

## Fokusrapport

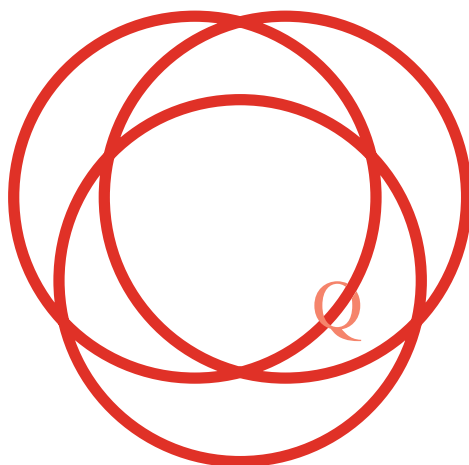
### **Akutmottagningens mångbesökare – hur kan vården förbättras?**

Stockholms läns landsting

2006







Fokusrapport

**Akutmottagningens  
mångbesökare  
– hur kan vården förbättras?**

Rapporten har tagits fram av  
Mariann Olsson

ISBN 91-85211-31-1

## **Om det medicinska programarbetet i SLL**

Det medicinska programarbetet i Stockholm syftar till att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,9 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs inom Forum, Centrum för Vårdutveckling i samverkan med såväl sakkunnigorganisationen som leverantörerna och beställarna. Patientorganisationerna medverkar också i arbetet.

Programarbetet bildar en gemensam arena för vårdens parter.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet.

Fokusrapporterna ska lyfta fram och belysa angelägna förbättrings- och utvecklingsområden. De ska också beskriva metoder och verktyg att använda i arbetet med att förbättra och utveckla hälso- och sjukvården.

## Förord

Trots att av många rapporter och studier beskrivit akutmottagningens mångbesökare och deras sammansatta problembild har inte vården anpassats efter deras behov. Det finns inte heller tillgång till personbunden statistik som skulle möjliggöra individbaserad uppföljning av den vård som ges.

Patienter med stora och sammansatta vårdbehov, barn och unga samt äldre; personer som lider av psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar bör prioriteras. *Vi tror att täta besök på sjukhusens akutmottagningar kan användas som en indikator för dessa grupper med eftersatta behov.*

Täta besök på sjukhusets akutmottagning kan ses som ett problem ur olika perspektiv:

1. Kvalitetsmässigt
  - Patienterna får inte adekvat hjälp eftersom det finns risk för fragmenterad vård eller parallella åtgärder
  - Symtom kan bli bestående om grundproblematiken inte uppmärksammas
  - Patienterna är missnöjda
  - Akutmottagningens personal kan känna (och visa) frustration över täta besök
  
2. Ekonomiskt
  - Parallella resurser används till en stor kostnad för samhället
  - Onödigt kostsam kontaktpunkt i vårdnätverket.

Mångbesökare är med andra ord en grupp patienter som far illa i vårdsystemet samtidigt som de sett ur ett samhällsperspektiv är kostnadsdrivande. Såväl den enskilde som vård- och omsorgssystemet har mycket att vinna på ett förbättrat omhändertagande och bättre rutiner. Det optimala omhändertagandet måste anpassas till den aktuella patientens behov.

## Syfte

Denna fokusrapport avser att

- sammanfatta kunskapsläget om mångbesökare vid sjukhusens akutmottagningar inom SLL,
- tydliggöra behov hos akutmottagningens mångbesökare,
- belysa behovet av samverkan i vård- och omsorgssystemet,
- stimulera till förbättrad vård, utveckling av samarbetskanaler för akutmottagningens mångbesökare samt till fortsatt forskning.

## Arbetsgrupp och förankring

Projektledare och huvudförfattare till rapporten är **Mariann Olsson** FoUU.chef, Kuratorskliniken Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Docent **Helen Hansagi**, Beroendecentrum har medverkat som sakkunnig. Projektledaren har intervjuat och haft skriftlig kommunikation med många olika personer inom såväl beställar- som utförarorganisationer. Referensgruppen har sedan vid sina gemensamma möten granskat sammanställningar och förslag. Ett tillfälligt brukarråd har stått till projektledarens förfogande. Slutligen har rapporten sänts på en bred remissrunda till programråden Primärvård och Äldrevård.

Förankring av rapporten har skett i Programrådet för akut omhändertagande, samt i Stockholms Medicinska Råd (SMR).

## Referens- och arbetsgrupp

*Eva Backerling*, Beställare Vård

*Kristina Bergström*, Huddinge kommun

*Ulf Durling*, överläkare, DVÖ-psykiska sektorns mobila akutteam.

*Ulla Gurner*, Stiftelsen Äldrecentrum

*Sten Holm*, koordinator, CVU Forum

*Nils Larsson*, hälso- o sjukvårds analytiker CVU Forum

*Anna Letterstål*, VÅRDSAK Karolinska Universitetssjukhuset Solna

*Gunnar Ljunggren*, medicinskt råd äldrevård

*Per Oskarsson*, enhetschef, Akutläkarenheten medicin, Karolinska Huddinge

*Nils-Olov Sandberg*, verksamhetschef Vaxholms vårdcentral

*Leon Sylverberg*, verksamhetschef, Huddinge närakut

*Anders Romelsjö, professor, Beroendecentrum  
Peter Rönnefalk, chefläkare, Ägarstyrning SLL  
Fredrik Schmekel, Karolinska Huddinge  
Gunnar Öhlen, medicinskt råd akut omhändertagande, Karolinska  
Universitetssjukhuset Huddinge  
Leif Öjesjö, docent, Beroendecentrum*

## **Primär målgrupp för rapporten**

Primära målgrupper är beställare av vård samt verksamhetsledning för akutmottagningar. Rapporten är även skriven för kliniskt arbetande läkare, sjuksköterskor, vårdutvecklare, omsorgspersonal, IT-ansvariga inom skilda medicinska specialiteter och skilda delar av primär- och sekundärkommunala vårdnätverk.

På SLL:s akutmottagningar kommer rapporten att användas för vidareutbildning av mottagande sjuksköterska samt hänvisningssjuksköterska.

Stockholm, augusti 2006

*Kaj Lindvall  
Ordförande  
Stockholms medicinska råd*

*Gunnar Öhlen  
Medicinskt Råd, ordförande  
Programområdet Akut  
omhändertagande*

*Magna Andreen Sachs  
Chef MPA, Centrum för vårdutveckling  
Forum*





## Innehållsförteckning

Förord .....	3
Sammanfattning .....	8
Inledning .....	11
Metod .....	13
Omvärldsanalys .....	15
Mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar i SLL .....	18
Interventioner/samverkansmodeller .....	29
Att vara patient .....	40
Mångbesökarens vårdnätverk .....	41
Förslag till förbättrad vård .....	46
Referenser .....	50
Bilaga 1. Mångbesökarnas totala vårdkonsumtion 1998, 2001 och 2004 totalt och per ålder .....	56
Bilaga 2. Brukarråd – sammanfattning av samtal .....	63
Bilaga 3. Förslag till kvalitetsindikator .....	73

## Sammanfattning

I syfte att tydliggöra vård- och omsorgsbehov hos akutmottagningens mångbesökare och föreslå arbetssätt och strukturer som anpassas för dem gjordes en kartläggning inom Stockholms läns landsting för åren 1997-2004. Fokusrapporten omfattar patienter i alla åldrar men föreslår åtgärder endast för patienter ”mitt-i-livet” och äldre. Tåta besök på sjukhusens akutmottagningar används som en indikator för grupper med eftersatta behov.

En mångbesökare på akutmottagning definieras som en person med 4 eller fler akutbesök på 12 månader. Oavsett om de återkommande besöken kan bedömas som medicinskt adekvata eller ej utgör patienterna en sårbar, multisjuk grupp med stor sjukvårdskonsumtion och stor dödlighet. Utan uppmärksammande av deras behov av kontinuitet och samverkan kan kvalitetsbrister uppstå och den sammanlagda vården bli onödigt kostsam.

Fokusrapportens strategiska förslag grundar sig på resultat från kartläggningen och på tidigare genomförda interventionsstudier.

## Kartläggning

År 2004 var 20 593 personer, 6 % av akutmottagningarnas patienter, mångbesökare inom SLL. Gruppen stod under samma år för cirka 114 000 besök (21 %) på sjukhusens akutmottagningar, 120 000 läkarbesök inom primärvården, 20 000 besök i psykiatrisk öppenvård och 55 000 slutenvårdstillfällen.

Andelen kvinnor är större än andelen män i åldersgruppen 15-44 år och andelen mångbesökare ökar med stigande ålder. Det finns ingen patientbunden statistik tillgänglig över besöksorsaker (besvär) och diagnoser. Mångbesökare låter sig inte heller beskrivas med en enskild diagnos. Andelen mångbesökare och deras andel av akutbesöken har varit oförändrade 1997-2004 men ca 70 % av mångbesökarna byts ut varje år. Mekanismerna bakom in- och utflödet är ännu okända.

Patienterna beskriver sammansatta problem och stora behov av att sjukvårdspersonal förmår se bakom det aktuella symtomet. Ett tillfälligt brukarråd pekade särskilt på behovet av samverkan mellan akutmottagningens läkare och ordinarie läkare och menade att beredskap för sammansatt problematik saknas i vår specialiserade vård.

## Interventioner

Två randomiserade interventionsstudier från Karolinska Huddinge presenteras liksom en aktuell modell från Kalmar och flera studier gällande äldre multisjuka. De prövade interventionerna har i samtliga fall gällt samverkan och kontinuitet med patientens egen medverkan.

*Samplaneringsprojektet* (1996) medförde nöjda patienter och vårdgivare. Projektet var multidisciplinärt och tvärprofessionellt och omfattade 69 mångbesökare från två vårdcentralsområden. Antalet akutbesök minskade i såväl interventionsgrupp som kontrollgrupp. *Blipp-projektet* (2003) använde den datoriserade akutliggaren för uppmärksammande av 1 799 mångbesökare. I många fall var patientens besöksmönster på akutmottagningen inte tidigare känt av primärvårdsläkaren. Akutbesöken minskade även här i både interventionsgrupp och kontrollgrupp. Slutenvården förändrades vare sig i kontrollgruppen eller i interventionsgruppen, men minskade avsevärt i den mindre grupp där aktiv informationsöverföring finns dokumenterad. I *Kalmarförsöket* görs en multiprofessionell vårdplan i samband med inläggning av mångbesökare, vilken sänds till ordinarie vårdgivare. Projektet är ännu inte utvärderat.

## Förslag till förbättrad vård

Det finns i nuläget inte evidens för någon specifik behandlingsstrategi för gruppen mångbesökare på akutmottagning. Vi föreslår dock att varje akutmottagning bör uppmärksamma gruppen för att i en nära framtid förbättra kontinuitet i deras vårdkontakter.

Akutmottagningens uppdrag att ”definitivt” behandla ett akut tillstånd vidgas för mångbesökare till att också innefatta samverkan med ordinarie vård- och omsorgsgivare samt att initiera fortsatt vård och uppföljning inom vårdnätverket. Kontinuitet kan åstadkommas genom att *uppmärksamma och använda helhetssyn* dvs. utreda, bedöma och planera multidisciplinärt och tvärprofessionellt samt *signalera vidare* till närsjukvård, psykiatri, specialistmottagning eller socialtjänst. Ett separat ”*äldrespår*” med tillgång till akut geriatriker och med kontinuitet i teamen inom primärvård/äldreomsorg bedöms nödvändigt.

*Vårdadministrativa stödsystem* föreslås för att uppmärksamma täta besök, skapa för hela vårdnätverket tillgänglig behandlingsdokumentation, förmedla remisser från akutmottagning och följa upp den egna enhetens mångbesökare.

Förslag lämnas även om kompetensutveckling, handlingsplaner och samarbetsöverenskommelser på olika nivåer.

## Inledning

### Mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar

Akutmottagning finns för närvarande vid åtta sjukhus inom Stockholms läns landsting. Dessa akutmottagningar tar sammanlagt emot drygt 550 000 patientbesök årligen. Besöken utförs av drygt 330 000 patienter. En liten andel av patienterna, ca 6 %, är mångbesökare, dvs. uppsöker akutmottagning fyra eller fler gånger under ett år. Dessa drygt 20 000 individer i alla åldrar gör årligen sammanlagt mer än 100 000 besök, motsvarande nästan 20 % av akutmottagningarnas totala besöksantal.

Fenomenet med mångbesökare på akutmottagning har undersökts bland annat i tre akademiska avhandlingar från Karolinska Institutet på 1980-talet<sup>1-3</sup> samt därefter i fortsatta studier vid Karolinska Huddinge.<sup>4-6</sup> Mångbesökare på akutmottagning förekommer i olika sjukvårdssystem enligt internationella studier.<sup>7-15</sup> Resultaten är relativt samstämmiga både vad gäller förekomst och problembeskrivning. Dessa patienter är en heterogen grupp, vanligtvis multisjuka och psykosocialt sårbara samt har en hög överdödlighet.<sup>6-8,16-18</sup> Vissa studier utgår från specifika diagnoser/symtom hos mångbesökare t ex astma, smärta eller missbruk.<sup>19-22</sup> Det finns få studier som beskriver barn som mångbesökare,<sup>23</sup> men åtskilliga som fokuserar på äldre mångbesökares behov.<sup>24-27</sup>

Ett liknande mångbesöksmönster har i Sverige och internationellt identifierats även med utgångspunkt från primärvården.<sup>28-31</sup> Även där visar resultaten på en grupp med fysiskt, psykiskt och socialt utsatt situation.

Numera vet vi att mångbesökare på akutmottagningen oftast har kontakt även med flera andra vårdgivare inom hälso- och sjukvården respektive inom socialtjänsten.<sup>6,32-35</sup> De är kända hos många vårdgivare men utan fungerande kontakter emellan vårdgivarna riskerar vården att bli fragmentarisk och utan kontinuitet. Mångbesökarna själva förutsätter och uppskattar samverkan mellan vårdgivarna.<sup>27,36-37</sup>

I studier med kvalitativ metodik har framkommit att akutmottagningens mångbesökare länge söker klara sin situation på egen hand, men när de bedömer

sina symtom som livshotande söker de akutmottagningen.<sup>38</sup> Där söker de hjälp för den akuta skadan/sjukdomen *och* den trygghet som vården erbjuder. I detta utsatta läge är respekt för patientens starka oro nödvändig. Det är således viktigt att tänka på att ”medicinskt akut” vårdbehov inte är samma sak som patientens upplevelse av att behöva eller efterfråga akut hjälp.<sup>39</sup> Mångbesökare är som grupp mer missnöjda med vården än andra akutpatienter.<sup>40</sup>

### *Faktaruta 1*

#### **Mångbesökare på akutmottagning (4 besök/år eller mer)**

- Lätt definierbar patientgrupp (6 %)
- Stor besöksvolym (drygt 100 000 besök under ett år)
- Ofta multisyjuka samt psykologiskt och socialt utsatta
- Har stor vårdkonsumtion inom öppen och sluten akutvård, primärvård, psykiatri och socialtjänst
- Bristande samverkan mellan berörda vård- och omsorgsgivare

## **Metod**

### **Definitioner och avgränsningar**

Vår definition av akutmottagningens mångbesökare är en patient som söker akutmottagning fyra eller fler gånger under ett år, en numera internationellt vedertagen definition.

Det är vanligt såväl i vetenskaplig litteratur som i vårdprogram att utgå från specificerade sjukdomar, hälsoproblem eller typer av funktionsnedsättningar. Det är mindre vanligt att fokusera på patienter med sammansatta behov av vård och omsorg. I denna rapport utgår vi från en i diagnoshänseende heterogen grupp patienter – mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar – som vi anser behöver uppmärksammas just med anledning av deras komplexa problembild.

Vi ser de täta besöken i huvudsak som en indikation på att sjukvårdssystemet inte lever upp till att möta dessa patienters behov. Även för de patienter som behöver sådan hjälp som endast kan ges vid återkommande besök på sjukhusens akutmottagningar krävs kontinuitet i vården.

Rapporten omfattar i vissa delar mångbesökare i alla åldrar. Barnen finns med i den statistiska kartläggningen. Eftersom någon bred studie av mångsökande barn oss veterligt inte har gjorts, omfattar denna kunskapsmanställning mångbesökare i yrkesverksam ålder samt äldre mångbesökare och deras problembild.

Ambulansutnyttjande och läkemedelsanvändning är likaså områden där ett fåtal patienter behöver/använder en stor del av resurserna – den problematiken berörs inte alls i föreliggande rapport.

