Mångbesökare till akutmottagningarna på sjukhusen i Växjö och Ljungby

Anneli Roubert
Handledare:
Eva Wikström
SAMMANFATTNING


Det övergripande syftet med utvecklingsarbetet är att kartlägga hur omfattande problemet med MB är i länet, samt att analysera hur problematiken ser ut.

Målsättningen är att skapa trygghet i kontakten med vården och få möjlighet att styra patienterna till lämplig vårdnivå och minskad vårdkonsumtion. Effektiviseringar i själva vårdprocessen ger förutsättningar för kostnadsminskningar.

En MB är här en patient som sökt akutsjukvård fyra gånger eller fler under ett år (2008-09-01-2009-08-31)

Under november 2009 gjordes en förstudie. Den visade att MB utgjorde 5,6 procent av samtliga patienter som sökte läkare vid akutmottagningarna på Växjö och Ljungby lasarett och att deras besök, utgjorde 19,4 procent av alla besöken. Åldersgruppen 19-64-åringar, som utgör 4,3 procent av alla besökare (563/13 058 patienter) vilka har gjort 16 procent (3 207/19 428 besök) av alla akutbesök till alla yrkeskategorier, är den grupp MB som rapporten speglar.


Utifrån studien kan MB beskrivas som; de MB med missbruksproblematik, de med psykiatriska sjukdomar, de kroniskt somatiskt sjuka och oturspatienter. Oftast har MB en kombination av diagnoser och en komplicerad social situation. Besöksorsaken är nästan alltid somatisk medan diagnosen ofta blir psykiatrisk efter läkarbedömning på akutmottagning. Tydligast är detta fenomen i gruppen som gjort flest akutbesök under året. MB träffar läkare under akutbesöket till ca 95 procent, att jämföra med alla patienter som läkarbedöms till 98 procent. Enstaka besök anvisar sjukköterska/ambulanssjukvårdare för, men man konsulterar ändå ofta läkare i samband med åtgärd/behandling.
Möjlighet att ta omhand MB med tanke på psykisk ohälsa, finns inte kompetens för och inte heller tid till, på akutmottagningarna idag. Varken Akutkliniken eller Närsjukvården har rutiner för omhändertagande av MB. I förbättringsförslaget föreslås framtagandet av gemensam rutin och dessutom en ny personalresurs som kan användas för kontakt med andra yrkeskategorier i samband med akutbesök. Under besöket nås på så sätt bredare underlag för bedömning av patienten.

1. INLEDNING

Flera utredningar både nationellt och internationellt visar att en begränsad andel patienter står för en oproportionerligt stor vårdkonsumtion inom akutsjukvården.

Inom Länssjukvårdens (LSV) i Kronobergs län vill vi studera andra Landstings erfarenheter kring den här problematiken och implementera tillämpbara delar av deras lösningar samt utveckla egna metoder för att effektivisera akutprocessen i vårt län. En bedömning som inte bara rör det akuta behovet av vård, utan även inkluderar omdöme om patienternas hela livssituation, har visat sig styra vårdplanering och omhändertagande på sjukhuset i Kalmar. Åtgärder av betydelse för flera besöksorsaker bidrar till ändrat sökbeteende. Om patienter snabbare får vård, efter gemensam bedömning av flera olika kompetenser, slipper patienten slussas mellan flera medicinska specialiteter via remissförfarande och effektivitet uppnås i vårdprocessen.

1.1 Bakgrund


Resultat från Kalmar visar också att antalet öppenvårdskontakter halverades för patientgruppen efter intervention. Antalet inläggningar i slutet vård minskade från 45 till 10 på 6 månader och jämfört med en kontrollgrupp minskade kostnader och vårdkonsumtion. En ökad patienttillfredsställelse uppmättes också.

Antagandet som bekräftades i Kalmar, var således att patienter söker ofta, om sjukvården inte lyckas identifiera bakomliggande orsaker till lidandet. Följaktligen borde en framgångsrik process – som identifierar dessa faktorer – leda till minskat utnyttjande av vård även i vårt län.


I en studie från Stockholm visar det sig att många MB har psykiatrisk problematik med ångest, depression och missbruk. Femtio procent av MB, har också i efterhand fått en psykiatrisk diagnos. Hemlösa missbrukare i Stockholm är andra stora vårdkonsumenter, skriver Halldin i en rapport i Läkartidningen. Han anser att man i Stockholms län bör inrätta ett par ”dygnet-runt-öppna” psykiatriska akutmottagningar som bör vara gemensamma för psykiskt
sjuka och missbrukare. Därtill bör varje sådan akutmottagning kopplas till en akutavdelning, skriver han (Halldin 2009).

En studie av mångbesökare till primärvården är gjord i Göteborg (Bergh 2005) och finns beskriven i en avhandling.


Sammanfattningsvis gav inventeringen av liknande verksamheter, stöd för studien i vårt län, delvis med tanke på att det sätt MB tas omhand idag, vilket är kostsamt både för patient och för samhällsekonomin, men också för att det inte finns någon självlösning på problemet.

1.2 Förstudie
För att kunna göra en förstudie har jag definierat gruppen MB enligt följande:

- En MB är en patient som sökt akutmottagning, 4 gånger eller fler, under en 12-månadersperiod. Denna definition har använts i Kalmarprojektet och jag anser det lämpligt att använda den samma här i Kronobergs län.

Förstudien gjordes under november 2009, för att få en uppfattning om hur många MB vi tagit emot på akutmottagningarna och hur många besök de gjort. Vår övertygelse är att vi bör analysera problematiken med MB djupare och försöka få en kunskapsbaserad styrning av omhändertagandet av patientgruppen.

