

Individuellt anpassad samplanering

– en framkomlig väg att förbättra vården för akutmottagningens mångbesökare?

Mariann Olsson, Helen Hansagi, Ylva Tomson, Stefan Sjöberg.

Personer som ofta söker vård på akutmottagning har vanligtvis även kontakt med andra vårdgivare såsom psykiatri, primärvård, socialtjänst. I denna artikel redovisas erfarenheter från ett försök med samplanering. Vuxna patienter, som besökt akutmottagningen på ett universitetssjukhus minst fyra gånger på 12 månader erbjöds att tillsammans med sina aktuella vårdgivare delta i utformandet av en vårdplan för det kommande året.

Av 25 mångbesökare accepterade 18 sådan samplanering. Alla vårdplaner utom två kom att innehålla såväl medicinska som psykiatriska och sociala insatser i olika kombinationer. Majoriteten av patienterna fullföljde sina vårdplaner och ansåg att samplanering var till nytta för dem och gruppens akutbesök minskade. Trots att samplaneringen var tidskrävande, satte även vårdgivarna värde på den, eftersom de ansåg att patienternas problem och behov genom denna samverkan framträdde tydligare.

Individuellt anpassad samplanering där patienten deltar tillsammans med sina vårdgivare visade sig i denna småskaliga studie vara genomförbar, väl accepterad av både patienter och vårdgivare och leda till god helhetsbild av patientens behov.

Samtliga författare är knutna till Karolinska Institutet. Mariann Olsson är kurator och adjungerad universitetslektor i socialt arbete vid Institutionen för medicin, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Helen Hansagi är docent vid Institutionen för Klinisk Neurovetenskap, Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Ylva Tomson är läkare och vårdcentralschef samt knuten till Institutionen för Klinisk vetenskap, Enheten för allmänmedicin, Huddinge. Stefan Sjöberg är docent vid Institutionen för medicin, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Korrespondens: Aukt socionom, med dr Mariann Olsson, Kuratorsavdelningen, C1 51, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 141 86 Stockholm, Tel.: 08-585 820 25, email: mariann.olsson@kus.se

Bakgrund

Att en liten grupp patienter gör täta besök på sjukhusens akutmottagningar är ett fenomen som har beskrivits från många länder oberoende av sjukvårdssystem (O'Brien et al., 1997; Lang et al., 1997; McCusker et al., 1997; Murphy et al., 1999; Hansagi et al., 2001). Akutmottagningens mångbesökare är en sårbar patientgrupp, oftast med sammanfattad medicinsk och psykosocial problematik (O'Brien et al., 1997; Murphy et al., 1999; Lundin et al., 2001). I vårt samhällssystem har akutmottagningens mångbesökare samtidigt många vårdgivare även på andra vårdnivåer såsom primärvård, öppenvårdsmottagningar inom somatik och psykiatri samt socialtjänst (Hansagi et al., 2001; Martin et al., 2002; Chan & Ovens, 2002; Byrne et al., 2003).

En mångbesökare definieras vanligtvis som en patient som gör fyra eller fler akutmottagningsbesök under 12 månader (Hansagi et al., 2001; Byrne et al., 2003). Denna grupp utgjorde 6% av samtliga akutpatienter i Stockholms läns landsting, dvs cirka 16 700 personer (Hansagi et al., 1998). Kvalitativa intervjuer visade på en stark oro och en tendens hos patienterna att tolka smärta och andra symtom som livshotande (Olsson & Hansagi, 2001). För den här patientgruppen är det av mycket stor betydelse att deras egen tolkning tas på allvar och respekteras av personalen som de möter på akutmottagningen.

Sett ur personalens perspektiv kan patienters upprepade och täta besök vara frustrerande särskilt om mångbesökarnas besvär bedöms vara av "icke-akut" karaktär (Malone, 1996; Murphy et al., 1998). Mångbesökaren själv löper dessutom risken att erhålla en fragmentarisk vård eller att bli "överbehandlad", eftersom många läkare parallellt blir inblandade. Äldre multisjuka har

Socialmedicinsk tidskrift nr 3/2004

nämnts som en speciellt utsatt grupp i den högspecialiserade vården (Gurner & Thorslund, 2003).