### **Rapportarbetet**

På grund av rapportens breda karaktär har arbetet bedrivits i olika konstellationer. Förutom några ”stormöten” har företrädare för akutsjukvård, primärvård, psykiatri respektive beroendevård träffats separat. Ett särskilt underlag har funnits tillgängligt beträffande äldreperspektivet liksom

beträffande socialtjänsten. Ett tillfälligt brukarråd har stått till projektledarens förfogande.

Aktuell statistik för åren 1997 – 2004 har tagits fram specifikt för rapporten. I de fall det bedömts omöjligt att med till buds stående resurser ta fram viss statistik för hela landstinget har statistik från Huddingestudierna använts. Projektledaren har intervjuat och haft skriftlig kommunikation med många olika personer inom såväl beställar- som utförarorganisationer. Referensgruppen har sedan vid sina gemensamma möten granskat sammanställningar och förslag. Slutligen har rapporten sänts på en bred remissrunda inom skilda programområden.

Förankring av rapporten har skett i Programrådet för akut omhändertagande samt i Stockholms Medicinska Råd (SMR).



## Omvärldsanalys

### Skillnader i hälsa och vårdutnyttjande

Mycket i litteraturen om akutmottagningens mångbesökare kretsar kring social och psykosocial utsatthet. Skillnaderna i ohälsa och välfärd ökar i Stockholms läns landsting. I arbetet med rapporten har vi sökt olika sätt att ringa in mångbesökarnas sociodemografiska kännetecken utan att egentligen lyckas. Det finns i nedanstående sammanfattning inga uppgifter som specificerar förhållandena just för akutbesök och avsnittet kommer därför inte att tillföra förklaringsvärde till rapporten. Vi har ändå bedömt det vara av intresse att ta med nedanstående avsnitt om socialt bestämda skillnader i hälsa och vårdutnyttjande.

Vård på lika villkor är en övergripande inriktning i landstinget. Trots värdegrunden, programarbetet och modeller för viktad resursfördelning har det visat sig svårt att uttala sig om utvecklingen varit positiv eller negativ under de senaste åren.<sup>42</sup> Samhällsmedicin, SLL har 2004 publicerat en studie av sociala skillnader i vårdutnyttjandet bland personer i yrkesverksam ålder inom länet som underlag för satsningar i riktning mot vård på lika villkor.<sup>43</sup>

För inkomst, utbildning och familjetyp följer vårdutnyttjandet samma variationer som för självrapporterad hälsa. Vårdkonsumtionen är störst i lägre *inkomstgrupper* inom slutenvård och beroendevård. Inom öppen akutsjukvård (och privatvård) är förhållandet det omvända: personer inom högre inkomstgrupper vårdas oftare än individer ur lägre grupper. Personer med låg *utbildning* har fler kontakter med sjukvården än högutbildade; de högutbildade vänder sig i högre grad till somatiska specialistmottagningar medan lågutbildade vänder sig till primärvården. För båda dessa variabler – inkomst och utbildning – är skillnaderna störst i de yrkesverksamma åldrarna och tydligast bland män. *Ensamstående* har fler vårdtillfällen än *sammanboende*, särskilt inom slutenvård.

Skillnader i vårdutnyttjande med avseende på *födelseland* följer inte svaren för ohälsa. Cirka 33 % invandrare rapporterar avsaknad av god hälsa jämfört med 19 % av infödda svenskar. Sambandet mellan födelseland och vårdutnyttjande varierar stort mellan åldersgrupper, kön och vårdgrenar. Personer födda utom

OECD har inom somatisk öppenvård i genomsnitt flest besök per invånare; med delvis skilda mönster för primärvård och somatisk specialistvård. Personer födda utanför Sverige har ett oväntat lågt vårdutnyttjande i psykiatrisk öppenvård, något som dock inte bedömts motsvara ett lägre vårdbehov. Personer födda inom OECD har högsta utnyttjandet av beroendevård. Bakom begreppet födelse-land kan dölja sig många andra variabler än de socioekonomiska. Flyktingar har ofta de största välfärdsproblemen.

Ett förslag till behovsindex baserat bland annat på ovan i korthet beskrivna socialt betingade variationer mellan geografiska områden och vårdgrenar har presenterats som ytterligare ett steg i strävan efter jämlik vård.<sup>44</sup> Indexkomponenten för akutsomatisk vård (samt för geriatrik och psykiatri) tar hänsyn till variablerna ålder, familjetyp, bostad, utbildning, sysselsättning och områdestyp.

Socialt stöd är en faktor som brukar tillskrivas stor betydelse i bestämning av såväl ohälsa, som vårdbehov och vårdutnyttjande<sup>15,45</sup>. Denna variabel förekommer inte i de ovan redovisade sammanställningarna annat än genom att måttet familjetyp används.

## **Äldre multisjuka**

Gruppen äldre multisjuka överlappar delvis mångbesökare på akutmottagning. De flesta äldre har även långt upp i ålder god hälsa och funktionsförmåga och skiljer sig inte i stort från övrig vuxen befolkning vare sig det gäller vård- eller omsorgsutnyttjande. I Stockholms läns landsting har i Stiftelsen Äldrecentrums och Samhällsmedicins regi de s.k. multisjuka äldre studerats från 1990-talet.<sup>27</sup> Deras definition av äldre multisjuka är patienter (75+) som under ett år vårdats på sjukhus vid tre eller fler olika tidpunkter och då fått tre eller fler diagnoser ur olika sjukdomsgrupper registrerade. Antalet akutbesök är inget specifikt kriterium för definitionen av äldre multisjuka.

Andelen multisjuka bland personer 75 år och äldre har i Stockholms län uppskattats till cirka 4 procent och har legat på denna nivå under ett 10-tal år. Dessa äldre multisjuka har sökt akutmottagningarna vid upprepade tillfällen och varit extremt kända inom både vård och omsorg. Äldre med sammansatta behov hamnar ofta ordentligt i kläm då vården blivit otrygg och av låg kvalitet. Ibland har den äldre patienten varit föremål för ”övervård” och under andra perioder ”undervård”. De mest utmärkande problemen har varit bristen på helhetssyn och

samverkan mellan de olika vård- och omsorgsgivarna. Hårdast har situationen drabbat dem som bor kvar i sitt ordinära boende.

## **Aktuella förändringar i vården**

De pågående strukturförändringarna inom SLL akutsjukvård förutsätter en utveckling av närsjukvården med hög tillgänglighet och utbyggnad av system med vårdlotsar.<sup>46</sup> Det blir nu enligt vår bedömning än mer väsentligt att förbättra och underlätta samarbetet mellan akutsjukhus, närsjukvård och vård/omsorg i hemmet för att undvika att vården för personer med sammansatt problematik blir än mer fragmenterad, otrygg och svårtillgänglig och för att utnyttja akuta situationers potential till förändring/utveckling.

Äldreomsorgen har blivit alltmer restriktiv i sin tilldelning av hjälp och stöd. Det är färre som får hjälp, men de som får hjälp har stora vård- och omsorgsbehov. Den öppna hemtjänsten är hårt regel- och insatsstyrd. Platserna i särskilt boende minskar på de flesta håll. Servicehus omvandlas till seniorboende och korttidsplatserna ökar för att snabbt kunna ta hem utskrivningsklara patienter från sjukhuset. Anhörigas och övriga närståendes del i vård och omsorg är stor och i växande.

Behovet av samverkan mellan kommun och landsting kring vård och omsorg om äldre har således ökat i takt med kortare vårdtider inom slutenvården och hårdare prioriteringar inom den kommunala äldreomsorgen.<sup>32</sup> Samverkansöverenskommelser på olika nivåer har därför tecknats på de flesta håll i Stockholms län de senaste åren.

Rapporten ”Rehabilitering eller utanförskap”<sup>47</sup> från Sveriges Kommuner och Landsting har nyligen identifierat en annan utsatt grupp sjuka människor, nämligen sjuka som inte har sjukpenning utan är långvariga biståndsmottagare inom socialtjänsten. En av de frågor som enligt rapporten behöver få ett svar är: vem eller vilka ska ansvara för att den målgruppen får del av medicinsk bedömning och adekvata rehabiliteringsinsatser?

## Mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar i SLL

### Kartläggning

I genomsnitt gör stockholmaren 0,3 besök per år på någon sjukhusakut. De 333 000 patienter som år 2004 uppsökte akutmottagningar gjorde i genomsnitt 1,6 besök per individ. Den patientkategori vi lyfter fram här – med minst 4 besök per individ och år – har alltså en avsevärt större vårdkonsumtion än genomsnittspatienten. Detta gäller i synnerhet en grupp mångbesökare om cirka 700 personer med extremt många besök: de söker i genomsnitt 18 gånger per år (Tabell 1).

*Tabell 1.* Antal individer som besökte sjukhusens akutmottagningar år 2004 fördelade på antal gjorda akutbesök.

Antal akutbesök <sup>1</sup> per individ	Antal individer	Genomsnittligt antal besök per individ
1 besök	220 962	1,0
2 besök	68 600	2,0
3 besök	22 774	3,0
4-11 besök	19 897	5,1
12 besök eller fler	696	18,0
<b>Totalt</b>	<b>332 929</b>	<b>1,6</b>

<sup>1</sup> exkl planerade återbesök respektive interna remisser

### Utveckling över tid

Totala antalet besök till sjukhusens akutmottagningar ökade från år 1997 fram till år 2001, för att år 2004 minska något (Tabell 2). År 2004 var 20 593 individer mångbesökare, vilket är 6 % av totala antalet patienter som sökte akutmottagning det året. Mångbesökarna stod för sammanlagt 114 422 besök, eller 21 % av alla akutmottagningsbesök under året. Som framgår av Tabell 2 har mångbesökarnas andel totalt av patienterna förblivit tämligen konstant över åren, liksom även det genomsnittliga antalet besök per mångbesökare.

Som ett led i sjukvårdens omstrukturering har under de senaste tio åren flera närakuter öppnats; 2004 hade dessa totalt cirka 124 000 läkarbesök.<sup>46</sup> Antal mångbesökare och deras andel av besöken på dessa närakuter är okänt.

Tabell 2. Antal besök och besökare (i tusental) vid samtliga akutmottagningar på sjukhus i Stockholms läns landsting per år, 1997–2004.

	År 1997	År 1998	År 1999	År 2000	År 2001	År 2002	År 2003	År 2004
<b>Antal besök</b>								
<b>Totalt (tusental)</b>	<b>481</b>	<b>526</b>	<b>557</b>	<b>565</b>	<b>586</b>	<b>586</b>	<b>578</b>	<b>540</b>
-Mångbesök (tusental)	101	115	126	129	131	133	127	114
-Mångbesök %	21,1	22,0	22,7	22,9	22,4	22,7	22,1	21,2
<b>Antal besökare</b> <b>(individer)</b>								
<b>totalt (tusental)</b>	<b>296</b>	<b>319</b>	<b>335</b>	<b>339</b>	<b>355</b>	<b>352</b>	<b>351</b>	<b>332</b>
-Mångbesökare (tusental)	19	21	23	23	24	23	23	21
-Mångbesökare %	6,3	6,6	6,8	6,9	6,7	6,7	6,5	6,2
Genomsnittligt antal besök per mångbesökare	5,5	5,5	5,5	5,5	5,6	5,7	5,6	5,6
Maxbesök/pers	79	164	98	129	126	125	112	148

### Skillnader mellan akutmottagningarna

Cirka 44 % av samtliga akutmottagningsbesök görs på de tre sjukhusen söder om Slussen (Södersjukhuset, Huddinge och Södertälje) som betjänar ett område där 48 % av länets befolkning bor. 56 % av besöken sker på de fem sjukhusen norr om Slussen där 52 % av befolkningen bor. Cirka 5 % av patienterna på respektive akutmottagning är mångbesökare, mot länets 6 %. Detta beror på att en individ kan göra t ex 2 besök på akutmottagning X och 2 besök på akutmottagning Y, varvid han/hon räknas som mångbesökare totalt i länet, men däremot inte på akutmottagning X respektive Y. Samma patient kan även vara mångbesökare på flera akutmottagningar.

## Mångbesökargruppen över tid

Även om antalet mångbesökare på akutmottagning, liksom mångbesökarnas andel av samtliga akutbesök är lika från år till år, betyder det inte att det är samma individer som förblir mångbesökare över åren. Det finns både ett utflöde från och ett inflöde till gruppen, men vad som avgör om de täta besöken upphör eller ej har hittills gjorda studier ej kunnat belysa tillräckligt.<sup>49-50</sup>

Den största delen av gruppen byts ut från år till år, medan en mindre andel förblir mångbesökare flera år i rad. Under åren 2000 – 2004 har 65 – 70 % av mångbesökarna kommit till som helt nya varje år. Cirka 20 % har visat sig finnas kvar som besökare minst två år. Det blir alltså viktigt att tidigt identifiera dessa för att genom förbättrad vård om möjligt bryta deras stora konsumtion av akutbesök.

## Kön och ålder

Av akutmottagningarnas patienter är 52 % kvinnor; av mångbesökarna är kvinnornas andel 54 %. Denna kvinnornas överrepresentation beror emellertid enbart på att de söker mer än män i åldersgruppen 15-44 år, vilket sannolikt kan tillskrivas att de då befinner sig i barnafödande ålder. I samtliga andra åldersgrupper är andelen mångbesökande män större än andelen mångbesökande kvinnor (Tabell 3).

Tabell 3. Andel (%) mångbesökande kvinnor och män i respektive åldersgrupp samt andel i befolkningen som har sökt akutmottagning. År 2004.

Åldersgrupp	Andel (%) mångbesökare av akutpatienterna		Andel (%) mångbesökare i befolkningen	Andel (%) i befolkningen som sökt akutmott under året
	Kvinnor	Män		
0-14	4,0	4,3	0,7	16,8
15-44	5,8	4,2	0,9	17,3
45-64	5,8	6,6	1,0	15,8
65-74	7,9	9,1	1,8	21,1
75-84	9,7	11,2	3,2	31,3
85+	10,4	12,6	4,6	43,1
Totalt	6,4	5,9	1,1	17,9

Av tabell 3 framgår också att andelen i befolkningen som söker akuten ökar med stigande ålder, liksom mångbesökarnas andel ökar ju äldre patienterna är. I den äldsta åldersgruppen –85 år och däröver– är andelen mångbesökare 12 %

(för män och kvinnor tillsammans) att jämföras med genomsnittet på 6 % för hela gruppen akutpatienter.

### **Etnicitet**

År 2002 hade 15 % av SLL:s innevånare utomnordisk bakgrund, 5 % nordisk bakgrund och 80 % svensk bakgrund.<sup>44</sup> Andelen invandrare med utomnordisk bakgrund varierade mellan de geografiska beredningsområdena från 7 % (i Nordost) till 23 % (i Norra Stockholm), andelen med utländsk nordisk bakgrund från 3,6 % (i Innerstaden) till 9% (i Sydväst). Mellan de olika närsjukvårdsområdena var variationerna än större: för utomnordisk bakgrund från 4 % (i Norrtälje) till 44 % (Kista, Spånga, Rinkeby) och för svensk bakgrund från 52 % (i Kista, Spånga, Rinkeby) till 91 % ( i Norrtälje).

I en studie av betydelsen av det geografiska områdets sociala integration för andelen mångbesökare på 1980-talet hade andelen invandrare liksom andelen arbetslösa och rörligheten i området en avgörande betydelse för andelen mångbesökare.<sup>48</sup> Det finns som framgått ovan inte några variationer i andelen mångbesökare mellan de olika akutmottagningarna som skulle kunna höra samman med befolkningens etniska sammansättning, men frågan har inte heller analyserats separat.

### *Faktaruta 2*

#### **Akutmottagningens mångbesökare i SLL år 2004**

- 20 593 personer (6 % av akutbesökarna) med tillsammans 114 422 akutbesök; ca 1/5 av alla besök
- Lika stor andel vid alla sjukhusens akutmottagningar
- Andelen kvinnor är större än män i åldersgruppen 15-44 år (barnafödande ålder)
- Ökande andel med ökande ålder
- Finns inom alla diagnosgrupper

## **Diagnoser och besöksorsaker**

Att på ett rättvisande sätt beskriva akutmottagningens mångbesökare utifrån diagnoser är omöjligt just genom att de söker så ofta inom många olika specialiteter och har sammansatta problem. De låter sig inte ”etiketteras” med hjälp av EN diagnos. För det första så har flera av dessa patienter flera olika samtidiga sjukdomstillstånd. För det andra så ger diagnosen inte alltid tillräckligt information om tillståndets allvarlighetsgrad eller behovet av akut sjukvård. Idag registreras vare sig besöksorsaker eller bidragande faktorer till att patienter söker vård på ett enhetligt sätt som möjliggör uppföljning. Inte heller kan andelen besök på akutmottagningar som föranletts av missbruksrelaterade problem med säkerhet fastställas utifrån tillgänglig statistik eftersom endast cirka 2/3 av besöken inom öppenvården diagnosregistreras.