Resultat av förstudien, utifrån statistik ur Cambio Cosmic (CC) visade att, under perioden 2008-09-01 – 2009-08-31, hade vi 1 581 MB till läkare på akutmottagningarna i vårt län, som gjort 8 618 besök. MB utgjorde 5,6 procent av samtliga patienter och de använde 19,4 procent av alla akutbesöken (1 581 pat./totalt 28 327 och 8 618 besök/totalt 44 471). Vi tar alltså emot >4 MB per dygn och tillsammans gör alla MB >23 akutbesök per dygn i genomsnitt.


1 Kostnaden i genomsnitt för ett akutbesök enligt Södra Regionvårdsnämnden 2009.
Den patientgrupp som gjort flest akutbesök per MB, beräknat till alla yrkeskategorier inom LSV, är 19-64-åringar. Åldersgruppen utgör (563/13 058 patienter och 3 207/19 428 besök) 4,3 procent av alla besökare, vilka har gjort 16,5 procent av alla akutbesök (se Tabell 1/).

Samma teoretiska beräkning för enbart gruppen 19-64-åringar, som i stället gör endast ett besök vardera, motsvarar (3 207 besök – 563 patienter x 3 011 kr) en kostnadsreduktion på 7 961 084 kr per år. Alla dessa besök går naturligtvis inte att eliminera men ju fler desto bättre.

Ett antagande är att aktuell patientgrupp inte gör ”vanliga” besök, utan att det ofta tar längre tid och kräver mer resurser för omhändertagandet. Därmed kan också antas att det sker till en högre kostnad, än de 3 011 kr som ett akutbesök beräknas till idag (Sjöberg 2009).

Tabell 1. Antal akutbesök per MB i åldersgrupperna; barn, vuxen, äldre under perioden 2008-09-01-2009-08-31 (Frisk 2009, CC statistik 2009-11-25)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Åldersgrupp</th>
<th>Antal MB-patienter</th>
<th>Antal besök per 12 mån (variation)</th>
<th>Antal besök i genomsnitt/åldersgrupp</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-18-åringar</td>
<td>43</td>
<td>209 (4-17 besök)</td>
<td>4,86</td>
</tr>
<tr>
<td>19-64-åringar</td>
<td>563</td>
<td>3 207 (4-55 besök)</td>
<td>5,77</td>
</tr>
<tr>
<td>65 år och äldre</td>
<td>759</td>
<td>4 017 (4-23 besök)</td>
<td>5,29</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Barnklinikens MB styr inte sitt sökbeteende, i samma utsträckning själva. Flera av MB inom Barnkliniken tillhör diagnosgrupperna allergi/astma, kramper och infektionssjukdomar. Dessa barn värdes redan av avsedd specialitet och på rätt vårdnivå och behöver inte analyseras närmare därför.

Jag har också exkluderat patienter som fyllt 65 år i det här arbetet, med antagandet att bland de äldre finns fler multisjuka och problematiken med ensamboende och vårdbehov i hemmet, kan påverka sökbeteendet, vilket vi inom Landstinget Kronoberg inte heller kan påverka i lika stor omfattning.

Tabell 2. Antal akutbesök per MB i mindre åldersgrupper bland 19-64 åringar (Frisk 2009, CC statistik 2009-11-25)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Åldersgrupp</th>
<th>Antal patienter (MB)</th>
<th>Antal besök/12 mån</th>
<th>Genomsnitt antal besök per patient</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>19-29-åringar</td>
<td>121</td>
<td>750</td>
<td>6,20</td>
</tr>
<tr>
<td>30-49-åringar</td>
<td>204</td>
<td>1 116</td>
<td>5,47</td>
</tr>
<tr>
<td>50-64-åringar</td>
<td>231</td>
<td>1 306</td>
<td>5,65</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td>556</td>
<td>3 172</td>
<td>5,77</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 2 visar att det inte är så stora skillnader i besöksfrekvens mellan åldersgrupperna, inom gruppen 19-64-åringar. MB med flest besök per person, finns dock i gruppen 19-29 år. Att beakta är att flera MB bland yngre vuxna, även sökt akut inom Psykiatrin och till Jourläkarcentraler (Distriktssläkare) under samma 12 månaders period. Exempelvis har den patient som sökt akut 55 ggr. inom LSV, sökt ytterligare 23 ggr. i de andra organisationerna under samma tid.

2 Antalet patienter och antalet besök, stämmer inte till 100 procent med siffrorna i Tabell 1 pga. variationen i ålder över året.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Besöksfrekvens</th>
<th>Antal patienter (MB)</th>
<th>Antal besök/12 mån</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4 ggr. eller fler</td>
<td>563</td>
<td>3 207</td>
</tr>
<tr>
<td>7 ggr. eller fler</td>
<td>480</td>
<td>2 618</td>
</tr>
<tr>
<td>10 ggr. eller fler</td>
<td>34</td>
<td>559</td>
</tr>
<tr>
<td>16 ggr. eller fler</td>
<td>14</td>
<td>328</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Enligt Tabell 3 finns i patientgruppen 19-64-åringar, 14 patienter som gjort 328 akutbesök och sammanlagt 34 patienter har besökt akutmottagning inom LSV 559 ggr., under angivna 12 månadersperiod. Antagandet är att dessa 34 patienter har unika vårdbehov och en livssituation som bör belysas separat.

