

Invärtes medicin inför 1980-talet

Carl-David Agardh

Ann Beijersten

Anders Gustafson

Ett begränsat patientmaterial, bestående av 79 konsekutiva patienter inlagda i slutna vård på en invärtesmedicinsk vårdavdelning på ett universitetssjukhus, dominerades av patienter med hög ålder (medelålder över 70 år) som intagits akut (85 %) p g a hjärtkärlsjukdom (65 %).

Närmare 80 % av dessa åldriga patienter hade redan haft kontakt med läkare (i primärvård 50 % eller på den egna medicinmottagningen 30 %) och 40 % av patienterna hade under det gångna året vårdats på samma medicinklinik.

Vistelsen på sjukhuset dominerades av korta vårdtider och endast 25 % vårdades mer än 14 dagar. Medianpatienten intogs och vårdades p g a misstänkt hjärtinfarkt, hjärtinfarkt eller hjärtsvikt. Flertalet patienter intogs direkt från hemmet och kunde i 80 % återvända dit medan 5 % överfördes till långvårdsavdelning och 6 % avled under sjukhusvistelsen.

Vår analys av dessa många gånger svårt sjuka, åldriga hjärt-kärlsjuka patienter ger vid handen att, åtminstone i det akuta skedet, primärvården inte i någon större utsträckning kan ersätta de insatser som den akuta, somatiska slutna vården erbjuder.

Docent Carl-David Agardh är klinisk amanuens och professor Anders Gustafson klinikchef, medicinska kliniken, Lasarettet, Lund där distriktsläkare Ann Beijersten vid tiden för undersökningen var FV-läkare.

der andra hälften av 1900-talet upplevt en förändrad åldersstruktur med minskade födelsetal och allt fler invånare i hög ålder, vilket ställt nya och ökade krav på sjukvården och omhändertagandet. De senaste årens politiska beslut att prioritera en utbyggnad av bl a primärvården har inneburit tillkomst av sjukvårdsresurser och omhändertagande av patientgrupper som tidigare i större utsträckning behandlades inom den slutna sjukhusbundna vården.

Vi vill med den här rapporten belysa den samverkan som finns mellan slutna och öppna sjukvård och det fortsatta behovet av den slutna sjukhusbundna vården. Vi beskriver vilka patienter som i dag kräver vård på en invärtesmedicinsk vårdavdelning, vad som händer under och efter vårdtiden. Vi diskuterar också om andra åtgärder utanför sjukhuset, exempelvis via primärvården, eller genom andra vårdformer, kunnat förhindra den slutna sjukhusvården.

Undersökningen genomfördes under fyra veckor i februari 1981 på en invärtesmedicinsk vårdavdelning vid medicinska kliniken, lasarettet i Lund. Kliniken består av fyra vårdavdelningar med vardera 29 platser, en intagningsavdelning som är gemensam för flera kliniker vid sjukhuset samt en medicinsk intensivvårdsavdelning (MIVA). Sjukhuset har ett upptagningsområde bestående av 185 000 personer och fungerar som undervisningssjukhus för blivande läkare och annan vårdpersonal. Förutom medicinska kliniken finns inom ramen för invärtesmedicinska sjukdomar självständiga kliniker för reumatologiska-, njur-, lung-, hjärt-, och neurologiska sjukdomar.

Bakgrund

Ett lands sjukvårdsbehov befinner sig i ständig omvandling bl a beroende på medicinska landvinningar och befolkningens sammansättning. Sverige har un-

Patienterna

Totalt blev 79 personer inlagda under perioden. Samtliga följdes under sjukhusvistelsen av en av oss (A.B.) som fö inte deltog i omhändertagandet av patienterna. Fördelningen av patienter mellan de fyra vårdavdelningarna är relativt likformig med avseende på typen av sjukdomar som behandlas varför den utvalda avdelningen kan betraktas som representativ för hela kliniken.

Ålder och kön. Åldern för samtliga patienter varierade mellan 16 och 92 år med en hög medelålder, 69 och 72 år för männen respektive kvinnorna. Fördelningen mellan könen var jämn med en liten kvinnlig övervikt (54%). Endast 10% (9/79) var fortfarande yrkesverksamma medan övriga var ålders- eller sjukpensionärer.

Intagningen. Den övervägande andelen av patienterna (69/79) kom direkt från hemmet medan drygt 10% (10/79) kom från annan vårdform, främst ålderdomshem (8/79). Av de patienter som bodde i eget hem hade nästan var tredje (21/79) hjälp i hemmet av hemsamarit. Flertalet av dessa var äldre än 70 år (18/21). De flesta (85%) intogs som akuta sjukdomsfall. Beroende på typen av sjukdomssymtom och vilken tid på dygnet som patienterna sökte sjukhuset skedde intagningen direkt till vårdavdelningen i 38%, via intagningsavdelningen i 35% samt till MIVA i 27%. Mindre än en tredjedel av de inlagda patienterna sökte kliniken efter att först sökt annan läkare som remitterat patienten vidare till medicinska kliniken. Ett mindre antal av patienterna (2/79) överfördes från andra kliniker inom sjukhuset.

