

Analyse af medicinske korttidsindlæggelser af ældre patienter med fokus på alternative løsninger

Signe Hermansen¹, Gertrude Elisabeth Ellekilde², Lars Rytter^{3,4}, Yves Sales⁵, Karen Bay Kønig⁶, Allan Andersen⁷, Lars Petersen⁸ & Ove Andersen⁹

Der er national bevågenhed på korttidsindlæggelser af ældre (65+ år) medicinske patienter [1, 2]. I økonomiaftalen mellem regeringen og kommunerne for 2014 nævnes færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser som en af fire patientrettede forebyggelsesindsatser [3]. I den nationale handlingsplan for ældre medicinske patienter angives en forventning om, at nogle af korttidsindlæggelserne kan forebygges ved øgede kommunale eller andre præhospitale tiltag [4]. Undersøgelsen er iværksat på initiativ af hospitalerne i Region Hovedstadens Planområde Syd.

Formålet med nærværende analyse er at undersøge, om akutte medicinske indlæggelser med varighed under 24 timer blandt 65+-årige skønnes at kunne erstattes af alternative tilbud til hospitalsindlæggelse og at belyse evt. skæv fordeling af »substituerbare« indlæggelser mellem 1) indlæggelsestidspunkt, 2) indlæggelsesårsag, 3) indlæggelsesvej og 4) boformer.

INTERVENTION

I 2013 var der 40.000 akutte medicinske indlæggelser fra akutenhederne på Amager, Hvidovre og Glostrup Hospitaler, 19.000 var af 65+-årige patienter, og 7.400 (39%) varede under 24 timer.

Analysen omfatter 334 af disse akutte medicinske korttidsindlæggelser af 65+-årige valgt konsekutivt fra april 2013. Journalerne er retrospektivt gennemgået af henholdsvis to medicinske speciallæger ansat i akutenhederne på hvert af de tre hospitaler i en fælles vurdering og uafhængigt heraf af to praktiserende læger i en fælles vurdering. Vurderingerne er sket ud fra tilgængelige informationer i indlæggelsesjournalen og henvisningen for henviste patienter [5].

Ved hver uafhængig journalgennemgang er det på baggrund af gældende forløbsbeskrivelser (f.eks. subakut faldudredning) og kliniske vejledninger vurderet, om patienten »har haft et absolut behov for akut indlæggelse« – givet den eksisterende organisation – her benævnt »ikke-substituerbar« indlæggelse. Øvrige indlæggelser benævnes »substituerbare«. For at en indlæggelse blev kategoriseret som substituerbar, krævedes overensstemmelse mellem de to lægegrupper vurdering.

Alle indlæggelserne er vurderet efter scorings-

systemet *appropriate evaluation protocol* (AEP) [6], som ofte benyttes som en screeningsmetode til vurdering af hensigtsmæssigheden af indlæggelser.

LÆRINGSPUNKTER

Af de 334 akutte medicinske korttidsindlæggelser af 65+-årige blev 91 (27%) vurderet som substituerbare. I alt 243 (73%) patienter blev vurderet som akut indlæggelseskrævende – i den givne organisation.

Alternativ til akut indlæggelse

80% af de substituerbare indlæggelser vurderedes alternativt at kunne være håndteret i praksissektoren (af egen læge/vagtlæge), 21% ved ikkeakut ydelse på hospital og 16% ved ydelser fra kommune (Tabel 1).

Det kan f.eks. dreje sig om: 1) akutte infektioner hvor behandling kan varetages af egen læge og evt. øget hjemmepleje/bedre observation på plejehjem, 2) alment svækkede patienter uden akut diagnostisk problematik, men med langsom forværring inkl. terminale patienter, som vurderes at kunne klares af en kombination af hjemmepleje, egen læge, geriatrisk team mv., og 3) ikkeakut opstået svimmelhed eller faldpatienter uden traume, som kan klares ved udredning af egen læge eller subakut ambulantly faldudredning.

Indlæggelsestidspunkt

Der var samme antal substituerbare indlæggelser på hverdage (27%) og i weekender (26%) ($p > 0,05$)

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

- 1) Enhed for tværsektorielt samarbejde Amager og Hvidovre Hospitaler
- 2) Akutmodtagelsen, Hvidovre Hospital
- 3) Almen praksis, Albertslund,
- 4) Praksiskoordinator, Glostrup Hospital
- 5) Praksiskoordinator, Hvidovre Hospital
- 6) Neurologisk Afdeling, Glostrup Hospital
- 7) Medicinsk Afdeling, Amager Hospital
- 8) Akutklinikken, Glostrup Hospital
- 9) Klinisk Forskningscenter, Amager og Hvidovre Hospitaler

Ugeskr Læger
2015;177:V10140554



Også korttidsindlæggelser kan afdække alvorlig sygdom.

