

Medicinklinikens roll i äldrevården

Ove Lundvall

Befolkningsutvecklingen har medfört att en allt större del av medicinklinikernas resurser går till de äldsta i befolkningen samtidigt som de mycket gamla ständigt ökar. Medicinkliniken är en viktig del i äldrevårdskedjan. Brister någon annanstans i kedjan (social hemtjänst, servicehus, ålderdomshem eller sjukhem) slår igenom på medicinkliniken med sin akutmottagning, vilken står öppen dygnet runt. I artikeln belyses detta samband med utgångspunkt från erfarenheter i Sundsvall. I slutet av 1970-talet arbetade kliniken under svåra förhållanden på grund av brister i äldrevårdskedjan. En satsning inom äldrevården utanför sjukhus som genomförts i Medelpad har medfört betydligt förbättrade och normaliserade förhållanden vid kliniken, trots det ökande antalet mycket gamla.

Kombinationen välfungerande medicinklinik med tillräckligt vårdplatsantal medgivande adekvat behandling av akuta och recidiverande sjukdomstillstånd även hos gamla, i förening med välfungerande social hemtjänst och hemsjukvård, möjliggör att flertalet gamla kan utskrivas till hemmet för fortsatt hemmaboende. Nyinvesteringar i sjukhem, ålderdomshem och servicehus kan härigenom minimeras.

Docent Ove Lundvall är klinikchef vid medicinska kliniken, Sundsvalls sjukhus.

Medicinklinikerna har alltmer kommit att förvandlas till kliniker för gamla. Medelåldern för patienterna på medicinklinikerna har under de senaste decennierna ökat med 10-talet år och medelåldern närmar sig nu 70 år. Patienter under 50 års ålder torde numera konsumera högst 1/10 av vård dagarna under det att personer över 70 år vanligen konsumerar 60% eller mera av medicinska klinikers vård dagar.

Denna åldersförskjutning på medicinklinikerna

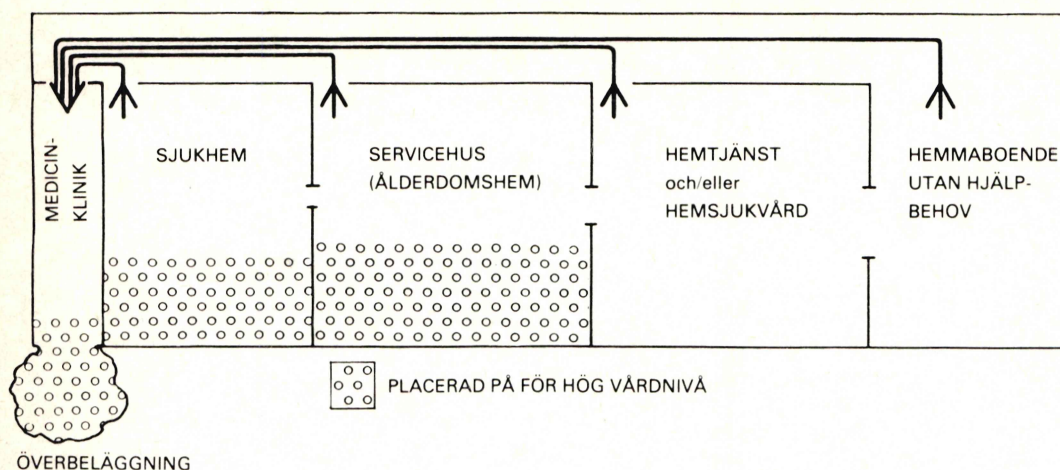
beror huvudsakligen på det ökande antalet äldre i det svenska samhället. Konsumtionen av slutent medicinsk vård pga akuta sjukdomstillstånd ökar mycket starkt med stigande ålder. Utrymmet för planerad vård (patienter från väntelista) har kontinuerligt minskat och numera inlägges 9 av 10 patienter som akutfall. Det rör sig oftast om gamla människor som insjuknat i komplikationer till arteriosclerosis. Akut hjärtsvikt, hjärtinfarkt och halvsidesförlamning på grund av proppbildning i hjärnans blodkärl eller hjärnblödning är nu de stora sjukdomsgrupperna på medicinklinikerna. Det har blivit nödvändigt för medicinklinikerna att maximalt hushålla med sina platsresurser vilket framtvingat att även omfattande medicinska utredningar numera måste ske vid de medicinska mottagningarna. Samtidigt har också de teknologiska landvinningarna bli i form av effektivare läkemedel möjliggjort att särskilt yngre patienter kan handläggas vid medicinklinikernas mottagningar.

