

Kommunkoordinator vid Akutmottagningen,
Akademiska sjukhuset, år 2002-2003

FoU-rapport 1/2005

Författare:
Birgitta Johansson

Sammanfattning

Projektet "Kommunkoordinator på akutmottagningen" genomfördes på Akademiska sjukhuset under perioden augusti 2002 - juni 2003. Kommunkoordinatoren, en sjuksköterska med många års erfarenhet från kommunal vård och omsorg, hade som uppgift att bistå i vården av patienter som var ≥ 65 år gamla, bosatta i Uppsala kommun och som skrevs in på akutvårdavdelningen trots att medicinska skäl för inläggning saknades. Kommunkoordinatorns åtgärder förväntades leda till att patienten kunde skrivas ut till hemmet tidigare, genom att primärvårdens och hemsjukvårdens resurser kunde utnyttjas mera effektivt.

Syftet med undersökningen är att beskriva de patienter som omhändertogs av kommunkoordinatoren (n=210) med avseende på kön, ålder, orsak till besök på akutmottagningen, komorbiditet, aktuell medicinering, socialt nätverk och vårdkontakter. Undersökningen syftar även till att identifiera faktorer som har betydelse för i vilken utsträckning patienten sökt akutmottagningen under de senaste två åren. Dessutom ges en översiktlig beskrivning av de åtgärder kommunkoordinatoren vidtog.

Data samlades in av kommunkoordinatoren med hjälp av en projektspecifik enkät. Uppgifterna inhämtades i första hand från patienter och anhöriga. Kompletterande data erhöles vid behov från den medicinska journalen, Akademiska sjukhusets patientadministrativa system (Infomedix) och från vårdgivare i kommunen.

Resultaten visar att medelåldern är hög (>83 år) och att majoriteten (cirka 67%) av patienterna är kvinnor. Det vanligaste orsakerna till att patienten sökt vård på akutmottagningen är hjärt-kärlsjukdomar, neurologiska symtom och nedsatt allmänstillstånd. Social svikt var en ovanlig orsak och angavs endast för cirka 3% av inläggningarna. Patienterna hade i medeltal men än 3 andra sjukdomar (utöver det man sökt för) och behandlades med i medeltal 4 mediciner. Vidare visar undersökningen att cirka 40% (n=83) saknade en aktuell distriktssköterskekontakt och att mindre än hälften (n=82) hade hemtjänst. Endast cirka 10% (n=25) hade haft kontakt med husläkaren innan de sökte akutmottagningen vid det aktuella tillfället. Drygt 25% (n=56) angav att de haft kontakt med kommunens distriktssköterska före de sökt akutmottagningen. Antal andra sjukdomar och antal mediciner var de enda faktorerna som var statistiskt signifikant associerat med ett högre antal (≥ 3) besök på akutmottagningen under de senaste två åren. Data avseende kommunkoordinatorns åtgärder visar att kommunkoordinatorns bedömning skiljde sig från den ansvarige läkarens i drygt hälften av fallen. Kommunkoordinatorns åtgärder innebar i de flesta fall att patient återvände till hemmet, omvårdnadsboendet eller överfördes till en korttidsplats i kommunal vård. Enbart i två fall ledde åtgärderna till att patienten fördes över till en vårdavdelning på Akademiska sjukhuset.

Slutsatsen av undersökningen är att äldre patienter som läggs in på akutklinikkens intagningsavdelning, trots bedömningen att medicinska skäl för inläggning saknas, ofta är multisjuka och behandlade med flera läkemedel. Antalet sjukdomar och mediciner har betydelse för i vilken utsträckning patienten söker akutsjukvård. Undersökningen visar även att en kommunkoordinatorns insatser sannolikt kan leda till ett minskat utnyttjandet av akutsjukvård. Det är således av högsta prioritet att se över primärvårdens och kommunens förutsättningar för att upptäcka och åtgärda äldre personers behov av medicinska bedömningar och insatser.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PROJEKTORGANISATION OCH EKONOMI.....	1
BAKGRUND.....	2
METOD	3
<i>Urval av patienter.....</i>	3
<i>Kommunkoordinatorn.....</i>	3
<i>Datainsamling</i>	4
<i>Statistisk analys.....</i>	4
RESULTAT	4
<i>Kön och ålder</i>	5
<i>Orsaker till besöket på akutmottagningen.....</i>	5
<i>Socialt nätverk</i>	6
<i>Komorbiditet, aktuell medicinering, ADL-behov</i>	6
<i>Vårdkontakter.....</i>	7
<i>Analys av prediktorer för ett högre utnyttjande av akutsjukvård.....</i>	7
<i>Kommunkoordinatorns åtgärder.....</i>	8
<i>Fallbeskrivningar</i>	9
DISKUSSION.....	10
REFERENSLISTA.....	12

Projektorganisation och ekonomi

Projektet samfinansieras och genomförs i samverkan mellan Lanstinget i Uppsala län och Uppsala kommun.