Ett mer omfattande omhändertagande, inte bara akuta insatser, resulterade i Kalmar till minskad vårdkonsumtion. Till följd därav också reducerat antalet ambulanstransporter, tid för telefonsamtal, avbokningar, dubbelbokningar, åtgärder och behandlingar mm. Dessutom antas ett bättre omhändertagande också innebära ett minskat lidande för MB över tid, trygghet i åtgärder/behandling och styrd uppföljning, kontinuitet på rätt vårdnivå. Ökad kunskap om patientens totala livssituation förväntas också hjälpa vårdarna att göra bästa vårdplaneringen med hänvisning till rätt vårdnivå, hos relevant vårdgivare.

Sammanfattningsvis visade förstudien att MB problematik finns även i vårt län och åldrarna 19-64-åringar är en grupp som är speciellt intressant att studera vidare. Dels för att gruppen har högst genomsittliga antal besök men även då det inte finns specifikt omhändertagande som hos barn och multisjuka äldre.
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

2.1 Syfte
Det övergripande syftet med projektet är att kartlägga hur omfattande problemet med MB är i länet, samt att analysera hur problematiken ser ut.

Utifrån detta ska projektet ge förslag till ett förbättrat omhändertagande motsvarande MB:s vårdbehov.

2.2 Frågeställningar
- Hur många MB har registrerats inom LSV, 2008-09-01 – 2009-08-31?
- Vilka besöksorsaker dominerar hos de sökande?
- Vilka diagnoser och åtgärder är vanligast hos dessa patienter på akutmottagningarna?
- Finns det skillnader i gruppen MB, Kronobergare och MB i Kalmar län?
- Vilka kompetenser skulle dessa mångbesökare behöva träffa i samband med akutbesöket?
- Finns vårdplaner eller uppföljning inom Närsjukvården för dessa patienter? Hur ser denna ut? Brister/utmaningar där?
- Kan samband visas mellan brist i nuvarande vårdkedja/vård, omsorgsnätverk och mångbesökares beteende?
- Hur utgör MB ett problem på akutmottagningarna inom LSV?
- Finns möjlighet till effektivisering i vårdprocesserna genom bedömningar och åtgärder av ett multidisciplinärt team på akutmottagningen CLV?
3. PROJEKTORGANISATION


De sex stora målsättningarna inför 2011 rubricerades: LSV, det ”Naturliga valet”, en ”Attraktiv arbetsgivare”, ska ha ”Bra resultat” och ha en ”Kunskapsbaserad ledning/styrning”. LSV skulle också ”Organiseras gränslös för patienten” och ha ”Rätt patient på rätt plats vid rätt tillfälle på rätt vårdnivå”. Målsättningarna skulle nås genom en rad arbetsgrupper varav undertecknad tillhör den grupp som kallas ”Processutvecklingsgruppen”. Processutvecklingsgruppen skulle arbeta med; Gemensam produktionsplanering och bemanningsplanering samt beskriva tre processflöden med ”problem/potential” för att uppnå förbättringar. Utvecklingsbehovet i organisationen skulle analyseras och konkreta handlingsplaner skulle skrivas för att nå dessa förbättringar.

Den sistnämnda målsättningen ovan, ”Rätt patient på rätt plats vid rätt tillfälle på rätt vårdnivå” stod i fokus för processutvecklingsgruppen som skrev 18 handlingsplaner som plane-rades genomföras fram till år 2011. En av handlingsplanerna är ”Mångbesökare Kronobergs län”, se Bilaga 1.

Projektorganisationen som också ansvarar för handlingsplanen utgörs av ovan beskrivna ”Processutvecklingsgrupp” för LSV:s strategiarbete, åren 2008-2011.

Från LSV ledningsgrupp har Bo Eriksson coachat övriga i gruppen som består av:


Arbetet med MB-projektet kommer att rapporteras till och följas upp av processutvecklingsgruppen.

3.1 Projekten genomförande

Beräkningarna enligt förstudien visar att, liksom i Kalmar, är ett fåtal patienter högkonsumenter av vård på LSV:s akutmottagningar. En viktig patientgrupp att ta omhand på rätt sätt och att styra till rätt vårdnivå för att skapa trygghet inför framtida vårdkontakter.


Tabell 4. Över delmomenten i genomförandet

<table>
<thead>
<tr>
<th>Förstudie</th>
<th>Huvudstudie</th>
<th>Arbeta fram en arbetsmodell</th>
<th>Intervention</th>
<th>Utvärdering</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tid: 1/11-15/12 2009</td>
<td>Tid: 1/1-31/3 2010</td>
<td>Tid: 1/8-30/11 2010</td>
<td>Tid: 1/1-30/6 2011</td>
<td>Tid: 1/6-31/12 2011</td>
</tr>
<tr>
<td>Projektplan klar; Mars 2010</td>
<td>Rapport klar; Juni 2010</td>
<td>Dokumentation; Jan 2011</td>
<td></td>
<td>Slutrapport klar; Mars 2012</td>
</tr>
</tbody>
</table>


4. METODIK OCH DATAINSAMLING

För att uppnå syftet med projektet, har data inhämtats från flera olika källor.

4.1 Studiebesök

4.2 Befintlig statistik
Statistik har hämtats ur Cambio Cosmic (CC) för besöksfrekvens och antal patienter på samtliga medicinska enheter inom LSV. CC-statistiken ger möjlighet att titta på den åldergrupp som önskas. Dessutom finns parametrar som: patient, ålder, kommun tillhörighet, antal besök, besöksorsak, besök per yrkeskategori, driftorganisation, medicinsk enhet och vårdande enhet angivna. Parametrarna går att kombinera på flera olika sätt.


