Hvordan organisere de indremedisinske avdelinger slik at de gamle pasientenes behov ivaretas?

Pål Friis
Klinikksjef
Medisinsk klinikk
Sørlandet sykehus

Norsk kongress i geriatri 26.04.05

Budskap

- Sykehusene har prioritert de gamle i 15 år
- Medisinsk behandling øker levealderen
- Indremedisin splittes opp
- Gamle pasienter trenger et samlet fag
- Geriatri i indremedisin er svaret!
- Hvem tar ansvar for rehabilitering?
- Hvem tar ansvar for omsorg ved livets slutt?

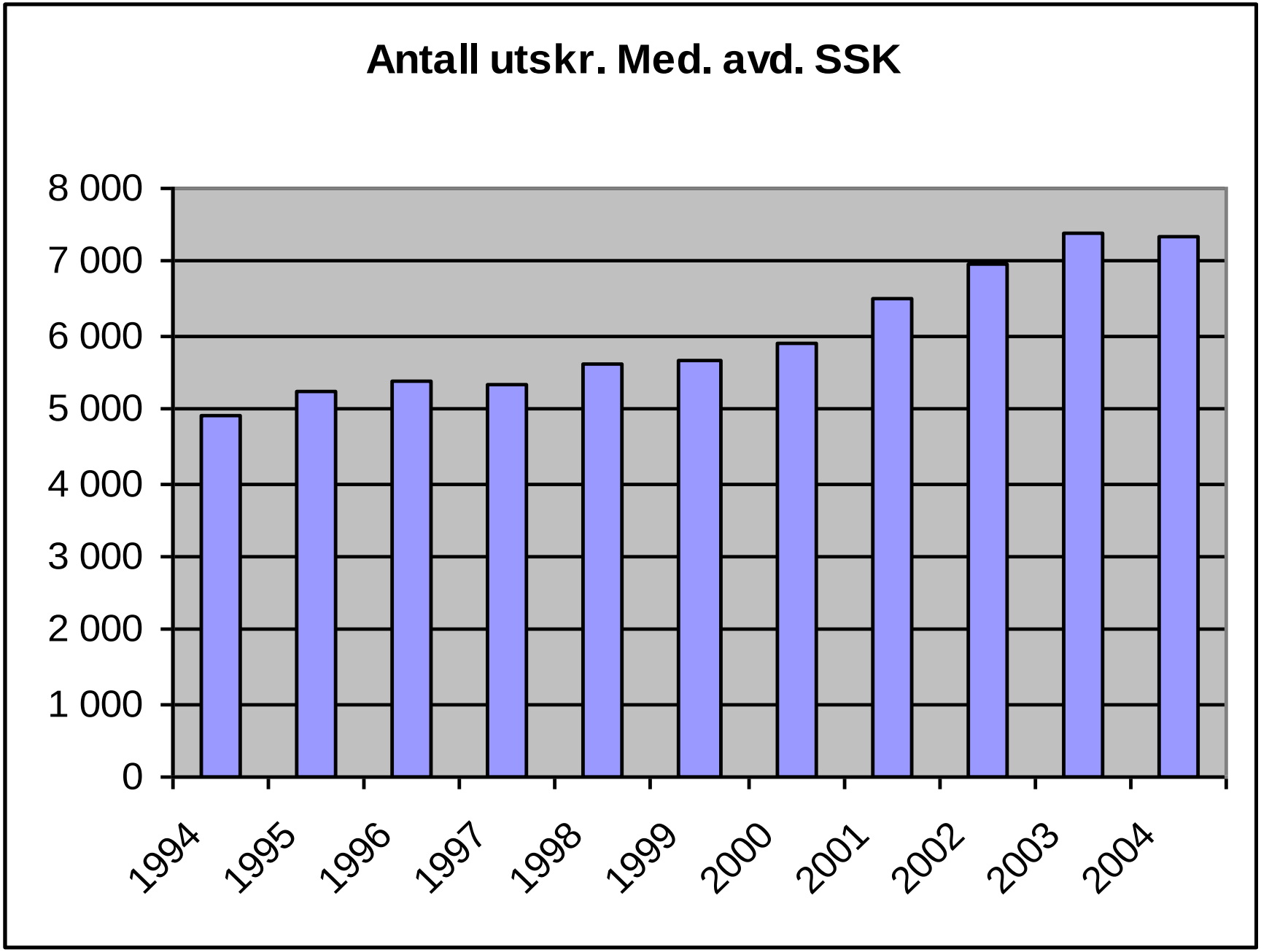
Benefit of a Stroke Unit: A Randomized Controlled Trial

