före respektive efter Ädelreformen visar det sig att patienterna vårdas allt kortare tid i akutsjukvården medan vårdtiden i den kommunala vården har ökat i motsvarande grad. Jämförelsen är gjord i en studie genomförd i Göteborg åren 1987/1988 och 1993/1994.

Någon större förändring av den totala mängden institutionsvård har dock inte skett i Göteborg för denna patientgrupp.

Ädelreformen, proposition 1990/1991:14, som trädde i kraft 1 januari 1992 (Göteborg 1 mars 1994), innebär att kommunerna (i Göteborg stadsdelsförvaltningarna) fick ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade. Ädelreformen syftade också till ett effektivare utnyttjande av samhällets resurser.

Vidare infördes ett kommunalt betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter i somatisk sjukvård och geriatrik. I Göteborg finns det inget landsting, utan gränsen går mellan sjukvård och stadsdelsförvaltningar (SDF,

21 st i Göteborg). I och med att betalningsansvaret lades över på SDF/kommunerna har vårdtiderna förkortats på akutklinikerna [1]. Hur vårdflödet för höftfrakturpatienterna, en av sjukvårdens största diagnosgrupper, påverkas samt om den totala mängden institutionsvård har ökat eller minskat efter Ädelreformen är ännu ej beskrivet [1].

Syftet med denna studie var att jämföra vårdkedjan, dvs vårdtider i alla typer av institutionsvård/boende, före och efter Ädelreformen för höftfrakturpatienter vilka inledningsvis har opererats och vårdats vid ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

Patienter och metod

De studerade perioderna var 1 april 1987–31 mars 1988 samt 1 maj 1993–30 april 1994, dvs två 12-månadersperioder. Samtliga patienter som behandlades på grund av en färsk höftfraktur inkluderades. Gruppen 1987/1988 bestod av 427 patienter och gruppen 1993/1994 av 446 patienter. Kvinnorna var 323 1987/1988 och 330 1993/1994 med en medelålder av 80,0 (SD 9,9) år respektive 80,8 (8,8) år. Antalet män var 104 respektive 116 med medelåldern 76,9 (11,6) respektive 76,6 (12,5) år.

Modifierade formulär från Socialstyrelsens projekt Rikshöft användes för registrering och uppföljning av de två årsgrupperna av höftfrakturpatienter. Det första formuläret ifylldes på ortopedavdelningen, det andra vid fyramånadersuppföljningen. Rikshöftformulären innehåller uppgifter om kön, ålder, frakturtyp, operation, ADL samt vårdform under de första fyra månaderna efter frakturen [2, 3].

Vårdkedjan under fyra månader efter intagningen på ortopedkliniken kartlades. Uppföljningen skedde per telefon eller vid besök av patienten. Den använda metoden var identisk under de två studerade ettårsperioderna 1987/1988 respektive 1993/1994. De som avled har medräknats fram till datum för dödsfallet.

Bortfallet var 12 patienter 1987/1988 och 23 patienter 1993/1994. Dessa kunde inte lokaliseras vid fyramånaderskontrollen eller ville inte delta.

Behandlingspraxis vid ortopeddivi-

sionen, Sahlgrenska sjukhuset, var vid båda studietillfällena likartad. Akut operation, även på helger, i första hand osteosyntes av frakturerna, antibiotika och trombosprofylax m fl faktorer hade endast undergått smärre förändringar. Vid cervikal fraktur användes LIH-pinnar och vid trokantär fraktur glidskruv och platta. Undantagsvis förekom andra osteosyntesmetoder. Andelen cervikala frakturer som primärt opererades med artroplastik var 13/427 (3,1 procent) 1987/1988, respektive 17/446 (3,8 procent) under perioden 1993/1994.

Under båda studieåren förekom speciella rehabiliteringsprogram för höftfrakturpatienter [4].

Resultat

Vid fyra månader hade 56 patienter (13 procent) i studien 1987/1988 och 49 patienter (11 procent) i studien 1993/1994 avlidit. Cervikal fraktur förekom hos 50,5 procent av patienterna i första studien och hos 54,5 procent i andra, övriga hade trokantär fraktur.