I brist på landstingsgemensamma uppgifter har vi valt att presentera några resultat från en nyligen genomförd studie över mångbesökare vid Karolinska Huddinge. Individuella exempel på sammansatt problembild finns även i följande avsnitt.

I den studie från Karolinska Huddinge som mer i detalj beskrivs på sidan 29 randomiserades 834 mångbesökande patienter till intervention. Besöksorsaken vid det besök som blev indexbesöket har rangordnats per åldersgrupp (Tabell 4). Som synes är besvärsbilden heterogen med i regel som mest 15 % av besöken samlade till en kategori. För barnen övervägde andningsbesvär. De olika kategorierna är i vissa fall sammansatta, till exempel av ”buksmärta”, ”magsmärta”, ”magbesvär” respektive av ”ont i bröstet” och ”hjärtbesvär”. I flera studier har smärta i olika kroppsorgan utpekats som en vanlig orsak till täta besök på akutmottagning.<sup>20, 35, 37-38</sup>



Tabell 4. De fyra vanligaste besöksorsakerna för indexbesöket (4:e eller mer på 12 månader) bland 830 mångbesökare på akutmottagningen vid Karolinska Huddinge under perioden mars – aug 2003. Fördelning per åldersgrupp.

	<b>0-14 år n=144</b>	<b>15-44 år n=225</b>	<b>45-64 år n=202</b>	<b>65-74 år n=92</b>	<b>75+ år n=167</b>
1	andningsbesvär (20 %)	mag- och bukbesvär (15 %)	bröstmärta, hjärtbesvär (14 %)	buksmärta, magbesvär (17 %)	bröstmärta, hjärtbesvär (16 %)
2	öron (11 %)	muskel- och skelettskada (6 %)	buksmärta och magbesvär (12 %)	bröstmärta, hjärtbesvär (13 %)	andningsbesvär (15 %)
3	kräkning/magsmärtor (11 %)	hals (6 %)	Andningsbesvär (9 %)	andningsbesvär (13 %)	muskel- och skelettskada (8 %)
4	feber (9 %)	vaginal blödning (5 %)	muskel- och skelettskada (9 %)	muskel- och skelettskada (9 %)	dåligt allmän-tillstånd (7 %)

I de yngre åldersgrupperna förekom vissa könsskillnader. Andningsbesvär kom på första plats för pojkar och på andra för flickor. Vanligast besöksorsak för mångbesökande flickors indexbesök var i stället öronvärk och urinvägsbesvär. I åldersgruppen 15-44 år toppades listan av magbesvär för både kvinnor och män. Muskel/skelettskada fanns likaså på ”topp 4 listan” för båda könen. Halsont och vaginal blödning var däremot kvinnoproblem medan värk och ryggont kom på tredje respektive fjärdeplats för männen.

I åldrarna över 45 år delade män och kvinnor samma fyra besvärstyper som de vanligast förekommande. I gruppen 45-64 år var bröstmärta vanligare bland män och magbesvär vanligare bland kvinnor. Dessa skillnader jämnade sedan ut sig i de högsta åldersgrupperna.

I samma studie beräknades även slutenvårdsdagarna per diagnoskapitel hos de totalt 1 799 mångbesökare som ingick i studien. Fördelningen framgår av tabell 5.

Tabell 5. Antal slutenvårdsdagar 12 månader före indexbesöket hos de 1799 mångbesökare som registrerades på akutmottagningen vid Karolinska Huddinge under perioden mars – augusti 2003. Fördelning på diagnoskapitel.

Diagnoskapitel (i rangordning)	Sammanlagt antal slutenvårdsdagar 12 månader före indexbesök
Cirkulationsorganens sjukdomar	3799
Tumörer	2946
Andningsorganens sjukdomar	2810
Psykiska störningar	2541
Matsmältn organens sjukdomar	2478
Ospecificerade symtom	1665
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet	1338
Infektioner	1218
Nervsystemets sjukdomar	1092
Yttre våld, förgiftning	1076
Endokrina sjukdomar	1037
Sjukdomar i urin- och könsorgan	817
Sjukd i blodbildande organ	303
Hudens sjukdomar	215
Komplikationer vid graviditet och förlossning	165
Missbildningar	26

Observera att sammanställningen i Tabell 5 endast avser angiven huvuddiagnos, varför eventuellt samtidigt förekommande sjukdomstillstånd inte framgår. En stor andel av slutenvårdskonsumtionen gällde psykiska störningar. Vilken andel patienter i detta material som har beroendeproblematik är inte studerat.

### **Akutmottagningens mångbesökare - övrig vårdkonsumtion**

Antalet läkarbesök som registrerats för de 20 593 mångbesökarna i SLL år 2004 var lika stort inom primärvård samt vid övriga öppenvårdsmottagningar som vid akutmottagningarna (Tabell 6). Endast 3 % av mångbesökarna hade bara vänt

sig till akutmottagningar på sjukhus, vilket stämmer med tidigare visade resultat.<sup>6</sup>

Tabell 6. De 20 593 mångbesökarnas totala öppenvårdskonsumtion 2004 fördelad över typ av mottagning, i medeltal 17,6 besök/individ.

Typ av mottagning	Antal besök	Andel av öppenvårdskonsumtionen (%)
akutmottagning	114 422	31,6
öppenvårdsmott – sjukhus	119 089	32,9
primärvård	109 164	30,2
psykiatrisk öppenvård	19 324	5,3
<b>summa</b>	<b>361 999</b>	<b>100,0</b>

6 000 av de drygt 20 000 mångbesökarna hade enbart öppenvårdskonsumtion och var aldrig inlagda på sjukhus. Den totala slutenvårdskonsumtionen inom landstinget för de övriga 14 471 mångbesökarna uppgick år 2004 till cirka 55 000 slutenvårdstillfällen. Öppenvårds- och slutenvårdskonsumtion hos akutmottagningens mångbesökare fördelad på olika ålderskategorier åren 1998, 2001 samt 2004 framgår av bilaga 1. Primärvårdens andel har ökat mellan dessa år (från 25 % år 1998 till dagens 30 %). Hur stor andel av mångbesökarnas primärvårdsbesök som avser närakuter framgår ej av tillgänglig statistik.

## Exempel på besöksmönster

Nedanstående fallbeskrivningar är hämtade från intervjustudier som gjorts i Stockholmsområdet under de senaste åren.<sup>29,35</sup>

*David* är 41 år och fransköld. Hans barn lever tillsammans med sin mor. Under en tvåårsperiod har David totalt 20 besök inom sjukvården; på akutmottagningen vid åtta av dessa. Han sökte senast akut pga. ”hjärtrubbning” som dock hade lugnat sig då han kom in. David blev väl bemött den gången och fick hjälp men han har tidigare varit irriterad på personalen på akuten vid flera tillfällen. David säger sig dock ha stort förtroende för sjukvården.

*Jag har tidigare gjort ganska täta besök på akuten, en period varje dag. På dagen kunde jag vara som vanligt men så fort kvällen kom blev jag orolig. Då upplevde jag att de var trötta på mig...*

David har sökt läkare på vårdcentralen vid nio tillfällen. Han bytte vårdcentral för flera år sedan pga. att han blev så otrevligt bemött. Under en tioårsperiod har han sedan vänt sig till en och samma vårdcentral som han har varit mycket nöjd med, men har nu åter bytt efter anmodan från vårdcentralen. Senast sökte han läkaren efter en utlandsvistelse och fick genomgå en rejäl undersökning.

*Jag var nyfiken, det var ett nytt ställe. Jag blev väl bemött. Det var finare lokaler än i [...], trevligare miljö, jag bor fortfarande i [...] så det är långt att åka. När du inte är välkommen på ett ställe och blir väl bemött på ett annat så glömmet du det gamla.*

David har också gjort tre besök på den öppna psykiatriska mottagningen under perioden. Senast sökte han akut pga. panikattacker och att han var ledsen och orolig.

*Jag fick vänta ungefär i två timmar. Då lämnade jag sjukhuset eftersom jag inte fick hjälp.*

David's kontakt med socialtjänsten består av tre ansökningstillfällen avseende ekonomiskt bistånd. Senaste gången sökte David ekonomiskt bistånd för vistelse på vilohem. David är väldigt nöjd med socialtjänsten i sin kommun del säger han. Han och hans familj har verkligen fått den hjälp som de behöver anser han.

Frida är 45 år och lever tillsammans med sina två barn i hyreslägenhet. Under två år har Frida haft sammanlagt 34 besök inom sjukvårdens olika enheter; 12 besök på akutsjukhuset varav fem akuta och sju planerade. Frida har bekymmer med ett knä som svullnar och värker. Hon anser att hon har blivit väl bemött och att läkaren hon träffat är kompetent även om besöket inte direkt innebar någon förändring för henne. Hon går fortfarande med värk.

*Jag tycker att jag har fått ganska hyfsad hjälp. De har gjort så gott de har kunnat. Jag är nöjd. Jag har aldrig blivit otrevligt bemött. De är serviceinriktade.*

Frida har också gjort 18 besök hos läkare på vårdcentral; även senaste besöket på vårdcentralen berodde på hennes knä. Frida är mycket nöjd med det bemötande hon får på vårdcentralen.

*Vid besöket fick jag besked om att min husläkare skall sluta för att istället arbeta på sjukhuset. Det tycker jag är synd för hon känner även min dotter. Om det har varit något problem med min dotter och vi inte vill åka in på akuten har hon tagit emot henne. Min husläkare känner till familjesituationen och det känns bra.*

Frida har tre besök registrerade på den öppna psykiatriska mottagningen och ett på den psykiatriska akutmottagningen. Akutbesöket ägde rum när hennes dotter blev sjuk. Frida fick ångest men hon anser inte att hon fick hjälp där. Läkaren bedömde att Frida skulle vara hjälpt av Cipramil men skrev inte ut någon medicin utan remitterade till den psykiatriska öppenvårdsmottagningen för detta. Väntetiden dit var 4-5 veckor men Frida tog istället kontakt med sin husläkare som hjälpte henne.

*Att de tar för lång tid på sig. Om folk mår dåligt så mår de dåligt när de är där. Om de inte får hjälp så hinner de hoppa framför tåget flera gånger om.*

Frida har haft kontakt med socialtjänstens ekonomienhet och familjeenhet. 15 kontakter avser bl.a. försörjningsstöd. Hon har också erhållit bistånd i form av kontaktperson för ett av sina barn. Vid det senaste besöket var Frida kallad till socialkontoret med anledning av information från hyresvärden om en hyresskuld. Frida tycker att hon i regel har fått den hjälp hon har förväntat sig men inte vid det senaste besöket eftersom de inte tog hänsyn till hennes depression utan ansåg att hon hade egen ekonomi som kunde täcka hyrorna.

*I tre år har min dotter varit sjuk. Jag har försökt vårda henne och sedan min egen sjukdomsperiod så jag har det inte så fett. Jag är van att gå på helspänn på något vis.*

Elsa är 77 år och multisjuk. Hon bor tillsammans med en dotter och hennes familj. Det senaste året har hon sökt akutmottagningen 15 gånger och specialläkare vid 7 tillfällen. Hon har haft samma husläkare i många år:

*”Förnyelse av recept fixas med en gång över telefon men man får vänta mellan en månad till sex veckor på att få komma till doktorn. Vid akuta problem får jag vända mig till sjukhuset och det är jättejobbigt på akuten”.*

Elsa har vårdats på sjukhus/sjukhem sammanlagt 55 dygn (4 vårdtillfällen). Hon har ständig värk på grund av kotförskjutning och är sedan drygt ett år rullstolsburen. Egentligen är hon beroende av hjälp med allt utom att äta. Hjälpen ges av närstående samt av hemtjänst som dagligen hjälper till med morgonrutinerna. Elsa har provat dagrehab.

*”Det fungerade inte alls eftersom jag kommer igång först på eftermiddagen och då stänger dagrehab”.*

När Elsas situation och behov uppmärksammades i samband med studien började husläkaren arbeta tillsammans med sjukgymnast och distriktssköterska. Akutbesöken upphörde.

Alvar är 77 år och ensamboende. Han har haft stroke och har symtom från hjärta och luftrör. Alvar har sökt sjukhusakuten 8 gånger och specialistläkare vid 11 tillfällen de senaste 12 månaderna. Fem slutenvårdstillfällen har gällt sammanlagt 30 vård dygn.

*”På sjukhuset tycker man att jag skulle flytta till sjukhem men jag fick slutligen erbjudande om att bli ansluten till ASIH.”*

Tiden innan ASIH: besöken på sjukhuset var frekventa och plågsamma. Det blev många och långa timmar av väntan på akuten. Sjukhuset blev *”den enda länk till läkarvård som fanns”*. Husläkarkontakterna skedde för Alvars del per telefon och handlade om recept som behövde förnyas. Alvar hade hjälp av hemtjänsten flera gånger dagligen men den uppfattades *”så illa fungerande att det knappt går att beskriva”*.

Det har hänt att frukosten blivit serverad klockan elva på förmiddagen. Livssituationen blev till sist ohållbar och Alvar hade före sista vårdplanering på sjukhuset, innan intervjustudien ägde rum, minskat i vikt till 35 kg. ASIH betydde stor trygghet;

*”Kan inte få bättre medicinskt och psykologiskt stöd. De håller faktiskt vad de lovar”.*

Alvar fick nu kontakt med läkare och sjuksköterska varje vecka. Under halvåret efter intervjun upphörde akutbesöken helt.

## **Interventioner/samverkansmodeller**

Trots den sedan lång tid kända problembilden finns endast ett fåtal interventionsmodeller beskrivna och testade både i Sverige och internationellt.<sup>51-55</sup> De har handlat om kuratorsintervention, multidisciplinära team på akutmottagningen, case managers/koordinatorer och speciella mottagningar – dvs. de har i huvudsak inriktats på att samverka över yrkes- och vårdgränserna och att skapa kontinuitet i vården.

Försök att ”styra bort” gruppen mångbesökare från akutmottagningen, i samband med besök där, har misslyckats. Antalet mångbesökare tycks vara oförändrat trots utbyggnad av primärvården och trots differentiering av vårdavgifterna. Sannolikt är akutmottagningens mångbesökare en så sårbar grupp att insatser på strukturell nivå inte får effekt – även individuella och skräddarsydda lösningar behövs.

## **Interventioner vid Karolinska Huddinge**

Vid Karolinska Huddinges akutmottagning har två former av samverkan mellan olika vårdgivare prövats och utvärderats. Den första skedde på 1990-talet i en särskild intervention för patienter från ett par vårdcentralsområden;<sup>55</sup> den andra ägde rum 2003, direkt i anslutning till det fjärde akutbesöket på ett år och omfattade akutmottagningens samtliga mångbesökare under perioden. Primärvården har medverkat i båda försöken; socialtjänsten och psykiatrin i det första. Båda interventionerna genomfördes med patientens egen medverkan.

### **Projektet individuell samplanering**

Interventionen innebar att akutmottagningens kurator kallade mångbesökaren till ett projektbesök en tid efter patientens indexbesök. Tillsammans med patienten planerades ett möte där patienten och hans/hennes aktuella vårdgivare deltog. Försöket omfattade 69 patienter bosatta inom två vårdcentralsområden och projektiden varade ett år. Patienterna randomiserades till interventionsgrupp respektive kontrollgrupp. Koordineringen av vården efter de 18 genomförda vårdplaneringsmötena kom vanligen att skötas av primärvårdsläkare. Patienterna var följsamma och nöjda med bemötandet vid planeringsmötet och försöket i stort; de ansåg att försöket varit till stor personlig nytta. Vårdgivarna som i detta projekt arbetade inom primärvård, psykiatri och

socialtjänst i de två områdena uppskattade den helhetsbild som uppstod. Dock fanns svårigheter med kontinuitet inom primärvården i området.

### *Faktaruta 3*

#### **Samplaneringsprojektet**

- individuell planering med patientens medverkan
- 69 patienter från två vårdcentralsområden
- 18 samplaneringar genomfördes
- god följsamhet, nöjda patienter och vårdgivare  
minskad vårdkonsumtion i både interventions- och kontrollgrupp

Patienternas vårdkonsumtion följdes under tre år. Interventionspatienternas akutbesök minskade från i genomsnitt 5 besök under året före indexbesöket till i genomsnitt 1 besök året efter interventionsåret, dvs. år tre. Deras primärvårdsbesök ökade inte signifikant under denna period. Trots detta kan inte slutsatsen dras att försöket hade en säker effekt när det gäller besöksmönstret eftersom även jämförelsegruppen (som inte fick någon samplaneringsåtgärd) minskade sina akutbesök.