Medicinklinikerna är sålunda kvantitativt en viktig länk i äldrevårdskedjan och är det inte minst ur kvalitativ synpunkt.

Från medicinska klinikers horisont framträder äldrevårdens olika delar som ett kommunicerande system i vilket medicinkliniken ingår och representerar den högsta vårdnivån (figur 1). Kommunikationen är fri i riktning mot medicinkliniken med sin akutmottagning men förvisso inte från medicinklinik till lägre vårdnivåer. Medicinklinikerna är ständigt tillgängliga på grund av akutmottagningarna under det att väntetiden till sjukhem och ålderdoms-

Medicinklinikerna har alltmer kommit att förvandlas till kliniker för gamla

Figur 1. Äldrevårdens olika delar som ett kommunicerande system.



hem kan vara mycket lång. Varje brist i äldrevårdskedjan avspeglas på medicinkliniken. Om det tex inte finns lediga sjukhemsplatser blir långtidssjuka kvarliggande på medicinkliniken. Andra kan bli kvar på grund av väntan på plats på ålderdomshem och andra på grund av brister i hemsjukvård eller i social hemtjänst.

Flertalet inkommer till akutsjukhuset på klar medicinsk indikation men vid brister i äldrevårdskedjan införes gamla personer till akutsjukhuset för omhändertagande på grund av omvårdnadsbehovet och inte på grund av sjukvårdsbehov. Även om det i den gamla sjukhuslagen fanns en bestämmelse om att "intagning må ej äga rum för annan vård än sådan, varför sjukhuset är avsett", är det i praktiken otänkbart att vägra intagning av åldring, som är beroende av tillsyn, om sådan tillsyn inte kan ordnas på annat sätt. Medan det är nog så lätt att överlåta ansvaret för gamla till akutsjukhuset, kan det vara praktiskt taget omöjligt att återföra pensionären till hemmet på grund av brister i vårdkedjan. Följden kan bli betydande överbeläggning av medi-

cinkliniken, som kan medföra oacceptabla förhållanden för dem som vårdas där.

En vanlig situation på svenska medicinkliniker är att minst 20% av vårdplatserna är belagda med patienter som väntar på plats på sjukhem och att ett antal vårdplatser är belagda men pensionärer som borde vårdas på en ännu lägre vårdnivå till exempel ålderdomshem eller i hemmet med hemsjukvård och/eller social hemtjänst. På många av landets medicinkliniker är därför det för egentlig internmedicinsk vård disponibla vårdplatsantalet alldeles för litet. Situationen är likartad på många sjukhem där ett antal vårdplatser upptages av pensionärer som skulle kunna vistas hemma på ålderdomshem eller i servicehus. Tyvärr är det också ett stort antal äldre som vistas på ålderdomshem som förmodligen skulle må bättre i sina hem med hemtjänst och/eller hemsjukvård.