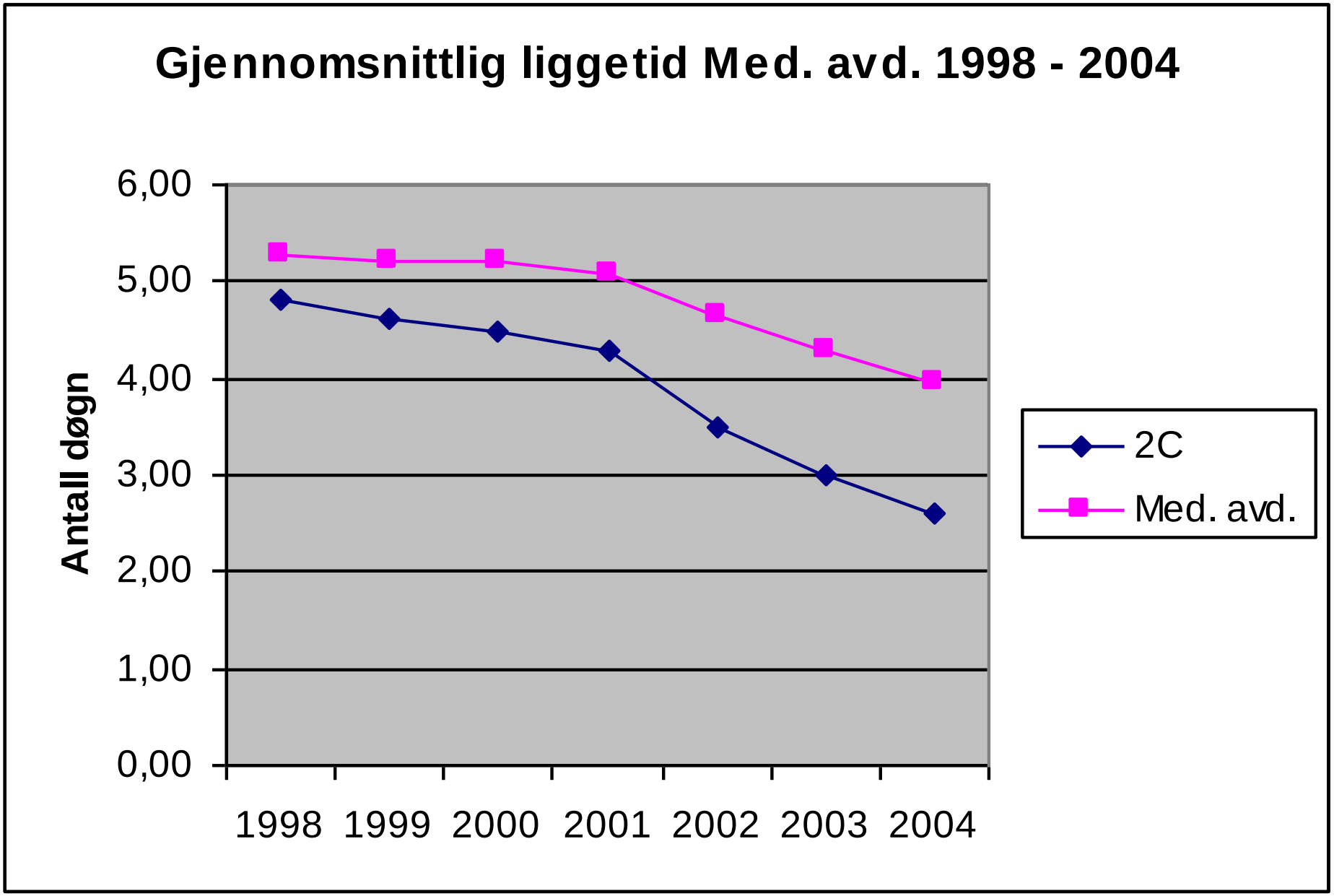
Bent Indredavik, MD; Frøydis Bakke, RPT; Rolf Solberg, PHN;
Rolf Rokseth, MD; Lise Lund Haaheim, MSc; and Ingar Holme, PhD

