

Akut sjukhusvård för äldre på äldreboenden i Jönköpingstrakten

Bo Malmberg & Ann-Sofie Lundström

Meddelandeserien nr 15

Meddelandeserien nr 15

Akut sjukhusvård för äldre på äldreboenden i Jönköpingstrakten

Bo Malmberg & Ann-Sofie Lundström

Jönköping: Institutet för gerontologi, 2002

Förord

Vi vill i detta förord passa på att tacka de personer som gjort det möjligt att sammanställa vår rapport. Tack till Karin Wahlöö de Soto, Gunnel Folke och Berit Holmberg som är medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Jönköping och Mullsjö och som genom intresse och entusiasm introducerat undersökningen. Vi vill givetvis också tacka alla de kommunala sjuksköterskor som, under det dryga halvår som undersökningen pågick, såg till att enkäten fylldes i. Trots att det blev ytterligare ett papper! Förre överläkaren på medicinkliniken Sven Nilsson har hjälpt oss genom att kategorisera alla akutremitteringsorsaker och alla diagnoser som gavs på sjukhuset. Slutligen vill vi tacka Helene Rygert som dataregistrerat enkäterna åt oss.

Innehåll

Sammanfattning	3
Bakgrund	5
Syfte och tillvägagångssätt	7
Resultat	8
Diskussion	13
Referenser	18

Sammanfattning

Idén till denna studie baserar sig på en iakttagelse som en av författarna gjort under sin tjänstgöring som sjuksköterska, nämligen att flera personer som bodde i något äldreboende kom till sjukhus för vård trots att de hade åkommor som borde ha kunnat behandlas på boendet. Vi har genomfört en undersökning för att få en klarare bild över omfattning av och orsakerna till denna typ av akutremitteringar. Sjuksköterskorna på olika äldreboenden i Jönköpingstrakten fick besvara en enkät vid varje tillfälle någon skickades in till akutmottagningen. Enkäten kompletterades sedan, då den boende återkom från sjukhuset. Förutom bakgrundsfaktorer, som ålder, kön och äldreboende, registrerades datum och tid för remitteringen samt anledningen till sjukhusbesöket, om primärvårdens läkare tagit ställning till akutremitteringen, antingen per telefon eller genom hembesök. Då den boende återkom besvarades frågor om vilken diagnos man ställt på sjukhuset samt om vilken behandling som givits. Enkäten visar det faktiska flödet till akutsjukhuset och den eventuella läkarmedverkan som direkt föregått irremitteringen.

Under de sju månader som undersökningen pågick registrerades 212 akutremitteringar från 30 av de 41 äldreboenden som ingick i studien. Männerna var i medeltal strax över 80 år och kvinnorna knappt 84 år gamla. Av de som remitterades akut var 40 % män och följaktligen 60 % kvinnor. Jämfört med fördelningen på äldreboendena var männen överrepresenterade.

De flesta akuta remitteringarna skedde under "kontorstid" och sällan på helgerna. Det var betydligt fler som akutremitterades under dagtid och något fler under kvällstid än statistiskt förväntat. Kvinnor var överrepresenterade på dagtid och män på kvällstid. Remitteringarna till akutsjukvård var jämnt fördelade på vardagar, veckoslut och helgdagar, utan könsskillnader.

Primärvårdens läkare konsulterades i samma utsträckning på bekväm eller obekvämlig tid, oavsett om det var en man eller kvinna som akutremitterades. Det var främst i samband med andningsproblem och vid frakturer och luxationer som sjuksköterskan akutremitterade utan att först kontakta läkare. Medelvårdtiden på sjukhus för de akutremitterade var en knapp vecka. Sammantaget har åtgärderna medicingivning, medicinändring och inga åtgärder rapporterats för drygt 25 % av patienterna. Andelen "onödiga" akutremitteringar med de villkor som vi har ställt upp kan röra sig mellan 3 och 13 procent av de som akutremitteras.

Om detta skulle överföras till hela Ryhovs upptagningsområde kan det röra sig om mellan 20 och 100 onödiga akutremitteringar från äldreboendena under ett år. Det är möjligt att denna siffra kan påverkas av rutiner som gör det möjligt för läkare att i högre utsträckning besöka personer med akut sjukdom, t.ex. en organisation som ger tillgång till ambulansläkare som kan göra akututryckning från sjukhuset eller närmaste vårdcentral. En fjärdedel av de som behandlades med till synes banala insatser på sjukhuset hade blivit besökta av läkare före akutremitteringen. Detta tyder kanske på att det inte är självklart att ett läkarbesök helt kommer att eliminera problemet.

Bakgrund

För några år sedan genomförde Institutet för gerontologi en undersökning som riktade in sig på samspelet kring äldreboenden i länet mellan kommuner och landsting (Malmberg et al 1997). Undersökningen belyste då också problemet med läkarbrist inom äldreboendet. Det visade sig att det fanns en hel del äldreboenden som saknade läkare, som var fast knuten till verksamheten. Både de kommunala sjuksköterskorna ute i boendena och de läkare vi intervjuade var oroad över den medicinska kvaliteten på den vård som erbjöds. Genom att läkarna bara sporadiskt engagerade sig i verksamheten blev de mer beroende av sjuksköterskorna samtidigt som dessa ofta lämnades utan det stöd och den handledning som de tyckte de behövde.

