

Multisjuka äldre med upprepade vårdtillfällen bör läggas in direkt

Studie av 40 patienter i NU-sjukvården

MARIA E JOHANSSON, specialist i allmänmedicin, överläkare, medicinsk äldreavdelning maria.e.johansson@vgregion.se

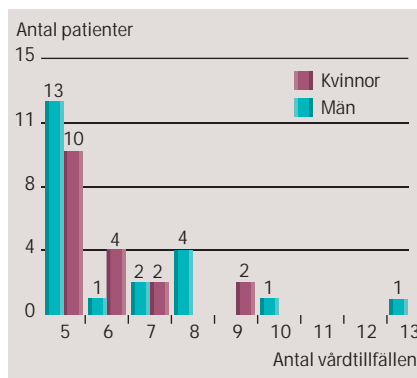
PETER JOHANSSON, med dr, överläkare, medicinkliniken; båda Uddevalla sjukhus

Den äldre delen av befolkningen ökar för varje år i Sverige. Enligt Statistiska centralbyrån (december 2010) är 8,5 procent av Sveriges befolkning, dvs ca 800 000 personer, över 75 år. De äldre är i dag friskare än förr, men med en ökad andel äldre ökar antalet med kroniska invärtesmedicinska sjukdomar, dvs multisjukligheten ökar. Vårdbehovet är komplext, och många aktörer är inblandade, såsom primärvård, kommun och sjukhus [1, 2]. Omhändertagandet bör där för fokusera på varje individs specifika livssituation snarare än vara traditionellt sjukdomsorienterat [3].

Medicinsk äldreavdelning, MÅVA

NU-sjukvården i Fyrbodals i Västra Götalandsregionen har ett upptagningsområde på 280 000 invånare. På medicinkliniken vid Uddevalla sjukhus öppnades i november 2008 två avdelningar med inriktning mot äldre multisjuka patienter. De två medicinska äldreavdelningarna (MÅVA) har sammanlagt 48 vårdplatser och är identiska i sin struktur fränsett att det finns möjlighet till arytmiregistrering för fyra patienter på den ena avdelningen. Till avdelningarna kommer patienterna från medicinakuten, andra avdelningar men också via direktinläggning utifrån. Patienterna bedöms inte vara i behov av högspecialiserad organspecifik vård.

Multisjuka patienter över 75 år som bedöms ha ett återkommande medicinskt slutenvårdsbehov uppfyller kriterierna för att bli MÅVA-patienter. Vid akut försämring av t ex hjärtsvikt kan patienten själv, anhöriga, kommunsjuksköterska, äldre-sjuksköterska, ambulanssjukvård eller distriktsläkare ta kontakt med MÅVA, vilket kan leda till direktinläggning eller åtgärd från primärvården/kommunen eller hänvisning till annan specialitet. Under kontorstid kan distriktsläkare från alla 39 vårdcentraler i Fyrbodals kontakta MÅVA via en VIP-telefon för diskussion om direktinläggning av presumtiva MÅVA-patienter. Samarbete har även utvecklats med ambulanssjukvården, som kan ringa dygnet runt på VIP-telefonen angående presumtiva MÅVA-patienter. Telefonkontakt måste alltid tas före beslut om direktinläggning. Från starten 2008



Figur 1. Antal vårdtillfällen fördelat på män och kvinnor som under tidsperioden 1 oktober 2009 till och med 30 september 2010 haft minst fem vårdtillfällen på medicinsk äldreavdelning.

har ca 1300 patienter blivit MÅVA-patienter. Om MÅVA-patienten insjuknar i andra organspecifika tillstånd hänvisas patienten exempelvis till kirurgen vid akut buksmärta, till ortopedien vid fraktur, till strokeavdelning vid stroke etc. Varje morgon träffas läkare, utskrivningssjuksköterska, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och kurator för att bedöma vilka omvårdnadsinsatser och sociala insatser patienten behöver under vårdtiden och efter utskrivningen. Den medicinska rondan som bedömer och tar ställning till utredningar äger rum på eftermiddagen. Patienter som kommer till MÅVA för direktinläggning blir omhändertagna av inskrivningssjuksköterskan, som gör en första bedömning av allmäntillståndet, varefter avdelningsläkaren beslutar om vidare handläggning. Under ett år, 1 oktober 2009 till och med 30 september 2010, vårdades sammanlagt 1832 patienter på MÅVA. Dessa patienter gav upphov till 2002 vårdtillfällen. Av speciellt intresse för vården är MÅVA-patienter med upprepade vårdtillfällen. I denna studie definierades denna grupp som patienter med mer än fem vårdtillfällen under ett år.