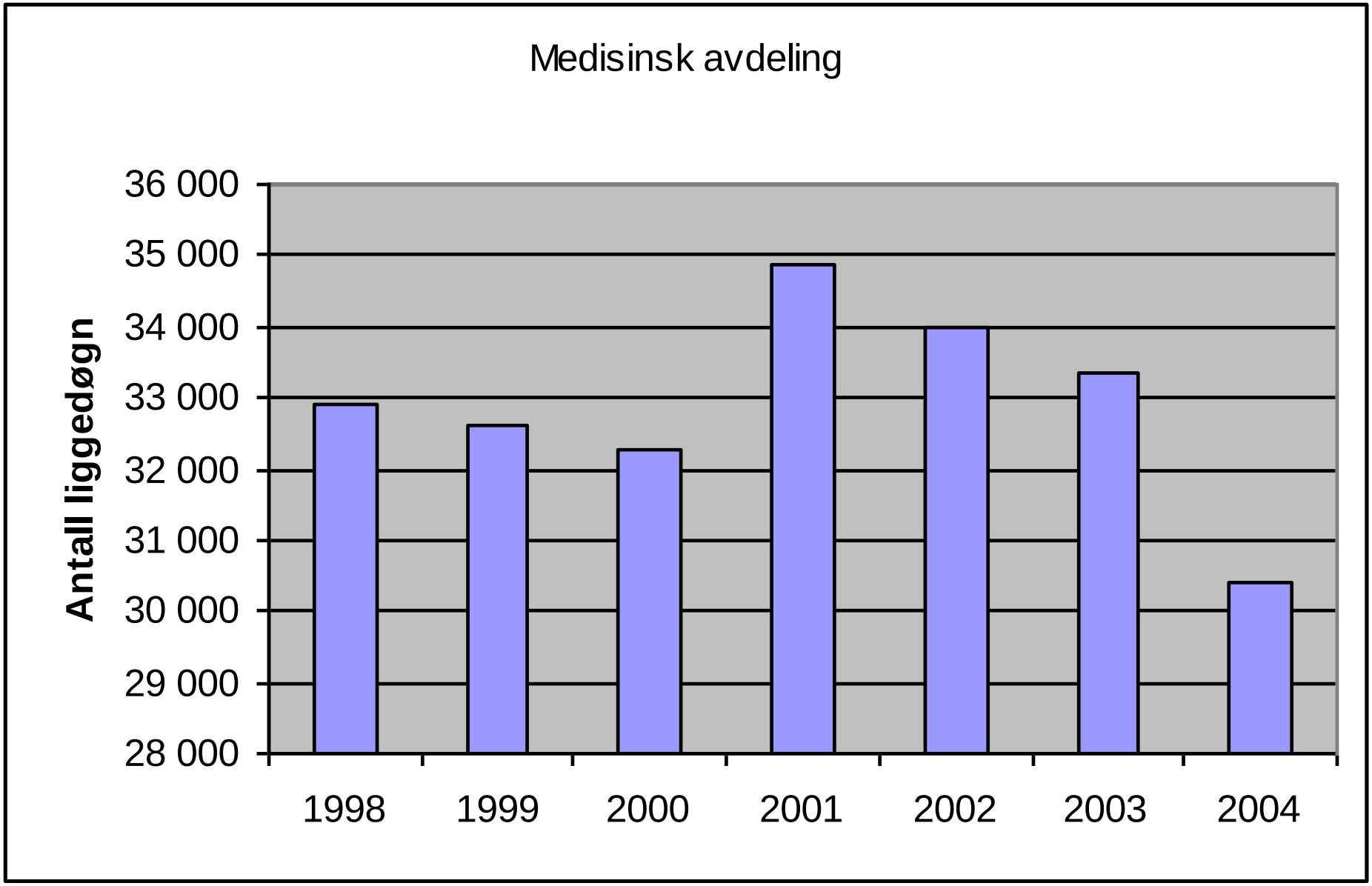
In a randomized controlled trial we compared the clinical outcome of acute stroke patients, 110 of whom were allocated to treatment in a stroke unit and 110 to treatment in general medical wards. No significant difference existed between these groups with regard to sex, age, marital status, medical history, or functional impairment on admission. Outcome was measured at 6 and 52 weeks after the stroke by the proportion of patients at home, the proportion of patients in an institution, the mortality, and the functional state. After 6 weeks 56.4% of the patients randomized to the stroke unit and 32.7% of the patients randomized to the general medical wards were at home ($p=0.0004$), and after 52 weeks 62.7% and 44.6%, respectively, were at home ($p=0.002$). After 6 weeks 36.3% of the patients from the stroke unit and 50.0% from the general medical wards were in an institution ($p=0.02$); after 52 weeks 12.7% and 22.7%, respectively, were institutionalized ($p=0.016$). After 6 weeks mortality was 7.3% for the stroke unit group and 17.3% for the general medical wards group ($p=0.027$). After 52 weeks mortality was 24.6% for the stroke unit group and 32.7% for the general medical wards group (difference not significant). Functional state was significantly better for patients treated in the stroke unit after both 6 and 52 weeks. We conclude that care of patients with acute stroke in a stroke unit improves clinical outcome compared with treatment in general medical wards. (*Stroke* 1991;22:1026–1031)

No treatment has been conclusively shown to be effective in limiting the neuronal damage associated with stroke,[1-3] and the effective-

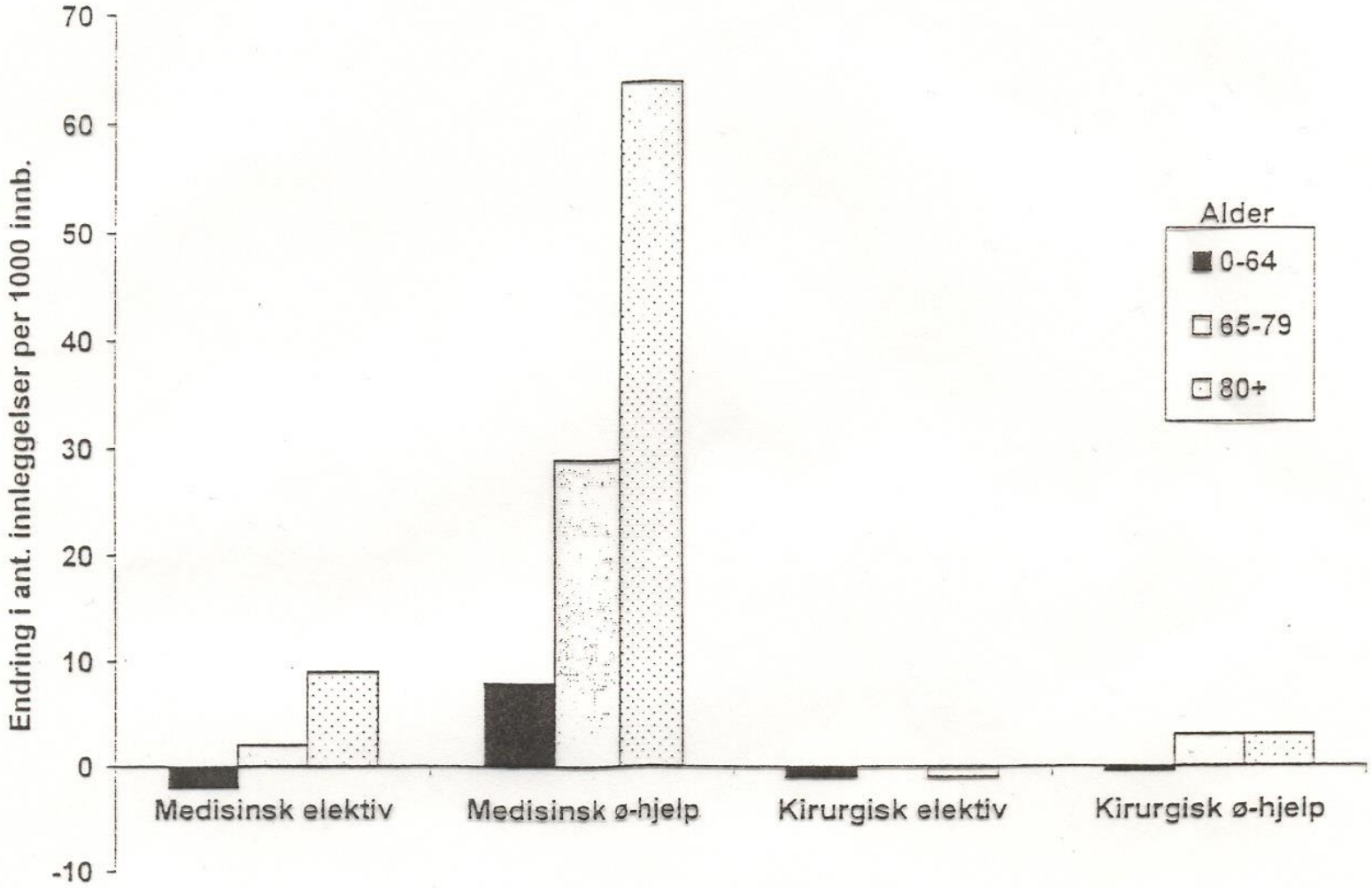
like care in a stroke unit.[17] Thus, there is continuing uncertainty about the value of stroke units, and more randomized studies are required.[9,18]