Följden av att det inte fanns någon läkare som var fast knuten till verksamheten, var att det då, naturligtvis, inte heller fanns någon fast tid då man visste att läkare skulle vara tillgänglig. Detta fick till följd att om någon på ett äldreboende drabbades av någon akut åkomma valde sjuksköterskan oftare att sända personen till sjukhuset akut, hellre än att avvakta. Det är ju också mycket lättare att avvakta, eller att motivera den äldre till att vilja avvakta, om han eller hon vet att läkaren kommer till boendet inom någon dag. Ett resultat av undersökningen blev att fast läkarmedverkan vid fasta tider organiserades på alla äldreboenden i länet.

I en serie studier, i Socialstyrelsen regi, har man försökt klarlägga äldres utnyttjande av sjukhusvård (Socialstyrelsen 1994). En av de delstudier som ingår behandlar onödiga intagningar och alltför tidiga utskrivningar som ett problem i den internmedicinska verksamheten. Man konstaterar här att mycket få inskrivningar, (omkring 0,5 %) görs av huvudsakligen sociala skäl. I ytterligare 6 % av fallen borde patienten kunnat vårdats någon annanstans om det funnits medicinska resurser där. Det är oklart hur många av dessa som skrivs in från äldreboenden. Det finns inget i underlaget som tyder på att brister i medicinsk tillsyn och omvårdnad inom det särskilda boendet skulle vara orsak till snabba återinläggningar vid sjukhusen, skriver man i rapporten. Inskrivningarna från det särskilda boendet följer tämligen väl andelen som finns i boendeformen, vilket snarast är överraskande lågt eftersom många som bor inom det särskilda boendet har betydande hälsoproblem. Det är möjligt att dessa uppgifter inte har ändrats i någon större utsträckning de senaste åren.

Diskussionen kring läkarmedverkan i äldreomsorgen och akutsjukvård för äldre inom äldreboendena fortsätter under alla omständigheter. I Smålandsposten kunde man den 11 december 2001 t.ex. läsa om en 84-årig kvinna på ett äldreboende i Lidköping som under våren det året hade nekats ambulanstransport när hon brutit lårbenshalsen. Personalen hade fått order om att inte ringa på ambulans för att inte "allt" skulle hamna på akuten (Smålandsposten 20011211). Och samma dag står det i Metro Stockholm att medicinskt ansvariga sjuksköterskor i södra Sverige uppger att endast 14 % av de boende på 519 sjukhem eller motsvarande har garanterad tillgång till akutläkare (Metro Stockholm 20011211).

Trots detta använder naturligtvis personer som bor på äldreboenden fortfarande akutsjukvården. Ingen ifrågasätter heller denna vårdform, men däremot diskuteras om vårdformen överutnyttjas eller kanske används på ett felaktigt sätt. Det kan dels röra sig om flödesdiskussioner på vårdadministrativ nivå, där det finns en kontinuerlig diskussion mellan Kommun- och Landstingsförbunden (Läkartidningen 2002), dels om vårdpersonal som uppfattar akutsjukhuset som en olämplig vårdmiljö för skröpliga äldre.

Idén till den studie som presenteras här är sprungen ur en före detta akutsjuksköterskas frustration över att tvingas skicka åldringar med relativt lindriga åkommor till sjukhusets akutmottagning. Frågan var, kunde några av besöken ha undvikits om distriktsläkarna i större utsträckning kunnat göra hembesök med kort varsel på äldreboendet? För den som är gammal och sjuk utgör varken ambulansen eller akutmottagningens väntrum någon idealisk miljö. Risken för att förvirringstillstånd uppstår ökar, inte bara på grund av sjukdomen utan även på grund av miljöombytet. Det borde vara både kostnadseffektivt och innebära en bättre vårdkvalitet att ge ökade möjligheter till diagnos och behandling i det särskilda boendet.

För att undersöka i vilken utsträckning boende inom äldreomsorgen använde slutenvården vid akuta sjukdomstillstånd, startades i februari 2000 en undersökning vid ett antal äldreboenden inom Länsjukhuset Ryhovs upptagningsområde. I studien ingår Gränna, Habo, Huskvarna, Jönköping och Mullsjö.

Syfte och tillvägagångssätt

Läkare på vårdcentralerna för de regelbundna besöken på samtliga äldreboenden som ingår i undersökningen. I regel är det fråga om att läkare finns på boendet en gång i veckan under någon eller några timmar. Det finns då möjlighet för de boende som så önskar att få kontakt med läkaren. Det kan också vara sjuksköterskan som bedömt att det finns ett behov och initierat läkarkontakten.

Jourorganisationen skiljer sig däremot åt: I Gränna, Huskvarna och Jönköping finns vardagar efter klockan 17 samt lördag, söndag och övriga helgdagar, en jourläkare att tillgå främst för telefonrådgivning. Möjligheten för denne att göra akuta hembesök är liten eftersom upptagningsområdet är stort. Habo och Mullsjös distriktsläkare har egen jourverksamhet. I båda kommunerna har vårdcentralen öppen mottagning två timmar lördag, söndag och annan helgdag. Under den period som undersökningen genomfördes, ansvarade Habos distriktsläkare för juren övrig tid. Både i Habo, Mullsjö och Gränna ligger vårdcentralerna mycket nära äldreboendena.