Syftet med denna studie var att beskriva MÅVA-patienter med upprepade vårdtillfällen demografiskt och värdera deras möjlighet till direktinläggning.

METOD

Antal vårddygn för kategorin MÅVA-patienter registrerades. I övrigt registrerades kön, ålder, boendeform vid inläggning, tid till återinläggning, inläggningsorsak, huvuddiagnos, vårdplanering och eventuellt dödsfall under vårdtiden eller i nära anslutning till sista vårdtillfället (inom 3 månader). Inläggningsorsak delades in i tre grupper: sjukdom, oro eller sociala skäl. Denna bedömning utfördes av en av författarna (MEJ).

RESULTAT

Under den aktuella tidsperioden har 40 patienter, 22 män och 18 kvinnor, haft mellan 5 och 13 vårdtillfällen på MÅVA (Figur 1). Dessa 40 patienter har gett upphov till 1973 vårddygn (mot-svarande 5,4 vårdplatser). Patienterna var i åldern 75–95 år, och männen var i genomsnitt två år yngre än kvinnorna (Tabell I). Männen hade i genomsnitt två dygn kortare vårdtid än kvinnorna men kortare tid till återinläggning. Huvudskälen till inläggning var sjukdomsrelaterade (89 procent), och för 11

■ sammanfattat

Antalet multisjuka äldre ökar i Sverige.

Direktinläggning av multisjuka äldre på medicinsk äldreavdelning är möjlig sedan november 2008.

Majoriteten av de svårast sjuka kan läggas in direkt, vilket kan vara en fördel för patienterna och sjukvården. Ytterligare studier behövs dock för att bekräfta detta.

TABELL 1. Kartläggning av 40 patienter med minst 5 vårdtillfällen på MÅVA under ett år, 1 oktober 2009 till och med 30 september 2010.

	Alla n = 40	Män n = 22	Kvinnor n = 18
Ålder, medel	84,4	83,4	85,2
Vårdtillfällen, antal	246	140	106
Direktinläggning, procent	86	88	82
Vårdtillfällen per år	6,2	6,4	5,9
Vårdtid/vårdtillfälle, dygn	8,0	7,0	9,3

procent var det antingen oro eller sociala faktorer som låg bakom. Dessa 11 procent motsvarar 194 vårddygn, vilket i sin tur motsvarar knappt en vårdplats. Dominerande diagnoser var hjärtsvikt/kronisk ischemisk hjärtsjukdom, KOL och infektioner, som svarade för ca 70 procent av vårdtillfallen. Hos männen dominerade hjärtsvikt (35 procent) och hos kvinnorna KOL (31 procent).

Vårdplanering skedde vid 48 vårdtillfällen, varav 43 gav upphov till åtgärd i form larm, hemtjänst (tillkomst av eller utökad), hemsjukvård, sk läkemedelsövertag, korttidsboende, särskilt boende eller växelvård. Efter utskrivning var tiden till återinläggning 27 dagar i genomsnitt, vilket var 6 dagar mindre än för hela gruppen. Majoriteten, 85 procent, bodde hemma i samband med inläggningen, och av dem var tre fjärdedelar ensamboende. Närmare 90 procent av inläggningarna skedde direkt och resten via akutmottagningen.

Fyra patienter, alla män, hade mindre än 10 dagar i genomsnitt mellan sina återinläggningar. De hade tillsammans 31 vårdtillfällen, varav 5 på grund av oro och 3 på grund av sociala faktorer. 40 procent avled under den studerade tidsperioden eller inom tre månader efter sista vårdtillfället.

DISKUSSION

Omhändertagandet av multisjuka äldre är en utmaning som kräver ett nära samarbete över vårdgränserna [1]. Majoriteten av inläggningarna i vår studie berodde på försämring av en kronisk invärtesmedicinsk sjukdom. Få patienter kommer från särskilda boenden, vilket tyder på att det finns ett strukturerat omhändertagande. Vårdplaneringen under vårdtiden minskade inte behovet av sjukhusvård, då tiden till återinläggning snarare minskade än ökade. Detta förmodas bero på ökad sjuklighet.

En viss andel av vårdtillfallen på MÅVA skedde inte via direktinläggning. Ett skäl kan vara att patienten ännu inte identifierats som MÅVA-patient och således inte haft möjlighet till direktinläggning. Ett annat kan vara att MÅVA-patienten vid telefonkontakt med MÅVA bedömdes ha varit i behov av specialiserad organspecifik vård, t.ex. kirurgisk, ortopedisk eller icke-kirurgisk specialitet. Om man på akuten inte fann att specialiserad vård behövdes kunde patienten överföras till MÅVA.