Antall utskr. Med. avd. SSK
8 000
7 000
6 000
5 000
4 000
3 000
2 000
1 000
0
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004


Gjennomsnittlig liggetid Med. avd. 1998 - 2004
Antall døgn
6,00
5,00
4,00
3,00
2,00
1,00
0,00
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2C
Med. avd.


Medisinsk avdeling
Antall liggedøgn
36 000
35 000
34 000
33 000
32 000
31 000
30 000
29 000
28 000
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004

Figur 1. Endring i innleggelsesmønster 1992-1996.



Figur 1 viser endringer i antall innleggelser per 1000 innbyggere (y-aksen) 1992-1996 fordelt etter om pasienten har fått hhv. kirurgisk eller medisinsk behandling, etter om innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp eller var elektiv, og etter aldersgrupper (x-aksen). Kilde. Sintef Unimed 1999 (8).

Ø-hjelp innleggelser 1995-2002

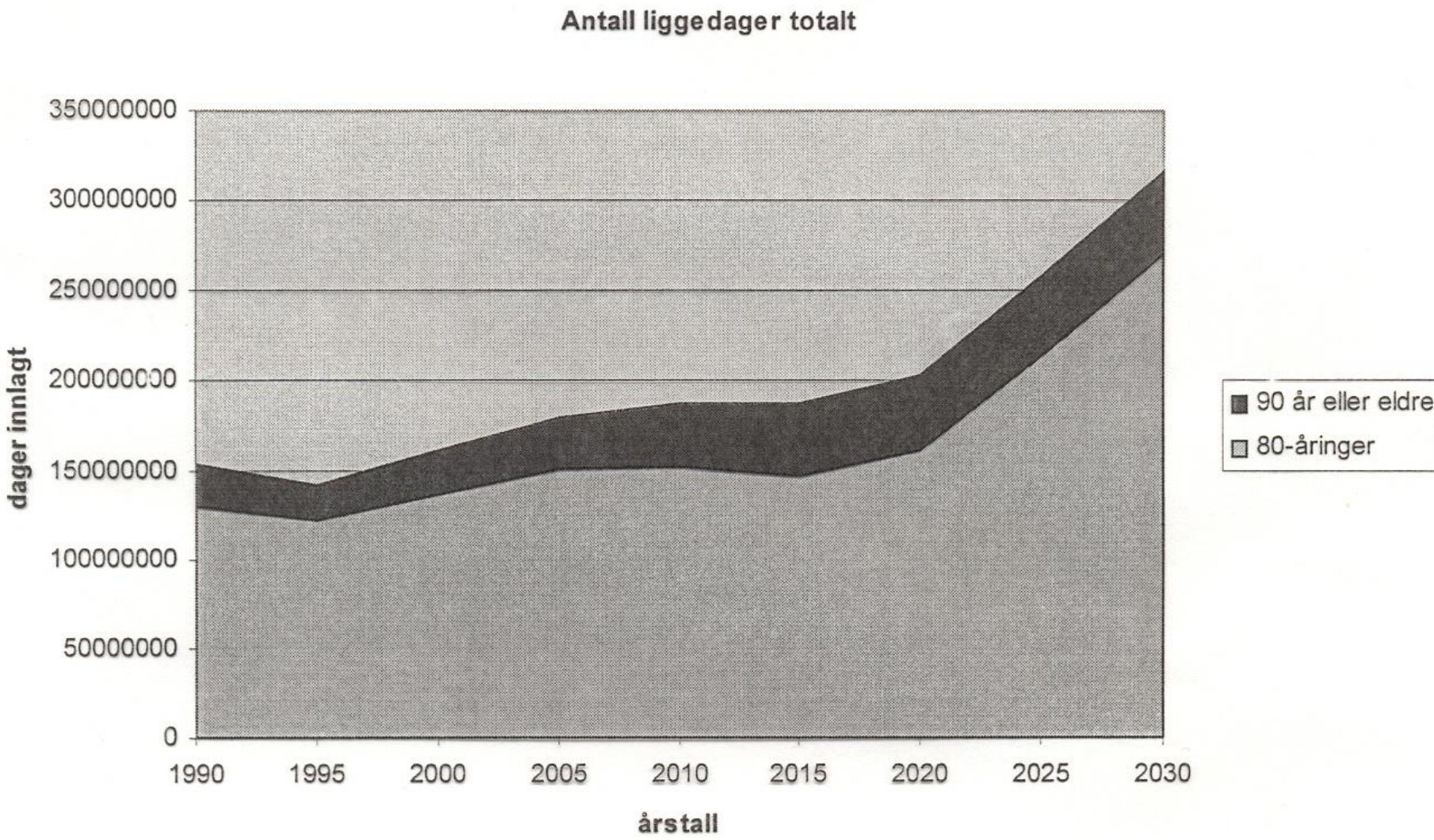
- Personer over 80 år
  - Har økt med 16%
  - Utgjør 55% av økning i innleggelser
  - Utgjør stor del av de lengste sykehusopphold
  - Har oftere reinnleggelser