Syftet med undersökningen är att belysa den akuta remitteringen från äldreboenden. Sjuksköterskorna på de olika äldreboendena fick besvara en enkät vid varje tillfälle någon av de boende skickades in till akutmottagningen. Enkäten kompletterades sedan då den boende återkom från sjukhuset. Förutom bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön och boende bestod enkäten av frågor som gällde datum och tid för remitteringen samt sjuksköterskans bedömning av anledningen till sjukhusbesöket samt om primärvårdens läkare tagit ställning till akutremitteringen, antingen per telefon eller genom hembesök. Då den boende återkom besvarades frågor om vilken diagnos man ställt på sjukhuset och om vilken behandling som givits. Uppgifterna om sjukhusdiagnos och behandling togs från den omvårdnadsepikris som i princip alltid följer med den boende när han eller hon återkommer till vårdboendet.

Datansamlingen pågick under år 2000 fr.o.m. februari t.o.m. augusti. Undersökningen genomfördes av medicinskt ansvariga sjuksköterskor i Habo, Mullsjö och Jönköping. I Habo och Mullsjö ingick alla äldreboenden i undersökningen. I Jönköping medverkade alla äldreboenden i östra Jönköping, Huskvarna och Gränna (centrala och östra socialdistrikten) och ett boende vardera från södra och västra socialdistrikten. Totalt omfattade undersökningen 41 äldreboenden och flyttningar från 30 boenden kom att registreras. Undersökningen omfattar 212 akutremitteringar. Det är relativt få blanketter ifyllda under februari och mars, totalt 14 %, när det borde vara uppemot 30 %. Det är särskilt få under februari vilket tyder på att det tagit en viss tid innan blanketterna fyllts i systematiskt. Det är de medicinskt ansvariga sjuksköterskornas upplevelse att de boenden som medverkade verkligen fyllde i blanketten då en akut remittering var aktuell, men det har uppenbarligen varit en viss startsträcka.

Det är bara de akutremitteringar som faktiskt genomförts som registrerats. Vi har inga uppgifter i de fall hembesök eller telefonkonsultationer som gjorts av distriktsläkare lett till att remittering till akutmottagning inte har behövts. Undersökningsresultaten kan därmed endast visa på i vilken mån läkarmedverkan skett i de fall sjukhusvård varit aktuell.

Relevant statistisk bearbetning har gjorts. När det sägs att det finns skillnader är de signifikansberäknade och räknas som statistiskt signifikanta om sannolikheten att de uppkommit av ren slump är mindre än en gång av tjugo ($p < 0,05$).

Resultat

De som sändes iväg för akutsjukvård hade en medelålder på strax över 82 år. Den äldsta var över 100 och den yngsta mellan 50 och 60 år. Männerna var i medeltal strax över 80 och kvinnorna knappt 84 år gamla. Medelåldern bland personer som bodde på äldreboende i Jönköpings kommun den 1/6 2000, mitt i vår mätperiod, var drygt 83 för männen och knappt 86 för kvinnorna. Det tycks alltså som om de personer som sändes akut till sjukhuset ofta var något yngre än de boende totalt, men detta går inte att beräkna statistiskt med de uppgifter som vi har tillgång till.

Av de som remitterades akut var 40 % män. Av de som bodde i äldreboendena i Jönköpings kommun den 1/6 2000 var 29 % män. Detta innebär att männen var överrepresenterade bland de som remitterades akut till sjukvården från äldreboendena under undersökningsperioden.

Majoriteten (56 %) av alla som remitterades från äldreboendena för akutsjukvård gjorde det på dagtid (08.00-16.59). Det var 28 % som åkte iväg mellan 17.00 och 21.59 och resterande 16 % åkte iväg från äldreboendet under natten (22.00-07.59). Detta innebär att det i realiteten var betydligt fler som akutremitterades under dagtid och något fler under kvällstid än vad det statistiskt sett borde vara, samtidigt som betydligt färre åkte iväg under natten. Det finns en könsskillnad här; kvinnorna var överrepresenterade dagtid medan männen var överrepresenterade under kvällstid. Under natten akutremitterades män och kvinnor i samma låga utsträckning. Om man räknar kvälls- och natttid tillsammans som obekvämtid är det förhållandevis färre som åker iväg under denna tid än vad man kan förvänta sig om flödena till akutsjukvård vore jämnt fördelade över dygnets timmar.

Av akutremitteringarna skedde 70 % på vardagar, 16 % på lördagar och 10 % på söndagar. Resterande 4 % skedde på helgdag (3 %) eller dag före helgdag (1 %). Detta innebär att remitteringarna till akutsjukvård var jämnt fördelade på veckodagarna. Det fanns heller inga könsskillnader i akutremitteringarna efter veckodag.

Primärvårdsläkare kontaktades i 63 % av akutremitteringarna. Av dessa kontakter ledde endast 17 % till ett hembesök. Det betyder alltså att 83 %, eller 176 patienter av 212, sändes in till akutmottagningen utan att först ha undersökts av distriktsläkare. Läkare konsulterades i samma utsträckning vid olika tidpunkter på dygnet d.v.s. dag, kväll eller natt. Det var alltså inte så att läkare konsulterades mindre ofta på obekväma tider. Det var t.o.m. så att läkare gjorde hembesök, alltså inte bara telefonkonsulterades, proportionellt lika ofta under kvällar och nätter som under dagtid bland de som faktiskt akutremitterades. Det fanns heller inga skillnader mellan könen i dessa avseenden; läkarna konsulterades i samma utsträckning, på bekväm eller obekvämtid oavsett om det var en man eller kvinna som akutremitterades.