Projektet var tidskrävande och kunde tyvärr inte visa någon säkerställd effekt på vårdkonsumtionen. Trots de goda omdömena från såväl mångbesökare som vårdgivare har det inte upprepats i större skala eller systematiskt i direkt anslutning till att mångbesökare besöker akutmottagningen.

#### **Projektet lätt intervention med utökad information mellan akutmottagning och primärvård**

I och med införandet av Take Cares dataliggare 2001 vid akutmottagningen Huddinge kunde samtliga mångbesökare (n=1 799) identifieras av datasystemet direkt vid patientens fjärde besök under 12 månader. Ett försök startades 2003 med syftet att från akutmottagningen informera respektive patients primärvårdsläkare om att patienten var mångbesökare på akuten. Detta projekt var mindre resurskrävande än det föregående – en ”lättintervention”. Projektet ges stort utrymme nedan eftersom det i skrivande stund ännu ej finns publicerade resultat.



#### *Faktaruta 4*

##### **Lättintervention med informationsutbyte akutmottagning – primärvård (Blipp)**

- 1 799 patienter varav 834 i interventionsgrupp
- icke avsedd selektion gjordes på akuten
- patienterna gav samtycke
- ny information för primärvården i 4/5 av fallen
- ändrad handläggning på akuten; och i något mindre grad inom primärvården
- minskade akutbesök
- stor reduktion av slutenvårdskostnader i det aktivt handlagda urvalet

#### **Metod**

Mångbesökarna randomiserades av datasystemet till interventionsgrupp respektive kontrollgrupp. Interventionsgruppens patienter ”flaggades” av datasystemet och behandlande läkare fick genom sjuksköterskans försorg tillgång till journalanteckningarna om patientens tre närmast föregående akutbesök. I samråd med patienten undertecknade läkaren informationsbrev som tillsammans med journalkopior sändes från akutmottagningen till patientens primärvårdsläkare. I de fall sådan informationsöverföring inte fördes på tal ombads akutläkarna dokumentera skälet därtill. Mottagande primärvårdsläkare ombads sedan ta förnyad ställning till den pågående behandlingen mot bakgrund av patientens täta sjukhusakutbesök det senaste året. Såväl akutläkarens som berörda primärvårdsläkares bedömning av projektinformationens nytta efterfrågades i en enkät. I detta projekt utvärderades patientnyttan alltså endast via de professionella.

#### **Implementering för en selekterad grupp**

Trots massiv information till akutläkare och övrig vårdpersonal gavs endast en liten del, 109 patienter, av interventionsgruppens totalt 834 mångbesökare möjlighet att delta i försöket. På barnakuten omfattades dock omkring en tredjedel av familjerna (45 av 144). Av de tillfrågade var 10 % negativa till informationsöverföring till primärvården; flera av dessa var föräldrar till mångsökande barn, som i stället hade önskat kontakt med barnläkare närmare hemmet.

Två tredjedelar av de akutläkare som deltog i informationsöverföringen bedömde att journalkopiorna varit av värde för dem i deras bedömning av

patienten. I 25 fall hade läkaren angivit ändrad handläggning med anledning av denna kunskap.

Totalt 31 vårdcentraler berördes av försöket och mottog projektbrev och journalkopior. I fyra femtedelar av fallen var patientens akutbesöksmönster ny kunskap för primärvårdsläkaren. Majoriteten primärvårdsläkare bedömde att informationen om deras patients senaste akutbesök var värdefulla för deras fortsatta arbete med patienten. I mindre än en femtedel av fallen påverkades dock de vidtagna åtgärderna av informationen från akutmottagningen.

Det finns skäl att anta att det förekom en selektion ifråga om vilka mångbesökare som involverades. Sannolikt valde akutläkarna att genomföra interventionen endast för patienter som de bedömde som särskilt lämpliga för primärvården, men involverade inte mångbesökare med problem som bedömdes höra hemma inom akutsjukvården. Det var dock inte en subgrupp med extremt många besök som ingick i selektionen utan de patienter vars läkare deltog i försöket hade under 12 månader före indexbesöket lika många akutbesök som kontrollgruppen, i genomsnitt 6 besök. Eftersom läkarna på ”vuxenakuten” var mindre aktiva i projektet blev den grupp mångbesökare som involverades yngre än den totala interventionsgruppen (medelålder 31,4 år respektive 46,3 år). De kom till akutmottagningen med mindre allvarliga tillstånd än interventionsgruppen som helhet (andel med lägsta prioritet 50 % respektive 33 %).

### ***Vårdkonsumtion***

Akutbesöken minskade mellan åren från i medeltal 6,2 till 4,0 i interventionsgruppen (från 5,8 till 3,4 för de patienter som ingick i den selektion som faktiskt tillfrågades om medverkan) respektive från i medeltal 6,0 till 3,9 i kontrollgruppen (Tabell 7).

Tabell 7. Vårdkonsumtion före och efter indexbesök. Fördelning på kontrollgrupp, Blippmarkerad interventionsgrupp och handlagd grupp.

Vårdkonsumtion	Kontrollgrupp (n=965)	Interventionsgrupp (n=834)	Aktivt handlagd grupp (n=109)	p-värde	
				Interv/ Kontr	Handlagd/ kontr
<i>Akutbesök per patient (medeltal)</i>					
12 mån före indexbesök	6,0	6,2	5,8	0,41	0,79
12 mån efter indexbesök	3,9	4,0	3,4	0,49	0,26
<i>Läkarbesök i primärvård (medeltal)</i>					
12 mån före indexbesök	5,0	4,7	4,1	0,25	0,08
12 mån efter indexbesök	4,6	4,8	4,6	0,87	1,00
<i>Läkarbesök övr öppenvård (medeltal)</i>					
12 mån före indexbesök	13,3	13,0	10,6	0,66	<b>0,03</b>
12 mån efter indexbesök	10,7	10,9	8,6	0,78	<b>0,04</b>
<i>Slutenvårdsdagar per patient (medeltal)</i>					
12 mån före indexbesök	13,7	13,6	7,5	0,90	<b>0,00</b>
12 mån efter indexbesök	14,1	13,2	4,0	0,18	<b>0,00</b>

Antalet läkarbesök inom primärvården förändrades inte mellan de två åren. Skillnader mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp var inte i något avseende nära statistisk signifikans. *Däremot hade de aktivt handlagda patienterna redan vid selektionen signifikant mindre öppenvårdskonsumtion på specialistmottagningar och signifikant färre slutenvårdsdagar än kontrollgruppens patienter – en skillnad som kvarstod efter interventionen.*

Varken kontrollgruppens eller interventionsgruppens slutenvårdskonsumtion minskade mellan åren. Däremot minskade den aktivt handlagda gruppens slutenvårdskonsumtion med i genomsnitt 3,5 dagar per patient.

### **Mortalitet**

Av de 834 mångbesökande patienterna i interventionsgruppen avled 68 personer under de närmaste 12 månaderna; av de 965 kontrollpatienterna avled 71 personer. Av de patienter som aktivt involverades i informationsöverföringen (n=109) och som beskrevs ovan kom till akutmottagningen med lägre medicinsk prioritering avled endast en patient under det följande året.

### **Kostnader för mångbesökarnas slutenvård**

Baserat på uppgifter ur landstingets slutenvårdsregister som visar förväntade kostnader för varje slutenvårdstillfälle var den totala kostnaden (för hela studiegruppen) ca 186 milj. kr under de studerade två åren.

I den subgrupp där avsedd handläggning av sjuksköterska och läkare ägde rum på akutmottagningen (n=109) minskade kostnaden per patient från 35 tkr året före till 20 tkr året efter interventionen (total kostnadsreduktion på 1 667 025 kr). För patienter 75+ i denna grupp (dvs. äldre multisjuka) minskade kostnaden per patient från 119 tkr före till 72 tkr efter interventionen. För kontrollgruppens patienter, 75 år och däröver, var motsvarande siffror 93 tkr respektive 91 tkr. När interventionen genomförts enligt projektets avsikter minskade slutenvårdskostnaden per patient således påtagligt; ett resultat som dock är mycket svårtolkat till följd av den okända selektionsprocessen.

### **Konklusion**

Riktad information om mångbesökarnas utsatta situation som grupp och täta uppmaningar att alltid ta kontakt med primärvården för uppföljning ändrar en mycket liten del av specialistläkarnas handläggning. Utökad kontakt mellan akutmottagning och primärvård för akutmottagningens mångbesökare kan dock innebära såväl informationsvinster, förändrad behandling och en avsevärd ekonomisk vinst. Till följd av implementeringsproblemen kan dock ingen säker slutsats om effekter dras utifrån det randomiserade försöket.

### **Kalmarmodellen**

Akutkliniken i Kalmar genomför för närvarande ett ettårigt projekt med multiprofessionellt omhändertagande av akutmottagningens mångbesökare.<sup>56</sup> 3 % av patienterna står för 13 % av besöken i Kalmar och de 557 patienter som 2003 definierades som mångbesökare gjorde sammanlagt 21 000 öppenvårdsbesök. De aktuella patienterna erbjuds vid de tillfällen när de blir inlagda på intagningsavdelningen det speciella omhändertagande man designat för mångbesökare; patienterna intervjuas av en erfaren sjuksköterska och får träffa även företrädare för psykiatri, geriatrik, arbetsterapi, äldreomsorg och farmakologi. Psykiatern gör en preliminär vårdplan som sänds till den av patientens vårdgivare som är mest adekvat. Projektet har nu pågått ett halvår och omfattat ca 90 personer. De första 17 patienterna har följts upp under tre månader och deras vårdkonsumtion har jämförts med de tre månaderna innan inklusionen. Resultatet visar att deras öppenvårdskontakter har halverats och slutenvårdstillfällena sjunkit avsevärt.

I projektet avsåg man från början att inkludera alla mångbesökare som kom till akutmottagningen. De första erfarenheterna visade att endast en mindre selektion verkligen blev inkluderade, varför modellen förändrades till att inkludera de mångbesökare som läggs in på intagningsavdelning enligt ovan.

## **Kartläggning - äldre multisjuka**

### *Faktaruta 5*

#### **Studier av äldre multisjuka**

- 4 % av 75 år och äldre är multisjuka
- sökte sjukhusens akutmottagning i medeltal 6 ggr under 1,5 år
- extremt kända inom både vård och omsorg
- akutbesöken upphörde i stort sett för äldre som blev inskrivna inom ASIH/SAH resp. flyttade till sjukhem eller servicehus

Tre kartlägningsstudier har gjorts av Stiftelsen Äldrecentrum i strukturmässigt olika områden (Enskede-Årsta inom Stockholms kommun<sup>57</sup>, Vaxholm<sup>58</sup> och Sigtuna<sup>59</sup>). De visar att multisjuka äldre prioriterar sig själva till vård och omsorg – fast på fel och för samhället kostsamt ställe i vårdnätverket.

För att få kunskap om helheten har flera olika undersökningsmetoder, innefattande både kvantitativa och kvalitativa data använts.

Enkätundersökningar har ansetts som något som bör uteslutas för äldre multisjuka. Undersökningsperioderna har varit 1,5 år och resultaten baserats på:

- intervjuer med äldre multisjuka/multisviktande, deras närstående samt personal som vårdbiträde, husläkare och distriktssköterska,
- registerdata med uppgifter om all slutenvård, öppenvård samt kommunens äldreomsorg,
- journaldata med husläkar-/distriktssköterskejournalsamt kommunens biståndsbedömningar, biståndsbeslut och biståndsbeställningar
- aktuella läkemedelslistor.

De studerade äldre multisjuka hade i medeltal sex olika sjukdomsdiagnoser och i medeltal 11 olika läkemedel utskrivna. De flesta hade problem med yrsel/fall/balans, värk och sömn/oro/ångest. Många hade problem med vikten (de äter dåligt av den mat som erbjuds genom hemtjänsten). Många äldre hade

också problem med tänder och proteser (de har inte råd med tandläkarbesök eller ork att ta sig till tandläkaren) och problem med hörseln var vanligt (hörapparat finns i de flesta fall men är svåra att hantera).

Besöken på sjukhusens akutmottagningar var ofta de ordinärt boendes, till buds stående länk till läkarvård. För de fåtal äldre som inom undersökningsperioden fått flytta till sjukhem eller servicehus förbättrades det medicinska omhändertagandet avsevärt. Pendlingen in till sjukhusets akutmottagning för icke medicinskt indicerade besök upphörde i stort sett. Detta gällde i än högre utsträckning för de fåtal personer som vid tiden för intervjuerna var inskrivna inom ASIH/SAH.

Inom ramen för den sk Årsta-Enskedestudien utvecklades en modell för kostnadsberäkning av multisjukas vård och omsorg som möjliggjorde en beräkning av de specifika kostnaderna för varje undersökningssperson.<sup>60</sup> De multisjuka äldre hade mer än tre gånger så höga sammanlagda kostnader för vård och omsorg som genomsnittet äldre i samma åldersgrupp. Kostnader för slutenvård och öppenvård var i genomsnitt 10 gånger så höga. Medelvärdet för de totala kostnaderna var under ett och ett halvt år ca 450 tkr med en variation för de individuella kostnaderna mellan drygt 63 tkr och nära 1 400 tkr. Kommunen stod för en femtedel av gruppens totala kostnader och landstinget för resterande. De omfattande insatser som gjordes av närstående var då inte inräknade.

”Ambulansprojektet” i Nacka 1999-2000 riktade sig till personer 65+ år utan akut medicinsk, kirurgisk eller ortopedisk sjukdom men med sviktande social situation. Syftet var att slussa till rätt kontaktpunkt i vårdnätverket tidigt i vårdförloppet och att bespara patienten långa vänte- och handläggningstider på akuten. 42 uttryckningar omfattades av försöket, 30 % resulterade i inläggning på geriatrisk klinik, 7 % i akutbesök och i övriga fall kunde patienten vara kvar i hemmet. Den ekonomiska vinsten för sjukvården värderades till ca 400 000 kronor.<sup>61</sup> Ett liknande samarbete pågår sedan 2003 i Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. I utvärderingen framgår att en betydande andel äldre som tidigare åkt till akutsjukhusen nu istället kunde tas omhand inom närsjukvården.<sup>62</sup>

Eftersom stark enighet för närvarande råder om behovsbilden för äldre multisjuka – både bland politiker, verksamhetsföreträdare samt vård- och omsorgsarbetare sjsätts nu åtskilliga verksamheter som ska råda bot på problemen i den alltmer trängda ekonomin. I Hökarängen finns sedan hösten 2004 länets första äldreomsorgscentral, specialiserad för personer över 65 år och för patienter i hemsjukvård. Centralen drivs i samarbete mellan landsting och

kommun (Farsta stadsdelsförvaltning). En utvärdering med planerad publicering under 2006 genomförs av Äldrecentrum.

Ett ettårigt samarbetsprojekt mellan landsting och kommun för äldre multisjuka har likaså startats i Sigtuna våren 2005. Avsikten är att ge optimal vård genom att erbjuda läkarbedömning i hemmet samt genom att dela en aktuell primärkommunal vårdplan för hemvårdens patienter med vårdcentral och akutläkare vid närvården. Husläkaren kommer att vara samordnare av all medicinsk information från andra kliniker. Eventuell betydelse för mångbesökare på sjukhusens akutmottagningar har inte nämnts i samverkansprojektet.

En Äldrevårdscentral i Solna öppnades januari 2006 och mobila äldreläkare har prövats utifrån geriatriken på Danderyd. Äldreteam utgående från geriatriken har införts på flera ställen bl a i Nynäshamn, Handen och Bromma och har även prövats och lagts ner utifrån Stockholmsgeriatriken. I Vaxholm har primärvården bedrivit en verksamhet med läkare och distriktssköterskor i samverkan med kommunens särskilda boende och den öppna hemtjänsten. Specialläkare för akuta utryckningar till hemmet diskuteras även utifrån en modell som tillämpas i Uppsala.

## **Andra initiativ i Stockholms län**

En mängd olika initiativ riktade till multisjuka patienter eller patienter med ”icke-akuta” akutbesök förekommer i Stockholms läns landsting idag. Några har klar relevans för vår målgrupp, men i planeringen har betydelsen just för mångbesökare inte undersökts eller nämnts. Ett fåtal omfattar flera olika vård- och omsorgsgrenar.