Forskningen har visat på behov av att förbättra vården för mångbesökare och att förändra deras besöksmönster (Lang et al., 1997; Murphy et al., 1998; Hansagi et al., 2001; Byrne et al., 2003). På grund av problemens komplexitet är det dock ofta inte tillräckligt att remittera eller hänvisa till andra mottagningar, särskilt som patienten vanligtvis redan är aktuell där. Bedömning och vårdplanering inom multidisciplinära team eller genom medverkan av vårdkoordinatorer har föreslagits (Genell-Andren & Rosenqvist, 1987; Padgett & Brodsky, 1992), men hittills har ett fåtal sådana modeller redovisats för akutmottagningens mångbesökare (Spillane et al., 1997; Pope et al., 2000; Okin et al., 2000).

Vi utgick från tanken att akutmottagningens mångbesökare skulle vara hjälpta av ett särskilt omhändertagande – ett samplaneringsförsök – som syftade till samordning och optimering av de pågående vårdinsatserna och i vilket patienterna själva hade en central roll. För att ta reda på modellens genomförbarhet studerades följsamhet, acceptans och tillfredsställelse med försöket hos såväl patienter som professionella vårdgivare inom olika vårdnivåer. För att även kunna bedöma eventuell nytta med ett sådant omhändertagande ville vi jämföra patienternas vårdkonsumtion före och efter samplaneringsförsöket samt mäta tidsåtgången för denna insats.

Metod

Vid akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge är cirka 2 000 personer mångbesökare (4 % av patienterna) och de står för 18% av de årliga 70 000 akutbesöken (Hansagi et al., 2001). Den so-

matiska akutmottagningen på detta sjukhus har åtta subspecialiteter, tillgång till kurator samt, vid studiens genomförande, en psykiatrisk akutmottagning.

I samplaneringsförsöket medverkade förutom akutmottagningen, primärvård, psykiatri och socialtjänst från två geografiska områden i sjukhusets upptagningsområde. Varannan mångbesökare över 18 år och som var bosatt i något av dessa två områden tillfrågades per brev någon vecka efter genomfört akutbesök om deltagande i samplaneringsförsöket. De inbjöds då till ett besök hos projektkuratoren för att ta ställning till om deras vård var optimal eller kunde förbättras genom samverkan med deras olika vårdgivare. Kuratorn genomförde en strukturerad intervju beträffande patientens resurser och problem samt hans eller hennes önskemål beträffande samordning av vården. Patienten fick själv välja vilka vårdgivare som skulle tillfrågas. En samplaneringsgrupp kunde t.ex. bestå av husläkare, specialistläkare, socialsekreterare och distriktssköterska. Kuratorn arrangerade därefter så snart som möjligt ett samplaneringsmöte; oftast hölls detta på vårdcentralen. Hon deltog i mötet, men överlät till patienten och dennes vårdgivare att formulera en plan samt att utse koordinator för de följande tolv månaderna. Efter samplaneringsårets slut inbjöds patienterna till ett avslutande besök hos projektkuratoren, där de intervjuades och fick fylla i en uppföljningsenkät.

Acceptansen hos patienterna mättes genom deras medverkan och följsamhet till vårdplanerna samt genom enkätfrågor om deras attityder och erfarenheter. Modellens genomförbarhet bedömdes vidare genom analys av projektdokumentationen och genom enkäter till samplaneringskoordinatorerna. Tidsåtgången för projektkuratorns arbete följdes. Uppgifter om patienternas

läkarbesök i primärvård och vid akutmottagning under samplaneringsförsöket, såväl som tolv månader före inklusion och tolv månader efter avslutat försök, erhöles från landstingets databas. Inklusiva för- och eftermätning pågick projektet från oktober 1995 till februari 2000.

Patientgruppens vårdkonsumtion mellan åren (före samplaneringsförsöket respektive året efter) jämfördes med Wilcoxon's "signed-rank test". Denna analys utfördes med hjälp av SAS för Windows (version 6.12; SAS Institute, Inc., Cary, NC), och ett p-värde på <0.05 bestämde för signifikans.

Resultat

Totalt 30 patienter inbjöds per brev att delta i samplanering. Av de 25 patienter som kom att besöka projektkuratoren önskade 18 samplanering, medan sju inte behövde det eller bestämt avböjde. De 25 patienternas medelålder var 53,6 år; 17 var kvinnor; 10 var ensamboende. Till uppföljningsintervjun kom 13 av de patienter som medverkat till sin vårdplan och fem av de övriga, som alltså enbart fick kuratorssamtal.