En rapport över patienter som har sökt 4 ggr. eller fler till Jourläkarcentralen, akutmottagning inom psykiatrin och till akutmottagningarna inom LSV sammanlagt, kommer också att tas fram.

4.3 Journalgranskning
Med stöd av förundersökningen kom 100 patientjournaler slumpvis att väljas ut för granskning. Dator angav slumpmässigt patienttid till dessa 100 journaler, bland de 563 patienterna, i åldersgruppen 19-64-åringar. Syftet med journalgranskningar var att skatta patienternas vårdbehov och att analysera om resurs och omhändertagande av patienten, motsvarat dessa behov under akutbesöket. De 7 journaler som slumpades ut, som sammanföll med de 34 patienter som gjort flest besök inom perioden, har ersatts med nya. Alltså har 134 journaler granskats totalt. Samma granskningssmall har använts för samtliga journalgenomgångar men förenklades allt efter som arbetet fortgick, då erfarenhet ger färdigheter.
Journalgranskningen omfattar; tidpunkt, besöksorsak, diagnos och åtgärder under senaste fyra besöken, samt om patienterna blev föremål för inläggning. Registrering sker via en journalgranskningssmall. Om transporten till akutmottagningen skedde med ambulans eller ej och om/var uppföljning av åtgärder/behandling efter besöket planerats, noteras i möjligaste mån. Eventuella brister som lämnat otillfredsställda behov, skrivs i ”öppet svar” i granskningssmallen.

Första mallen utgjordes av en modifierad GTT-mall³, utformad i Business Intelligens (BI) som ett enkätformulär per patient. Mallen testades och kom att korrigeras efter 5 journalgranskningar. BI-formuläret visade sig svårt att sammanfatta då 4 besök per patient skulle registreras. Hjälp till summeringar av datorn fungerade inte tillfredsställande. Den slutliga mallen som testades och användes, skrevs för hand (Bilaga 2)

4.4 Intervjuer
Tre längre intervjuer med MB har genomförts. MB har blivit tillfrågade, enligt särskilda kriterier av personal på akutmottagningarna och där gett sitt samtycke till intervju.

Kriterierna är:
1) Att patienten söker för 4:e gången eller mer räknat över den senaste 12 månaders-perioden.
2) Ålder 19-64-åringar (Efter 19-årsdagen och före 65-årsdagen)
3) Talar svenska
4) Att kontaktpersonen bedömer patienten som medicinskt stabil att klara av en intervju.

Fyra kontaktpersoner på akutmottagningen LL utsågs av avdelningscheferna där. Kontaktpersonerna fick instruktioner och information om projektet av projektledaren. Samtliga ankomna MB till akutmottagningen på LL fr.o.m. 2010-03-17 kl.08.00 – t.o.m. 2010-03-23 kl.09.00, under kontaktpersonernas arbetspass skulle noteras antingen de givit sitt medgivande till intervju eller inte. MB – som givit sitt samtycke – kontaktas av projektledaren för intervju. En intervju hölls på vårdavdelning och två via telefon. Följebrev till kontaktpersonerna och patientbrevet finns att läsa i Bilaga 4 respektive 5.

Då endast en patient intervjuats 2010-03-23 beslöts perioden förlängas t.o.m. 2010-04-26, för att hitta fler intervjupersoner via akutmottagningen på LL. Avdelningscheferna och kontaktpersonerna instämde i beslutet. Någon speciell förklaring till varför så få MB hittats, fanns inte.


---
³ Global Trigger Tools (GTT), en strukturerad form för journalgranskning.
4.5 Ekonomiska beräkningar
De ekonomiska effekterna för akutkliniken, bör kunna beräknas mellan nulägegets ungefärliga kostnad, via registrering för Diagnosrelaterade grupper (DRG) per akutbesök och skillnaden till kostnaden av de resurser som förväntas minimera akutbesöken för gruppen (kostnads-effektivitet). Akutmottagningen, Ambulans och intensivvårdsavdelningarna har alltid sina fasta kostnader (utan patient) men om tilläggskostnaderna minskas genom styrning av patienterna i större utsträckning borde ekonomiskt utrymme skapas för att användas på annat sätt.

4.6 Forskningsetiskt övervägande
Etiskt ställningstagande inför projektarbetet är att hela tiden arbeta enligt de fyra huvudkraven; informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttrandekravet, för att forskningsetiskt skydda patienterna (Vetenskapsrådet 2002).

Att bli klassificerad som MB är mycket känsligt och ställer stora krav på etiska hänsynstaganden. Intervjuer planeras för att få större förståelse för MB livssituation, vilket kräver att dessa patienter måste identifieras utifrån speciella kriterier. Intervjuerna förväntas bidra mycket i bedömningen av vårdbehoven och till analyserna om varför patienten söker så många gånger. Vårdpersonalen på akutmottagningarna inkl. projektledaren har i sina yrkesutövanden tystnadsplikt och deltagarna i intervjuerna ska tillfrågas om de vill ta del av slutrapporten.

Journalgranskning kommer att ske med medgivande av berörda verksamhetschefer och chefsläkare.