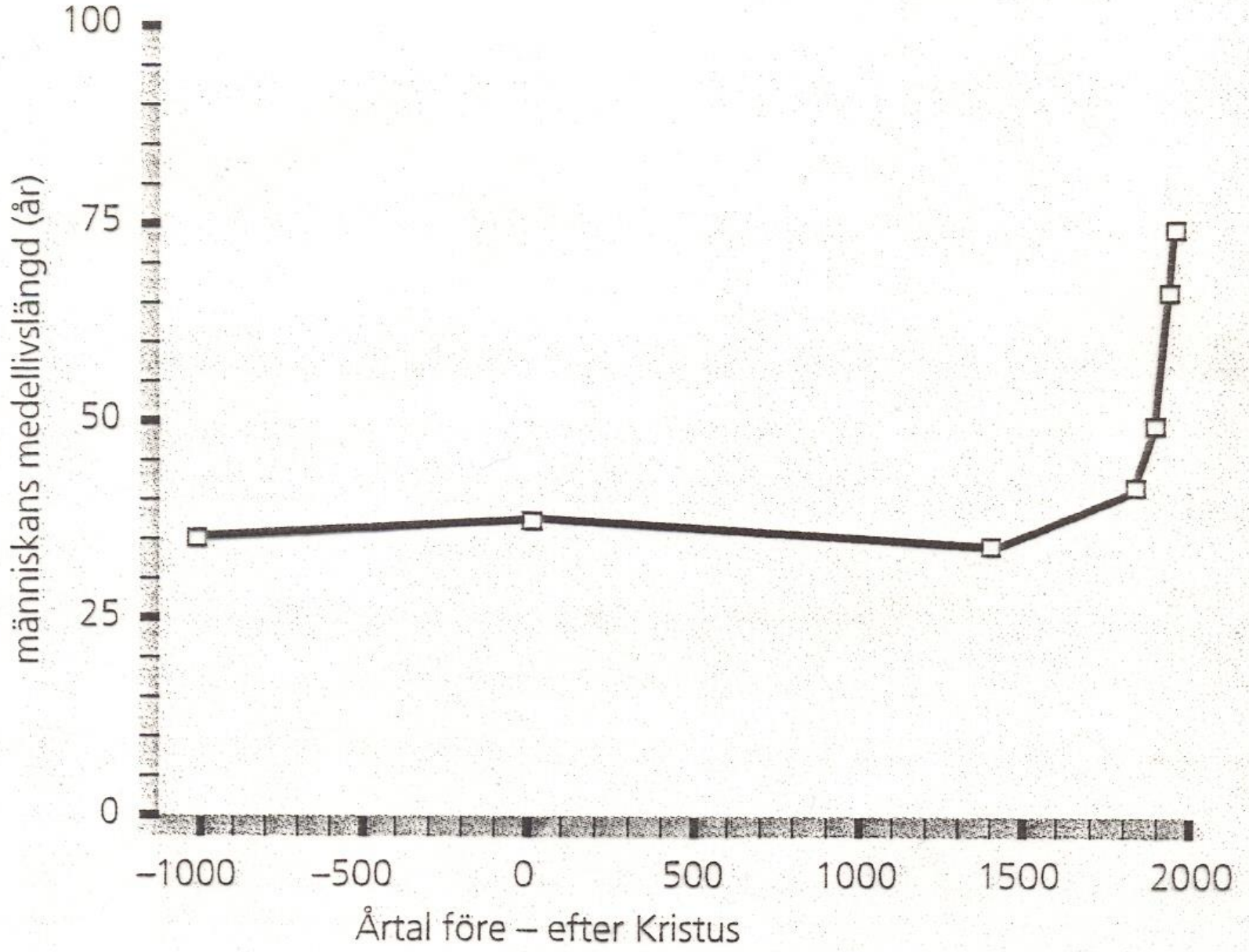
Personer over 75 år

- 7,6% av befolkningen
- 20% av innleggelsene
- 28% av liggedøgn på somatiske sykehus

Utviklingen på sykehusene de siste 15 år

- Slagenhetene endret synet på innleggelser av gamle pasienter med akutt funksjonssvikt
- De store økningen i innleggelser skyldes nesten utelukkende innleggelser av gamle
- Økningen er mulig på grunn av sterkt redusert liggetid
- Gamle pasienter har fått tilgang på avansert behandling


Antall liggedager totalt
350000000
300000000
250000000
200000000
150000000
100000000
50000000
0
dager innlagt
1990
1995
2000
2005
2010
2015
2020
2025
2030
årstall
90 år eller eldre
80-åringer


100
75
50
25
0
människans medellivslängd (år)
–1000
–500
0
500
1000
1500
2000
Årtal före – efter Kristus