Foto: Ulrik Jantzen.



TABEL 1

Foreslåede alternative^a løsninger for de substituerbare indlæggelser.

Alternativ til indlæggelse	Substituerbare indlæggelser hvor alternativ løsning er angivet, n (%) (N = 75)
Ydelse hos egen læge/vagtlæge	60 (80)
Ydelse hos praktiserende speciallæge	8 (11)
Ydelser fra praksissektor, samlet	63 (84)
Ydelse i sygehusambulatorium	12 (16)
Planlagt (elektiv) indlæggelse	1 (1)
Subakut geriatrisk vurdering	2 (3)
Ydelser fra hospital, samlet	16 (21)
Akut aflastningsplads på plejehjem	3 (4)
Mere hjælp i hjemmet	8 (11)
Forudgående bedre observation på plejehjem	3 (4)
Bedre medicingivning i kommunen	2 (3)
Ydelser fra kommune, samlet	12 (16)
Andet, angiv hvad ...	3 (4)

a) Alternativer til indlæggelse er noteret for 75 af de 91 substituerbare indlæggelser. For de resterende 16 var der ikke angivet noget konkret alternativ. Summerer ikke til det samlede antal af substituerbare indlæggelser (i.e. 75), idet der kunne foreslås flere alternativer.

samt om aftenen (32%) og om dagen (30%) ($p > 0,05$). Der blev ikke fundet substituerbare indlæggelser om natten.

Indlæggelsesårsag

De substituerbare indlæggelser var fordelt på mange diagnosegrupper. Der var ingen diagnosegruppe, der havde signifikant flere substituerbare indlæggelser end andre.

Det vurderes, at AEP-kriterierne ikke kan stå alene til vurdering af hensigtsmæssigheden af korttidsindlæggelser, idet man med AEP-kriterierne alene opfangede 53% af de ikkesubstituerbare indlæggelser.

Som bifund fandt man et begrænset sammenfald mellem korttidsindlæggelser og de ni diagnoser, som omtales som forebyggelige ved en tidlig kommunal indsats [1]. Blandt de gennemgåede indlæggelser var 58 forårsaget af en såkaldt forebyggelig diagnose, heraf vurderedes 33% som substituerbare.

Indlæggelsesvej

Med 119 indlæggelser fra egen læge og 62 indlæggelser fra vagtlæge stammer lidt over halvdelen af korttidsindlæggelserne ($n = 334$) fra egen læge eller vagtlæge. 34% af indlæggelserne fra egen læge og 26% af indlæggelserne fra vagtlæge vurderedes som substituerbare. Statistisk set tyder det lige netop ikke

på, at der kommer flere substituerbare indlæggelser fra praktiserende læger (vagtlæge + egen læge) end fra andre henvisningsveje ($> 0,05$).

Overføres journalgennemgangens resultater med 27% substituerbare indlæggelser til et års indlæggelser, vil der på de tre hospitaler årligt være ca. 2.000 substituerbare korttidsindlæggelser af ældre medicinske patienter, hvoraf de 900 stammer fra egen læge, hvilket svarer til tre indlæggelser pr. år for hver af de lokale 315 praktiserende læger i optageområdet.

Boform

I alt 173 af 289 patienter med kendt boform boede i egen bolig uden kommunal hjælp; det svarer til, at 60% af de indlagte ikke på forhånd var kendt af kommunen. Der var signifikant flere substituerbare indlæggelser fra plejehjem (45%) end fra de øvrige boformer (25%), ($p < 0,05$). 36% af de substituerbare indlæggelser fra plejehjemmene var af patienter, der blev indlagt via uvisiteret akut ambulance (kaldt 112), og 29% var af patienter, der blev henvist af egen læge, 29% af en vagtlæge og 7% af en hospitalslæge.

Organisering

Den indlæggende læges beslutning om, at en patient skal indlægges, sammenholdt med patientens ønsker og den kliniske problemstilling er ikke fuldstændig objektiv og afhænger endvidere af organisatoriske og resurse-mæssige forhold og dermed af de løsninger, som reelt er til rådighed.

En forbedret adgang for almen praksis til parakliniske undersøgelser ville antagelig medføre en reduktion af indlæggelser. F.eks. henvistes 9% af de medicinske indlagte patienter med diagnosen »DVT obs.«. En stor del af disse patienter blev udskrevet, efter at diagnosen var afkræftet ved relevante parakliniske undersøgelser, som antages at kunne være udført i primærsektoren. Der savnes evidens for betydningen af adgang til diagnostik.