In- och utskrivningssätt (från respektive till vilken vård- eller boendeform) för höftfrakturpatienterna framgår av Tabell I. Sjukhemmen tog tillbaka sina boende båda studieåren. De som före frakturen bodde i eget hem, på äldreomsorg, servicehus etc skrevs först ut till annan vårdform inom sjukvården, 73 procent bågde studieperioderna. Därefter förflyttades patienterna successivt till tidigare eller annat boende. Andelen av de patienter som kom från eget hem och som åter bodde där vid fyra månader efter frakturen var 84 procent 1987/1988 och 83 procent 1993/1994, om de avlidna inte medräknas.

Tabell II visar antal patienter, medelvårdtid samt antalet vård dagar totalt i respektive vårdform under de fyra månaderna efter frakturen. Efter den initiala vården på ortopedkliniken kan en patient ha vistats inom flera olika vårdformer. Patienterna kan ha varit hemma en period och sedan åter sökt vård. Studien redovisar således all vårdtid under fyra månader efter höftfrakturen, oavsett orsak. Medelvårdtiden har sjunkit på ortopedkliniken från 17,1 dagar (SD 16,3) till 10,3 dagar (3,4), och geriatri-

Författare

LENA ZIDÉN

leg sjukgymnast, geriatrikområdet, Vasa sjukhus

CARL ZETTERBERG

docent, överläkare, ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset

EVA-BRITT WOLLIN

leg sjuksköterska, ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset

STEN LANDAHL

docent, överläkare, geriatrikområdet, Vasa sjukhus

TOMMY HANSSON

professor, ortopeddivisionen, Sahlgrenska sjukhuset; samtliga Göteborg.

ANNONS

ka klinikerna har ökat antalet inskrivna patienter och nära halverat vårdtiden.

Om all vård och vistelse vid sjukhus, Ädelboende m m summeras, var medeltiden för hela höftfrakturgruppen första studieperioden 63 dagar och den andra 60 dagar, dvs väsentligen oförändrad.

Diskussion

Ädelreformen trädde i full kraft 1 mars 1994 i Göteborg. Reformen genomfördes stegvis så att geriatriken först fick betalningsansvar gentemot akutvården för klinikfärdiga patienter, därefter fick stadsdelsförvaltningarna betalningsansvaret gentemot alla sjukhuskliniker, inklusive geriatrik. Studiens andra del genomfördes under denna övergångsfas. Patienternas kön, ålder, boendeform vid frakturtilfället, frakturtyp samt ortopedisk vård inklusive operation är enligt vår uppfattning jämförbara åren 1987/1988 och 1993/1994. En jämförelse av vårdflöden under de studerade perioderna är därför möjlig. Studien 1987/1988 är mer utförligt redovisad tidigare [3].

I och med Ädelreformen fanns inte längre möjlighet att bedriva det rehabiliteringsprogram, Svaleboprogrammet, som tidigare presenterats [4]. Ett nytt program har utvecklats men var inte i full effekt under den andra studieperioden. Vårdprogram har visat sig minska totalkonsumtionen av institutionsvård och öka andelen som kommer till eget hem igen [4-10]. Andelen åter i eget hem av dem som kom från eget hem motsvarar vad som tidigare publicerats från Göteborg [3], Lund [6, 7], Norrköping [10], Danderyd [11] och Socialstyrelsens rapport 1994 [12].

Specifika kostnader har inte redovisats i denna studie. I en sådan beräkning får man också väga in omfattningen av vård i hemmet via hemtjänsten m m.

Sjukvårdens andel av det totala antalet institutionsvårdsdagar har minskat medan stadsdelsförvaltningarnas andel har ökat. Ädelreformen har haft avsedd effekt för denna patientgrupp av höftfrakturpatienter som vårdats vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Ett liknande resultat har visats på vissa av de orter som ingick i Socialstyrelsens rapport 1994 [12]. Någon större förändring av den totala mängden institutionsvård har dock inte skett i Göteborg.