Vårdplaner och följsamhet

Alla de tretton patienter som genomförde studien med samplanering hade året före sitt indexbesök på akutmottagningen sökt vård även på andra vård- och omsorgsenheter. Läkare från primärvården deltog i tio samplaneringsgrupper och blev koordinators i åtta. En socialsekreterare, en arbetsgivare, en sjukhusläkare, en privatläkare och en sjukhemsföreståndare blev koordinator i övriga grupper. Sammanlagt 39 befattningshavare kom att delta i samplaneringarna. Fyra vårdplaner föreslog enbart medicinska åtgärder, medan de övriga kombinerade medicinska, sociala och psykiatriska insatser. Elva patienter rapporterade vid uppföljningsinter-

vjun att de kunnat följa vårdplanen (Tabell I), och tolv bedömde att de haft god nytta av samplaneringen. Enligt projektdokumentationen hade vårdgivarna följt den uppgjorda planen i sex fall, medan detta var oklart i de övriga fallen. Ingen koordinator uttryckte sig negativt om samplaneringsmodellen och det

sätt den genomfördes på. Som positiv aspekt framhöll de framför allt att de fick en fullständigare bild av patienternas problematik och behov.

Tre exempel får illustrera modellen och dess genomförbarhet:

Tabell I. Besöksanledning, vårdplaner och följsamhet till planen.

Patient Nr	Besöksanledning indexbesöket	Vårdplanens fokus			Patientens följsamhet till planen
		Medicinskt	Socialt	Psykiatriskt	
1	Astma	x		x	God
2	Yrsel, hosta	x	x		Dålig
3	Magsmärtor		x	x	Dålig
4	Magsmärtor	x	x		God
5	Diarré	x		x	God
6	Hjärtbesvär	x	x		God
7	Lunginflammation	x			God
8	Urinvägsbesvär	x	x	x	God
9	Blod i urinen	x			God
10	Yrsel		x		God
11	Huvudvärk	x	x		God
12	Magbesvär	x	x		God
13	Magsmärtor	x			God
14	Värk i fot		Enbart kuratorssamtal		
15	Feber		”		
16	Hosta		”		
17	Alkoholförgiftning		”		
18	Ryggvärk		”		

En 77-årig kvinna, som sökte akutmottagningen för lunginflammation, visade sig lida även av astma och grav hörselnedsättning. Hon remitterades till audiolog för hörselhjälpmiddel och vid samplaneringsmötet gjordes överenskommelse om att hon skulle kallas till regelbundna kontroller inom primärvården. Både patienten och koordinatören dvs. hennes husläkare följde vårdplanen och patienten var efter ett år mycket nöjd.

En 47-årig man som sökt för yrsel och hosta vid indexbesöket på akutmottagningen led även av allvarliga magproblem, neurologiska symtom och panikattacker. Han var mycket bekymrad över sin arbetslöshet, sin ekonomiska situation och sin livssituation i stort. I vårdplanen ingick remiss till en neurologisk specialist, kontakt med arbetsförmedlare och distriktssköterska. Tyvärr kunde han inte motiveras att helt följa planen. Trots detta bedömde patienten själv att han hade haft nytta av samplaneringen och han kände sig vid uppföljningen lugnare - även om hans hälsotillstånd i stort sett var oförändrat.

En 44-årig kvinna sökte akutmottagningen på grund av urinvägsbesvär. Hon led också av värk i huvud, nacke/skuldror och muskler samt ofta av magvärk. Denna kvinna hade en psykiatrisk anamnes, samt alkoholproblem och andra sociala problem. Vårdplanen syftade till en samordning av hennes kontakter med ortoped, psykiater och socialtjänst. Patienten följde vårdplanen och tyckte att hon hade god nytta av samordningen, även om i hennes fall koordinatören inte helt följde den uppgjorda planen.

Tio av de 13 som deltagit i samplaneringen upphörde att vara mångbesökare på akutmottagningen. Det genomsnittliga an-

talet akutmottagningsbesök hos de 18 som genomförde hela försöket (inkl. uppföljningsbesök) sjönk från 7 året före indexbesöket till 3,3 året efter samplaneringen - en statistiskt säkerställd minskning ($p < 0.005$), som inte motsvarades av någon signifikant ökning av antalet läkarbesök i primärvården.

Tidsåtgång

Projektkuratören använde ca 210 timmar för telefonsamtal med patienterna och deras vårdgivare för att arrangera och delta i möten, genomföra intervjuer med patienter etc. I genomsnitt rörde det sig alltså om 7 timmar per tillfrågad patient. Här har då inte medräknats tidsåtgången vare sig för de 39 professionella inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst, eller för de 18 patienterna.