Projektanställda

Ewa Nord, leg. sjuksköterska, som Kommunkoordinator, 80 %

Styrgrupp

Claes Mörlin, Medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Tommy Winberg, Uppsala kommun

Projektledningsgrupp

Gunilla Brenning, överläkare, Medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Ingrid Berglin Eriksson, utvecklingschef, Uppsala kommun
Kerstin Åström, centrumorganisatör, Medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Caisa Leto, vårdenhetschef, Medicincentrum, Akademiska sjukhuset
Elisabet Karlsten, vårdenhetschef, Akutmottagningen, Akademiska sjukhuset
Birgitta Mogård Beckman, MAS, Uppsala kommun
Solveig Gravemo, projektledare Äldre 2000, Uppsala kommun

Referensgrupp

VERA-gruppen, Uppsala kommun

Vetenskaplig handledare

Birgitta Johansson, Fil.dr./leg. sjuksköterska, anlitas som vetenskaplig handledare av FoU-centrum äldre Kommunförbundet Uppsala län.

Bakgrund

Äldre personer i Sverige har under den senaste 10-års perioden ökat sin andel av vårdtillfällen på sjukhus (Socialstyrelsen 2002). Inom internmedicin t.ex. är nästan 40 % av patienterna 80 år eller äldre. Samtidigt har antalet vårdplatser och medelvårdtiderna minskat vilket innebär att många gamla skrivs ut från sjukhuset innan de kommit igång med sin rehabilitering och innan hemtjänst och hemsjukvård kunnat planerats på tillfredsställande sätt. I den nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (Socialstyrelsen 2002) drar man slutsatsen att akutsjukvården inte är anpassad för att ge de äldsta en god vård och omsorg. Man betonar betydelsen av samverkan mellan huvudmännen och efterlyser ett förbättrat samarbete mellan flera olika professioner i strävan att förbättra omhändertagandet av de äldsta. Erfarenheterna från Sverige är inte unika utan en liknande problematik har rapporterats från flera länder i Europa (Capewell 1996; Onen 2001; Santos-Eggiman 2002).

Studier som syftat till att identifiera faktorer som är associerade med utnyttjandet av akutsjukvård har pekat på att hög ålder i sig har samband med ett ökat utnyttjande av akutsjukvård (Shah 2001). Vanliga diagnoser hos äldre patienter inom akutsjukvården är bl.a. hjärt- lungsjukdomar och neuropsykiatriska störningar (Onen 2001). Andra faktorer som har samband med ökat utnyttjande är komorbiditet, ett stort antal ordinerade mediciner, svårigheter att klara aktiviteter i dagliga livet (ADL), ensamboende och tidigare inläggningar/besök på akutklinik (Caplan 1998; Chu 1999; Shelton 2000; Onen 2001; Shah 2001). Ytterligare studier av äldre patienter har visat att patientens samtliga problem inte uppmärksammas vid besök på akutkliniken (Khan 1996). Ett försämrat mentalt status är ett exempel på en vanligt förekommande diagnos som inte identifieras och åtgärdas i tillräckligt hög omfattning (Hustey 2002). Det har även framkommit att många äldre patienter på akutklinikerna har begränsade kunskaper om de mediciner de är ordinerade att ta.

Ett flertal studier har även undersökt effekterna av en mera samordnad vård, med ett utökat omhändertagande i hemmet, på äldres funktionsförmåga och utnyttjande av sjukhusvård. Resultaten pekar på att sådana insatser leder till en förbättrad funktionsförmåga och ett mindre utnyttjande av slutna vård (Bernabei 1998; Hadley 2000; Johansson 2000; Audit commission 2002). Likaså har en god kontinuitet i kontakterna med vårdpersonal visat sig kunna leda till ett lägre utnyttjande av sjukhusvård (Gill 1998; Rosenblatt 2000).

Sammantaget visar forskningen att de äldsta patienternas vårdbehov ofta är komplexa och att även icke rent medicinska faktorer ligger till grund för utnyttjandet av akutsjukvård. Man kan även konstatera att interventioner som syftar till ökad kontinuitet och ett förbättrat omhändertagande i hemmet kan leda till ett minskat utnyttjande av vårdplatser inom akutsjukvården.

Kommunkoordinator på akutmottagningen är ett projekt som genomfördes på Akademiska sjukhuset fr. o. m. augusti 2002 t. o. m. juni 2003. Syftet med projektet var att kunna minska antalet medicinskt omotiverade inläggningar på Medicincentrum. I sådana fall förväntades kommunkoordinatören kunna möjliggöra att patienten skrevs ut till hemmet genom att aktivera primärvårdens och hemsjukvårdens resurser. Ytterligare ett syfte var att vägleda patienter och anhöriga till rätt instans i kommunen för att på så sätt kunna öka tryggheten i det egna boendet. Slutligen syftade projektet även till och att ge kommunen ökad kännedom om vilka insatser som behövs för att möta behovet av hemsjukvård och socialt stöd och därmed kunna minska antalet medicinskt omotiverade besök på akutmottagningen.

