

skor. Sannolikt hade dessa patienter ofta en personlighetsstörning, men den diagnosen hade inte ställts utifrån specifika kriterier med den undersökningsmetod som tillämpades (PSE).

Grund för identifiering av behandlingsbehov

Grupperingen av patienter lägger en grund för identifiering av olika typer av behandlingsbehov. T ex har patienter med depression eller ångestsyndrom och patienter med kronisk somatisering helt olika behov. I gruppen av patienter med psykiatrisk sjukdom är korrekt diagnos viktigast. Dessa patienter är oftast villiga att acceptera behandling när diagnosen har fastställts. Patienterna med kronisk somatisering, å andra sidan, är ofta ovilliga att ta emot psykiatrisk behandling, och för denna grupp kan t ex behandlingsrekommendationer enligt Smith rekommenderas [5]. Patienterna i krisgruppen har oftast bra prognos. Förklaring, tydliggörande av situationen och samtalsstöd kan där vara tillräckligt. Patienterna med multipla problem är svåra att behandla. För denna grupp behövs samarbete mellan social- och hälsovård.

Hur behandla?

Vilka rekommendationer ger då Smiths grupp för patienter med kronisk somatisering? Jo, träffa patienten regelbundet, gör en kort somatisk undersökning varje gång, undvik laboratorie- och apparatundersökningar och undvik att säga åt patienten att han/hon inbillar sig symtomen eller att de är psykiskt orsakade [5]. Antidepressiva läkemedel fungerar också hos denna grupp av patienter, och bra resultat har rapporterats av kognitiv terapi och modifierad dynamisk korttidsterapi – men det är en konst att motivera dessa patienter för sådana behandlingsmetoder.

Referenser

1. Fink P, Jensen J, Borgquist L, Brevik JI, Dalgard OS, Sandager I, et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a Nordic multicentre investigation. Part I: method and prevalence of psychiatric morbidity. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:409-18.
2. Munk-Jørgensen P, Fink P, Brevik JI, Dalgard OS, Engberg M, Hansson L, et al. Psychiatric morbidity in primary public health care: a multicentre investigation. Part II. Hidden morbidity and choice of treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:6-12.
3. Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients of primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:19-25.
4. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J Psychosom Res* 1997; 42:157-66.
5. Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. *N Engl J Med* 1986;314:1407-13.

Helen Hansagi, med dr, Beroendecentrum Nord, Karolinska sjukhuset, Stockholm (helen.hansagi@spo.sll.se)

Akutsjukvården

Patient och vårdteam i partnerskap

Tema: Sjukvårdens storkonsument

Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

■ De flesta akutmottagningar har en grupp patienter som gör täta besök och därmed utnyttjar en ansenlig del av mottagningens resurser. Detta problem har uppmärksammats i Sverige såväl som i andra västländer. Enligt en studie vid ett amerikanskt sjukhus [1] fungerade akutmottagningen som reguljär vårdgivare för 16 procent av dess patienter; vid ett sjukhus i Paris var denna andel 14 procent [2]. En studie visade att 3 procent av akutmottagningens patienter vid ett sjukhus i Dublin svarade för 12 procent av årets samtliga besök på mottagningen [3].

Många söker på flera akutmottagningar

Vid Huddinge Universitetssjukhus svarar 4–5 procent av akutmottagningens patienter för nära 20 procent av samtliga besök på mottagningen. Dessa »högkonsumenter«, drygt 2 000 individer, kommer till akuten mellan 4 och 70 gånger – ibland upp till 100 gånger – per år. Statistiken visar en förvånansvärd stabilitet i fråga om detta mönster över de senaste åren.

Analys visar också att många högkonsumenter söker vård på flera akutmottagningar i länet [4] och dessutom erhåller sjukvård på annat håll:

- 80 procent blir inlagda någon gång under året för slutenvård, ofta via akuten (jämfört med 36 procent av patienterna som söker akut en gång/år).
- 72 procent går hos läkare inom primärvården (vårdcentral/husläkare) (jämfört med 57 procent av patienterna som söker akut en gång/år).
- 59 procent söker specialistläkare på sjukhus minst en gång per år (jämfört med 43 procent av patienterna som söker akut en gång/år).