I *beställarområde Nord* finns sedan 1996 ett samverkansarbete mellan primärvården i NÖSO och Danderyds sjukhus (AMDSIS).<sup>63</sup> Målsättningen för detta arbete är att erbjuda en kostnadseffektiv sjukvård genom god kvalitet och att tydliggöra primärvårdens roll som första linjens sjukvård. I detta arbete gäller återbesök efter sjukhusvård hos husläkare samt återremiss till husläkare av alla akutmottagningspatienter som inte kräver sjukhusets resurser. Inom detta samverkansarbete infördes 2001 som rutin att sända journalkopia till primärvården (efter patientens godkännande) vid alla besök på akutmottagningen. Utvärderingarna av AMDSIS har inte fokuserat på mångbesökare – enbart på antalet besök på akutmottagning generellt.

En samordningsfunktion - *Vårdlotsen* - med uppgift att fokusera på patienter med ett komplext medicinskt vårdbehov som också behöver vård inom flera vårdnivåer eller av flera vårdgivare startade våren 2005 på Närakuten vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Denna samordning ska ske genom sjuksköterska på närakuten som ansvarar för att hembesök kan göras utanför kontorstid. Det är ännu för tidigt att utvärdera funktionen, som också kommer att få ett uppdrag att föra en dialog med alla mångbesökare som istället söker under kontorstid.

*Triagesjuksköterskor* börjar nu införas vid akutmottagningarna i hela SLL och kan sannolikt ha en nyckelroll för uppmärksammande av mångbesökare och för samverkansinitiativ för enskilda. Den huvudsakliga uppgiften för triagesjuksköterskan är alltid att bedöma och prioritera allvarlighetsgraden av patientens tillstånd vid ankomsten. Vid en triagebedömning efterfrågas primär sökorsak och besvärens duration. Utöver intervju av patienten (alternativt närstående) bör oftast vitalparametrar, såsom puls, blodtryck, syrgasmättnad, andningsfrekvens och kroppstemperatur mätas, för att en tillförlitlig bedömning av tillståndet skall kunna göras. Att se den individuella patienten i ett helhetsperspektiv är en av triagesjuksköterskans viktigaste funktioner. På detta sätt kan mångbesökare snabbt identifieras och överföring till rätt profession och kontaktpunkt i vården skulle kunna initieras. Möjlighet finns också att erbjuda patienten samordningshjälp via kontaktsjuksköterska som finns vid flera akutmottagningar i Stockholm.

En expansion av *basal och avancerad behandling i hemmet* har ägt rum de senaste åren till följd av den medicintekniska utvecklingen. Det finns idag drygt 20 hemsjukvårdsenheter men ingen samlad uppföljning av den specialiserade hemsjukvården har ännu gjorts.<sup>46</sup> Det finns dock många exempel på hur akuta försämringar hos de inskrivna patienterna kan tas omhand inom hemsjukvården. En sådan lösning tillförsäkrar patienterna trygghet och god kvalitet i vården. Även inom den psykiatriska servicen finns mobila akutteam.

En patientgrupp som de senaste åren uppmärksammats är personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk. Denna grupp överlappar sannolikt till viss del den somatiska akutmottagningens mångbesökare. För gruppen psykiatriska patienter med ”*dubbeldiagnos*” är den somatiska akutvården och primärvården inte primärt ansvariga ”men dessa vårdgrenar möter dem ändå i större omfattning än förväntat, framför allt inom akuta verksamheter” på grund av återkommande skador, samt av att de är märkta av sitt missbruk.<sup>64</sup> Ca 4 500 personer behandlades under 2001 både inom allmänpsykiatri och inom beroendevården. En stor del av de inom



socialtjänsten aktuella missbrukarna har psykiska problem, men någon översikt över hur de olika myndigheternas klienter överlappar varandra finns inte. Lokala samverkansteam på kommun/stadsdelsnivå med case managerfunktion förordas för denna grupp.

Socialtjänsten bl a i Huddinge kommun har de senaste åren uppmärksammat en alltmer utsatta grupp som med stor sannolikhet även den till viss del är gemensam med de patienter vi fokuserar på, nämligen *långtidssjukskrivna* utan sjukpenning och personer utan giltigt läkarintyg men med diffusa fysiska och psykiska besvär, vilka inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande. De kraftigt ökande kostnaderna och därmed behoven av förändrat arbetssätt för dessa personer bedöms bottna i strängare bedömningar av rätten till sjukpenning. Försäkringskassan har ett samordningsansvar för de sjukskrivna och olika samverkansgrupper mellan primärvård, öppen psykiatri, socialtjänst, försäkringskassa och arbetsförmedling har byggts upp. Men sjukskrivna utan rätt till sjukpenning har hamnat ”mellan stolarna” och de prioriteras inte av vårdgivarna. Socialtjänsten i Huddinge kommun har därför förändrat sitt arbete för dessa patienter och utökat sitt samarbete med behandlande läkare. ”Vi måste kräva av läkarna att de gör lika ordentliga utredningar och arbetsplaner för de som uppbär ekonomiskt bistånd som för de som erhåller sjukpenning från Försäkringskassan”.<sup>65</sup>

## Att vara patient

Redovisade kvalitativa studier har lyft fram patienternas röster om både situationen som mångbesökare på akuten, om erfarenheter från kuratorsinsatser på akutmottagningen och från olika utvärderade samverkansprojekt. Se även fallbeskrivningarna i tidigare kapitel.

Ett tillfälligt brukarråd (med representation från Astma/allergi-förbundet och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa - RSMH) bildades genom förmedling av Handikappförbundens Samarbetsorgan HSO och diskuterat de för fokusrapporten aktuella frågorna (se bilaga 2). Brukarna bekräftade bilden av å ena sidan patienternas egen stora erfarenhet av akuta tillstånd som sällan tas till vara, å andra sidan stor otrygghet och utsatthet i de akuta situationerna. De pekade på hur viktigt det är med såväl respektfullt bemötande som god kompetens och tillgänglighet. *Särskilt viktigt uppfattades behovet av samverkan mellan akutmottagningens läkare och ordinarie läkare.* Beredskap för att psykiskt sjuka får akuta somatiska besvär och att kroniskt fysiskt sjuka kan lida av psykisk ohälsa saknas ofta menade brukarrådet. Det vill säga att *beredskap för sammansatt problematik saknas i vår specialiserade vård.*

Ett system med ”flaggning” av många besök på en akutmottagning följt av informationsöverföring till närsjukvården välkomnades förutsatt att det sker med patientens godkännande. Den enda reservation som lämnades var att det givetvis är positivt bara i den mån ordinarie läkare följer upp.

Brukarrådet lämnade bland annat följande förslag:

- a. Ordinarie läkare bör för patienter med kronisk sjukdom genomföra samtal omkring eventuella behov av akutvård, ”anteciperande rådgivning” och förbereda ”behandlingskort” för sådana situationer.
- b. Det bör vara möjligt att remittera direkt från akutmottagning till specialistläkare utan att gå över vårdcentralen när det gäller remittering.
- c. Förbättrad utbildning avseende empati och helhetssyn. Kanske genom kontakttillfällen med (f.d.) patienter med erfarenhet av många akutbesök för studenter på läkarutbildningen.

## Mångbesökarens vårdnätverk

### Akutmottagningen

I arbetet med denna rapport har akutmottagningens uppdrag diskuterats – en diskussion som kan gälla såväl akutmottagning på sjukhus som närukut och psykiatrisk akutmottagning.

Enligt Årsrapport 2004 från MPA, Akut Omhändertagande<sup>46</sup> är uppdraget att bedöma/prioritera, utreda och ”definitivt” behandla det akuta tillståndet. *Vi vill lägga till att läkaren på akutmottagningen därutöver måste överväga vem som kan vara bäst lämpad att ta över fortsatt behandling för att också signalera till denna instans.* Oavsett medicinsk diagnos behövs för mångbesökaren i nästa steg samverkan mellan olika aktörer. Vilka bestäms av individens problematik. Det kan gälla närsjukvård, psykiatri, annan specialistmottagning eller primärkommunal sjukvård/socialtjänst.

Brukarrådet stödde denna inställning; vid akutbesök förväntar patienten sig hjälp med den akuta försämringen, en säker information och besked till ordinarie läkare, som ju aldrig ser det akuta tillståndet. Astma- och KOL-patienter har nämnts som en grupp med stort behov av täta besök på akutsjukhus där man kunde tänka att inget nästa steg är nödvändigt.<sup>2,19,23</sup> Även för den gruppen bör dock akutbesöket kombineras med uppföljning.<sup>66</sup> För att analysera patientens samlade vårdkontakter. För närvarande är t ex KOL-patienter inskrivna på ASIH-Långbropark med mycket gott resultat avseende livskvalitet + minskat behov av akutmottagningsbesök.

### Omvårdnadsaspekter

Triagesjuksköterskan ser ofta mångbesökaren först. Genom att träna och utbilda triagesköterskor i att bedöma och prioritera utifrån gemensamma riktlinjer, minskar den interpersonella variationen och risken för slumpmässiga bedömningar; vilket är av största vikt i mötet med mångbesökare. En förutsättning för att patienten ska uppleva trygghet i mötet är också att en vårdrelation skapas mellan vårdare och patient.<sup>67-68</sup> Om patienter känner trygghet ökar förutsättningen för dialog och delaktighet – vilket kan påverka mångbesökarens sökmönster.

Erfarenheterna från Kalmar<sup>56</sup> visar att en erfaren sjuksköterska på intagningsvårdsavdelning har goda förutsättningar att fånga upp den komplexa problembilden hos mångbesökare. Nutritionssvårigheter och brister i patientens funktionsförmåga kan uppmärksammas och leda till insatser av dietist, arbetsterapeut resp. sjukgymnast. En studie av akutmottagningens mångbesökare i USA har pekat på hur kartläggning av mångbesökare på den egna mottagningen kan leda till utvecklingsarbete såsom översyn av vårdprogram för patienter med akut smärta och fokus på att skapa kontinuitet för patienterna.<sup>35</sup>

### **Kuratorsmedverkan**

Mångbesökare på akutmottagning har genom åren beskrivits som en målgrupp för kuratorer på akutmottagningarna<sup>69-70</sup> eftersom gruppen så gott som alltid har sammansatta sociala och medicinska behov. Akutkurator är en viktig resurs för bedömning och behandling av sociala behov/problem samt utgör en länk i ett ”socialt spår” med kontakter till olika aktörer inom arbetsmarknad, missbruksvård, kvinnojouren, barnomsorg, äldreomsorg med flera.

Att kuratorn kommer in i det medicinska sammanhanget med sitt socialt inriktade synsätt och lyssnar på ett nytt sätt till patientens behov har upplevts vitalt för den mångsökande patienten<sup>37</sup> och visat sig kostnadseffektivt.<sup>71</sup> Förutom tvärprofessionellt upplagt ”case management”<sup>72</sup> är de psykosociala arbetsmetoder som föreslagits utifrån mångbesökarnas behovsbild baserade på kognitiva eller narrativa förhållningssätt och tekniker.<sup>73-74</sup>

## **Närsjukvård**

### **Primärvård**

Mångbesökare på akutmottagningen är en patientgrupp som till största delen också ingår som en målgrupp för primärvårdens uppdrag att erbjuda såväl planerad som akut vård. I takt med omstruktureringen bedöms närsjukvårdens kontakter komma att öka i båda dessa avseenden.<sup>74</sup>

När det gäller uppbyggnad av närakutmottagningarna finns en risk att ett liknande problem som gäller akutmottagningens mångbesökare även kan utvecklas där. Det finns skäl att följa utvecklingen noga i samband med utvecklingen av dessa och att lägga särskild vikt vid samarbetskanaler mellan ordinarie primärvårdsläkare och läkare på närakuten.

Tillgänglighet och kontinuitet inom primärvården varierar idag stort i Stockholms läns landsting. För mångbesökare är kontinuiteten avgörande. Eftersom samhällsstrukturen varierar mellan primärvårdsområdena finns också olika förutsättningar för och olika behov av inriktning på såväl egen behandling som på utbyggnad av samverkanskanaler.

### **Psykiatriska aspekter**

En inte ringa del av den somatiska sjukvårdens mångbesökare har besvär som kan relateras till ångesttillstånd eller vara kroppsliga manifestationer av en bakomliggande psykosocial problematik. Ju oftare de söker hjälp desto tydligare torde symtomens egentliga natur framstå för mottagande personal. Det är av stor vikt att denna patientkategori tidigt identifieras. Några kanske ”redan i luckan” eller av triagesjuksköterska kan avgöras vara patienter som bättre skulle kunna stödjas och behandlas inom psykiatrin. Andra kan maskera sin oro med somatiska symtom. För dessa gäller det att så snart som möjligt och efter noggrann bedömning avgöra om patienten behöver psykiatrins resurser eller ska remitteras till primärvården. Många förnekar eller värjer sig tyvärr för nödvändigheten av sådana förslag med följd att besvären blir alltmer befästa och svåråtkomliga. Onda cirklar etableras lätt.

Akutpsykiatrin har två målgrupper: patienter med akut psykiatrisk sjukdom samt ”kroniska jourfall” som ofta behöver akuta insatser. Sett från psykiatrins synvinkel är det viktigt att så tidigt som möjligt definiera en huvudansvarig vårdgivare för den somatiska akutmottagningens mångbesökare. Ett på akutmottagningen inhämtat och vidarebefordrat råd från erfaret folk inom akutpsykiatrin (som har direktkontakt med specialistläkare), må vara enbart per telefon, kan bli avgörande för om vederbörande styr sina steg i en ny (och i avseende på diagnostik och behandling mer adekvat) riktning eller inte.

Vårdprogrammet för ångestsjukdomar<sup>76</sup> konstaterar att ”den första kontakten med sjukvården för paniksyndrom oftast sker vid somatisk akutmottagning i tron att man drabbats av hjärtinfarkt, lungsjukdom eller hjärnskada” och pekar på behovet av psykiatrisk konsult till akutmottagning eller primärvård särskilt för detta tillstånd.

### **Beroendevård**

Det är visat att psykiskt störda missbrukare jämfört med de icke psykiskt störda missbrukarna oftare kräver dyr akutsjukvård och har en högre mortalitet.<sup>64</sup> I den fokusrapport som behandlar ovanstående grupp beskrivs hur risken att patienternas upplevelse av hopplöshet och brist på framtidstillit smittar av sig på

vårdpersonalen så att de upplever att det inte är någon idé att vidta de behandlingsåtgärder som patienternas tillstånd egentligen motiverar. Patienterna kanske uppvisar en avvisande eller fientlig attityd, men det är viktigt att den somatiska personalen dels kan identifiera dem, dels känner till vägar att hänvisa dem vidare till beroendevård.<sup>64</sup>

Akutmottagningspatienter som kan misstänkas höra till gruppen med psykisk störning och beroendeproblematik bör i samband med akutbesöken remitteras akut vidare till beroendeenhet eller anhängiggöras till socialtjänst.

### **Äldrevård**

Vad gäller *akutvården* för äldre multisjuka/multisviktande krävs skraddarsytt och snabbt akut omhändertagande med bedömning av specialist/geriatriker. Den slutna sjukhusvården måste sedan efter inläggning på avdelning ta hänsyn till den totala sjukdomsbilden, funktionstillståndet, åldern och livssituation vid bedömningen av vårdtidens längd. Slutenvården kontaktar och informerar vid utskrivningen men planeringen för de fortsatta åtgärderna måste klaras av på hemmaplan med aktivt deltagande av såväl primärvård som kommunens äldreomsorg.

*På hemmaplan* behövs särlösningar för de äldre i form av Äldreteam. Äldreteamet ansvarar för multisjuka/multisviktande inom ett geografiskt ”hanterbart” område med en grundbesättning av vårdbiträden, distriktssköterska och läkare som samverkar med kommunens resurser. De ska kunna arbeta i den äldres hem med möjlighet att ”laga efter läge” i stället för efter ”regelstyrda insatser”. Anhöriga/närstående blir en viktig resurs i detta team.

### **Socialtjänstens perspektiv – personer ”mitt-i-livet”**

Mål för socialtjänsten för personer mitt i livet är deras förmåga till självständigt liv och egenförsörjning. Det innebär att socialtjänsten ägnar särskild uppmärksamhet åt personer som har långvarigt försörjningsstödsberoende. Flertalet av dessa uppvisar olika sjukdomssymtom och är sjukskrivna, men saknar rätt till sjukpenning eller sjukersättning. Ambitionen är att koppla tillgängliga arbetsmarknadsåtgärder till aktuella försörjningsstödstagare i högre utsträckning. Därför blir socialtjänstens insatser för akutmottagningens mångbesökare framför allt inriktade på initiativ för att samordna insatserna inom försörjningsområdet.