Syftet med föreliggande undersökning är att beskriva äldre patienter (≥ 65 år) som läggs in på Akademiska sjukhusets akutvårdsavdelning trots att inläggning inte är motiverad ur medicinsk synpunkt. Patientgruppen beskrivs med avseende på kön, åldersfördelning, sökorsak, antal andra sjukdomar, aktuell medicinering, aktuell distriktssköterskekontakt, tidigare besök på akutmottagningen, ADL-behov och socialt nätverk. Undersökningen syftar dessutom till att undersöka i vilken utsträckning sådana faktorer har betydelse för ett högt utnyttjande av akutsjukvård. Slutligen syftar undersökningen till att ge en översiktlig beskrivning av de åtgärder som kommunkoordinatören vidtagit för att patienten skall kunna återvända till det egna boendet.

Metod

Urval av patienter

Patienter som var 65 år eller äldre, bosatta i eget boende i Uppsala kommun och som lades in på Akademiska sjukhusets akutvårdsavdelning utan att det ansågs vara medicinskt motiverat inkluderades i undersökningen. Inklusionen pågick från oktober 2002 t.o.m. april 2003. Samtliga patienter som kommunkoordinatören hade kontakt med under den perioden ($n=210$) är inkluderade i föreliggande undersökning.

Projektet är godkänt av forskningsetikkommittén vid Uppsala universitet.

Kommunkoordinatören

En sjuksköterska med många års erfarenhet från kommunal vård och omsorg anställdes som "kommunkoordinator" på akutklinikens vårdavdelning. Kommunkoordinatorns uppgift var att bistå i vården av patienter som var 65 år eller äldre, bosatta i Uppsala kommun och som skrevs in på akutvårdavdelningen trots att medicinska skäl för inläggning saknades.

Kommunkoordinatören kopplades in i vården av patienten efter läkarens bedömning på vårdavdelningens morgonrond eller direkt i samband med att patienten sökte på akutklinikens mottagning. Målsättningen var att patienten skulle kunna återvända till sitt eget boende så snart som möjligt genom att kommunkoordinatören såg till att patienten fick erforderlig vård och uppföljning i hemmet. För att uppnå det tog kommunkoordinatören kontakt med biståndsbedömaren, ansvarig sjuksköterska i hemsjukvård och/eller patientens husläkare. I många fall omfattade kontakterna även patientens anhöriga. I de fall patienten var i behov av en vårdplats på kommunens korttidsboende ombesörjde kommunkoordinatören även detta. Likaså utvecklade kommunkoordinatören ett samarbete med geriatriska klinken för att kunna tillgodose behovet av vård hos patienter med ett fortsatt behov av medicinsk vård, omvårdnad, rehabilitering och/eller vårdplanering inför hemgång. På motsvarande sätt samverkade

kommunkoordinatorerna med äldrepsykiatriska kliniken i de fall de fanns misstanke om demenssjukdom eller uppenbara problem psykosocial av karaktär. Samtliga kontakter med andra vårdgivare togs efter muntligt godkännande från patienten eller i vissa fall den anhörige. Under projekttiden utvecklades även samarbetet med apoteket så att patienter med dosdispenserade läkemedel fick förändringar i läkemedelsordinationerna åtgärdade direkt, innan hemgång.

Underlaget till beslut om vidare åtgärder för en enskild patient utgjordes av den samlade informationen som kommunkoordinatorerna erhöll från den medicinska journalen, genom samtal/kontakter med patient, anhörig och personal hos aktuella vårdgivare. Besluten förankrades slutligen hos patienten genom ytterligare samtal som ledde fram till en överenskommelse om vidare förfarande.

Datinsamling

Kommunblanketten som utvecklades under projektets första två månader och bygger på resultat från tidigare forskning (se inledande litteraturreferat) och kommunkoordinatorernas erfarenheter av de patienter hon träffat i arbetet på akutmottagningen. Blanketten innehåller bl.a. uppgifter om sökorsak, andra sjukdomar, aktuell medicinering, kontakter med primärvård och hemsjukvård, tidigare besök på akutmottagningen, socialt nätverk (civilstånd, antal barn, barnens bostadsort) och ADL-behov. Uppgifterna har i första hand inhämtats från patienter och anhöriga. Vid behov har kompletterande medicinska data har inhämtats från den medicinska journalen. Därutöver har uppgifter om tidigare besök på akutmottagningen erhållits från Akademiska sjukhusets patientadministrativa system (IMX). Uppgifter från biståndshandläggare och sjuksköterskor i hemsjukvård har även använts för en del patienter. Kommunblanketten innehåller även kortfattade uppgifter om de åtgärder kommunkoordinatorerna vidtagit för varje enskild patient. För att tydliggöra kommunkoordinatorernas arbete presenteras tre fallbeskrivningar.