Tidigare läkarkontakter. Flertalet patienter hade haft någon form av regelbunden läkarkontakt före intagningen (61/79). Av dessa hade nästan hälften (37/79) varit i kontakt med primärvården, dvs distriktsläkare, medan en tredjedel (24/79) haft sina sjukvårdsbesök förlagda till medicinska klinikens egen öppenvårdsavdelning.

Tidigare sjukhusvård. Närmare 60% av patienterna (47/79) hade vid något tillfälle vårdats på medicinska kliniken i Lund och mer än 40% (33/79) hade vårdats under det senaste året varav nio vid upprepade tillfällen.

Sjukhusvården

Vårdtid. I medeltal vårdades patienterna under åtta dagar med en tendens till längre vårdtid med ökande ålder. Patienterna fördelade sig i två huvudgrupper med avseende på vårdtidens längd. Mindre än en fjärdedel (17/79) vårdades upp till tre dagar medan en lika stor grupp (18/79) vårdades mer än 14 dagar. Flertalet av patienterna med den kortare vårdtiden inlades pga misstänkt hjärtinfarkt eller underbens-trombos, vilket kunde uteslutas och därmed förklarar den korta vårdtiden.

Diagnos. En majoritet av patienterna (54/79) vårdades och behandlades för symtom från hjärta och kärlsystem, varav en fjärdedel (13/54) pga tromboemboliska sjukdomar i vensystemet. Sockersjuka utgjorde den vanligaste "bidiagnosen", (11/79).

Undersökningar. Under vårdtiden genomfördes en rad olika undersökningar. Karaktären hos dessa betingades av patientens sjukdomssymtom, men flera undersökningar genomfördes hos flertalet patienter.

- Elektrokardiogram (EKG) genomfördes på samtliga patienter och totalt utfördes 136 EKG-undersökningar (undersökningar utförda på akut-, intagnings- och intensivvårdsavdelningen inte medräknade).
- Röntgenundersökningar. Drygt 80% av patienterna (64/79) genomgick totalt 75 röntgenundersökningar. Bland dessa dominerade lungröntgen (79%). Undersökningarna bedömdes vara av värde för att ställa rätt diagnos och/eller påverka de terapeutiska åtgärderna i ca 50% (30/64).
- Bakterieodlingar. Sammanlagt genomfördes 20 bakterieodlingar, varav mer än hälften utgjordes av urinodlingar. Av dessa utföll endast en positivt medan samtliga (3/3) bakterieodlingar från misstänkt infekterade sår var positiva.
- Blodprovstagningar. I genomsnitt genomfördes 21 kemiska blodanalyser med en blodåtgång av 100 ml per patient.
- Övriga undersökningar. Bland övriga undersökningar dominerade det sk plasmintestet som används för att utesluta underbenstrombos och lungscintigram som utförs för att påvisa lungembolier. Sammanlagt utfördes 14 plasmintester på 12 patienter. Underbenstrombos kan normalt

inte diagnostiseras utan hjälp av denna eller mer omfattande röntgenundersökningar varför undersökningen är motiverad och värdefull oavsett utfallet, så snart misstanke på underbenstombos föreligger. Lungscintigramundersökningen, som utfördes på fem patienter, utföll positivt i tre fall och därmed till rätt diagnos och behandling.

- **Konsulter.** Den moderna medicinen har blivit alltmer specialiserad vilket lett till ett ökat behov av kontakter mellan specialister. Detta återspeglades också vid behandlingen av våra patienter, då närmare 30 % (23/79) blev föremål för någon form av konsultation under vårdtiden och ytterligare sex konsultationer utfördes efter utskrivningen från sjukhuset. De konsultinstanser som utnyttjades mest var lungmedicinska-, neurologiska- och kirurgiska klinikerna samt dietistavdelningen. Konsultationerna bedömdes i närmare 80 % tillföra den behandlande läkaren ytterligare information som ledde till någon form av åtgärd.