Referenser

1. Thorngren KG. Höftfrakturer. Faktadatabasen MARS, nummer 4, oktober 1995. Stockholm: Socialstyrelsen, 1995.
2. Alaby G. Ädelreformen bättre än vad kritiker hävdar. Läkartidningen 1994; 91: 1163-5.
3. Zetterberg C, Gneib C, Mellström D, Sundh V, Zidén L. Rikshöft - utvärdering av fysisk

Tabell I. In- och utskrivningssätt i procent för höftfrakturpatienter under studieperioderna 1987/1988 (n=427)samt 1993/1994 (n=446).

	1987/1988			1993/1994		
	In	Ut	Vid fyra månader	In	Ut	Vid fyra månader
Eget hem	68	15	50	72	18	55
<i>Sjukvården (akut)</i>						
Konvalescenthem	1	14	2	1	13	
Geriatrisk klinik	6	37	19	2	46	8
Höftprogrammet (Vasa)					10	1
Höftprogrammet (Svalebo)		15				
Akut sjukvård (annan än ortopedi)	5	7	2	3	4	1
Totalt sjukvården	12	73	23	6	73	10
<i>Ädelvård (kommun, stadsdelsförvaltning)</i>						
Sjukhem	9	9	9	6	6	13
Servicehem/älderdomshem/gruppboende	9	1	3	16	3	11
Totalt Ädelboende	18	10	12	22	9	24
<i>Annat</i>						
Avlidna	2	3	2		1	
			13			11
Totalt geriatrisk klinik och sjukhem	15	61	28	8	62	22

Tabell II. Antal patienter med höftfraktur, medelvårdtider (dagar) samt totalt antal vård dagar i respektive vårdform under fyra månader efter frakturen.

	1987/1988			1993/1994		
	Patient-antal	Medel-vårdtid	Vård dagar totalt	Patient-antal	Medel-vårdtid	Vård dagar totalt
<i>Sjukvård (akut)</i>						
Ortopedklinik	415	17	6 895	423	10	4 365
Konvalescenthem	69	20	1 351	59	17	1 023
Geriatrisk klinik	146	70	10 281	196	47	9 027
<i>Rehabiliteringsprogram</i>						
Vasa				61	29	1 769
Svalebo	58	20	1 170			
<i>Ädelvård (kommun, stadsdelsförvaltning)</i>						
Sjukhem	54	70	3 765	66	70	4 594
Servicehem/älderdomshem/gruppboende	19	61	1 161	62	66	4 093
<i>Övrigt</i>						
Akutsjukhus	27	31	838	40	16	626
<i>Annat (geriatrisk psykiatri m m)</i>						
	9	64	575	1	28	28
Summa institutionsdagar	415	63	26 038	423	60	25 525

funktion och vårdkonsumtion efter höftfraktur. Läkartidningen 1990; 87: 2040-5.

4. Zidén L, Aniansson A, Gneib C, Johansson C, Mellström D, Zetterberg C. Svaleboprogrammet - framgångsrik rehabilitering för höftfrakturpatienter. Läkartidningen 1990; 87: 2034-9.
5. Bauer G. Vårdprogram för höftfrakturer hos äldre. Läkartidningen 1978; 75: 4121-3.
6. Ceder L, Thorngren KG. Rehabiliteringsprognos vid höftfraktur. Läkartidningen 1986; 83: 3819-22.
7. Ceder L, Strömquist B, Hansson L. Effects of strategy changes in the treatment of femoral neck fractures during a 17-year period. Clin Orthop 1987; 218: 53-7.
8. Dolk T, Bodin L. Tidig operation av höftfrakturpatienter förkortar vårdtiden på akutklinik. Läkartidningen 1986; 83: 2633.
9. Frankel VH, Zuckerman JD, Sakales SR, Fabian DR, Zetterberg C. Positiva resultat av vårdprogram för höftfrakturpatienter i New York. Läkartidningen 1990; 87: 632-4.
10. Olsson S. Gångförmåga, boende och hjälpbehov efter höftfraktur hos äldre. Läkartidningen 1987; 84: 270-1.
11. Holmberg S, Thorngren KG. Statistical analysis of femoral neck fractures based on 3 053 cases. Clin Orthop 1987; 218: 32-41.
12. Thorngren KG. Utvärdering av Ädelreformen via Rikshöft-projektet. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994. Ädelutvärderingen 94: 18.