Statistisk analys

Beskrivande data presenteras i tabeller och löpande text. Chi-2 test används för att studera skillnaderna avseende kön, civilstånd, barn, barnens bostadsort, kontakter i primärvård och hemsjukvård och ADL-behov mellan de som sökt akutmottagningen 0-2 gånger (≤ 2 besök) de senaste två åren och patienter som sökt vård på akutmottagningen 3 eller fler gånger (≥ 3 besök) de senaste två åren. T-test används för att studera skillnader mellan grupperna avseende ålder, antal andra sjukdomar, aktuell medicinering och socialt nätverk. Socialt nätverk kan anta värden mellan 0 och 3, vilket är summan av civilstånd (ensamboende/samboende, 0/1), barn (nej/ja, 0/1) och barnens bostadsort (ej Uppsala kommun/Uppsala kommun, 0/1). Dessutom genomförs en logistisk regressionsanalys för att identifiera faktorer som kan predicera ett högre utnyttjande av akutsjukvård.

Resultat

Samtliga deskriptiva data redovisas uppdelade på patienter som sökt vård på akutmottagningen 0-2 gånger (≤ 2 besök) de senaste två åren och patienter som sökt vård på akutmottagningen 3 eller fler gånger (≥ 3 besök) de senaste två åren.

Kön och ålder

Resultaten i Tabell 1 visar att majoriteten av patienterna är kvinnor och att majoriteten är över 80 år gamla. Chi-2 test visar att varken ålder eller kön är statistiskt signifikant relaterat till om man sökt på akutmottagningen större eller mindre utsträckning.

Tabell 1. Patienternas (n=210) ålder, kön och orsak till aktuellt besök på akutmottagningen. Uppdelat på ≤ 2 besök eller ≥ 3 besök på akutmottagningen de senaste 2 åren.

	≤ 2 besök n=121		≥ 3 besök n=89	
Ålder				
Medelålder, std.avk.	83.3	7.4	84.3	6.0
≤ 70 år, n(%)	4	(3)	2	(2)
71-80 år, n(%)	35	(29)	18	(20)
81-90 år, n(%)	60	(50)	52	(58)
>90 år, n(%)	22	(18)	17	(19)
Kön				
Man, n(%)	38	(31)	30	(34)
Kvinna, n(%)	83	(69)	59	(66)

Orsaker till besöket på akutmottagningen

Anledningar till att patienten sökt vård på akutmottagningen vid det tillfälle kommunkoordinatorn kopplades in i vården presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Orsaker till aktuellt besök på akutmottagningen (>1 för en del). Uppdelat på ≤ 2 besök eller ≥ 3 besök på akutmottagningen de senaste 2 åren.

	≤ 2 besök		≥ 3 besök	
	n	(%)	n	(%)
Hjärt- kärlsjukdomar	55	(45)	45	(51)
Neurologiska symtom	31	(26)	20	(22)
Nedsatt allmäntillstånd	23	(19)	26	(29)
Social svikt	4	(3)	3	(3)
Fall	9	(7)	1	(1)
Lungsjukdomar	1	(1)	1	(1)
Endokrina sjukdomar	4	(3)	0	(0)
Infektioner	14	(12)	11	(12)
Förvirringstillstånd	5	(4)	4	(4)
Övrigt	25	(21)	16	(18)

De vanligaste anledningarna är hjärt-kärlsjukdom (45%/51%), neurologiska symtom (22%/26%) och nedsatt allmäntillstånd (19%/29%). Det finns därutöver ett flertal olika anledningar till att patienterna sökt vård på akutmottagningen. Fördelningen över diagnosgrupperna är liknande för de som söker vård mer sällan och de som söker oftare. Nedsatt allmäntillstånd är den anledning för vilka grupperna skiljer sig åt mest. En större

andel av de patienter som sökt akutmottagningen ofta har gjort det med anledning av ett nedsatt allmäntillstånd än vad som i fallet i den grupp som sökt akut i mindre utsträckning.

Socialt nätverk

Uppgifter om civilstånd, barn och socialt nätverk presenteras i Tabell 3. Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan patienter som sökt akutmottagningen ofta jämfört med dem som sökt mera sällan. Man kan notera att andelen ensamboende är störst i båda grupperna och att en majoritet av patienterna har barn boende i Uppsala kommun.

Tabell 3. Uppgifter om social bakgrund uppdelat på ≤ 2 besök eller ≥ 3 besök på akutmottagningen de senaste 2 åren.

	≤ 2 besök	≥ 3 besök
Civilstånd		
Ensamboende, n(%)	78 (64)	55 (62)
Gift/sambo, n(%)	43 (36)	33 (38)
Barn¹		
Har barn, n(%)	93 (82)	71 (89)
Har inga barn, n(%)	20 (18)	9 (11)
Barnens bostadsort²		
Bor i Uppsala kommun, n(%)	68 (62)	55 (70)
Bor i annan kommun/Inga barn, n(%)	41 (38)	24 (30)
Socialt nätverk² , medelv. (std.avk)	1.78 (1.0)	1.92 (0.8)

¹Uppgift saknas för 17 personer. ²Uppgift saknas för 22 personer

Komorbiditet, aktuell medicinering, ADL-behov

I Tabell 4 presenteras uppgifter om andra sjukdomar, aktuell medicinering och ADL-behov. De patienter som sökt akutmottagningen i större omfattning har i genomsnitt fler andra sjukdomar ($t=3.6$, $df=208$, $p<0.001$) och äter fler mediciner ($t=2.8$, $df=202$, $p<0.001$) än de som sökt i lägre grad. Man kan dessutom se att andelen patienter utan ADL-behov är större bland patienter som sökt akuten i mindre omfattning än bland som sökt oftare. Den skillnaden är emellertid inte statistiskt signifikant.