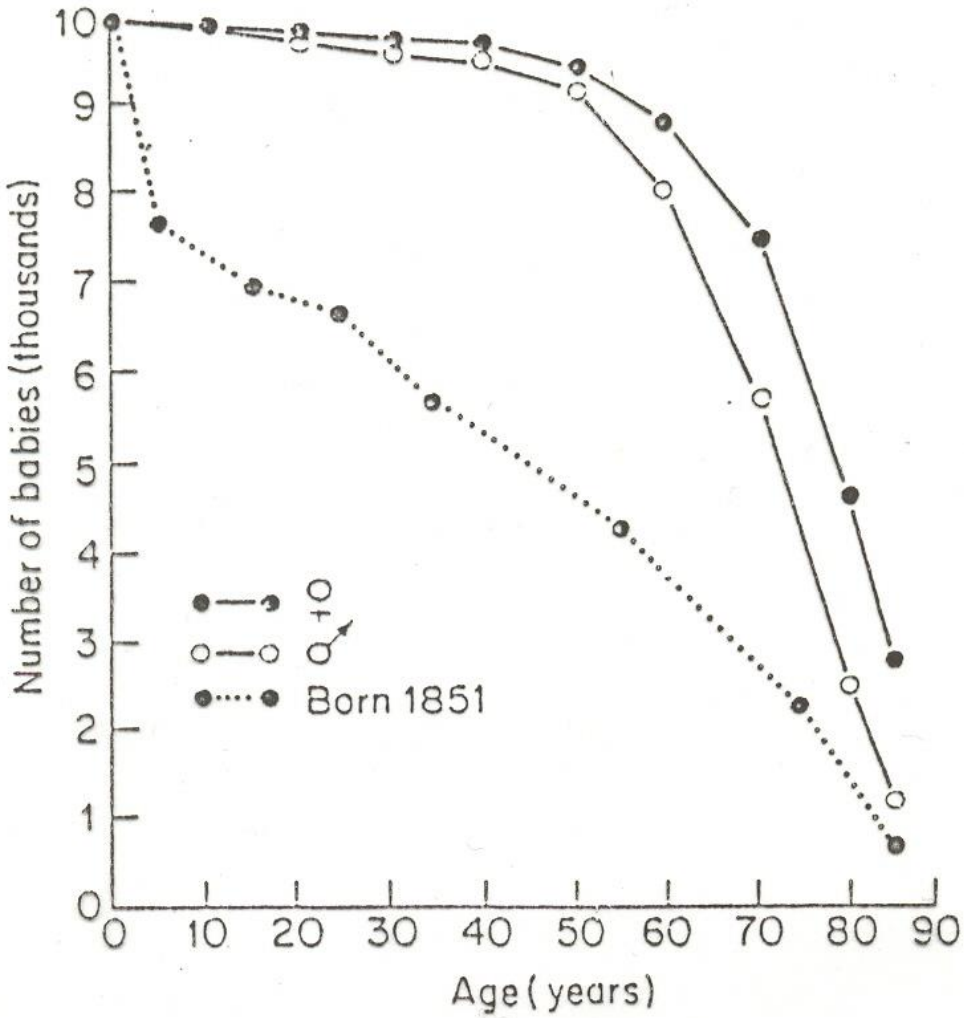
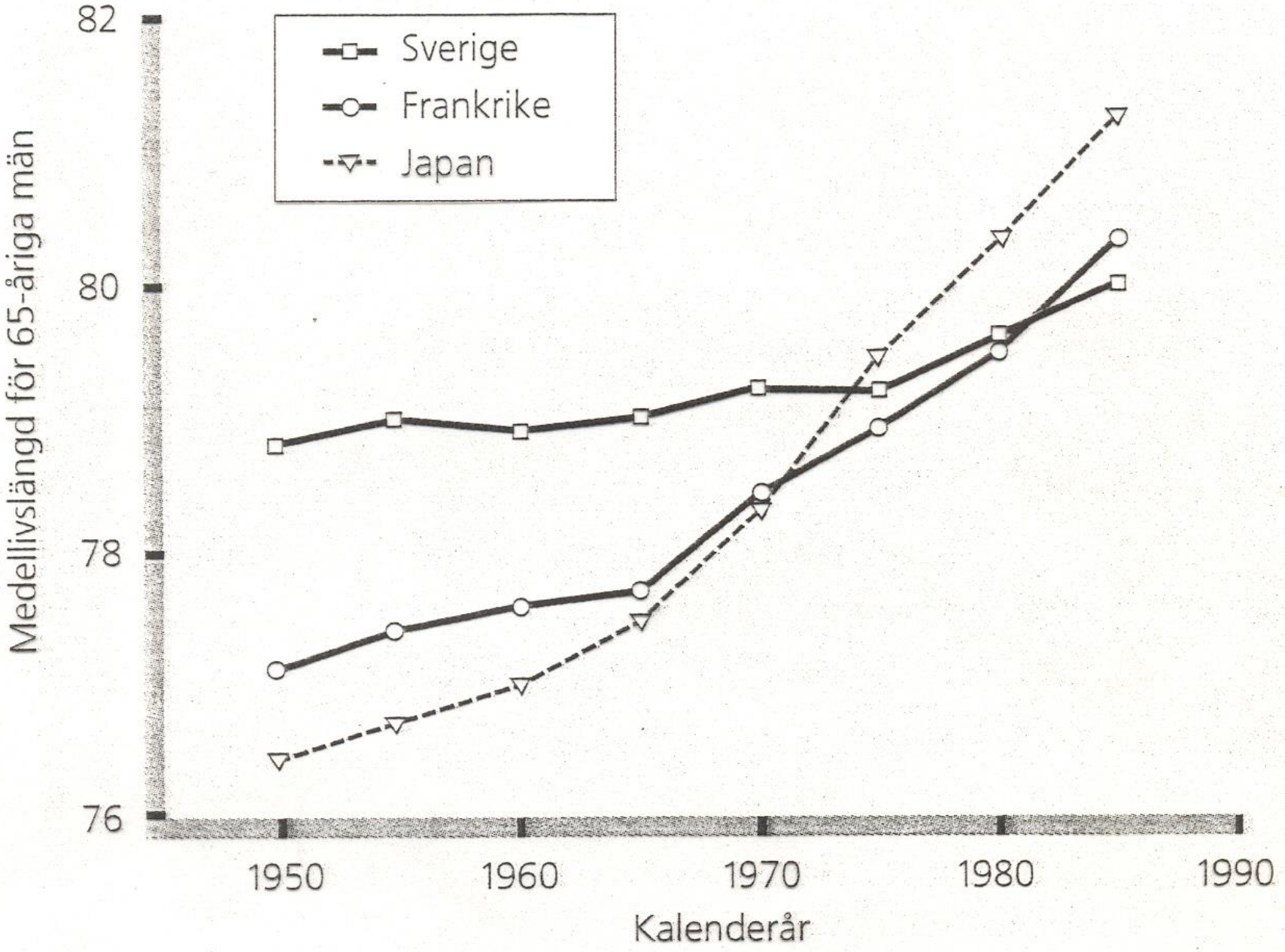