Situationen under år 1979 vid medicinska kliniken, Sundsvalls sjukhus, avspeglade bristerna i äldrevårdskedjan. Trots att medicinkliniken utöver sina 164 vårdplatser jämväl hade tillgång till en medicinsk långvårdsavdelning på 30 vårdplatser och

Varje brist i äldrevårdskedjan avspeglas på medicinkliniken. Om det tex inte finns lediga sjukhemsplatser blir långtidssjuka kvarliggande på medicinkliniken

En vanlig situation på svenska medicinkliniker är att minst 20% av vårdplatserna är belagda med patienter som väntar på plats på sjukhem

färmed 1,5 vårdplats per 1000 invånare, fanns på kliniken genomsnittligt 55–60 patienter som väntade på placering på sjukhem, på hemsjukvård, på ålderdomshemsplats eller på annan primärkommunal insats. Kliniken var hårt belastad och överbelagda vårdavdelningar hörde till vanligheten. En stor mängd extra personal måste anlitas för att klara vården (Tabell 1).

Tabell 1. Sjukvårdsutvecklingen vid medicinkliniken, Sundsvalls sjukhus 1979–1982.

	1979	1980	1981	1982
Intagna	4 969	5 089	5 355	5 336
Vårdplatser	164+30	164+30	164+30	164+15 +15 Reuma
Vård dagar	64 152	64 200	63 300	61 800
Medelbeläggning (%)	96,4	96,3	94,2	92,9
Antal dagar med överbeläggning	75	64	56	32
Antal dagar med mer än 10 överbeläggningar	19	11	12	3
Genomsnittligt antal LV-anmälda	48	45	42	39
Genomsnittligt antal Å-hem-anmälda	10	10	3–4	0–1
Extra personal (tjänster)	11,5	7,9	4,9	3,7
Antal 80 år och äldre i sjukvårdsområdet	3 623	3 753	3 879	4 028

Man hade nyligen gjort en inventering av patienter intagna på sjukhem i Sundsvallsområdet och bedömningen blev att av 236 patienter på sjukhem skulle 40 kunna vårdas i eget boende med hemsjukvård eller hemtjänst och för ytterligare 21 skulle ålderdomshem varit lämplig vårdnivå.

Av inventeringen framgick också att i en framtida förstärkt äldreomsorg med fullt utbyggt serviceboende, skulle omkring 80% av dem, som fanns på ålderdomshemmen, kunna bo och vårdas i egen boende eller i serviceboende.

Under 1980 och i synnerhet under 1981 och 1982 har högst betydande satsningar gjorts inom äldre-

vårdens olika delar inom Medelpad. Såväl resurserna för social hemtjänst som för hemsjukvård har utvecklats. Av stor betydelse för äldreomsorgens utveckling har säkerligen också varit det forskningsprojekt som genomfördes våren 1980 i samarbete med SPRI benämnt PLANERINGSSAMARBETE–ÄLDREOMSORGER. Detta forskningsprojekt har medfört ett ökat samarbete på gräsrotsnivå mellan företrädare för primärkommun och landsting och en ökad medvetenhet avseende betydelsen av omsorgsfull vårdplanering med största möjliga hänsynstagande till den gamles egna önskemål. Permanent flyttning till högre vårdnivå sker numera först efter noggrann prövning.

Som tidigare framhållits, avspeglas brister i äldreomsorgen inom ett sjukvårdsområde på medicinkliniken. Omvänt kan en förbättrad äldreomsorg utanför akutsjukhuset förväntas medföra förbättrad vårdssituation på medicinkliniken. Så har också skett vid medicinkliniken i Sundsvall. Ett minskat tryck på medicinkliniken kunde konstateras under 1981 och ännu mera påtagligt under 1982. Från och med januari 1982 kunde 15 vårdplatser inom medicinska kliniken långvårdsavdelning avsättas för en reumatologisk enhet. Medelbeläggningen (beräknad på tillgängliga vårdplatser) har kunnat minskas från drygt 96% till cirka 93%. Utrymme har skapats för en ökande dagvårdsverksamhet. Antalet dagar med överbelagd klinik har minskat och överbeläggning överstigande 10 patienter förekom endast under tre dagar 1982. Antalet patienter, som väntar på sjukhemsplats har minskat och patienter som väntar på ålderdomshem eller annan primärkommunal insats förekommer numera praktiskt taget inte. Utnyttjandet av extra personal vid kliniken har minskat från genomsnittligt motsvarande 11,5 helårstjänster till motsvarande 3,7 helårstjänster.