Tabell 4. Uppgifter om andra sjukdomar, aktuell medicinering och ADL-behov uppdelat på ≤ 2 besök eller ≥ 3 besök på akutmottagningen de senaste 2 åren.

	≤ 2 besök	≥ 3 besök	p-värde
Antal andra sjukdomar , medelv. (std.avk)	3.1 (1.5)	3.8 (1.2)	<0.001
Antal aktuella mediciner¹ , medelv. (std.avk)	3.7 (1.9)	4.4 (1.6)	<0.01
ADL-behov²			
Inget behov av hjälp, n (%)	54 (47)	32 (36)	
Delvis behov av hjälp, n (%)	25 (22)	29 (33)	
Behov av hjälp med allt, n (%)	35 (31)	28 (31)	

¹Uppgift saknas för 6 personer. ²Uppgift saknas för 7 personer

Vårdkontakter

I Tabell 5 redovisas vilka kontakter patienten har med distriktssköterskan och hemsjukvården, om patienten känner till primärvårdens och hemsjukvårdens resurser och vilka kontakter patienten tog innan hon/han sökte på akutmottagningen vid det tillfälle som kommunkoordinatorn kopplades in. En större andel bland dem som besökt akuten ≥ 3 gånger de senaste två åren har en aktuell distriktssköterskekontakt jämfört med dem som inte sökt så ofta (Chi-2=6.8, df=2, $p < 0.05$). Likaså har en större andel kännedom om primärvårdens och hemsjukvårdens resurser (Chi-2=4.6, df=1, $p < 0.05$). Cirka 1/3 av dem saknar dock en aktuell kontakt och drygt hälften ha ingen hemtjänst. Cirka 30% av samtliga patienter har varit i kontakt med kommunens distriktssköterska före det aktuella besöket på akutmottagningen. Kontakterna med landstingets primärvård är emellertid mycket sparsamma.

Tabell 5. Uppgifter om kontakter med primärvård och hemsjukvård uppdelat på ≤ 2 besök eller ≥ 3 besök på akutmottagningen de senaste 2 åren.

	≤ 2 besök n (%)	≥ 3 besök n (%)	p- värde
Distriktssköterskekontakt¹			
Aldrig	44 (38)	18 (21)	<0.05
Tidigare	10 (9)	11 (13)	
Aktuell	61 (53)	56 (66)	
Hemtjänst²			
Nej	66 (61)	40 (51)	
Ja	43 (39)	39 (49)	
Känner patienten till primärvård och hemsjukvård?³			
Nej	33 (31)	13 (17)	<0.05
Ja	72 (69)	62 (83)	
Kontakter inför aktuellt besök på akutmottagningen⁴			
Ingen kontakt	59 (53)	42 (52)	
Husläkare	14 (12)	11 (14)	
Vårdcentral	2 (2)	3 (4)	
Sjukvårdsupplysningen	1 (1)	1 (1)	
Landstingets distriktssköterska	2 (2)	1 (1)	
Kommunens distriktssköterska	34 (30)	22 (28)	

¹Uppg. saknas för 3 personer. ²Uppg. saknas för 12 personer. ³Uppgift saknas för 30 personer

⁴Uppgift saknas för 18 personer.

Analys av prediktorer för ett högre utnyttjande av akutsjukvård

Resultatet av den logistiska regressionsanalysen presenteras i Tabell 7. Sammantaget visar resultatet att när man justerat för effekten av alla andra variabler kan enbart antal sjukdomar (Odds ratio=1.4, 95 % Konfidens-intervall=1.1-1.9) och antal mediciner (Odds ratio=1.2, 95 % Konfidens-intervall=1.0-1.5) predicera grupptillhörighet. Variablerna lades in i analysen i fem steg (Tabell 7). Ingen av modellerna i steg 1-4 var statistiskt signifikant. Det innebär att ingen av de inkluderade variablerna har någon säkerställd betydelse för om patienten hör till

den grupp av patienter som sökt akutmottagningen ≥ 3 eller ≤ 2 gånger eller de senaste två åren. När information om antal mediciner och andra sjukdomar lades i analysens 5:e steg ökade modellens förklaringsvärde (Chi-2= 12.9, df=2, $p < 0.01$) och uppnådde där med statistisk signifikans (Chi-2= 20.5, df=11, $p < 0.05$). Resultaten visar att sannolikheten för att patienten skall höra till den grupp som söker akutmottagningen oftare ökar med 40% för varje ytterligare sjukdomsdiagnos. För varje ytterligare medicin ökar risken likaså med 20 %. Antal mediciner uppnår emellertid enbart marginell statistisk signifikans då konfidensintervallet omfattar 1.0 (Odds ratio=1.2, 95 % Konfidens-intervall=1.0-1.5).