De allra flesta hade ett s.k. kontaktblad med sig till sjukhuset när de lämnade äldreboendet. Av alla akutremitterade var det 86 % som hade kontaktblad med sig och bland de för vilka det finns uppgift 92 %.

Tabell 1. Orsaker till akutremittering och sjukhusdiagnoser för de som akutremitterats.

	Remitteringsorsak			Sjukhusdiagnoser		
	1a diagnos	Inklusive 2a diagnos	%	1a diagnos	Inklusive 2a diagnos	%
Infektion	18	18	8,2	15	15	7,6
Malignitet	2	2	0,9	1	1	0,5
Diabetes/vätskebalans	12	13	5,9	7	8	4,0
Anemi	3	4	1,8	3	3	1,5
Respiration	10	10	4,6	7	7	3,5
Hjärta	21	23	10,5	19	22	11,1
Blodkärl	8	8	3,7	3	3	1,5
Hjärncirkulation	15	17	7,8	12	13	6,6
Urinvägar	8	8	3,7	11	13	6,6
Mage/tarm	27	27	12,3	16	16	8,1
Hud	9	9	4,1	8	8	4,0
Rygg/leder	5	6	2,7	2	3	1,5
Fraktur/luxation	56	56	25,6	45	45	22,8
Neurologi	4	4	1,8	3	3	1,5
Psyke	7	7	3,2	3	3	1,5
Övrigt	7	7	3,2	35	35	17,7
TOTALT	212	219	100,0	190	198	100,0

Det finns en angiven orsak till akutremitteringen antecknad för alla de 212 personerna som remitterades från äldreboendena under undersökningsperioden. För någon enstaka finns två remitteringsorsaker uppgivna. Totalt har 59 olika remitteringsorsaker redovisats. Det blir svårt att få någon riktig överblick med denna detaljnivå så vi har valt att redovisa lite mer övergripande i 16 diagnosgrupperingar. Samma grupperingar har använts för sjukhusdiagnoserna. Av de 22 som saknar uppgift om diagnos från sjukhuset har 7 avlidit och det är 14 som inte kommit tillbaka till det äldreboende som de akutremitteras från, varför uppgiften om den diagnos som givits på sjukhuset inte registrerats. Det saknas bara uppgift om sjukhusdiagnos för en person som kommit tillbaka till boendet.

Överensstämmelsen mellan de orsaker som uppgivits till akutremitteringarna och de diagnoser som satts på sjukhuset är hög. Riktigt stor differens finns främst i diagnosgruppen ”övrigt” som vi fått använda i betydligt större utsträckning för sjukhusdiagnoserna. Det gäller här främst sjukhusdiagnostiseringar som mest liknar behandlingsinsatser, t.ex. medicin-förändringar och observation. En korstabulering visar att diagnostiseringen på boendena och på sjukhuset överensstämmer till 72 %.

Det finns inga könsskillnader i diagnoserna, d.v.s. män och kvinnor har diagnostiserats med ungefär samma sjukdomar både på äldreboendet och på sjukhuset. Diagnoserna ser inte heller olika ut över dygnet. Däremot finns det ett tydligt samband mellan diagnoserna och om läkare blivit kontaktad eller ej. Som tidigare nämnts kontaktades läkare vid 63 % av akutremitte-

ringarna och resten sändes akut till sjukhuset utan läkarkonsultation. Det är främst i samband med andningsproblem och vid misstanke på frakturer och luxationer som sjuksköterskan akutremitterar utan att först kontakta läkare. Om man ser till sjukhusdiagnoserna är också urinvägsproblem en diagnos som ofta leder till att man kommer akut till sjukhuset utan att läkare har konsulterats.

Medelvårdtiden på sjukhuset för de som akutremitterades var 6,4 dagar, med stor variation kring denna medelvårdtid, från de som återkom samma dag (21 %) till den enstaka person som återvände till sitt boende efter 78 dygn.

Tabell 2. Vårdtiden för de akutremitterade.

			%
Åter samma dag	36		20,8
Åter inom ett dygn	59	+23	13,3
Åter inom en vecka	120	+61	35,2
Åter inom fjorton dagar	153	+33	19,1
Åter efter mer än fjorton dagar	173	+20	11,6
TOTALT	173		100,0

Vi kan beräkna vårdtid för 173 personer. Det är främst uppgiften på när man återkommit till boendet som saknas. Tyvärr saknar blanketten uppgift om den akutremitterade avlidit på sjukhuset. Men en kontroll i efterhand visar att det är 21 som har avlidit på sjukhuset (eller åtminstone under undersökningsperioden utan uppgift om återkomstdatum). Förutom rent bortfall på frågan fanns det eventuellt några som vistades på sjukhuset när undersökningen avslutades. Det sista registrerade återkomstdatumet var 2000-09-26 då en person vilken akutremitterades 2000-08-30 återkom efter en operation.