Kun 16% af de substituerbare indlæggelser vurderedes at kunne være substitueret af en særlig kommunal indsats. En problemstilling adresserer dog den kommunale indsats, idet 45% af indlæggelserne fra plejehjem blev vurderet som substituerbare. Det ville kræve yderligere analyser at afklare, om en anden sundhedsfaglig betjening på plejehjem, såvel lægefaglig som sygeplejefaglig, ville kunne reducere antallet af substituerbare korttidsindlæggelser.

Korttidsindlæggelserne er i mange tilfælde accelererede diagnostiske indlæggelser (inkl. røntgenoptagelse, ultralydskanning, blodprøvetagning og tilsyn), og nogle af indlæggelserne – de substituerbare – kunne have været håndteret på anden vis. Det kan i

mange tilfælde være mere patientvenligt at blive indlagt til accelereret diagnostik og behandling i det stående beredskab frem for f.eks. at få en subakut ambulans tid et par dage senere.

KONKLUSION

Indlæggelsestiden nedsættes konstant. I denne undersøgelse varede 39% af indlæggelserne af ældre medicinske patienter, der blev indlagt via akutenhederne, under 24 timer. Disse benævnes i mange sammenhænge som værende uhensigtsmæssige [1, 2, 4]. I denne undersøgelse vurderes det, at 73% af de akutte medicinske indlæggelser af mindre end 24 timers varighed var nødvendige, ikke-substituerbare, i den givne organisering.

Sammenfattende fandt vi, at de substituerbare indlæggelser var fordelt over et meget stort antal diagnoser og fra et meget stort antal læger. Denne undersøgelse kan således *ikke* bekræfte: 1) at man ved en eller flere enkelte indsatser kan reducere antallet af medicinske korttidsindlæggelser af ældre medicinske patienter markant, men tværfaglig journalgennemgang afslører områder med forbedringspotentiale: adgang til diagnostik fra almen praksis og lup på sundhedsfaglig organisering af plejehjem. 2) At de medicinske korttidsindlæggelser er uhensigtsmæssige, idet den overvejende del af disse vurderes at have været nødvendige på indlæggelsestidspunktet.

KORRESPONDANCE: Signe Hermansen, Banediget 1, 4622 Havdrup.
E-mail: signehermansen2@gmail.com

ANTAGET: 7. januar 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 23. februar 2015

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og forebyggelse et al. Forebyggelse af indlæggelser, synlige resultater. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014:21, 26-34.
2. Jepsen HK, Hendriksen C, Nielsen N et al. Hver syvende akutte medicinske indlæggelse kan forebygges. Ugeskr Læger 2013;175:1551.
3. Aftaler om den kommunale økonomi for 2015. København: Finansministeriet 2014:10.
4. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL et al. Fælles udvalgningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2012:12.
5. Undersøgelse af akutte medicinske indlæggelser under 24 timer blandt 65+ årige. Amager, Hvidovre og Glostrup Hospitaler, 2014.
6. Ishøj T, Quist P, Rasmussen I et al. Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger, appropriateness evaluation protocol. Ugeskr Læger 2005;167: 2057-60.



PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK
16. MARTS 2015

Leveradenomer – ny klassifikation og anbefalinger

Luise Aamann, Nicolai Schultz, Eva Fallentin et al

Svær obstipation som følge af abnormt vinklet os coccygis

Ane Simony, Emil Jesper Hansen & Carsten Ernst

Visse fremmedlegemer kan ukompliceret efterlades i ventrikel

Helle Attermann Abildgaard

Koronararteriedissektion er en sjælden komplikation i forbindelse med et stump thoraxtraume

Ekim Seven, Kristoffer Henningsen & Ulrik Abildgaard

Cykelhjelme forebygger hjerneskade

Axel Forssé, Vagn Eskesen & Jacob Bertram Springborg



PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK
9. MARTS 2015

Scoringssystemer til vurdering af 30-dagesmortaliteten efter kolorektalcancerkirurgi

Thea Helene Degett, Lene Hjerrild Iversen & Ismail Gögenur

Hæmning af proteinet PCSK9 er en lovende behandling af hyperkolesterolemie og forebyggelse af hjerte-kar-sygdom

Morten Krogh Christiansen & Henrik Kjærulf Jensen

Perikonceptionel folinsyreprofylakse og neuralrørsdefekter

Anne Katrine Hofflod Friberg & Finn Stener Jørgensen

Behandling af Dupuytren's kontraktur

Maj Raundrup Kornø, Niels Sjøe & Lars B. Dahlin

Laktoseholdige lægemidler kan som hovedregel indtages af personer med laktoseintolerans

Siri Vinther, Jüri Johannes Rumessen & Mikkel Christensen