Tabell 7. Logistisk regressionsanalys med mindre (≤ 2) eller mer (≥ 3) besök på akutmottagningen de senaste två åren som beroendevariabel (n=157).

	Odds ratio	95 % Konfidensintervall
<i>Steg 1</i>		
Ålder, kategorier ¹	1.2	0.7-1.9
Kön, man/kvinna	1.4	0.7-3.2
<i>Steg 2</i>		
Civilstånd, gift-sambo/enbo	1.2	0.6-2.7
Barn, nej/ja	1.0	0.3-3.4
Barn, Uppsala kommun/annan kommun - ej barn	1.4	0.6-3.6
<i>Steg 3</i>		
ADL-behov, nej/delvis/allt	0.9	0.5-1.6
<i>Steg 4</i>		
Distriktssköterskekontakt, aldrig/tidigare/aktuell	1.6	0.9-2.9
Hemtjänst, nej/ja	0.4	0.2-1.2
Känner patienten till primärvård/hemsjukvård	1.2	0.5-3.2
<i>Steg 5</i>		
Antal andra sjukdomar, 0-5	1.4	1.1-1.9
Antal mediciner, 0-9	1.2	1.0-1.5

¹Ålderskategorier enligt Tabell 1.

Kommunkoordinatorns åtgärder

I Tabell 6 presenteras uppgifter om olika åtgärder som vidtagits av kommunkoordinatorn. För knappt hälften av patienterna anges "Vårdplanering utan särskild åtgärd" vilket innebär att kommunkoordinatorn och ansvarig läkare varit eniga om de åtgärder som måste vidtas före patienten kan skrivas ut. "Särskilda åtgärder" är exempel på åtgärder som vidtagits på kommunkoordinatorns särskilda initiativ p. g. a. att hennes bedömning skiljer sig från den ansvarig läkare har gjort. I de flesta har kommunkoordinatorns åtgärder inneburit att patient återvänt till hemmet, omvårdnadsboendet eller till en korttidsplats i kommunal vård. Enbart i två fall ledde åtgärderna till att patienten fördes över till en vårdavdelning vid Medicincentrum. De vidtagna åtgärderna är likartade för patienter som sökt akut ofta och de som sökt mera sällan.

Tabell 6. Kommunkoordinatorns åtgärder uppdelat på ≤ 2 besök eller ≥ 3 besök på akutmottagningen de senaste 2 åren.

	≤ 2 besök	≥ 3 besök
	n (%)	n (%)
Vårdplanering utan särskild åtgärd ¹	60 (50)	40 (45)
Särskilda åtgärder: ²		
– Vårdplanering i hemmet	17 (14)	13 (15)
– Åter omvårdnadsboende	12 (10)	5 (6)
– Motiverar till hemgång	10 (8)	9 (10)
– Korttidsplats kommunal vård	5 (4)	9 (10)
– Landstingets geriatriska klinik	14 (12)	12 (13)
– Äldrepsykiatri	2 (2)	0 (0)
– Vårdavdelning Medicincentrum	1 (1)	1 (1)
Totalt	121 (100)	89 (100)

¹Samstämmig bedömning av läkare och Kommunkoordinatör. ²Åtgärd enligt Kommunkoordinatorns särskilda bedömning.

Fallbeskrivningar

Fallbeskrivning 1.

En 65-årig kvinna kommer till akutmottagningen i sällskap med sin sambo, som lämnar mottagningen så snart kvinnan tagits omhand. Kvinnans problem bedömdes som läkemedelsintoxikation, alkoholmissbruk och en oklar Parkinsondiagnos. Flera olika läkare hade varit involverade i vården av kvinnan utan varandras kännedom. Det hade lett till att olika sorters läkemedel skrivits ut och att kvinnan hade remitterats för vidare utredning till tre olika kliniker. Efter justeringar av kvinnans medicinering beslutades det att hon kunde skrivas ut till hemmet. Kvinnans sambo var emellertid mycket negativ till att hon skulle återvända hem och uttryckte ilska mot vården och läkarna som "bara skriver ut en massa mediciner och sedan inte gör något mer". Kvinnan hade inga kontakter med kommunen med undantag för att hon tidigare beviljats färdtjänst. Kommunkoordinatör kontaktade distriktssköterska och biståndshandläggaren för att få till stånd en vårdplanering i hemmet. Likaså bokades ett besök in hos kvinnans husläkare. Kommunkoordinatör hade även kontakt med patientens dotter som bekräftade att hemsituationen varit problematisk de senaste två åren. När kvinnans sambo insåg att det fanns möjligheter till vårdinsatser i hemmet blev han mera positivt inställd och välvillig till att kvinnan återvände till hemmet.

Fallbeskrivning 2.