Det var alltså 34 % som kunde återvända till sitt boende samma eller nästkommande dag. Det bör i första hand vara bland dessa som vi kan tänka oss finna personer som möjligen akutremitterats i onödan. Av de 59 personer som stannade över natt eller kom hem samma dag akutremitterades 40 under dagtid. Det var förhållandevis få som akutremitteras kvällstid (8 personer) och särskilt nattetid (7 personer). Av de som stannade på sjukhuset högst ett dygn var männen överrepresenterade i samma utsträckning som totalt bland de akutremitterade. Av de 59 personerna hade primärvårdsläkare besökt nio. Av dessa nio hade de flesta remitterats med en diagnos som hade med hjärta och kärl att göra, men det finns också ett par luxationer och en person som främst hade psykiska problem. I ytterligare 29 fall hade läkare konsulterats, men enbart per telefon. Av dessa 29 var det 10 som sändes iväg med misstanke om fraktur eller luxation och sju med hjärt-kärlproblematik. Bland de som akutremitterades utan att någon läkare över huvud taget konsulterats var misstänkt fraktur eller luxation vanligast bland diagnoserna och gällde mer än hälften.

Naturligtvis har också de åtgärder som vidtagits på sjukhuset största betydelse för en bedömning av vad som kan tänkas vara en "onödig" remittering. Registrerade åtgärder framgår av Tabell 3. Några av patienterna har fått mer än en behandling varför summan av behand-

lingarna överstiger antalet patienter. Uppgifter om vilka åtgärder som vidtagits på sjukhuset saknas för 46 personer.

Tabell 3. Sjukhusbehandlingar för de akutremitterade personerna.

		% av behandl	% av patienter
Operation	27	11,0	12,7
Suturer	11	4,5	5,2
Blodtransfusion	10	4,1	4,7
Syrgasbehandling	13	5,3	6,1
Förbandsläggning	11	4,5	5,2
Medicinändringar	48	19,6	22,6
Medicingivning (ofta antibiotika)	61	24,9	28,8
Kateterändringar	7	2,9	3,3
Skopier	4	1,6	1,9
Röntgen	22	9,0	10,4
Reponering	2	0,8	0,9
Provtagning	6	2,4	2,8
Mobilisering	10	4,1	4,7
Apparatrengöring	1	0,4	0,5
Övriga åtgärder	12	4,9	5,7
Inga åtgärder vidtagna	(6)		(2,8)
Ingen uppgift	(46)		(21,7)
TOTALT	245	100	115,6

Den eller de behandlingar som man utfört på sjukhuset ger också ledning för ett resonemang kring om och i vilken utsträckning akutremitteringarna varit nödvändiga. Bland de akutremitterade finns det 6 personer för vilka det klart anges att de inte fått någon behandling alls. Av dessa var det i sin tur 4 personer som återkom till äldreboendet samma dag eller dagen efter. Det var bara en av de 4 som akutremitterades utan att läkare konsulterats. De 2 som inte kom tillbaka till äldreboendet inom en dag kom istället hem efter tre respektive åtta dagar.

Bland behandlingsinsatserna är kanske medicingivning den som i första hand förefaller vara möjlig att ordna, utan att man skall behöva åka till sjukhuset akut. Detta gäller 61 – eller 25 % – av behandlingarna och är alltså en ganska vanlig åtgärd. Om man tittar lite närmare på de 61 fallen är det 28 som enbart har medicinering som behandling. Hos 7 av dessa har läkare gjort hembesök och telefonkonsultation har gjorts i 10 fall. I de återstående 9 fallen har den akutremitterade åkt till sjukhuset utan att någon läkare kontaktats. Bland dessa 9 var det en person som haft hudproblem och som kom hem från sjukhuset samma dag. Övriga 8 stannade på sjukhuset under minst två nätter. För de 9 personer där läkare inte kontaktats före sjukhusbesöket var medelvårdtiden 4,5 dygn.

Medicinändring är ytterligare en behandlingsåtgärd som ofta bör vara möjlig att genomföra utan akutremittering till sjukhus. Sammantaget har åtgärderna medicingivning, medicinändring och inga åtgärder rapporterats för 63 patienter. Dessa patienter genererade 385 vård dagar.

Medelvårdtiden var 6,2 dagar. Drygt hälften av patienterna, 55 %, hade en vårdtid på fyra dagar eller mindre och 23 % återvände till äldreboendet samma dag eller dagen efter.

Av de 63 akutremitterade som enbart fick någon av ovanstående behandlingar finns det uppgift på om läkarkontakt togs eller inte före remitteringen för 60 personer. Av dessa hade 31 % ingen läkarkontakt före akutremitteringen, 42 % hade endast telefonkontakt medan läkare besökte 27 %, eller 16 patienter innan de sändes iväg till sjukhus.

Diskussion

Idén till denna studie baserar sig på en upplevelse av att många äldre, som bor på äldreboenden, kommer in akut till sjukhus med sådana åkommor som borde kunna behandlas på boendet. Ingen ifrågasätter att akutsjukvård behövs också för personer som bor i äldreboenden, men däremot diskuteras om vårdformen används felaktigt i ett eller annat avseende. Det borde vara både kostnadseffektivt och innebära en bättre vårdkvalitet om man kan ge ökade möjligheter till diagnos och behandling direkt ute i det särskilda boendet.

För att få en preliminär uppfattning om akutremitteringarnas när, var, hur i Jönköpingstrakten har en enkätundersökning genomförts. Sjuksköterskorna på de olika äldreboendena fick besvara en enkät varje gång någon av de boende remitterades till akutmottagningen. Förutom bakgrundsfaktorer såsom ålder, kön och boende bestod enkäten av frågor som gällde datum och tid för remitteringen, orsaken till remitteringen samt om primärvårdens läkare tagit ställning, antingen per telefon eller genom hembesök. Enkäten kompletterades sedan då den boende återkom från sjukhuset med hjälp av omvårdnadsepikrisen från sjukhuset som gav sjuksköterskan på äldreboendet möjlighet att besvara frågor om vilken diagnos som ställts på sjukhuset och vilken behandling som man givit där.