Den socialpsykiatriska verksamheten inom socialtjänsten arbetar med två kategorier av personer: personer med psykiska funktionshinder och personer som har psykiska funktionshinder i kombination med missbruk ("dubbeldiagnoser"). För personer med "dubbeldiagnoser", har i flera kommuner särskilda satsningar gjorts i en samverkansöverenskommelse mellan psykiatri, beroendevård och socialtjänst. Dubbeldiagnosteam har startats men för närvarande finns ingen information om hur stor eventuell överlappning med den somatiska akutmottagningens mångbesökare det är i dessa grupper.

## **Samverkan i vård- och omsorgssystemet**

Inom varje del av vård- och omsorgsnätverket har behovet av samverkanskanaler för mångbesökare eller personer med sammansatta problem belysts. Avtal och policyförklaringar om samverkan mellan olika vård- och omsorgsgivare har dock hittills visat sig vara otillräckliga.<sup>27,36,46,62,77-81</sup> Stor uppmärksamhet måste därför ägnas frågan om samverkan och mångbesökaren själv är en given samarbetspartner.

Enligt regeringens proposition 2003/2004 om samverkan inom vård- och omsorgsområdet<sup>79</sup> behövs inga nya lagbestämmelser och inga nya samordningsfunktioner. Vad som krävs är att de olika huvudmännen "tar ett tydligt och gemensamt ansvar och vidareutvecklar gränsöverskridande synsätt kring styrning, verksamhetsplanering och uppföljning med utgångspunkt från den enskildes behov".

*Varför är det så svårt att samverka?* Att initiera samverkan mellan olika huvudmän innebär i själva verket att påbörja en förändringsprocess.<sup>78</sup> Det handlar om att leva med och aktivt använda de motsättningar som blir resultatet av att de olika huvudmännen har skild lagreglering, skilda kunskapsområden och förklaringsmodeller och olika organisationsformer. "Problemet är inte att det finns olika modeller utan att det brister i såväl insikten i som respekten för varandras modeller." I den nätverksbaserade samverkanskultur som nu byggs upp finns dock förutsättningarna för ett berikande sätt att handskas med olikheterna. Utvecklingen i Norrtälje och Södertälje bör speciellt följas upp.

Goda exempel på modeller för samverkan för akutmottagningens mångbesökare på individplanet har lämnats i redogörelsen ovan. Metoder för uppföljningar och utvärderingar av samverkan behöver utvecklas och bör ske såväl ur ett verksamhetsperspektiv som ur ett brukarperspektiv.

## Förslag till förbättrad vård

I de samtal som förts under arbetet med rapporten har såväl framgångsfaktorer som hinder för optimal vård av akutmottagningens mångbesökare identifierats och förbättringsförslagen utgår från dessa. De randomiserade försök som genomförts har dock bland annat till följd av olika metodologiska svårigheter inte kunnat ge evidens för specifika behandlingsförslag. De professionella liksom de patientföreträdare som medverkat har dock varit eniga om målet att skapa kontinuitet och bättre vårdkvalitet.

Förslagen under nedanstående punkter utgår från dessa mål och riktar sig till kliniskt arbetande personal (punkt 1 och 2), verksamhets- och vårdutvecklare (punkt 2, 3 och 4), IT-ansvariga (punkt 3) och beställare (samtliga punkter).

### **1. Förbättrad vård för akutmottagningens mångbesökare – uppmärksamma, använd en helhetssyn och signalera!**

#### *Uppmärksamma*

- Nyckelpersoner för uppmärksammande är triagesjuksköterska, annan erfaren sjuksköterska, behandlande läkare och kurator.

#### *Använd helhetssyn i utredning, bedömning och planering*

- Efter att den akuta behandlingen ägt rum skall läkaren/teamet i samråd med patienten överväga vem som i fortsättningen bör vara koordinator för patientens vårdinsatser.
- Utred mångbesökarens psykosociala situation och funktion innan vidare remittering sker. Denna punkt innebär inte att ”överutreda” exempelvis en somatiserande patient; tillgängliga rekommendationer exempelvis för patienter med ångest- eller beroendetillstånd måste användas. En tvärprofessionell grupp är ofta nödvändig och vid behov bör mångbesökaren läggas in på akutvårdsavdelning för utredning/behandlingsplan. Där ”vårdkedjesköterskor” finns är de självklara koordinatörer.

#### *Signalera*

- Återremittera alltid (med patientens samtycke) till ordinarie läkare eller sänd ny remiss vid behov.
- I den mån behandlingsplan upprättats bör den delges även andra professionella i vårdnätverket.



*När psykiatrisk bedömning behövs*

- Kalla psykiatrisk konsult vid behov av särskilt brådskande bedömningar.
- Saknas lokala konsultpsykiatriker kan det vara klokt att vända sig till de psykiatriska teamens ständigt öppna telefonrådgivning för diskussion och eventuell hembesöksplanering innan patienten hänvisas till specialitetens ultima refugens, länsakuten på S:t Görän.

*Nästa steg - närsjukvård eller specialistmottagning*

- Avsätt ”dubbeltid” för samtal vid remiss på nyidentifierad mångbesökare (dvs. ca en timme per patient).
- Inkludera pedagogisk och anteciperande rådgivning i behandlingsplanering för mångbesökare där akutisering av problemen kan förutses.
- Forma ett ”behandlingskort” som patienten kan visa eller som är tillgängligt på akutmottagningen vid besök där för bättre kontinuitet.
- Arbeta tvärprofessionellt och integrerat med omsorgspersonal.

*Specifikt för äldre mångbesökare*

Behov och önskemål om förändring inom nuvarande vård- och omsorgssystem:

- ”Egen ingång” när akutsjukhusets resurser behövs - med snabbt omhändertagande av specialist/geriatriker.
- Kontinuerliga, aktiva och tillgängliga husläkare som arbetar tillsammans med sjuksköterskor/distriktssköterskor /undersköterskor/vårdbiträden och som gör hembesök i det ordinära boendet och som vid behov kan remittera till planerad eller semiakut inläggning på sjukhus i stället för till akutbesök.
- Ett telefonnummer, ständigt nåbart för personal och anhöriga för frågor, råd och stöd.
- ASIH/SAH i tidigt skede för dem med ständigt upprepade akutbesök och sjukhusinläggningar. ASIH/SAH integrerat med kommunens hemtjänst.
- Erbjud anhöriga hjälp med det de själva efterfrågar. Ta dem som vill i anspråk som en resurs i arbetet kring den äldre.

## 2. Vårdadministrativa stödsystem

### *Uppmärksamma*

- ”Flaggning” av täta besök bör ske inom det datoriserade stödet, oavsett om det gäller samma grundsjukdom eller många separata sjukdoms-/olycksfall.

### *Signalera*

- Utbyggnad av ”En patient – en journal”. Inom denna miljö finns möjlighet att smidigt lösa frågorna runt
  - ett behandlingskort (en del av den elektroniska patientöversikten som skapas på vårdcentralen, kan också bli tillgängligt på sjukhusen).
  - automatisk ”signal” eller remiss till den vårdgivare som är lämplig för fortsatt vård, givetvis enbart med patientens samtycke.

### *Följa upp*

- För verksamhetsutveckling behövs en individbaserad sjukvårdsstatistik. SLL:s nuvarande Gemensamma VårdRegister (GVR) och Valdatabas bör inom ramen för GVD (gemensam vårddokumentation ) bytas ut för att möjliggöra gemensam information till gagn för de multisjuka/mångbesökarna.
- Flödet av mångbesökare per geografiskt område bör presenteras löpande.

## 3. Kompetensutveckling - värderingar, attityder, förhållningssätt.

Utbildningsprogram med avsikt att:

- identifiera patienter med ångestproblematik och beroendeproblematik. Screeninginstrument finns att tillgå.
- öka förmågan att *uppmärksamma* den utsatthet och oro som är vanlig hos akutmottagningens mångbesökare.
- öka medvetenheten om *egna attityder* till patienter som gör täta besök även om deras besök inte bedöms vara medicinskt akuta.
- öka *kunskapen om samarbetspartners* inom vård- och omsorg i det egna området eller för de egna patientgrupperna.
- utveckla den egna kompetensen för att vid behov vara beredd att *konsultera/samarbeta* med annan expertis.

Kompetensutvecklingen behöver utgå från enskilda vård- och omsorgsenheter men kan med fördel byggas som gemensamma satsningar inom lokala vård- och omsorgsnätverk.

#### **4. Vård- och omsorgsstruktur som stödjer samverkan**

- Samarbetsöverenskommelser både på landstingsnivå och på lokal nivå bör omfatta akutmottagningens mångbesökare.
- Kontinuerliga, mångprofessionellt samarbetande team – stabila över tid bör eftersträvas.
- Lokala handlingsplaner för omhändertagandet av mångbesökare behöver utarbetas. Huddingemodellerna respektive Kalmarmodellen är exempel på framkomliga vägar. Sådana rutiner måste mycket målmedvetet och aktivt byggas in i ordinarie förändringsarbete.

#### **5. Uppföljning/Forskning**

Vidare forskning behövs framför allt beträffande

- barn som mångbesökare och deras villkor. 2004 var 2 400 barn mångbesökare.
- ”in och utflöde” i mångbesökargruppen och faktorer bakom dynamiken.
- utvärdering av interventioner med välbeskriven metodik. Även om rapporten har tagit en brett grepp på mångbesökarförhållandena kan interventionsstudier med fördel genomföras på välavgränsade grupper alternativt inom välavgränsade områden.

Det finns idag många nystartade samverkansprojekt som kan utvärderas även med avseende på besöksmönster. Sådan utvärdering bör avse inte bara den/de verksamheter där projektet pågår utan även närliggande vårdområden.

## Referenser

1. Magnusson G. Excessive use of medical care or rational patient behaviour? A study of a large hospital emergency department. Akademisk avhandling. Huddinge: Karolinska Institutet; 1980.
2. Genell-Andrén K. Social network, perceived ill health and use of an emergency department. A descriptive and experimental study. Akademisk avhandling. Huddinge: Karolinska Institutet; 1987.
3. Hansagi H. Non-urgent and heavy use of the emergency department. Intervention and follow-up studies. Akademisk avhandling. Huddinge: Karolinska Institutet; 1989.
4. Hansagi H, Edhag O, Allebeck P. High consumers of health care in emergency units: how to improve their quality of care. *Qual Assur Health Care* 1991;3:51-62.
5. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S. Kartläggning av akutsjukvårdens "storkonsumenter" i Stockholm: sex procent stod för en fjärdedel av besöken på akutmottagningarna. *Läkartidningen* 1998;95:5320-4.
6. Hansagi H. Patient och vårdteam i partnerskap. *Läkartidningen* 2001;98:4323-5.
7. Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, et al. Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period. *J Accid Emerg Med* 1999;16:425-7.
8. Hansagi H, Allebeck P, Edhag O, et al. Frequency of emergency department attendances as a predictor of mortality: nine-year follow-up of a population-based cohort. *J Publ Health Med* 1990;12:39-44.
9. Lang T, Davido A, Diakité B, et al. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997;13:223-8.
10. Helliwell PE, Hider PN, Ardagh M. Frequent attenders at Christchurch Hospital's emergency department. *N Z Med J.* 2001;114:160-1.
11. Cook LJ, Knight S, Junkins EP, et al. Repeat patients to the emergency department in a statewide database. *Acad Emerg Med* 2004;11:256-263.
12. Byrne M, Plunkett PK, McGee HM, et al. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41:309-318.
13. Williams ERL, Guthrie E, Mackway-Jones K et al. Psychiatric status, somatisation and health care utilization of frequent attenders at the

- emergency department – a comparison with routine attenders. *J Psychosom Res* 2001;50:161-7.
14. Lucas RH, Sanford SM: An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998;32:563-568
  15. Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA: Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med* 2000;7:637-646
  16. Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. *Soc Sci Med* 1992; 35:1189-1197.
  17. Katon W. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs. *J Clin Psychiatry* 1996;57:11-8.
  18. Malone RE. Heavy users of emergency services: social construction of a policy problem. *Soc Sci Med* 1995;40:469-77.
  19. Dalcin PTS et al. Factors associated with emergency department visits due to acute asthma. *Braz J Med Biol Res* 2004;37:1331-1338
  20. Blyth F, March L, Brnabic A, Cousins M. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004;11:51—8.
  21. Colman I, Dryden DM, Thompson AH et al. Utilization of the Emergency Department after self-inflicted injury. *Academ Emerg Med* 2004;11:36-32.
  22. Surran GM, Sullivan G, Williams K, Han X et al. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Ann Emerg Med* 2003;41:659 – 667.
  23. Fredrickson D, Molgaard C, Dismuke E, Schukman J, Walling A: Understanding frequent emergency room use by Medicaid-insured children with asthma: a combined quantitative and qualitative study. *J Am Board Fam Pract* 2004;17:96—100.
  24. McCusker, J, Healey, E, Bellavance, F, Connolly, B. Predictors of repeat Emergency department visits by elders. *Acad Emerg Med* 1997;4: 581-588.
  25. Caplan G, Williams A, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department – The DEED II Study. *J Am Geriatr Soc* 2004;52: 1417-23.
  26. Kragh A. Trettiofem akutesök på tolv månader – Vera 79 år. *Nordisk geriatrik* 2004;3:31-34

27. Gurner, U & Thorslund, M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och Kultur 2003
28. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *Jl Psychosomatic Res* 1997;42:157-66.
29. Bergh H, Baigi A, Marklund B. Consultations for injuries by frequent attenders are found to be medically appropriate from general practitioner's perspective. *Scand J Publ Health* 2005;33:228-32
30. Vedsted P, Fink P, Toft Sörensen H, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2004;59:813-23.
31. Kapur N, Hunt I, Lunt M et al. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care – a cohort study. *Psychol Med* 2004;34:719-28.
32. Årsrapport 2004. Medicinskt programarbete. Programområde Äldrevård. Stockholms läns landsting; 2005.
33. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001;37:561-7.
34. Chan, BTB & Ovens, HJ Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Phys* 2002; 48:1654-1660.
35. Blank F, Haiping L, Henneman P et al. A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users to have better access to care than average users. *Jl Emerg Nurs* 2005;31:139-44.
36. Johansson I. "Tiden räcker inte till....". Om samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst för sju patienter/klienter. Magisteruppsats (20p). Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet; 2002.
37. McLeod E, Olsson M. Emergency Department Social Work in the UK and Sweden: Older Frequent Service Users' Appraisal. Accepted. *Eur J Soc Work* 2005.
38. Olsson M, Hansagi H. Repeated use of the emergency department: qualitative study of the patient's perspective. *EMJ* 2001;18:430-4.
39. Gill JM, Riley AW. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. *J Fam Pract* 1996;42:491-6.