Under den aktuella tidsperioden är det ytterligare ett par förhållanden som bidragit till ett minskat tryck på medicinkliniken, nämligen förkortad vårdtid vid okomplicerad hjärtinfarkt samt ett rationellare utnyttjande av kliniken akutvårdsavdelning.

De vårddagsvinster som detta inneburit torde i stort sett uppväga den ökade vårddagskonsumtion som orsakats av den ökande andelen mycket gamla i befolkningsområdet.

Äldrevårdssatsningen inom Medelpad har medfört ett avsevärt förbättrat äldrevårdsklimat, såsom det avspeglas vid medicinska kliniken i Sundsvall.

För många äldre som bor i sina hem är upprepade vårdtillfällen vid medicinklinik en förutsättning för hemmaboende

Sammanfattning

Äldrevårdssatsningen inom Medelpad har sålunda medfört ett avsevärt förbättrat äldrevårdsklimat, såsom det avspeglas vid medicinska kliniken i Sundsvall. Det bör noteras att denna förbättrade situation inträffat under en tidsperiod då antalet mycket gamla ökat inom upptagningsområdet. Beläggningssituationen vid kliniken är för närvarande optimal. Överbeläggningar förekommer men medför sällan att patienter måste skrivas ut tidigare än vad som är medicinskt motiverat. Gamla, långväga patienter med svårare sjukdomstillstånd kan numera inläggas under ett par dygn för genomförande av planerad utredning och behandling och slipper åka fram och tillbaka till sjukhusets mottagning samma dag.

Medicinklinikerna har en central roll i äldrevården. Det är utomordentligt viktigt att ett sjukvårdsområde har tillgång till välfungerande medicinklinik med adekvat vårdplatsantal. I annat fall kommer vården att präglas av det nödvändiga i att förhindra katastrofal överbeläggning vilket medför skärpta intagningsindikationer och för tidig utskrivning. Det medför också bristande tid till helhetssyn och vården blir inhuman. För tidiga utskrivningar medför tidiga återfall. Konsekvensen blir också bristande tid för omsorgsfull vårdplanering med flyttning till onödigt hög vårdnivå som möjlig följd. För många äldre som bor i sina hem är upprepade vårdtillfällen vid medicinklinik en förutsättning för hemmaboende. Om den medicinska vården är otillräcklig och intagningsindikationerna hårda, kommer de

äldre att uppleva otrygghet. Vi vet att just otryggheten medför ökad efterfrågan på sjukhem, ålderdomshem etc.

Antalet mycket gamla personer kommer att öka kraftigt under det närmaste decenniet vilket kommer att medföra betydande påfrestningar på äldre vårdresurserna, eftersom konsumtionen av sjukhems- och sjukhusvård är tio gånger så stor hos mycket gamla (80 år och äldre) som hos yngre pensionärer (åldersgruppen 65–70 år). Många gamla vårdas emellertid på en högre vårdnivå, än vad som är medicinskt motiverat och än vad som är bra för dem själva. Detta tillsammans med befolkningsutvecklingen nödvändiggör att mycket stor omsorg måste ägnas åt prövandet av alternativa möjligheter, när permanent flyttning till sjukhem, ålderdomshem eller servicehus övervägs. Ofta är det akuta sjukdomar eller försämringar vid kronisk sjukdom, som leder till permanent flyttning till institution.

Målsättningen bör vara att även gamla människor efter behandling för akut sjukdom utskrivs till hemmet. Med kombinationen välfungerande medicinklinik med tillräckligt antal vårdplatser möjliggörande adekvat behandling även vid upprepade sjukdomsattacker samt välfungerande hemsjukvård och social hemservice kan vårdssamhället leva upp till denna målsättning i flertalet fall. Nyinvesteringar i sjukhem, servicehus och ålderdomshem kan härigenom minimeras till fromma för patienter och samhällsekonomi.