Diskussion

Med hjälp av flera olika perspektiv undersökte vi genomförbarheten hos en modell med individuellt avpassad samplanering för akutmottagningens mångbesökare. Samplaneringsförsöket baserades på aktiv medverkan från både patienter och professionella från hälso- och sjukvård respektive socialtjänst, liksom på samverkan dem emellan. Både patienternas och de professionellas attityder till modellen var positiva.

Som även visats i tidigare studier (Padgett & Brodsky, 1992; Lang et al., 1997; Murphy et al., 1999; Byrne et al., 2003) sökte mångbesökarna för sammansatta problem, en komplexitet som kom att framstå som tydlig för de deltagande vårdgivarna.

Tidigare har försök med vårdplanering för mångbesökare genom multidisciplinär samverkan rapporterats från Kanada (Pope et al., 2000) och USA (Spillane et al., 1997; Okin et al., 2000). I motsats till dessa studier användes akutmottagningen inte som bas för samplaneringen i vår modell. För patienten

introducerades dock samverkanstanken från akutmottagningen, men därefter åtog sig en koordinator utanför akutmottagningen att i varje enskilt fall ansvara för vårdplanen. Att mångbesökaren själv skulle vara aktiv i planeringen av sin vård – i ett ”partnerskap” med vårdgivarna – var en mycket väsentlig del av interventionen. Trots att aktiv patient-medverkan allt oftare framhålls som nödvändig för ett gott resultat (Roberts & Mays, 1998; Charles et al., 1999; d’Elia, 2001), har sådana modeller oss veterligt inte använts tidigare för akutmottagningens mångbesökare. Vi inkluderade dessutom även patienternas erfarenheter och attityder när vi bedömde modellens genomförbarhet, något som idag efterfrågas mer och mer (Simpson & House, 2002; Payne, 2003). Trots att några patienter begränsade sin medverkan till det inledande och det avslutande mötet med projektkuratorn, bedömer vi patienternas acceptans som god och det framkom inte heller några negativa effekter av försöket. Patienterna i vårt försök halverade sitt utnyttjande av akutmottagningen under den tid som studerades, men studiedesignen tillåter oss inte att avgöra om detta var en effekt av samplaneringen.

Vårdgivarnas inställning till ett nytt omhändertagande av patienter är en nödvändig förutsättning för genomförbarhet. I den aktuella studien instämde de allra flesta professionella i försökets målsättning och upplägg. Emellertid var deras arbetsbörda i vissa fall ett hinder för medverkan. Detta var dock inte ett lika avgörande problem som rapporteras exempelvis från ett australiskt försök med samordnad vård (Gardner & Sibthorpe, 2002). I några fall var läkarbyten inom primärvården orsak till att den överenskomna vårdplanen inte kunde fullföljas – ett problem som påvisats även i andra samverkansstudier (Charles et al., 1999; Gill et al., 2002). Nödvändigheten av samarbete när det gäller

Socialmedicinsk tidskrift nr 3/2004

patienter med behov av insatser från olika vårdnivåer, men också de problem som i vårt sjukvårdssystem är förenade med sådant, framgår tydligt i flera svenska publikationer (Danermark & Kullberg, 1999; Johansson, 2002; Gurner & Thorslund, 2003).

En begränsning i vår studie som kan ha relevans för patienternas acceptans var att interventionen erbjöds till patienterna efter indexbesöket till akutmottagningen och inte i direkt anslutning till ett akutbesök. Hur påverkas patienternas beredskap att acceptera samplanering av vid vilken tidpunkt erbjudandet kommer? Vårt positiva resultat skulle kanske inte heller gälla i sådana hälso- och sjukvårdssystem, som redan innehåller mer av samordning och där vårdgivarna har bättre kännedom om varandra och om patienternas behov.

Slutsatser

Den studerade modellen för omhändertagande av akutmottagningens mångbesökare byggde på aktiv patientmedverkan och individuellt avpassad vårdplanering. Akutmottagningens mångbesökare var nöjda med och hade nytta av samplaneringsmodellen som innebar samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och som gav en helhetssyn på patienternas problembild. Modellen var också helt genomförbar i en småskalig studie. En intervention av denna typ är resurskrävande, men mycket lovande. Vårt upplägg behöver därför replikeras i större skala, med strikt effektmätning, innan en implementering av modellen kan rekommenderas.

Vi tackar Barbro Carlsson, forskningssköterska, Elisabeth Samsing, projektkurator, Carina Hellström, psykiater, i:e socialsekr Berit Berglund och socialsekr Birgitta Davidsson samt Bill Österlund, statistiker.

Studien stöddes ekonomiskt av FAS (pro-

jekt 2001-4014) och av Sydvästra sjukvårdsområdet, Stockholms läns landsting.