En 85-årig kvinna inkommer till akuten p.g.a. huvudvärk efter fall två dygn tidigare. Skiktröntgen av hjärnan, blodprover och ekg visar inget nytillkommet. Enligt anamnesen har kvinnan haft multipla stroke och TIA-attacker. Hon har därutöver en icke operabel carotisstenos. Enligt akutmottagningens bedömning kan kvinnan skrivas ut till hemmet, vilket hon emellertid vägrar. I kommunkoordinatorns samtal med kvinnan framkommer ensamhetsproblematik relaterat till depression och nervösa problem. Detta bedömdes vara en

trolig komplikation till följd av multipla stroke och en psykisk symtombild med relation till åldrandet. Kommunkoordinatorn kontaktade distriktssköterska och biståndshandläggaren, och bokade även ett besök hos kvinnans husläkare. Dessutom informerades anhöriga om problematik och vidtagna åtgärder. Med vetskap om de planerade kontakterna i hemsjukvård och primärvård kunde patienten motiveras till hemgång.

Fallbeskrivning 3.

En 80-årig man söker akut för yrsel och illamående. Han har besvärats av matleda den sista veckan. Mannen har även depressiva besvär och på 1980-talet behandlades han för en akut myeloisk leukemi som han botades ifrån. Resultaten av de undersökningar som genomförs på akutmottagningen motiverar inga medicinska åtgärder varvid man föreslår att patienten skrivs ut till hemmet. Vid kommunkoordinatorns samtal med patienten framkommer att ”det är tråkigt att sitta ensam och äta”, vilket lett till att mathållningen är dålig. Patienten har ingen kommunal hemtjänst men en dotter gör inköp och ser till fadern flera dagar i veckan. Kommunkoordinatorn kontaktar dottern som hävdar att hemsituationen är ohållbar och att hon ej orkar ta hem fadern. Dottern har tidigare kontaktat biståndshandläggare och kommunens distriktssköterska, och väntar på att de ska höra av sig. Kommunkoordinatorn tar förnyad kontakt med kommunen vilket leder till beslut om hemtjänstinsatser och vårdplanering i hemmet varvid patienten kan skrivas ut. I detta fall kände både biståndshandläggare och distriktssköterska till ärendet men väntade på att dottern skulle ta kontakt med dem.

Diskussion

Undersökningens resultat visar att de patienter (=65 år) som lades in på akutkliniken intagningsavdelning trots bedömningen att medicinska skäl för inläggning saknades ofta var multipelsjuka och behandlades med flera läkemedel. Vanliga sjukdomar i den studerade gruppen av patienter var hjärt- kärlsjukdom och neurologiska symptom, vilket övre ensstämmer väl med resultat från tidigare undersökningar (Onen 2001). Det var endast i ett fåtal fall som inläggningen orsakades av s.k. social svikt. Undersökningen visar även att ett högre antal (=3) besök på akutmottagningen under de senaste 2 åren var associerat med ett ökande antal sjukdomar och mediciner. Resultaten pekar på betydelsen av ett förbättrat medicinskt omhändertagande i inom landstingens primärvård och den kommunala hemsjukvården för möjligheterna att ett minska behovet av besök på akutmottagningen.

I enlighet med andra undersökningars resultat (Caplan 1998; Chu, 1999; Shah, 2001) har en majoritet av patienterna i vår undersökning behov av hjälp med aktiviteter i dagliga livet (ADL), och cirka en tredjedel har behov av hjälp med all ADL. Trots det har mindre än hälften hemtjänst och cirka 40 % saknar en aktuell distriktssköterskekontakt. Man kan även notera att endast en minoritet har haft kontakt landstingets primärvård eller kommunens distriktssköterska innan man beslutade att uppsöka akutmottagningen, vid det aktuella tillfället. Resultaten förstärker bilden av att det medicinska omhändertagandet av de äldre i Uppsala kommun brister.

I en stor del av fallen (cirka 48 %) var ansvarig läkare och kommunkoordinatorn eniga om den fortsatta handledningen av patientärendet. I övriga fall ledde kommunkoordinatorns bedömning och åtgärder till att patienten omhändertogs på ett sätt som ansvarig läkare inte ursprungligen tänkt sig. Kommunkoordinatorns särskilda åtgärder ledde till att majoriteten (66 patienter) kunde återvända till hemmet eller omvårdnadsboendet. De tre presenterade patientfallen illustrerar detta tydligt. I samtliga tre fall innebär kommunkoordinatorns åtgärder att befintliga resurser i kommun och landstingets primärvård aktiveras för att

omhändertagandet i hemmet skall motsvara patientens vårdbehov i en högre grad. Betydelsen av en förbättrad uppföljning i hemmet av äldre patienter har tydliggjorts tidigare i undersökningar både i Sverige och andra länder (Bernabei, 1998; Johansson, 2000). Endast i två fall ledde kommunkoordinatorns åtgärder till att patienten blev kvar på medicinentrum trots att ansvarig läkare gjort bedömningen att detta inte var aktuellt. De samlade resultaten pekar således på att kommunkoordinatorns åtgärder sannolikt ledde till ett minskat utnyttjande av Medicinentrums resurser och därmed till ekonomiska besparingar för Akademiska sjukhuset.