40. Huang JA, Lai CS, Tsai WE et al. Determining factors of patient satisfaction for frequent users of emergency services in a medical center. *J Chin Med Ass* 2004;67:403-10.
41. Engarås B, Hanson J. På väg mot individbaserad uppföljning av resultat i vård och omsorg. *Läkartidningen* 2005;14:1034-5.
42. Vård på lika villkor – möter vården behoven? Revisionsrapport nr 27/2004. Stockholms läns landsting; 2004
43. Walander A, Ålander S, Burström B. Sociala skillnader i vårdutnyttjande. Yrkesverksamma åldrar. Vård på lika villkor Rapport 1/2004. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2004.
44. Burström B, Skarle A, Walander A, Ponce de Leon A. Förslag till behovsindex för resursfördelning 2005-2007. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2004.
45. Lee SY, Arozullah A, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med* 2004;58:1309-21.
46. Årsrapport 2004. Medicinskt Program Arbete. Programområdet Akut omhändertagande. Stockholms läns landsting; 2005.
47. Rehabilitering eller utanförskap? Om sjuka, nollplacerade med ekonomiskt bistånd. Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen; 2004.
48. Andren KG, Rosenqvist U. An ecological study of the relationship between risk indicators for social disintegration and use of a somatic emergency department. *Soc Sci Med* 1987;25:1121-7.
49. Kennedy D, Ardagh M. Frequent attenders at Christchurch Hospital's Emergency department: a 4-year study of attendance patterns. *N Z Med J* 2004;117:U871
50. Kne T, Young R, Spillane L. Frequent ED users: patterns of use over time. *Am J Emerg Med* 1998;16:648-52.
51. Genell Andrén K, Rosenqvist U. Heavy users of an emergency department – a two year follow-up study. *Soc Sci Med* 1987;25:825-831.
52. Spillane LL, Lumb EW, Coughlin DJ, et al. Frequent users of the emergency department: can we intervene? *Acad Emerg Med* 1997;4:574-80.
53. Pope D, Fernandes CMB, Bouthillette F, et al. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Can Med Assoc J* 2000;162:1017-20.
54. Okin RL, Boccellari A, Azocar F, et al. The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med* 2000;18:603-8

55. Olsson M, Hansagi Olsson M, Hansagi H, Tomson Y, Sjöberg S, Österlund B. Individuell samplanering – en väg till sammanhållen vård. *Socialmed tidskrift* 2004;3:214-21.
56. Berglund G. De med många akutbesök utreds för rätt vårdnivå. *Vårdfacket* 2005;7:28
57. Gurner U. Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+ - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser. Stockholm: Äldrecentrum; 2001:6.
58. Gurner U & Fastbom J. Vaxholm 1:an. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm, 22 fallstudier av multisjuka 75+. Stockholm: Äldrecentrum; 2002:2
59. Gurner U, Fastbom J och Österman S. Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka i Sigtuna. Stockholm: Äldrecentrum; 2004:1.
60. Jönsson L, Gurner U. Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka? Stockholm; Äldrecentrum; 2001:7.
61. Fridegren I. Om hur man kan tänka annorlunda. Redovisning av MT-projektet i Nacka 1999-2000. PAH Nacka; 2001.
62. Tidig bedömning av äldre och multisjuka i Sollentuna, Upplands Väsby och Sigtuna. Ett samverkansprojekt Capio Geriatrik, St Görans AB, Falck Ambulans AB och Löwet Närvård AB. Slutrapport 2005.
63. AMDSIS-bladet. Allmänmedicinarna I NÖSO- DS specialister i samverkan, Stockholms läns landsting; 1996 resp 1999
64. Behandling av personer med komplexa vårdbehov pga psykisk störning och missbruk. Fokusrapport. Stockholms läns landsting; 2004.
65. Sjukskrivna och 0-klassade ett ökande problem inom socialtjänsten. FoU Södertörn; 2004.
66. Emerman CL, Cydulka RK. Factors associated with relapse after emergency department treatment for acute asthma. *Ann Emerg Med* 1995 Jul;26(1):6-11.
67. Nyström K. Mötet på en akutmottagning. Om effektivitetens vårdkultur. Akademisk avhandling. Solna: Karolinska Institutet, 2003.
68. Malone, RE. Almost like “family”: emergency nurses and “frequent flyers”. *J Emerg Nurs* 1996;22:176-183.
69. Farber J. Emergency Department social work: A program description and analysis. *Social Work Health Care* 1978;4:7-18.
70. Olsson M, Edhag O. Kurator på akutmottagning och intagningsavdelning. *Socialmedicinsk tidskrift* 1986;10:478-81.
71. Gordon, J. Cost-benefit of social work services in the emergency department: a conceptual model, *Acad Emerg Med* 2001; 8: 54-60.
72. Bristow DP, Herrick CA. Emergency department case management: the dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge



- planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: a literature review. *Lippincotts Case Manage* 2002;7:243-51.
73. D' Elia, G. Sjukvårdens storkonsumenter kan mötas med kognitivt förhållningssätt. *Läkartidningen* 2001; 43: 4745-4746.
74. Matalon A, Nahmani T, Rabin S et al. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract* 2002;19:251-56.
75. Kontaktsaker hos läkare i Primärvården. Fokusrapport. Medicinskt Program Arbete. Stockholms läns landsting; 2005
76. Regionalt vårdprogram - Ångestsjukdomar. Medicinskt Program Arbete. Stockholms läns landsting; 2003
77. Johansson I, Hansagi H, Olsson M. Samverkan för akutmottagningens mångbesökare. Hur samverkar kommunens socialtjänst och den landstingsbedrivna sjukvården för en gemensam patient/klientgrupp? *Socialmedicinsk tidskrift* 2000;4:334-43.
78. Danermark B, Kullberg C. Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform. Lund: Studentlitteratur; 1999.
79. Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet: Regeringens proposition 2002/03:20. Stockholm: Socialdepartementet; 2002.
80. Hjalmarson I, Norman E. Samverkan: enkelt i teorin – svårare att praktisera. Några erfarenheter av samverkan inom äldreområdet mellan kommuner och landstinget i Stockholms län. Stockholm: Äldrecentrum; 2005:3
81. Zahner SJ. Local public health system partnerships. *Public Health Rep* 2005; 20(1):76-83
82. Ruger JP, Richter, CJ, Spitznagel E et al. Analysis of costs, length of stay and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med* 2004; 11:1311-7

## **Bilaga 1. Mångbesökarnas totala vårdkonsumtion 1998, 2001 och 2004 totalt och per ålder**

1998

De 21 162 mångbesökarnas öppenvårdskonsumtion 1998 – fördelat över typ av mottagning				
besök	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Akut	123183	39.48	123183	39.48
Mott	98946	31.71	222129	71.19
Prim	77938	24.98	300067	96.17
Psyk	11948	3.83	312015	100.00

Table of ALDER by besök (1998)					
ALDER	besök				Total
Frequency Row Pct Col Pct	Akut	Mott	Prim	Psyk	
.	1389 58.63 1.13	658 27.78 0.67	251 10.60 0.32	71 3.00 0.59	2369
Ålder 0-14 år	17193 49.78 13.96	10117 29.29 10.22	7220 20.91 9.26	7 0.02 0.06	34537
Ålder 15-44 år	36500 45.32 29.63	22913 28.45 23.16	14891 18.49 19.11	6232 7.74 52.16	80536
Ålder 45-64 år	27641 38.02 22.44	25162 34.61 25.43	15471 21.28 19.85	4431 6.09 37.09	72705
Ålder 65-74 år	14080 30.88 11.43	17333 38.01 17.52	13460 29.52 17.27	726 1.59 6.08	45599
Ålder 75-84 år	18162 32.94 14.74	18064 32.76 18.26	18504 33.56 23.74	407 0.74 3.41	55137
Ålder 85- år	8218 38.89 6.67	4699 22.24 4.75	8141 38.52 10.45	74 0.35 0.62	21132
<b>Total</b>	123183	98946	77938	11948	312015

Mångbesökarnas sjukhusinläggningar per åldersgrupp 1998								
vtf	ALDER							Total
Frequency Row Pct Col Pct	.	Ålder 0-14 år	Ålder 15-44 år	Ålder 45-64 år	Ålder 65-74 år	Ålder 75-84 år	Ålder 85- år	
1	44 0.08 100.00	2414 4.53 100.00	11120 20.87 100.00	12446 23.36 100.00	8765 16.45 100.00	12719 23.87 100.00	5779 10.85 100.00	53287
<b>Total</b>	44	2414	11120	12446	8765	12719	5779	53287

Analysis Variable : VTIDH (1998)			
ALDER	N Obs	Mean	Sum
Ålder 0-14 år	2414	4.06	9802.00
Ålder 15-44 år	11120	6.94	77150.00
Ålder 45-64 år	12446	6.31	78509.00
Ålder 65-74 år	8765	7.26	63606.00
Ålder 75-84 år	12719	7.84	99693.00
Ålder 85- år	5779	8.46	48917.00

Inlagda mångbesökares åldersfördelning år 1998								
Table of vtf by ALDER								
vtf	ALDER							Total
Frequency Row Pct Col Pct	.	Ålder 0-14 år	Ålder 15-44 år	Ålder 45-64 år	Ålder 65-74 år	Ålder 75-84 år	Ålder 85- år	
1	28 0.19 100.00	1354 8.98 100.00	3833 25.43 100.00	3305 21.92 100.00	2108 13.98 100.00	2999 19.89 100.00	1448 9.61 100.00	15075
<b>Total</b>	28	1354	3833	3305	2108	2999	1448	15075

2001

De 23 643 mångbesökarnas öppenvårdskonsumtion 2001 – fördelning över typ av mottagning				
besök	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Akut	137140	36.94	137140	36.94
Mott	126495	34.07	263635	71.01
Prim	91432	24.63	355067	95.64
Psyk	16192	4.36	371259	100.00

Table of ALDER by besök (2001)					
ALDER	besök				Total
Frequency Row Pct Col Pct	Akut	Mott	Prim	Psyk	
.	1531 63.29 1.12	611 25.26 0.48	147 6.08 0.16	130 5.37 0.80	2419
Ålder 0-14 år	15290 46.41 11.15	11084 33.64 8.76	6478 19.66 7.09	94 0.29 0.58	32946
Ålder 15-44 år	42990 43.73 31.35	28441 28.93 22.48	18391 18.71 20.11	8492 8.64 52.45	98314
Ålder 45-64 år	33301 36.44 24.28	32929 36.03 26.03	19128 20.93 20.92	6026 6.59 37.22	91384
Ålder 65-74 år	14209 28.38 10.36	20897 41.73 16.52	14145 28.25 15.47	823 1.64 5.08	50074
Ålder 75-84 år	19847 29.34 14.47	24518 36.24 19.38	22789 33.69 24.92	497 0.73 3.07	67651
Ålder 85- år	9972 35.03 7.27	8015 28.15 6.34	10354 36.37 11.32	130 0.46 0.80	28471
<b>Total</b>	137140	126495	91432	16192	371259

Mångbesökarnas sjukhusinläggningar per åldersgrupp 2001								
vtf	ALDER							Total
Frequency Row Pct Col Pct	.	Ålder 0-14 år	Ålder 15-44 år	Ålder 45-64 år	Ålder 65-74 år	Ålder 75-84 år	Ålder 85- år	
1	21 0.04 100.00	2466 4.20 100.00	12411 21.13 100.00	15117 25.74 100.00	8531 14.53 100.00	13165 22.42 100.00	7018 11.95 100.00	58729
<b>Total</b>	21	2466	12411	15117	8531	13165	7018	58729

Analysis Variable : VTIDH (2001)			
ALDER	N Obs	Mean	Sum
Ålder 0-14 år	2466	5.97	14716.00
Ålder 15-44 år	12411	7.84	97274.00
Ålder 45-64 år	15117	5.91	89304.00
Ålder 65-74 år	8531	7.37	62846.00
Ålder 75-84 år	13165	7.97	104913.00
Ålder 85- år	7018	9.05	63487.00

Inlagda mångbesökares åldersfördelning år 2001								
Table of vtf by ALDER								
vtf	ALDER							Total
Frequency Row Pct Col Pct	.	Ålder 0-14 år	Ålder 15-44 år	Ålder 45-64 år	Ålder 65-74 år	Ålder 75-84 år	Ålder 85- år	
1	5 0.03 100.00	1269 7.67 100.00	4335 26.19 100.00	3831 23.15 100.00	2133 12.89 100.00	3264 19.72 100.00	1713 10.35 100.00	16550
<b>Total</b>	5	1269	4335	3831	2133	3264	1713	16550

2004

De 20 593 mångbesökarnas totala öppenvårdskonsumtion 2004 fördelat över typ av mottagning				
besök	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
Akut	114422	31.61	114422	31.61
Mott	119089	32.90	233511	64.51
Prim	109164	30.16	342675	94.66
Psyk	19324	5.34	361999	100.00

Table of ALDER by besök (2004)					
ALDER	besök				Total
Frequency Row Pct Col Pct	Akut	Mott	Prim	Psyk	
.	2441 64.44 2.13	954 25.18 0.80	254 6.71 0.23	139 3.67 0.72	3788
Ålder 0-14 år	11834 42.86 10.34	9594 34.75 8.06	6137 22.23 5.62	47 0.17 0.24	27612
Ålder 15-44 år	33214 36.84 29.03	26957 29.90 22.64	20874 23.15 19.12	9107 10.10 47.13	90152
Ålder 45-64 år	26888 29.07 23.50	33967 36.73 28.52	23136 25.02 21.19	8495 9.19 43.96	92486
Ålder 65-74 år	12923 25.06 11.29	20150 39.07 16.92	17524 33.98 16.05	979 1.90 5.07	51576
Ålder 75-84 år	17575 26.59 15.36	20930 31.66 17.58	27110 41.01 24.83	486 0.74 2.52	66101
Ålder 85- år	9547 31.52 8.34	6537 21.59 5.49	14129 46.65 12.94	71 0.23 0.37	30284
<b>Total</b>	114422	119089	109164	19324	361999

Mångbesökarnas slutenvård 2004								
vtf	ALDER							Total
Frequency Row Pct Col Pct		Ålder 0-14 år	Ålder 15-44 år	Ålder 45-64 år	Ålder 65-74 år	Ålder 75-84 år	Ålder 85- år	
1	45 0.08 100.00	2326 4.24 100.00	10521 19.16 100.00	14266 25.98 100.00	8312 15.14 100.00	12310 22.42 100.00	7138 13.00 100.00	54918
<b>Total</b>	45	2326	10521	14266	8312	12310	7138	54918

Analysis Variable : VTIDH (2004)			
ALDER	N Obs	Mean	Sum
Ålder 0-14 år	2326	5.20	12094.00
Ålder 15-44 år	10521	6.47	68070.00
Ålder 45-64 år	14266	7.07	100911.00
Ålder 65-74 år	8312	9.39	78013.00
Ålder 75-84 år	12310	7.89	97146.00
Ålder 85- år	7138	8.20	58497.00

Inlagda mångbesökares åldersfördelning år 2004								
Table of vtf by ALDER								
vtf	ALDER							Total
Frequency Row Pct Col Pct		Ålder 0-14 år	Ålder 15-44 år	Ålder 45-64 år	Ålder 65-74 år	Ålder 75-84 år	Ålder 85- år	
1	13 0.09 100.00	1101 7.61 100.00	3572 24.68 100.00	3361 23.23 100.00	1904 13.16 100.00	2869 19.83 100.00	1651 11.41 100.00	14471
<b>Total</b>	13	1101	3572	3361	1904	2869	1651	14471



## **Bilaga 2. Brukarråd – sammanfattning av samtal**

### **Bakgrund**

Medverkande: Representanter för områdena Astma/allergi och Psykiatri/somatisering vid två möten, april och juli 2005

Samtalsledare: Mariann Olsson, projektledare, Kuratorskliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Redaktionell bearbetning: Eva Backerling, Beställare Vård

***Vad är ett brukarråd?*** Ett brukarråd är en fastare form av samarbete mellan patienter och vårdpersonal. I vårt brukarråd har samtalet förts under ledning av projektledaren.

***Syfte.*** Samtalet i Brukarrådet syftar till att lyfta fram föreningarnas beskrivning av och synpunkter på patienternas situation. Detta utifrån en frågemall på hur mångbesökare vid akutmottagning uppfattar sin situation och hur detta omhändertagande skulle kunna förbättras. De medverkande i det tillfälliga brukarrådet representerar sina resp. områden utifrån sitt engagemang inom patientföreningar, Astma- och allergiföreningen och RSMH. Mellan samtalen hade de tillfälle till diskussioner inom sina resp. föreningar.

***Mångbesökare.*** 6 % av samtliga patienter på akutmottagningarna gör 1/5 av alla besök, d.v.s. 100 000 besök per år. Man kan som patient bli bemött och omhändertagen på olika sätt. Några har berättat om attityden: ”Är man här igen? Man borde gå till Primärvården!”

***Försök med samplanering.*** Huddinge sjukhus har gjort försök med samplanering. Det gäller grupper av akutsjuka. Problematiken kan röra patientens behov av vårdcentral, akutenhet, psykiatri och/eller socialtjänst. Personal inom primärvård och akutsjukvård är involverade bl.a. Man har gjort intervention tillsammans med patienterna. De frågor man ställer sig vid samplanering är följande. Vilka är dessa patienters behov? Hur upplever patienterna sådana initiativ? Man uppfattar att patienterna blir sedda!

Underlaget till sammanställningen utgörs av samtalen vid båda tillfällena. Material som tillkom vid andra träffen gällde framför allt bemötandefrågor, tillgänglighet och förslag till förbättringar. Citaten är inte återgivna i ordning utan har sammanförts under olika temata. Frågeställningarna är numrerade.

## Patient och vårdpersonal gör skilda bedömningar

**1 och 2. Bedömningar kan skilja sig åt mellan patient och vårdpersonal.** *Flera patienter har uttryckt att de vid akutbesöket nästan kan få "tigga om hjälp snabbt". Det kan vara så att bedömningen av hur allvarliga patientens symtom/problem är ser olika ut. Patienten bedömer att han eller hon har behov av akut hjälp medan vårdpersonalen inte tror att det är så bråttom. Hur ska man bäst handskas med detta problem?*

*Att söka ofta på akutmottagningen kan tyda på att **symtomen ger stark oro och otrygghet** eller på att det inte finns någon i ens närhet som kan rådfrågas. Vad skulle krävas för att vården skulle fungera bättre för oroliga/ängestfyllda patienter?*

- Det här är jätteviktigt! Ett värdigt bemötande medför trygghet. En patient vill känna sig lugn, bli väl omhändertagen, mötas av trygghet och känna förtroende för personalen.