Behandlingen

Behandlingen på en invärtesmedicinsk vårdavdelning är huvudsakligen medikamentell. Vid inkomsten använde genomsnittspatienten 3, 2 olika läkemedel per dag. Under vårdtiden skedde en ökning till 3, 8, främst av diuretika- och digitalispreparat som lades till medicineringen hos 19 respektive 9 patienter. Närmare 25 % av patienterna fick sjukgymnastisk behandling där andningsgymnastik (9/20) och styrketräning (7/20) dominerade. Av de patienter som bedömdes vara i behov av träning av dagliga aktiviteter (ADL) kunde en sådan träning genomföras av en tredjedel av patienterna (22/79) med hjälp av den ordinarie avdelningspersonalen (undersköterskor och sjukvårdsbiträden). Träningen bedömdes leda till en inte obetydlig förbättring hos majoriteten av patienterna (17/22).

Socialmedicinska åtgärder

Tjugo patienter bedömdes kräva och fick kurators-hjälp. Hjälpen bestod oftast i att ordna utökad hemhjälp och/eller anmälan till annan boendeform, exempelvis ålderdomshem. Hos 10 av patienterna bedömdes sådana socialmedicinska åtgärder vara den huvudsakliga orsaken till intagningen på sjukhuset.

Fortsatt vård och kontroll

Huvuddelen av patienterna (69/79) kom till sjukhuset direkt från det egna hemmet och 55 återvände dit efter vårdtiden. Fyra patienter överfördes till långvårdssjukhus för fortsatt vård och fem avled under sjukhusvistelsen. Av de patienter som kom från ålderdomshem kunde de flesta återvända dit (6/8). Den fortsatta läkarkontrollen efter utskrivningen förlades i huvudsak till samma vårdinstans som före intagningen med en viss ökning av kontakterna med medicinska kliniken öppenvårdsmottagning.

Diskussion

Denna begränsade undersökning visar att de patienter som kräver sjukhusvård på en medicinsk universitetsklinik karakteriseras av kroniskt hjärt-kärlsjuka människor i hög ålder som i medeltal vårdas åtta dagar i sluten vård och sedan i flertalet fall kan återvända till det egna hemmet.

En mycket stor del av patienterna hade regelbunden kontakt med läkare före intagningen vilket således inte kunnat förebygga sjukhusvården. Det är då viktigt att påpeka att de patienter som tvingas till sjukhusvård är de patienter som inte kunnat handläggas i primärvård. Hur stort antal patienter som framgångsrikt behandlas i dessa vårdformer och därigenom lyckats undvika sjukhusvård ger undersökningen inte svar på. Sådana undersökningar från primärvårdens sida är därför angelägna.

Vi har försökt kartlägga om psykosociala faktorer utlöste eller inverkade på intagningen. Femton procent av patienterna angav faktorer som vi bedömde kunna vara utlösande. Patienterna själva ville endast i ett mindre antal fall tillskriva sådana faktorer någon betydelse. Trots det bedömdes bristen på kuratorskontakt i den öppna vården vara den huvudsakliga intagningsorsaken hos tio patienter vilket betonar vikten av kuratorer inom den öppna sjukvården.

Vår undersökning ger inte heller belägg för att brist på långvårdsplatser varit avgörande. Att endast fyra av patienterna vårdades mer än 14 dagar i avvaktan på en vårdplats inom långtidssjukvården visar att denna är välfungerande inom regionen.

Den allmänna slutsatsen blir därför att en viss grupp människor, företrädesvis i hög ålder och san-

nolikt i ökat antal, nu liksom i framtiden kommer att vara i behov av periodvis behandling inneliggande på sjukhus. Vad som orsakar vårdbehovet är inte alltid helt klart men är sannolikt till största delen beroende av den naturliga åldringsprocessen med periodvis försämring av hjärt-kärlfunktionen.

Att så många patienter kan återvända till det egna hemmet efter förhållandevis korta vårdtider visar värdet av sjukhusvården, även om den hos en viss andel av patienterna måste ske vid upprepade tillfällen. Hur stor andel av patienterna som kan omhändertagas av primärvården med exempelvis utökad hemsjukvård och med samtidigt bevarad vårdkvalitet för den enskilde patienten, får framtida undersökningar visa.

REFERENSER

1. *Biörck, G, Hallgårde, Å*: De invärtesmedicinska kliniskernas uppgifter i dag. *Läkartidningen* 1976, 73: 1080–1083.
2. *Heister, B*: Internmedicin, sjukvårdens grundsten! *Läkartidningen* 1982, 79: 4247–4253.
3. *Herner, B, Herner, S*: Förändrad befolkningsutveckling medför annan sjukvårdsinriktning. *Läkartidningen* 1983, 80: 245–254.
4. *Karlsson, B, Leijed B, Hellström, K*: Akutvårdens behov av invärtesmedicinska vårdplatser. *Läkartidningen* 1983, 80: 249–251.
5. *Hellström, K, Karlsson, B*: Vem skall stå för mellanvården? *Läkartidningen* 1983, 80: 3069–3070.