Vi vill gärna göra läsaren uppmärksam på att vi här uttalar oss om läkarkonsultationer för de som faktiskt remitterades. Enkäten säger bara något om det faktiska flödet men skildrar inte primärvårdsläkarnas insatser förutom i de fall då akut sjukhusvård blivit aktuellt.

De drygt 200 personerna som akutremitterades under undersökningsperioden hade en medelålder på strax över 82 år. Av de som remitterades akut var 40 % män och följaktligen 60% kvinnor vilket innebär att männen var överrepresenterade. Det är möjligt att tolka detta som att män och kvinnor behandlas olika, också högt upp i åldrarna. Den alternativa förklaringen att diagnoserna skiljer sig åt får inget stöd i undersökningen, men naturligtvis kan sjukdomsbilden uttryckas olika trots likvärdiga diagnoser.

Det verkar finnas en föreställning om att de flesta akuta remitteringarna sker på obekväma tider och ofta på helgerna. Det är möjligt att kontrollera sådana föreställningar i det insamlade materialet. Resultaten visar att det är betydligt fler som akutremitterades under dagtid och något fler under kvällstid jämfört med ett helt jämnt flöde. Om man räknar kvälls- och natttid tillsammans som obekväma tid var det förhållandevis färre som åkte iväg under denna tid än vad man kan förvänta sig om akutremitteringarna vore jämnt fördelade över dygnets timmar. Om man resonerar på samma sätt när det gäller veckodagar, visar det sig att man remitterades till akutsjukvård jämnt fördelat på vardagar, veckoslut och helgdagar. Det finns heller inga könsskillnader i akutremitteringarna sorterade på de olika typerna av veckodagar.

Jourläkare hade kontaktats vid 63 % av akutremitteringarna. Telefonkonsultation var betydligt vanligare än ett direkt hembesök i äldreboendet. Endast i 17 % av fallen hade en läkare tagit ställning efter att genom hembesök ha bedömt behovet av sjukhusvård. Det betyder alltså att 83 %, eller 176 patienter av 212, sändes in till akutmottagningen utan att först ha undersökts av distriktsläkare. Naturligtvis kan en del av telefonkonsultationerna röra välkända problem bland välkända pensionärer på äldreboendena och i så fall vara ett nästan fullgott alternativ men ofta är patienter och problem mindre välkända för läkaren.

De diagnoser och behandlingsinsatser som man givit på sjukhuset framgår av den omvårdnadsepikris som den boende har med sig från sjukhuset när han eller hon återvänder till sitt vårdboende. Någon vecka efter återkomsten kompletteras omvårdnadsepikrisen med en medicinsk epikris. Det finns, som nämnts, inga könsskillnader i diagnoserna, det vill säga män och kvinnor har fått likartade diagnoser både på äldreboendet och på sjukhuset. Diagnoserna ser inte heller olika ut över dygnet. Det är alltså inte olika diagnoser bland de som akutremitteras på bekväm eller obekvämtid. Detta gäller både de preliminära diagnoser man satt på äldreboendet och de diagnoser som satts på sjukhuset. Över huvud taget finns det stor överensstämmelse mellan remitteringsorsakerna och de diagnoser som ställts på sjukhuset.

Det finns ett tydligt samband mellan diagnoserna och om läkare blivit kontaktad eller ej. Det är främst i samband med andningsproblem och vid frakturer och luxationer som sjuksköterskan akutremitterar utan att först kontakta läkare. Detta förefaller naturligtvis helt rimligt. I samband med andningssvårigheter är uppenbart läget många gånger direkt akut. Värt att notera är också att de som remitterats med misstanke om fraktur eller luxation är jämnt fördelade över dygnet.

Medelvårdtiden för de som akutremitterades var en knapp vecka. Det var 34 % som kunde återvända från sjukhuset samma eller nästkommande dag. Det bör i första hand vara bland dessa som vi kan tänka oss finna personer som möjligen akutremitterats i onödan. Vi bortser då från möjligheten att akutremitteringen i sig själv lett till ett ökat vårdbehov. Det vill säga det kan naturligtvis finnas akutremitteringar som eventuellt varit onödiga men där den akutremitterade i samband med sjukhusbesöket utvecklats till exempel ett förvirringstillstånd som krävt en behandlingstid på mer än ett dygn.

Av de 59 personer som stannade över natt eller kom hem samma dag hade läkare besökt nio i samband med akutremitteringen. För hälften av de som vistades på sjukhuset högst ett dygn hade läkare konsulterats men då bara via telefon. En tredjedel av dessa patienter där telefonkonsultationer gjorts, sändes iväg med misstanke om fraktur eller luxation och en fjärdedel med hjärt-kärlproblematik. Bland de som akutremitterades utan att någon läkare konsulterats var misstänkt fraktur eller luxation vanligast bland diagnoserna.