Ansökan om forskningsetiskt råd" lämnades till FoU Kronoberg 2010-03-15, för att få en rådgivande etisk bedömning/granskning av utvecklingsprojektet. Svar erhölls 2010-04-14 då med enstaka förslag till rättelser i texten i patientbrevet. Åtgärderna är vidtagna inför fortsatt datainsamling (Forskningsetiska rådet beslutsnummer 4/2010).
5. RESULTAT AV PROJEKTET

Jag kommer nu att presentera resultaten i samma rubriker som under avsnittet, metod. Först beskriva den fakta som framkom under studiebesöket i Kalmar och svara på de frågeställningar som var intressanta. Under avsnittet “befintlig statistik” anges de resultatsiffror som gäller antalet MB, de besök de gjort på akutmottagningarna och de tal att jämföra med under ”alla besökare”. Därefter statistik om de 34 MB som har gjort flest akutbesök under året att jämföra med de 100 MB ur gruppen 19-64-åringar, under nästkommande rubrik. Journalgranskningen redovisas först för 34-gruppen MB och därefter från 100-gruppen MB.

De intervjuade patienters berättelser är så få, att jag valt att skriva ner dem en och en. De ekonomiska beräkningarna kommer företrädandes att göras i föreslagen fortsättning av arbetet. Några priser för kostnader i samband med MB akutbesök har angivits.

5.1 Studiebesök akutmottagningen Kalmar lasarett


Vilka patienter jobbar ni med enligt mångbesökarmodellen idag?


**Hur klarar ni tillgängligheten på teamen för specifikt omhändertagande över tid?**

Den halvtids sjukskötersketjänst som nyskapades under projekttdiden har permanentats och numera fördelar de arbetsuppgifterna på sex olika sjuksköterskor på akuten. Två av dessa sjuksköterskor fungerar som samordnare och står för uppföljning och utveckling av arbetsmodellen. Dr. Lexne, psykiater i grunden, är verksamhetschef för Auktikliniken och deltar aktivt dagligen i vårdplaneringen av MB. Han finns alltid tillgänglig per telefon, vardagar och har ersättare vid frånvaro.

**Hur bedömningen sker och vilka åtgärder de ofta vidtar eller planerar för MB?**

Ett ibland halvtimme långt samtal med sjuksköterskan inleder omhändertagandet av MB och innehåller frågor om tidigare vårderfarenheter, tidigare sjukdomar, vad som aktualiserade besöket idag och flera frågor om missbruk och livssituationen i sin helhet.


**Vem och hur följer de upp effekterna av åtgärderna om återbesök ofta sker på Vårdecentral?**


Den paramedicinska evalueringen berör patientens livssituation ur ett psykosocialt perspektiv. Faktorer i hemmiljön/vardagsmiljön belyses och analyseras om de är orsak till eller bidrar till ohälsan. Behoven av hjälpmedel och andra hjälpinsatser diskuteras också.

Psykiatriska patienter screenas enligt olika formulär. Prime-MD fanger de vanligaste psykiatriska diagnoserna så som; depression, somatisering, ångestSYMtom och alkohol. Deprimerade
patienter screenas dessutom med formuläret MADRS som mäter depressionens djup. Ett tredje användbart formulär är Hospital Anxiety and Depression scale (HAD) för att screena depression och ångest samt diskriminera mellan dessa. 123 av de tillfrågade 170 MB kunde följas upp och 67 stycken (54 %) hade kriterier motsvarande en psykiatrisk diagnos.


Hur skapades resursen till teamen då de startade och hur följs kostnadseffektiviteten nu?

Med hänvisning till Kalmar läns geriatriska (GEM) projekt för äldre, där MB över 75 år med 3 eller fler diagnoser och läkemedel, som dessutom gjort 3 akutbesök eller fler under det senast halvåret, sorterades i omhändertagande enligt tre spår; akutspåret, geriatriskt spåret och primärvårdspåret. Resultaten från det uppföljningsarbetet visade, att då den medicinska specialiteten kompletterades med geriatrisk, fick 10 av 18 patienter en bättre livskvalitet och ingen upplevde försämring. Slutsatsen blev att komplexa problem kräver andra angreppssätt i vården och att någon måste ha helhetsbilden av patientens totala situation enligt utvärderingsrapport (Ingvarsson m.fl. 2005).

Erfarenheterna från Kalmar visar att akutmottagningarnas insatser via MB-modellen hjälper patienterna till vård för flera problem än de rent akuta medicinska. Omvårdnadsbehov, genomgång av läkemedelsbehandling och stödåtgärder både fysiska och psykiska, tillfredsställs genom detta speciella omhändertagande via Intagningsavdelningen. Flera yrkesprofessioner är tillgängliga för att delta i bedömningen av MB:s totala livssituation, på vardagar. Teamet arbetar på så sätt tillsammans utifrån en bredare grund och vidtar åtgärder som många av MB är nöjda med. Genom att hjälpa patienterna till uppföljning via vårdcentral har de planerat
nästa kontakt med vården. Arbetssättet har visat sig lönsamt, då vårdkonsumtionen totalt har minskat i Kalmar län, för denna patientgrupp.