Referenser

- Byrne, M, Murphy, AW, Plunkett, PK, McGee, HM, Murray, A, Bury, G. (2003). Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med*, 41, 309-318.
- Chan, BTB & Ovens, HJ. (2002). Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*, 48, 1654-1660.
- Charles, C, Whelan, T, Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*, 319, 780-782.
- Danermark, B & Kullberg, C. (1999). Samverkan. Vårdsstatens nya arbetsform. Studentlitteratur:Lund.
- D' Elia, G. (2001). Sjukvårdens storkonsumenter kan mötas med kognitivt förhållningssätt. *Läkartidningen*, 43, 4745-4746.
- Gardner, K & Sibthorpe, B. (2002). Impediments to change in an Australian trial of coordinated care. *J Health Serv Res Policy*, 7, S1:2-7.
- Genell Andrén, K & Rosenqvist, U. (1987). Heavy users of an emergency department – a two year follow-up study. *Soc Sci Med*, 25, 825-831.
- Gill, JM, Mainous, AG, Nsereko, M. (2002). The effect of continuity of care on Emergency Department use. *Arch Fam Med*, 9, 333-338.
- Gurner, U & Thorslund, M. (2003). Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Natur och Kultur: Stockholm.
- Hansagi, H, Olsson, M, Sjöberg, S. (1998). Sex procent stod för en fjärdedel av besöken på akutmottagningarna. *Läkartidningen*, 95, 5320-5324.
- Hansagi, H, Olsson, M, Sjöberg, S, Tomson, Y, Göransson, S. (2001). Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med*, 37, 561-567.
- Johansson, I. (2002). "Tiden räcker inte till...". D-uppsats. Inst för socialt arbete, Stockholms Universitet.
- Lang, T, Davido, A, Diakité, B, Agay, E, Viel, JF, Flicoteaux, B. (1997). Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol*, 13, 223-228.
- Lundin, A. (2001). Tema: Sjukvårdens storkonsumenter. Hur skall vi hjälpa de patienter som ständigt toppar besöksstatistiken? *Läkartidningen*, 40, 4320-4330.
- Malone, RE. (1996). Almost like "family": emergency nurses and "frequent flyers". *J Emerg Nurs*, 22, 176-183.
- Martin, A, Martin, C, Martin, PB, Martin, PAB, Green, G, Eldridge, S. (2002). 'Inappropriate' attendance at an accident and emergency department by adults registered in local general practices: how is it related to their use of primary care? *J Health Serv Res Policy*, 7, 160-165.
- McCusker, J, Healey, E, Bellavance, F, Connolly, B. (1997). Predictors of repeat Emergency department visits by elders. *Acad Emerg Med*, 4, 581-588.
- Murphy, AW. (1998). 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. *Fam Pract*, 15, 23-32.
- Murphy, AW, Leonard, C, Plunkett, PK, Brazier, H, Conroy, R, Lynam, F et al. (1999). Characteristics of attenders and their attendances at an urban accident and emergency department over a one year period.

- J Accid Emerg Med, 16, 425-427.
- O'Brien, GM, Stein, MD, Zierler, S, Shapiro, M, O'Sullivan, P, Woolard, R. (1997). Use of the ED as a regular source of care: associated factors beyond lack of health insurance. *Ann Emerg Med*, 30, 286-291.
- Okin, RL, Boccelari, A, Azocar, F, Shumway, M, O'Brien, K, Gelb, A et al. (2000). The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *Am J Emerg Med*, 18, 603-608.
- Olsson, M & Hansagi, H. (2001). Repeated use of the emergency department - a qualitative study of the patient's perspective. *EMJ*, 18, 430-434.
- Padgett, DK & Brodsky, B. (1992). 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*, 35, 1189-1197.
- Payne, S. (2003) The benefits of involving patients in healthcare planning remain uncertain. Commentary. *Evidence-based Healthcare*, 7, 83-84.
- Pope, D, Fernandes, CMB, Bouthillette, F, Etherington, J. (2000). Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *Can Med Assoc J*, 162, 1017-1020.
- Roberts, E & Mays, N. (1998). Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) departments? *Health Policy*, 44, 191-214.
- Simpson, EL & House, AO. (2002). Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ*, 325, 1265-1268.
- Spillane, LL, Lumb, EW, Cobaugh, DJ, Wilcox, SR, Clark, JS, Schneider, SM. (1997). Frequent users of the emergency department: can we intervene? *Acad Emerg Med*, 4, 574-580.