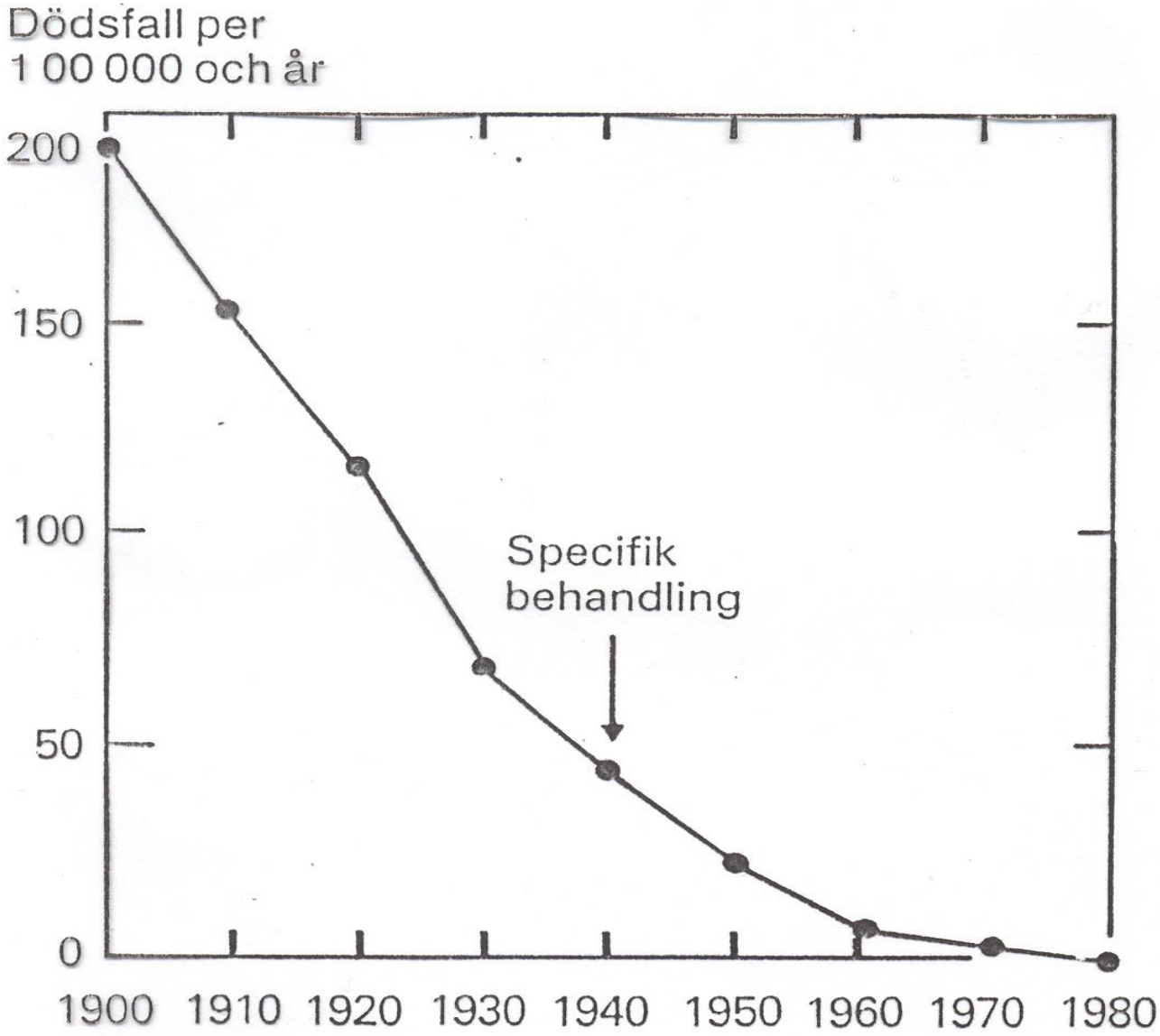