Trots sina många akutbesök är det faktiskt bara 3 procent av storkonsumenterna som har akuten som enda vårdgi- ➤

Annons

Annons

vare. När det gäller patientgruppens sammansättning har inga särskilt utmärkande demografiska drag framkommit, förutom åldern, dvs i storkonsumentgruppen är andelen äldre (över 65 år) något större än bland patienter generellt (32 procent mot 21 procent).

Djupintervjuer med högkonsumenter

Vad ligger bakom denna stora vårdkonsumtion ur de enskilda patienternas perspektiv? Vad är det som gör att de så ofta söker vård, oftast akut?

För att belysa dessa frågor och söka relatera vårdbeteendet till patientens totala livssituation djupintervjuade vi i en pilotstudie ett urval om tio högkonsumenter i olika åldersgrupper. Gemensamt för dem var en djupt känd oro och en stark tendens att tolka symtom som ett livshot och som ett hot mot autonomin. De vanligaste symtomen var smärta av olika slag (ont i magen, ryggont, huvudvärk), som patienten tillskrev något tidigare trauma, ibland en operation. Få hade vetskap om någon klar och tydlig diagnos.

Flera hade remitterats från akutmottagningen till psykiatri, också varit i kontakt med denna, dock utan att detta lett till någon lösning eller – från patientens synpunkt – adekvat hjälp. Psykosociala problem och ett svagt eller obefintligt socialt nätverk, ofta med inslag av eget eller närståendes missbruk, var utmärkande för gruppen.

Försök med alternativt omhändertagande

Att tillämpa helhetssyn i vården och göra sådana grundliga utredningar som högkonsumenterns problem skulle kräva är svårt att genomföra på en hårt belastad akutmottagning. Informationskampanjer och hänvisning bort från akuten har inte heller visat sig särskilt effektiva när det gäller denna patientgrupp.

Storkonsumenternas vårdgivare har, åtminstone i storstadsområden, sällan kontakt med varandra annat än möjligen i form av remisser [5]. Vi har därför nyligen genomfört ett försök med samordnad vård för ett urval av akutmottagningens storkonsumenter vid Huddinge Universitetssjukhus. Det inleddes att patienten inbjöds till ett möte för att planera sin vård tillsammans med de vårdgivare från olika vårdnivåer som patienten själv valde, i ett slags »partnerskap» [6]. En sådan planeringsgrupp kunde t ex bestå av en distriktsläkare, en ortoped och en socialsekreterare. En av vårdgivarna utsågs till huvudansvarig samordnare. Projektet angav bara ramen för interventionen, medan de berörda parterna själva fick utforma detaljerna.

Antalet besök minskade

Vår hypotes att mer sammanhållen vård skulle resultera i färre besök på akutmottagningen blev bekräftad: besöken minskade från i genomsnitt 7,0 per år före försöket till 3,3 under året efter avslutat försök.

En komplikation för tolkningen är emellertid att slutsatsen inte kan betraktas som säker, eftersom bortfallet i studien blev större än väntat.

Sällan enkla lösningar

Det finns sällan enkla standardlösningar på patienters komplicerade problem av medicinsk och psykosocial natur, särskilt när det finns inslag av missbruk.

Vår modell var krävande att genomföra, med tanke på att läkare och andra vårdgivare från olika vårdnivåer skulle samlas till ett personligt möte med patienten. Men eftersom patienterna ofta är gemensamma för olika vårdinstanser är samverkan mellan patientens vårdgivare något som bör diskuteras mer ingående i vår strävan att ge denna problematiska patientgrupp en optimal vård.

Referenser

1. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994;271:1909-12.
2. Lang T, Davido A, Diakité B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur J Epidemiol* 1997;13:223-8.
3. Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Brazier H, Conroy R, Lynam F, 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.
4. 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.
5. Johansson I, Hansagi H, Olsson M. Samverkan för akutmottagningens mångbesökare. Hur samverkar kommunens socialtjänst och den landstingsdrivna sjukvården för en gemensam patient-/klientgrupp? *Socialmedicinsk Tidskrift*. 2000;77:334-43.
6. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999;319:780-2.