Resultaten från vår undersökningen visar inte att det sociala nätverket har någon betydelse för om patienten söker akutmottagningen i större eller mindre omfattning. Man kan emellertid t. ex. lägga märke till att andelen ensamboende patienter är förhållandevis hög (drygt 60 %). Data från statistiska centralbyråns (SCB, 2004) databaser visar att andelen ensamstående i Uppsala kommuns totala population av personer i åldern 65 år och uppåt endast är cirka 50 %. Det är m. a. o. sannolikt att betydelsen av civilstånd skulle se annorlunda ut i en undersökning där man jämför äldre som besökt akutmottagningen med den totala populationen. Likaså skiljer sig åldersfördelningen åt mellan kommunkoordinatorns patienter och den totala populationen av personer över 65 år. En populationsbaserad undersökning med syfte att identifiera prediktorer för utnyttjande av akutsjukvård vore sannolikt av stort värde för möjligheterna att fatta beslut om åtgärder som kan förebygga behovet av akutsjukvårdens insatser.

Föreliggande undersökningar har flera begränsningar som innebär att resultaten måste tolkas med försiktighet. Datainsamlingen har varit en del av kommunkoordinatorns kliniska arbete och patientgruppen har bestått av mycket gamla patienter som delvis har haft svårt att redogöra klart för samtliga frågeställningar. Detta har bl. a. lett till att det saknas en förhållandevis stor andel svar på en del av frågorna. Kvaliteten på datainsamlingen skulle även kunna höjas genom att man använt standardiserade mätmetoder för att t.ex. bedöma patientens ADL-status i stället för kommunkoordinatorns mera subjektiva bedömning. Likaså bygger redogörelsen för kommunkoordinatorns åtgärder uteslutande på hennes egen dokumentation och någon validering av uppgifterna har inte genomförts. Projektets resultat överensstämmer emellertid väl med resultaten från en rad andra undersökningar, vilket talar för att föreliggande rapport ger en trovärdig bild av den patientgruppen och effekterna av kommunkoordinatorns åtgärder.

Slutsatsen av undersökningen är att äldre patienter som läggs in på akutklinikens intagningsavdelning trots bedömningen att medicinska skäl för inläggning saknas ofta är multisyuka och behandlade med flera läkemedel. Antalet sjukdomar och mediciner har betydelse för i vilken utsträckning patienten söker vård akut. Vidare visar undersökningen att åtgärder som leder till ett förbättrat omhändertagande i hemmet (t. ex. genom en kommunkoordinatorns insatser) sannolikt kan minska utnyttjandet av akutsjukvård. Det är således av högsta prioritet att se över primärvårdens och kommunens förutsättningar för att upptäcka och åtgärda äldre personers behov av medicinska bedömningar och insatser.

Referenslista

- Audit commission (2002). Integrated services for older people. Building a whole system approach in England. London, Audit commission for local authorities and the National Health Services in England & Wales: 48.
- Bernabei, R., F. Landi, et al. (1998). "Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community." BMJ **316**(7141): 1348-51.
- Capewell, S. (1996). "The continuing rise in emergency admissions." BMJ **312**: 991-992.
- Caplan, G. A., A. Brown, et al. (1998). "Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department--the DEED study. Discharge of elderly from emergency department." Age Ageing **27**(6): 697-702.
- Chu, L. W. and C. K. Pei (1999). "Risk factors for early emergency hospital readmission in elderly medical patients." Gerontology **45**(4): 220-6.
- Gill, J. M. and A. G. Mainous, 3rd (1998). "The role of provider continuity in preventing hospitalizations." Archives of Family Medicine **7**(4): 352-7.
- Hadley, J., D. Rabin, et al. (2000). "Posthospitalization home health care use and changes in functional status in a Medicare population." Medical Care **38**(5): 494-507.
- Hustey, F. M. and S. W. Meldon (2002). "The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients." Ann Emerg Med **39**(3): 248-53.
- Johansson, B. B. K. (2000). Intensified primary health care for cancer patients. Utilisation of medical services. Faculty of social sciences. Uppsala, Uppsala university.
- Khan, S. A., F. G. Miskelly, et al. (1996). "Missed diagnoses among elderly patients discharged from an accident and emergency department." J Accid Emerg Med **13**(4): 256-7.
- Onen, F., A. H., et al. (2001). "Emergency hospitalization in the elderly in a French university hospital: medical and social conditions." Aging : clinical and experimental research **13**(6): 421-429.
- Rosenblatt, R. A., G. E. Wright, et al. (2000). "The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly." Am J Public Health **90**(1): 97-102.
- Santos-Eggiman, B. (2002). "Increasing use of the emergency department in a Swiss hospital: observational study based on measures of the severity of cases." BMJ **324**: 1186-1187.
- Shah, M. N., P. J. Rathouz, et al. (2001). "Emergency department utilization by noninstitutionalized elders." Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine **8**(3): 267-273.
- Shelton, P., M. A. Sager, et al. (2000). "The community assessment risk screen (CARS): identifying elderly persons at risk for hospitalization or emergency department visit." Am J Manag Care **6**(8): 925-33.
- Socialstyrelsen (2002). Nationell handlingsplan för äldropolitiken. Slutrapport 2002. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2002). Äldre inom akutmedicin. Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Statistiska centralbyrån (2004). <http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp>. Stockholm.