- Brukarrådet *poängterar* att det finns många bra läkare som *verkligen kan* hjälpa patienten i hans eller hennes vardag. Men samtidigt behövs en del förbättringar...

### Snabbt omhändertagande:

- Det är viktigt att bli trodd. Patienten har egen *erfarenhet* av akutbesök! Patienten *vet* vilken behandling han eller hon behöver och vet vad han eller hon är allergisk mot. Det är nödvändigt att vid akut tillstånd få adekvat behandling utan dröjsmål.

- Det kan ju fungera olika vid olika sjukhus!

- Det kan underlätta att patienten först ringer och berättar att han eller hon har en allergichock och är på väg till akutenheten. Då kan patienten snabbare få komma in på behandlingsrum och få hjälp.

### **Förutsättningar för god dialog**

- Det är viktigt att patienten möter en läkare som inte har problem med det svenska språket. En patient som har en akut allergichock har varken tålmod eller tid – då ska allt kunna fungera kring behandlingen. Språkförbistring medför både otrygghet och risker när det gäller patientsäkerheten.
- Vårdpersonalens kroppsspråk är viktigt – t.ex. att sätta sig ner när de pratar med patienten, att ha ögonkontakt... Tyvärr förekommer att t.ex. läkaren ”pratar över huvudet” på patienten, eller diskuterar patienten med sjuksköterskan i korridoren.

### **Respekt för patienten och den egna kunskapen**

- Det är väldigt viktigt att patienten blir trodd och respekterad för vad han eller hon talar om. Patienten är själv van vid akuta tillstånd och kan beskriva situationer där han eller hon har kunskap.
- När det gäller läkare... Patienter vet mycket om sig själva. Det kan vara svårt för patienten att få läkaren att förstå detta. Det är viktigt att läkaren lyssnar till patienten.
- Vem har bäst kunskap om patienten själv?! Vem känner bäst patientens egen kropp?!
- Patienten kan sig själv! Han eller hon ”inbillar” sig inte!
- När det gäller läkemedel vet patienten själv... Det ska vara lugn personal. Patienten ska bli trodd.
- Det är tråkigt att de försämrade attityderna tycks ha ökat. Tidigare har det inte förekommit någon diskussion om patientens behandling, då patienten vet att han eller hon har en fungerande grundbehandling.

### **God kompetens i vården**

- Det är viktigt att patienten upplever att det finns den kompetens som behövs. Detta medför känsla av trygghet för patienten. Det är viktigt att såväl ordinarie team av vårdpersonal som vårdpersonal utöver dessa har den kompetens som behövs.

### **Utnyttjande av dokumentation**

- Det är viktigt att vårdpersonalen verkligen tittar i journalen, för att få kunskap om bl.a. huruvida det är första gången eller inte som ett akut tillstånd inträffar för patienten.

- Det är inte alltid vårdpersonalen läser journalen, som de ju i regel dessutom har direkt tillgång till.

### **Läkarens kunskap**

- Om en läkare känner sig otrygg är det bättre att be någon annan läkare om hjälp – bakjouren.

Det är inte alltid patienten kan prata när han eller hon kommer in.

- När det gäller respekt för patienten är det viktigt att en läkare som inte har tillräcklig kunskap i så fall rådfrågar en kollega eller vänder sig till bakjouren. Tyvärr förekommer en viss prestige i att inte rådfråga ”i onödan”. Läkaren måste själv inse då han eller hon behöver hjälp av bakjouren.

- Prestige medför i så fall att patienten inte möts med respekt. Läkaren kanske är osäker på sin egen roll. En läkare som inte har prestige vinner det som är mer värdefullt, nämligen ett förhållningssätt som för patienten innebär respekt! Att lyssna på patienten och bry sig om!

### **Att tas på allvar**

- Det händer att psykiskt sjuka patienter inte blir trodda såsom psykiskt sjuka när de behöver hjälp vid somatiska besvär. Det förekommer att psykiskt sjuka patienter behandlas sämre – som att dessa inte är somatiskt sjuka! De blir sämre bemötta! Dessa patienter blir inte alltid tagna på allvar!

- Patienter med psykisk problematik blir inte alltid trodda när de söker för fysisk åkomma – t.ex. magåkomma, bröstsmärta eller annan smärta. Alltför många läkare ställer diagnosen psykiska problem.

- Det förekommer också att patienter med akuta astmatiska tillstånd möts av en attityd att de skulle ”inbilla sig”.

- En patient kan verka så lugn när han eller hon kommer in. Vårdpersonalen förstår inte att det är bråttom. Patienten måste ju ”hålla koll på kroppen”. Det

kan se ut som om patienten är lugn, men han eller hon kan få panik när det inte går att andas. Det finns okunnighet...

- Det kan vara så att patienten *stegvis* förändras, han eller hon är *slut* efter t.ex. en vecka. För patienten är det som att springa ett maratonlopp.

- När det gäller patienter med smärtproblematik, är dessa väldigt känsliga för yttre påverkan. Patienten kan vara väldigt ”tunnskalig” – sårbar. Ytterligare symtom kan förvärra smärtan.

- En patient är inte sjåpig! Patienten använder inte sjukvården mer än nödvändigt!

### **Könsskillnader**

- Manliga patienter blir fortare trodda och tas på större allvar. De får t.ex. fortare adekvat hjälp vid bröstsmärtor.

- En kvinnlig patient som dessutom har en psykiatridiagnos, får vänta allra längst på adekvat diagnos.

- Manliga patienter står på sig mer överlag, de har högre krav från sina arbetsgivare vid påbörjande av rehabilitering.

## **Förväntningar och behov på akutmottagningen**

**3. Förväntningar och behov på akutmottagningen.** *Med hjälp av en cirkelskiss – förväntan – samtalar vi om hur stor del av vårdbehovet man kan förvänta sig att få hjälp med på akutmottagningen respektive på andra vårdenheter. Vilken hjälp ges? Vilken hjälp ges inte? När är man nöjd med hjälpen på akutmottagningen?*

### **Bemötande - attityder**

- Patienten förväntar sig att när han eller hon blir mottagen få känna sig lugn och trygg, att det finns en person ”just nu för honom eller henne”, inte att patienten stör eller är till besvär. Han eller hon kommer inte för någon ”skitfråga”! Patienten vill få veta vad han eller hon lider av och att behandlingen startas. Patienten vill få information – han eller hon har ”det och det”. Patienten vill få provtagning och röntgen. Han eller hon vill få prata med en läkare.

- En patient som möts av en attityd av att man inte ”kommer och besvarar” gör honom eller henne lugn och avslappnad: Detta inger trygghet. Patienten får ett svar. Patienten vill ”bara ha en tårbit” (utifrån cirkelskiss – förväntan). Det viktiga är bemötandet och en säkerhet i svaret!

## **Förväntan**

- Det är viktigt för patienten att bli nöjd. Att han eller hon blir behandlad av en person som ”vet” och ser behovet och som kan lösa problemet. Patienten vill återgå till normal status – stabilt. Patienten vill vara trygg när han eller hon åker hem. Patienten förväntar sig inte en grundbehandling. Akutbesök görs när patienten är akut försämrad. Det är viktigt att det alltid skickas en kopia av journalanteckningen till den ordinarie läkaren.

- Det här att patienten förstår, blir trodd, får adekvat hjälp, får kompetent bedömning och kompetent behandling är viktigt. Det är viktigt att den ordinarie läkaren får kännedom om besöket. Den ordinarie läkaren ser ju aldrig patienten när han eller hon är akut dålig.

## **Tillgänglighet**

*4. Tillgänglighet i vården. Om man är kroniskt sjuk eller om man har många olika problem – skiljer sig tillgängligheten åt för olika grupper idag? Hur? Erfarenheter av tillgänglighet på vårdcentral? Akutmottagningar?*

*- Man kanske inte är listad hos en specialist. Ångest är inte ännu satt som diagnos. Man kanske har råkat ut för misshandel. Man kanske missbrukar...*

- Många patienter väntar för länge innan de söker hjälp – annars blir de inte sedda!

- En patient med akut allergichock har inte möjlighet att välja akutmottagning – han eller hon måste vända sig till den som ligger allra närmast.

## **Sämre tillgänglighet för vissa patientgrupper**

- Det finns patienter som kan ha specifika allergier som medför att ett besök vid akutmottagning försvåras. En patient som söker för ett problem och dessutom har en viss allergi som försvårar vid ett akutbesök, får en begränsad tillgänglighet vid akutbesök!

- Det finns dålig beredskap vid VC för astmapatienter. Man har tur om man får hjälp av en astmasjuksköterska. Tidigare har man erbjudit utbildning till läkare, men det är inte många som har nappat. Nya husläkare kan vara jätteduktiga på annat, men inte lika kunniga inom just astma/allergi. Detta kan medföra ett ökat behov att söka hjälp akut.

- Med tillgänglighet kan ju även avses tillgång till lämplig mat vid sjukhuset. När det gäller kostpolicyn för Stockholms läns landsting är det lovvärt med en helhetssyn som handlar om ”hela kedjan” till dess maten serveras till patienterna. Men för patienter med allergi och överkänsligheter finns fortfarande brister när det gäller tillagning och servering av maten. Det är oerhört viktigt att det finns sådan kunskap både hos kökspersonal och avdelningspersonal. Det förekommer att släkt och vänner får ta med mat till patienter då han eller hon inte klarar att äta av sjukhusets mat. Det kan räcka med att det patienten inte tål (t.ex. ägg, kaviar) har legat på tallriken för att maten ska vara kontaminerad (”smittad”) och inte kunna ätas. Dessa krav behöver införlivas i kostpolicyn.

- Om en person söker en vanlig akutmottagning och mår väldigt dåligt psykiskt så behöver patienten få hjälp där eller få hjälp att komma till en psykiatrisk akutmottagning. Alltför många avvisas utan att få den hjälp de behöver. Detta kan få *mycket allvarliga konsekvenser* då patienterna kan skada sig själva eller andra. Det är *sjukvårdens ansvar* att ge dessa patienter den vård de behöver och att därmed även *förhindra* allvarlig skada, eller som en yttersta konsekvens att någon mister livet.

- När det gäller akuta psykmottagningar är kapaciteten alldeles för liten, alltför många avvisas. För patienten återstår då att söka sig till en vanlig akutmottagning. Det är upprörande att inte bli insläppt vid psykakut därför att det är fullt.

- I sämsta fall blir kanske de avvisade patienterna hänvisade till andra akutmottagningar för att sedan bli hänvisade tillbaka till psykakuten. Det är ”för lättvindigt” för vårdpersonalen att avfärda patienten.

- Det borde finnas tillgång till psykjour vid vanlig akutmottagning för att kunna ge patienten dubbelbedömning! För patienten förstärker olika symtom varandra kroppsligt och själsligt.

## Information och kommunikation

**5. Information och kommunikation.** Hur bedömer ni dagens information om var man lämpligast ska söka hjälp? Vi kommer att föreslå mer informationsutbyte mellan akuten och vårdcentral. Finns det ur patientens synvinkel nackdelar med informationsutbyte mellan akutmottagning och vårdcentral? I så fall vilka?

Vi kommer troligen att föreslå att akutläkaren på sin journalskärm automatiskt får en indikering när patienten kommer exempelvis för fjärde gången på ett halvår, för att man lättare ska kunna diskutera förbättringar i vården tillsammans direkt. Hur ser du/ni på det?

- Nackdelar?

- Det är viktigt att vårdpersonalen inte överför vad som skulle kunna uppfattas som ”åsikter” i stället för strikta medicinska bedömningar.

- Vid ett gemensamt journalsystem är det viktigt att informera patienten och att få patientens tillstånd. För patienten vore det att föredra att skriva på ett papper.

### Remisser för vidare utredning/behandling/vård

- Det viktiga kanske inte är *vem* som är ansvarig – utan att *någon* tar ansvar. Ibland kan man behöva en remiss vidare. Idag hänvisar man alltid tillbaka till husläkaren. Det bästa för patienten är att få remiss direkt dit han eller hon behöver vid akutbesöket och att en kopia då skickas till husläkaren.

- Det är viktigt att läkaren vid VC skriver en remiss för utredning då det behövs.

- När det gäller remisser finns en del okunskap hos läkarna. Det förekommer att läkaren ”struntar i” att skriva remiss därför att kön redan är ”för lång”.

- Begränsade resurser har även framförts som argument att inte skriva remiss som patienten skulle behövt. Då blir ju följderna att det verkliga behovet förblir dolt p.g.a. för få sökande.



## Förslag till förbättringar

**6. Förslag till förbättringar.** Hur kan vi minska den kunskapsbrist som finns? Hur kan vi påverka attityder? Hur kommer man till rätta med prestige bland viss vårdpersonal som kan medföra försämrad vård för patienten?

### Grundplan tillgänglig vid akut behandling

- Mångbesökare har ofta någon som är ansvarig för grundbehandlingen. Det vore bra om läkaren och patienten tillsammans skriver ett ”*behandlingskort*”. Av kortet kan kortfattat framgå den egna sjukdomsbeskrivningen – symtom och medicinering.

- Det kan behöva finnas en grundplan för patienten vid akut behandling.

### Missnöje med remisstväng till specialist

- Man behöver ta bort remisstvänet, många patienter tycker det är eländigt, oftast.

- För patienter som inte är fullt nöjda med sin husläkare medför remisstvänet sämre tillgänglighet.

- Man tror att man sparar pengar med remisstvänet – men dessa pengar måste istället tas någon annanstans!

### Mindre enheter

- För patienter med astma kan det ofta fungera bättre med mindre enheter – där har man bättre grundkompetens!

- För många patienter hade det förmodligen fungerat bättre med *små enheter*, t.ex. vid lättare psykos. Sådana enheter skulle kunna finnas i t.ex. bostadsområden. Då skulle man kunna ”mota Olle i grind”.

### Utveckla empati och helhetssyn

- Det är viktigt att läkarna även under utbildningen får god möjlighet att lära sig mer om empati.

- En idé kunde vara att under läkarutbildningen ha en ”frågestund” då studenterna kunde få ställa frågor till en (f.d.) patient med erfarenhet.

- För patienten är det av värde att få träffa en läkare som ”kan ställa frågorna runt omkring”. ”Vad har hänt som har utlöst symtomet?”
- Det är viktigt att se till helheten. När det t.ex. gäller kvinnliga patienter som söker hjälp inom psykiatri visar en undersökning vid högskola, att en majoritet av dessa aldrig fått berätta om övergrepp de utsatts för som barn.
- Apropå helhetssyn är det ibland dåligt med efterfrågande av patientens bakgrundsinformation. Det finns då för litet intresse för patientens liv.

## Bilaga 3. Förslag till kvalitetsindikator

**Indikator 1:** Rutin finns för uppmärksammande av mångbesökare

**Kvalitetsområde:** Patientfokuserad och effektiv vård

**Typ av indikator:** strukturmått

Mått	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	form för redovisning	Målnivå	intressent
Rutin finns för uppmärksammande av mångbesökare	Akutliggare anger när samma patient kommer för 4:e gången på 12 månader	Verksamhetens beskrivning av rutinen	Verksamhetsberättelse		ja/nej verksamhetsplan	ja	patient vårdpersonal beställare samverkanspartners

**Indikator 2:** Akutmottagningens andel mångbesökare sjunker jämfört med föregående år.

**Kvalitetsområde:** Kunskapsbaserad och Effektiv vård

**Typ av indikator:** Processmått

Mått	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning	Målnivå	Intressent
Andel mångbesökare av befolkningen inom skilda åldersgrupper	personer med 4+ besök på 12 månader						beställare

**Indikator 3:** Tvärprofessionell bedömning och remittering till ”rätt” instans för mångbesökare

**Kvalitetsområde** Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, patientfokuserad och effektiv vård

**Typ av indikator:** processindikator

Mått	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkälla	Form för redovisning	Målnivå	intressent
Andel mångbesökare som bedöms för remiss till fortsatt behandling		Markering i data- liggare	Journal- data	Under- rapportering	Antal och % av mottagningens mångbesökare		patient vårdpersonal beställare samverkans- partners
Andel mångbesökare som remitteras till primärvård, psykiatri eller annan specialitet		Markering i data- liggare	Journal- data	Under- rapportering	Antal och % av mottagningens mångbesökare		patient vårdpersonal beställare samverkans- partners

### **Beställning**

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: [informationsmaterial.lsf@sll.se](mailto:informationsmaterial.lsf@sll.se)

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv, Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:  
[www.ls.sll.se/mpa](http://www.ls.sll.se/mpa)



## **Stockholms läns landsting**

Forum för kunskap och gemensam utveckling

Box 17553, 118 27 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 44 64