Urinvägsinfektioner var, enligt den preliminära bedömningen på äldreboendena, orsaken till att 8 patienter åkte till sjukhus. Enligt sjukhusdiagnoserna var det 11 som hade urinvägsinfektion som enda diagnos. Även om urinvägsinfektioner i sällsynta fall kan leda till direkt livshotande tillstånd, finns det anledning att fundera över varför urinvägsinfektionerna inte kunde behandlas på boendena, särskilt med tanke på att distriktsläkare inte kontaktats i flera av dessa fall.

Naturligtvis har det också största betydelse, för att försöka bedöma om någon akutremittering eventuellt varit onödig, att väga in vilka åtgärder som vidtagits på sjukhuset. Bland de akutremitterade finns det sex personer för vilka det klart anges att de inte fått någon behandling. Av dessa var det i sin tur fyra personer som återkom till boendet samma dag eller dagen efter. Det var bara en av de fyra som akutremitterades utan att läkare konsulterats. De två som inte kom tillbaka till äldreboendet inom en dag kom istället hem efter tre respektive åtta dagar, utan att någon behandling hade genomförts.

Bland behandlingsinsatserna är kanske medicingivning den som i första hand förefaller vara möjlig att ordna utan att man skall behöva åka till sjukhuset akut. Detta gäller 25 % av de genomförda behandlingarna och är alltså en ganska vanlig åtgärd. Om man tittar lite närmre

på dessa 61 fall finner man att det bara är 28 som har medicinering som enda behandling. Av dessa 28 personer saknas det uppgift om läkarkontakt för två av patienterna. Av de övriga 26 fallen har sjuksköterskan vid tio tillfällen konsulterat distriktsläkare per telefon och vid ytterligare sju tillfällen har läkaren gjort ett personligt besök. I de återstående nio fallen har den akutremitterade åkt till sjukhuset utan att någon läkare kontaktats. Bland dessa nio var det en person som kom hem från sjukhuset samma dag, övriga åtta stannade på sjukhuset under minst två nätter. För de nio personerna var medelvårdtiden 4,5 dygn.

Medicinändring är ytterligare en behandlingsåtgärd som ofta bör vara möjlig att genomföra utan akutremittering till sjukhus. Sammantaget har åtgärderna medicingivning, medicinändring och inga åtgärder rapporterats för 63 patienter. Dessa patienter genererade 385 vård dagar, mer än ett "vårdår", eftersom medelvårdtiden var drygt sex dygn. Drygt hälften av patienterna, 55 %, hade en vårdtid på fyra dygn eller mindre och 23 % återvände samma dag eller dagen efter tillbaka till äldreboendet. Det är alltså ganska vanligt med kort eller relativt kort vårdtid för de som akutremitteras och sedan får sådan hjälp som tycks vara möjlig att ge redan i boendena. Å andra sidan kom nästan hälften av de som fått sådana vårdinsatser att stanna kvar på sjukhuset fem dagar eller mer, vilket kanske kan ses som ett tecken på att problemet som man ställts inför på boendet inte varit så banalt.

Av de akutremitterade som behandlades med medicingivning, medicinändring eller som inte fick någon behandling alls, finns det uppgift på om läkarkontakt tagits eller inte före remitteringen för 60 personer. Av dessa hade ingen läkarkontakt tagits före akutremitteringen i 31 % av fallen, 42 % hade endast telefonkontakt medan läkare besökte 27 % innan de sändes iväg till sjukhus. Medelvårdtiden för de som fått läkarbesök innan de akutremitterades är uppemot åtta dygn medan de som remitterats utan läkarkontakt eller telefonkontakt enbart har en medelvårdtid på knappt sex dygn. Skillnaden är inte signifikant och i realiteten är det lika många som bland de som blivit besökta av läkare som stannar kort tid på sjukhuset som bland de som inte blivit besökta.

Det finns naturligtvis en mängd olika kriterier som är möjliga att använda för att resonera kring i vilken utsträckning någon akutremittering kan tänkas ha skett i onödan. Det allra enklaste hade kanske varit om en sådan skattning hade genomförts direkt på enkäten. Det finns som vi sett en mängd möjligheter att diskutera om akutremitteringen varit onödig i ett eller annat avseende också med utgångspunkt från de uppgifter som faktiskt registrerats. Det kan t.ex. röra sig om akut remittering utan föregående läkarbesök, "banala" behandlings-insatser i form av medicingivning eller medicinförändring alternativt ingen behandling, samt en vårdtid på högst fyra dygn. Skall man uppfylla alla dessa tre krav, är det endast 23 personer som akutremitterats i "onödan". Anser man att man skall ha varit på sjukhus högst ett dygn för att akutremitteringen skall anses vara onödig och med övriga villkor uppfyllda, är det bara fem personer som har akutremitterats i onödan. Det vill säga andelen onödiga akutremitteringar med de villkor som vi har ställt upp, kan röra sig mellan 3 % och 13 % av de som akutremitterats.

Uppföljningen har omfattat ungefär halva Ryhovs upptagningsområde under ungefär ett halvt år och man kan därför tänka sig att cirka en fjärdedel av ett års akutremitteringar från äldreboendena fångats upp i undersökningen. Detta innebär alltså att det totalt kan röra sig om mellan 20 och 100 onödiga akutremitteringar under ett år i Ryhovs upptagningsområde. Med andra kriterier på vad som kan tänkas känneteckna en "onödig" akutremittering kan man naturligtvis komma fram till en helt annan skattning av antalet. Det är förstas också möjligt att siffran kan påverkas av rutiner som underlättar för läkare att i högre utsträckning besöka personer med akut sjukdom på äldreboendena. Detta skulle kunna ske genom till exempel en

organisation med en ambulerande läkare som kan göra akuttryckning från sjukhuset eller närmaste vårdcentral.