Liknande verksamheter i Sverige

Majoriteten av upprepade sjukhusinläggningar i vårt material med återkommande vårdtillfällen har kunnat ske via direktinläggning tack vare vårt nya arbetssätt och vår vårdstruktur på MÅVA. Liknande verksamheter med direktinläggning av äldre utan att passera akutmottagningen finns på flera håll i Sverige, varav flertalet som pilotprojekt. Utvärdering av direktinläggning av multisjuka äldre saknas till stor del i litteraturen, men några svenska exempel finns.

Efter personlig kontakt med nedanstående enheter och efter genomgång av litteraturen både nationellt och internatio-

nellt har vi funnit ett fåtal rapporter, t.ex. om NISSE-projektet vid Skånes universitetssjukhus i Malmö. Där har distriktsläkarna kunnat lägga in patienter direkt sedan 2005. I sin slutrapport har de sett bla att vårdtiden för de direktinlagda patienterna var tre dagar kortare än för kontrollgruppen, vilket tolkades bero bla på den snabbare vårdplaneringsprocessen och på att patienterna snabbare kom i säng på vårdavdelningen (»Slutrapport projekt NISSE 2006«).

På Sahlgrenska universitetssjukhusets geriatriska klinik i Göteborg finns sedan februari 2010 avdelningar där både distriktsläkare och ambulanspersonal under kontorstid, efter direktkontakt med ansvarig läkare, direkt kan lägga in patienter över 80 års ålder. Där har man i samarbetsprojektet Åldersstigen (»Åldersstigen – ett samarbetsprojekt till nytta för de äldre patienterna«) kunnat se att tiden det tar innan patienten får en vårdplats och träffat läkare har minskat med över fem timmar respektive en och en halv timme. Under hösten 2011 planeras en utvärdering.

Akutkliniken vid Skånes universitetssjukhus i Lund startade november 2010 ett samarbete med ambulanssjukvården och tre kommuner, där patienter identifieras av primärvård, kommunal hemsjukvård, ambulanssjukvård samt vid triagering på akutmottagningen till direktinläggning (»Triage – direktinläggning närsjukvård SUS Lund«). På akutgeriatriska kliniken i Kronobergs landsting etablerades 2007 ett mobilt akutteam bestående av läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut som gör hembesök och vid behov kan lägga in direkt. Distriktsläkarna har också möjlighet att kontakta detta team för diskussion om direktinläggning (»Hitta rätt i vården«). Där har man i en utvärdering efter 15 månader sett att 67 procent av de äldre som sökte akutmottagningen blev inlagda på vårdavdelning jämfört med endast 34 procent av dem som fick akut hembesök av mobila teamet (»Mobila teamet för äldre, en utvärdering av det mobila teamet i Växjö kommun«).

I Enköping kan patienter med recidiv av tidigare diagnostiserad sjukdom eller försämring av känd kronisk sjukdom, t.ex. KOL eller hjärtsvikt, och som vårdas på kommunalt boende läggas in direkt på vårdavdelning på lasarettet efter bedömning av primärvårdsläkare (»Lasarettet i Enköping inför direktinläggningar«). Där har man även kunnat erbjuda utvalda patienter med kända diagnoser sk VIP-kort, varefter patienten vid försämring kunnat kontakta sjuksköterska på avdelningen för direktinläggning. Ännu har man dock inte identifierat några VIP-patienter.

När det gäller patienturval, inläggningsindikation, åldersgräns, tid på dygnet och vem som initierar inläggningen varierar det mellan de olika enheterna. En gemensam drivkraft är att förbättra vården och omhändertagandet av multisjuka äldre som vid akut behov av medicinsk vård ska ges möjlighet till direktinläggning.

KONKLUSION

Vår studie visar att patientgruppen med upprepade vårdtillfällen är svårt sjuk och att nästan alla kan läggas in direkt på avdelningen utan att behöva gå omvägen via akutmottagningen. Detta kan medföra vinster för patienterna och sjukvården, vilket dock behöver bekräftas i nya studier.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Gurner U, Thorslund M. Helhets- syn behövs i vården av multisviktande äldre. Läkartidningen. 2001;98(21):2596-601.
2. Lundblad P, Åke Åkesson i Blekinge vill satsa på den samman-
- hållna sjukvården. Distriktsläkaren. 2009;(4):17-9.
3. Eklund-Grönberg A, Köhler M, Ekdahl A, et al. Bättre vård för multisjuka äldre. Läkartidningen. 2009;106(40):2512-3.