Figure 4. Predicted lifespan of 10 000 babies born in 1978 using mortality data collect. 1973–1975. From Carter (1980).


Sverige
Frankrike
Japan
82
80
78
76
Medellivslängd för 65-åriga män
1950
1960
1970
1980
1990
Kalenderår

Endring i befolkningsutvikling

- Sterk reduksjon i tidlig død
- Fortsatt reduksjon i dødelighet for de eldste
- Medisinsk behandling spiller en økende rolle
- Medisinsk behandling står kanskje for halvparten av økt overlevelse for de gamle



Figur 2:2.
Nedgången av tuberkulosdödligheten i USA 1900 till 1980.

Befolkningsutviklingen

- Gir et økt antall gamle mennesker med kroniske sykdommer og funksjonssvikt
- Flere friske gamle som kan nyttiggjøre seg avansert behandling når sykdom rammer
  - Store operasjoner
  - Dialyse og transplantasjon
  - -

Indremedisin-
hvordan ser faget ut?

- Kardiologi
- Lungemedisin
- Infeksjonsmedisin
- Geriatri
- Fordøyelsessykdommer
- Nefrologi
- Endokrinologi
- Hematologi

Kardiologi

- Behandling av koronarsykdom og arytmier går i kirurgisk retning og er på vei ut av indremedisin. Klaffefeil er kirurgi
- Hjertesviktpasientene
  - kronisk syke med akutte forverringer
  - store medikamentproblemer
  - andre sykdommer
  - læring, mestring og rehabilitering

Lungemedisin

- Lungekreft
  - Kirurgi
  - Onkologi
  - Palliativ behandling
- KOLS
  - kronisk syke med akutte forverringer
  - andre sykdommer
  - læring, mestring og rehabilitering

– Hematologi

  Et onkologisk fag

– Infeksjonsmedisin

  Like nær til kirurgiske fag som til indremedisin

Nefrologi, endokrinologi, fordøyelsessykdommer hematologi

- Høyt spesialiserte poliklinikker og dagbehandling med begrenset behov for senger
- Ofte bærere av den generelle indremedisin på sengepostene

Hva holder indremedisin sammen?

- Tradisjon
- Meget kostnadseffektivt
  - Ett vaktsystem for mange fag
  - Store avdelinger gir fleksibel ressursutnyttelse

Det er selve den medisinske fagutvikling som truer indremedisinsk enhet

- Fagutviklingen skjer i grenspesialitetene
- Kravet til kunnskap og ferdigheter krever økt spesialisering

Hvordan ser pasientene ut?

- 20% hjertepasienter
- 20% lungepasienter
- 20% med andre ”grenspesialiserte” lidelser

- 40% med ”generell indremedisin” eller sammensatt bilde

42 % av pasientene er over 75 år

- 2,6 aktuelle diagnoser
- ¼ har minst 4 aktuelle diagnoser
- ¾ har sviktende funksjon under oppholdet:
  - Basal egenomsorg i dagliglivsaktiviteter
  - Mental svikt
  - Forflytningsvansker
  - Inkontinens
    - Gamle i sykehus. Statens helsetilsyn 1998 IK 2697

- 21% har behov for geriatrisk tilnærming
  - Gamle i sykehus. Statens helsetilsyn 1998 IK 2694
- 30% har behov for geriatrisk tilnærming
  - Saltvedt og medarb. St Olavs Hospital, Trondheim 2002
  - Reuben: The use of targeiting criteria in hospitalized HMO patients JAGS 1992

Indremedisins videre utvikling

- Fortsatt ø-hjelp, lav terskel og korte,effektive behandlingsforløp
- Hovedfokus på annenlinjeoppgaver
- Deler av faget utvikler seg

  ut av felles indremedisin

  avansert kardiologi

  hematologi

  -

Hva er medisinske avdelingers svakheter overfor gamle pasienter?

- Funksjonelle problemer adresseres ikke
- Pasientforløp med risiko
  - Utskrivning
  - Uklare ansvarsdeling mellom første-og annenlinje
  - Dårlig samarbeid med pårørende
- Viktige områder der ansvaret ikke er plassert
  - Rehabilitering
  - Omsorg ved livets slutt

Akuttgeriatri

- Medisinsk-faglig er geriateren en tyv fra andre fag
- Tverrfaglig, systematisk, rehabiliteringsrettet organisasjon:
- -Mentale problem
- -Funksjonelle problem
- -Sosiale problem

Hvordan organisere de indremedisinske avdelinger slik at de gamle pasientenes behov ivaretas?

- 20% av sengene bør være spesialenheter i akuttgeriatri
- Geriatri må være midt i den medisinske akuttstrøm
- En samlet (eller nært samarbeidende) indremedisin må gi tilgang til alle grenspesialitetene

Samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten

- Pasientforløpene bør være preget av klare skillelinjer i ansvars-og funksjonsfordeling
  - Enighet om ansvarsfordeling
  - Minimalisere fare for å falle mellom to stoler

- Fins det områder for fellesfunksjoner?
  - Samsone?
  - Halvannelinjetjeneste?
  - Amulant annenlinje

Rehabilitering

- Rehabilitering kan ha betydelig effekt
- Fys.med/rehab. er fokusert mot

  nevrologi og bevegelsesapparatet

Er medisinsk rehabilitering et første- eller annelinjeansvar?

Er samarbeid mulig/hensiktsmessig?

Omsorg ved livets slutt

- Det er et utbredt ønske om å dø hjemme
- 40% dør i sykehus
- 40% dør i sykehjem
- I Norge dør færre hjemme enn i andre land

Organisering av omsorg ved livets slutt

- Sykehusene trenger en spesialenhet for palliativ medisin
  - Ambulant
  - Senger
- Den generelle kompetanse i palliasjon må heves i sykehus
- Sykehusene må styrke primærhelsetjenestens ansvar og evne

De gamle pasientene på medisinsk avdeling

- Trenger lav terskel for innleggelse
- Trenger også effektive pasientforløp, som
- samtidig tar tak i funksjonelle problemer
- som samarbeider med førstelinjen
  - uten uklarhet om ansvarsfordeling
  - god informasjonsoverføring
- og involverer pårørende