### 5.2 Befintlig statistik

Med befintlig statistik menar jag dels de statiska data som använts i förstudien med några komplement för fördjupningen. Denna statistik ger uppgift om vilka patienter (MB), antalet besök och vilken tid besöken ägt rum. Statistikken ger svar på frågor som nämns i sammanfattningen av kartläggningen.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal patienter som besökt LSV</th>
<th>Antal akutbesök LSV, JLC, psykiatri</th>
<th>Antal akutbesök inom LSV</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alla besökare i alla åldrar, till läkare (förstudien)</td>
<td>28 327 pat. i LSV</td>
<td>60 418 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>Alla besökare i alla åldrar, till alla yrkeskategorier.</td>
<td>25 648 pat. i LSV (Exkl. Barnakuten CLV och barnmott. LL dagtid)</td>
<td>61 159 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>MB i alla åldrar till läkare (förstudien)</td>
<td>1 581 pat. (1581/28 327=5, 6 %)</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>MB 19 år och äldre, till alla yrkeskategorier.</td>
<td>1 537 pat. 8 712 besök</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>ALLA och MB 19-64: åringar, till alla yrkeskategorier</td>
<td>Alla; 13 058 pat. MB; &gt;4 besök 563 pat. (556 pga. åldersvariation under året)</td>
<td>Alla 19 099 pat. 30438 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>ALLA och MB bland 19-64: åringar till läkare</td>
<td>Alla 12 885 MB; &gt;4 besök 543 pat</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>MB med &gt;10 besök bland 19-64: åringar, till läkare</td>
<td>33 pat</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>MB med &gt;10 besök bland 19-64: åringar, till alla yrkeskategorier</td>
<td>34 pat (1 pat. 6 läkarbesök och 6ssk.besök)</td>
<td>678 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>De MB, slumpade bland 19-64: åringar, till alla yrkeskategorier</td>
<td>100 pat.</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal pat. som åkt ambulans 4 ggr eller fler, alla åldrar.</td>
<td>179 pat.</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal pat. som åkt ambulans 4 ggr eller fler, 19-64:åringar</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tabell 6. Antalet patienter som akut gått till läkare under perioden 2008-09-01– 2009-08-31 (individer)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal patienter</th>
<th>LSV</th>
<th>JLC och Psykakuten</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alla</td>
<td>28 327</td>
<td>1 581</td>
<td>1 537</td>
</tr>
<tr>
<td>MB</td>
<td>1 581</td>
<td>1 537</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Alla 19-64 åringar</td>
<td>12 885</td>
<td>6 214</td>
<td>19 099</td>
</tr>
<tr>
<td>MB 19-64 åringar</td>
<td>543</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MB 19-64 åringar med &gt;10 besök</td>
<td>(1 pat. 6 läkarbesök och 6ssk.besök)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>De 48 pat. har åkt i 263 transporter till sjukhusen (genomsnitt 5,48 ggr vardera)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

För att få bilden över statistik om möjligt lite tydligare, följer en Tabell 6 som bara rör antalet patienter. Därefter Tabell 7, som bara rör besök. Ambulanstransporter endast redovisade i Tabell 5, ovan.
Det rör sig om många patienter totalt men ett mindre antal MB. Nedan följer en tabell som endast visar antalet akutbesök under samma period:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal akutbesök</th>
<th>LSV</th>
<th>JLC och Psykakuten</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Av Alla</td>
<td>44 471 besök</td>
<td>15 947 besök</td>
<td>60 418 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>Av MB</td>
<td>8 618 besök</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Av Alla 19-64-åringar</td>
<td>19 036 besök</td>
<td></td>
<td>30 438 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>Av MB 19-64-åringar</td>
<td>3 052 besök</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Av MB 19-64-åringar med &gt;10 besök</td>
<td>559 besök</td>
<td>119 besök</td>
<td>678 besök</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Samtliga uppgifter har inte hämtats från JLC och psykiatrin men LSV har ungefär lika många MB som JLC och psykiatrin tillsammans då vi tittar på alla patienter.

Totalt under perioden hade 28 327 patienter besökt akutmottagningarna på sjukhusen 44 471 gånger. Av dessa är 1 581 patienter MB enligt definitionen och tillsammans har de gjort 8 618 akutbesök inom LSV. 100 MB ur patientgruppen 19-64-åringar, analyserats för sig liksom den patientgrupp som besökt akutmottagningarna 10ggr eller fler, under året.

För gruppen ”alla patienter” tas 98 procent emot av läkare och bland de mest kända MB som kommit 10 ggr eller fler, till akutmottagningen, tas 95 procent emot av läkare (Frisk 2009).

Tabell 6 och 7 har jag endast tagit med patientantal och akutbesök till läkare eftersom skillnaden i antal till alla yrkeskategorier, inte är så stor. I gruppen MB som gjort 10 akutbesök eller fler, vardera under året, har endast en MB inte träffat läkare mer än sex gånger. Alla övriga MB träffade läkare10 ggr eller fler. Av de 559 besöken har vid 29 besök, andra yrkeskategorier ansvart för besöksanteckningarna, i samma grupp. Närmer bestämt har det varit sjuksköterska vid 26 tillfällen och ambulanssjukvårdare i 3. Skillnaden i hur ofta MB tas emot av läkare i förhållande till andra patienter på akutmottagningarna är dryga 3 procent.

En av förklaringarna till den 3 procentiga skillnaden, är att vissa kroniskt somatiskt sjuka MB, kan ha behandlingsinsatser ordinerade av läkare i förväg, så att de akut kan tas omhand av sjuksköterska direkt. Till exempel har en patient som sökt akut 12 gånger totalt under året, vid sex av dessa besök tagits omhand av sjuksköterska. En annan bidragande orsak kan vara att MB ibland ger upp väntan på läkare och avviker utan undersökning. Om MB gör detta i högre utsträckning än andra patienter har jag inte analyserat.

Något speciellt program för omhändertagande av MB finns inte på akutkliniken utan MB hanteras lika som andra patienter, dvs. bedöms och behandlas av jourhavande läkare (Hjertqvist 2010).