Vi har i denna undersökning inte möjlighet att se hur många akutremitteringar som kan hindras genom läkarbesök eller telefonkonsultationer. Ett faktum är att personer som akutremitterats efter telefonkonsultation genomgående liknar personer som sänts iväg utan att läkare över huvud taget varit inblandad, något som vi tolkar som att telefonkonsultation inte är någon direkt framkomlig väg för att minska de "onödiga" akutremitteringarna. En orsak till att telefonkonsultationer inte ser ut att ge någon större effekt, kan också vara att jourläkaren inte har tillgång till patientens journal. Detta begränsar naturligtvis ytterligare möjligheten till att göra en medicinsk bedömning. Det är också ett faktum att 25 % av de som behandlades med "banala" insatser på sjukhuset hade blivit besökta av läkare före akutremitteringen. Detta tyder kanske på att det inte är självklart att ett läkarbesök helt kommer att eliminera problemet. De undersöknings- och behandlingsmöjligheter som finns nära till hands på sjukhuset kanske också gör att man ibland vågar avvakta, något som i vårt material kan te sig som inaktivitet.

Till resonemanget om det är motiverat att patienter akutremitterats och där behandlingen bestått i medicingivning eller medicinförändringar, ska föras att kommunens resurser vid behov av snabba medicinförändringar är begränsad. De läkemedelsförråd som finns på äldreboendena innehåller enbart några av de vanligast förekommande läkemedlen. Övriga läkemedel måste förskrivas personligt och hämtas på apotek, något som ju inte är möjligt då ett akut behov uppstår nattetid när apoteken är stängda. Dessutom kan medicinförändringar ibland behöva täta uppföljningar av läkare vilket kanske inte är förenligt med distriktsläkarnas arbetsorganisation.

Ett annat område som bör diskuteras är hur mycket sjukvårdande insatser kommunerna ska och vill erbjuda. Detta är både en fråga om vem som ska betala – primärvården, akutsjukhuset eller kommunen – och en fråga om vilken vårdform som är den optimala. Här måste hänsyn tas både till det medicinska och till det psykologiska omhändertagandet. Fler och sjukare äldre på boendena innebär också en ökad belastning, inte enbart på distriktsläkare och sjuksköterskor utan även på vårdpersonalen. Det innebär att det krävs samsyn, både mellan beslutsfattare, på chefsnivå och mellan olika personalkategorier, angående hur mycket sjukvårdsinsatser som ska utföras på boendena.

Undersökningen säger inte något om hur en framgångsrik intervention ute i boendena kan minska behovet av akutsjukvård. Det är under alla omständigheter omöjligt att göra en enkel uppföljning med en komplicerad design. Vi kan t.ex. se att akutremitteringarna skiljer sig mycket åt mellan olika boenden, men avstår från att redovisa dessa uppgifter eftersom de inte är möjliga att tolka. Även om vi vetat i vilken utsträckning akuta insatser av distriktsläkare gjort att remitteringar inte blivit nödvändiga skulle detta vara svårtolkat. Det finns boenden där man genom en mycket noggrann vårdplanering inte behöver läkarmedverkan vid själva remitteringen eftersom man redan planerat vilka åtgärder som kan och bör genomföras vid en mängd olika händelser. Det vore därför intressant att studera skillnader i arbetssätt på boenden med ett större antal remitteringar till akutsjukhus jämfört med de boenden varifrån ett fåtal remitteras. Ett annat angreppssätt vore att undersöka i vilken mån akutremitteringarna, och kanske även behovet av akuta åtgärder av distriktsläkare, skiljer sig åt mellan boenden där ordinarie distriktsläkare deltar i vårdplaneringar jämfört med där så inte sker. Det vore också intressant att se vilka akuta konsultationer som distriktsläkarna utför där detta leder till att undersökning och behandling kan genomföras på äldreboendet.

De preliminära diagnoser som ställdes på boendena visade en överensstämmelse med sjukhusdiagnoserna på 72 %. Med tanke på de ytterst begränsade undersökningsmöjligheter som finns på äldreboendena måste detta anses vara en mycket hög siffra. Detta kan tolkas som att sjukvårdskompetensen inom äldreomsorgen är god. För sjuksköterskorna i äldreboendena är det med all sannolikhet dock många gånger svårt att avstå från möjligheten att skicka en sjuk åldring till sjukhuset. Om man är tveksam, och inte har möjlighet att på plats få en bedömning av en läkare, kan det upplevas säkrare att skicka in patienten till sjukhus.

Referenser

Malmberg, B., Gustafsson, G. & Ernst, M. (1997). *Äldre mellan två stolar? Äldreomsorg och äldrevård i gränslandet mellan landstingets och kommunernas ansvarsområden i Jönköpings län*. Jönköping: Rapport nr 78 från Institutet för gerontologi, 1997.

Metro Stockholm 2001-12-11. TT, sid 2.

Socialstyrelsen (1994). Fullbelagt – om äldre på sjukhus. Stockholm: Socialstyrelsen 1994:12.

Smålandsposten 2001-12-11. Smålandsposten, www.smp.se, 2001-12-11.

Wahren, R (2002). Samarbete med problem. (ledare). *Läkartidningen*, vol 99, sid. 241.