5.2.1 Besöksstatistik hos de 34 MB, vilka hade högst besöksfrekvens

Tabell 8. Tidpunkten på dygnet då de 34 MB:s besök i LSV, inom perioden ägde rum

<table>
<thead>
<tr>
<th>Klockslag</th>
<th>07.01 – 16.00</th>
<th>16.01 – 23.00</th>
<th>23.01 – 07.00</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal besök</td>
<td>(34 %) 189 besök</td>
<td>(45 %) 253 besök</td>
<td>(21 %) 117 besök</td>
<td>(100 %) 559 besök</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Av dessa 34 patienter har bara 3 patienter besökt både LL och CLV akut. Ingen patient har enbart besökt akuten på LL. Sammanlagt har 28 besök totalt ägt rum på LL, 528 besök på CLV och 3 av besöken har gjorts hemma av ambulanspersonal. Endast 5 procent av besöken av denna MB-grupp sker i västra länsdelen, LL. MB i den här gruppen utgör ett större problem på akutmottagningen CLV än vad de gör på LL.

För att ta reda på vart dessa MB tar vägen, hur besöken avslutas, har jag dels tittat på det senaste besöket för dessa 34 patienter och dessutom kontrollerat de 4 senaste besöken. Jag föredrog dock att presentera avslutning av gruppens samtliga besök, då jag ansåg att underlaget annars blev för litet att dra slutsatser av. Se tabellen nedan.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Frekvens</th>
<th>Andel i %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hem</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- bedömd av läkare 276 besök</td>
<td>317</td>
</tr>
<tr>
<td>- bedömd av annan yrkeskategori 29 besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- avviker utan bedömning av läkare 12 besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Inlagd för observation, slutet vård på Akutvårdsavdelning efter 101 besök</td>
<td>215</td>
</tr>
<tr>
<td>Vårdavdelning efter 84 besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intensivvårdsavdelning efter 14 besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Övriga enheter utanför LSV efter 16 besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Konsulter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- mellan specialiteter inom LSV 22 remisser</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>- till psykiatriker 3 remisser</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Den här tabellen visar vilka avslutningssätt jag sammanfogat till huvudrubrikena; hem, inlagd i slutet vård och antalet konsultremisser som skrivits i anslutning till akutbesöket.

De flesta MB går hem ca 60 procent, men vid hela 38 procent av besöken bedöms MB behöva observeras i mer än 24 timmar. Efter observation på akutvårdsavdelning (AVA) och efter konsultationer kan ytterligare inläggningsstillfälle tillkomma. Att sammantaget ca 40 procent av besöken leder till längre observationstillfälle, är realistiskt att använda som beräkningsgrund för dessa patienter.

5.2.2 Besöksstatistik för 100 slumpvis valda MB bland de totalt 563 MB i gruppen 19-64-åringar

Tabell 10. Tidpunkt på dygnet då de 100 MB:s 4 senaste besök ägde rum

<table>
<thead>
<tr>
<th>Besöks tidpunkt på dygnet</th>
<th>Dagtid 07.01 – 16.00</th>
<th>Kvällstid 16.01 – 23.00</th>
<th>Nattetid 23.01 - 07.00</th>
<th>Totalt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal besök</td>
<td>(60 %) 239 besök</td>
<td>(29 %) 115 besök</td>
<td>(11 %) 44 besök</td>
<td>(99,5 %) 398 besök</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De flesta besöken har skett på dagtid, mer än dubbelt så många som på kvällen. Besöken på kvällen är mer än dubbelt så många som på natten. I denna MB-grupp sker ca 60 procent dagtid jämfört med den förut nämnda gruppen ovan, som gjort ca 60 procent av besöken på kvälls- och nattetid. Bortfallet i Tabell 10 består av saknade anteckningar och då datorn svarar ”Ej uppgift”, 2 besök.

Av de 398 tidsangivna akutbesöken, har 144 gjorts på Ljungby lasarett (LL), 249 på Centrallasaretten i Växjö (CLV) och 5 har ägt rum i patientens bostad. Sex av dessa hundra patienter har (de fyra senaste besöken), uppsökt både LL och CLV:s akutmottagningar. Trettitva patienter har alla de senaste fyra besöken varit på akutmottagningen LL. Trettitåta procent av MB har besökt LL under något av de senaste fyra besöken och totalt har LL tagit emot trettisex procent av alla besöken. En tredjedel av akutverksamheten är normal andel i förhållande till invånaranantalet i upptagningsområdet för LL.

Hur avslutas akutbesök för den här gruppen om 100 MB?

Tabell 11. Då dessa 400 akutbesöken avslutats för de 100 MB, går patienten: Statistik nedan, har hämtats ur CC från perioden 2008-09-01 – 2009-08-31 (Frisk 2009)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frekvens</th>
<th>Andel i %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hem</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- bedömd av läkare 233 besök</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>- bedömd av annan yrkeskategori 7 besök</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>- avviker utan bedömning av läkare 8 besök</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Inlagd för observation, slutet vård på Akutvårdsavdelning efter 42 besök</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Vårdsedvlelning efter 66 besök</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intensivvårdsavdelning efter13 besök</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Övriga enheter utanför LSV efter 4 besök</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Konsulter</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- mellan specialiteter inom LSV 19 remisser</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>- till psykiatrer 0 remisser</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bortfall i statistiken</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ovan visar att 241 MB återvände hem, med eller utan undersökning. Bortfallet i antalet besök, i tabellen över hur besöken avslutats, är 5 där uppgift saknas och 3 som troligen felberäknats pga. omorganisation av Infektionsklinikens mottagning. De 7 besöken vilka bedöms som ”akut hembesök” är i praktiken utförda av ambulanspersonal. Vid dessa 7 tillfällen har MB fått hjälp i hemmet och har därefter lämnats kvar där. 19 patienter bedömdes av två eller fler specialistläkare, via konsultremiss och vid 125 tillfällen har patienterna observerats i ett dygn eller mera på sjukhusen dvs. efter ca 31 procent (125/395) av besöken. Vid minst 3 tillfällen har konsultation också lett till inläggning enligt reflektion av journalgranskning.

Sammanfattning av skillnaderna mellan de bågge MB-grupperna är att främst besöksfrekvensen hos den lilla gruppen är mycket högre, vilket föranledde redovisning separat. Den lilla gruppen består av flest kvinnor och den större av flest män. När besöken sker under dygnet skiljer också då gruppen som gör flest besök, oftare söker kvälls- och nattetid. Övervägande andel MB ur den mindre gruppen söker på CLV medan det i den större gruppen fördelas mer normalt mellan CLV och LL. Högre andel besök leder till inläggning i slutens vård, för MB-gruppen med högst besöksfrekvens per person. En likhet i omhändertagande, är att konsulter mellan specialister, skickas i lika stor utsträckning för bågge grupperna.

5.3 Journalgranskning

Journalgranskningen omfattar; tidpunkt, besöksorsak, diagnos och åtgärder under senaste fyra besöken, samt om patienterna blev föremål för inläggning. Registrering sker via en journalgranskningsmall. Om transporten till akutmottagningen skedde med ambulans eller ej och om/var uppföljning av åtgärder/behandling efter besöket planerats, noteras i möjligaste mån. Eventuella brister som lämnat otillfredsställda behov, skrivs i ”öppet svar” i granskningsmallen. Första mallen utgjordes av en modifierad GTT-mall, utformad i Business Intelligens (BI) som ett enkätformulär per patient. Mallen testades och kom att korrigeras efter 5 journalgranskningar. BI-formuläret visade sig svårt att sammanfatta då 4 besök per patient skulle registreras. Hjälp till summeringar av datorn fungerade inte tillfredsställande. Den slutliga mallen som testades och användes, skrevs för hand (Bilaga 2)

5.3.1 Granskning av de 34 patienters journaler, vilka hade högst besöksfrekvens

Besöksorsak uttrycks av patienten vid kontakt med sjukvården, tolkas och dikteras in av vårdpersonal, vanligtvis läkare. Besöksorsaken är det besvär eller det behov som föranleder akutbesöket. Efter granskning av dels det senaste besöket besöksorsaker enbart och senare de fyra senaste besöken, har jag nedan redovisat de fyra senaste. Anledning är att materialet då blev större, även om relationen i besöksorsakerna ser lika ut.

CC-klassificerade besöksorsaker betyder att jag angett den besöksorsak som står i journalen specifikt för just det granskade besöket efter rubriken ”besöksorsak”. Besöksorsaken utreds, verifieras eller utesluts med läkarens bedömning. Resultatet av bedömningen anges därefter under rubriken ”aktuellt status” för MB, för att därefter avsluta anteckningen med diagnossättning.

---

4 Global Trigger Tools (GTT), en strukturerad form för journalgranskning.
Tabell 12. Besöksorsaker, CC-klassificerade, de senaste fyra besök gjorda av de 34 MB

<table>
<thead>
<tr>
<th>Smärta</th>
<th>Frekvens</th>
<th>Andel i %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Från extremiteter, rygg och huvud 28 besök</td>
<td>61</td>
<td>45 %</td>
</tr>
<tr>
<td>- Från buk 23</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Från bröst 10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psykiatri/beroende</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Missbruk, Intoxikation 16 besök</td>
<td>25</td>
<td>18 %</td>
</tr>
<tr>
<td>- Självskadebeteende 9 besök</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andningsbesvär</td>
<td>22</td>
<td>16 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurologi/kramper</td>
<td>5</td>
<td>3-4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Nutritionsbesvär</td>
<td>5</td>
<td>3-4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Övrigt</td>
<td>18</td>
<td>13 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>136</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>

De 34 patienters fyra senaste besök under 12-månadersperioden innebär totalt att 136 besök är registrerade med besöksorsak. Besöksorsakerna återkommer i hög grad per patient.

De vanligaste besöksorsakerna är en rad smärttillstånd så som; huvudvärk, buksmärta, bröstsmärta och skikt/muskel/sår smärta 45 procent (61/136), därefter besök som orsakats av missbruk/intoxikation och/eller självska 18 procent (25/136) och vanligast besöksorsak därefter är andningsbesvär 16 procent (22/136). Av denna MB-gruppen har 16 av de 34 patienterna kommit in med besöksorsaken ”intoxikation” vid tillsammans 48 tillfällen, till akutmottagningen under granskingsperioden, då jag granskat alla deras besök. Ca hälften av patienterna har alltså stora missbruksproblem och har komplicerat sjukdomsförlopp.

De flesta patienterna har vid besöken, handlagts av läkare för bedömning. Efter läkarkonsult har tre patienten vid sex tillfällen fått hjälp med inhalationsbehandling, stödjande samtal och smärtsättande, av ambulanspersonal i hemmet och patienten har därefter kunnat lämnas kvar hemma. Dessa sex besök har inte varit med i journalgranskningen utan besöksorsak och avslutningssätt på besöken har hittats via utdatalista CC. Under resterade 130 besök har patienterna kommit in till/tagits med in till sjukhus för klinisk undersökning, där stödssystem för diagnossättning/behandling och övervakning också funnits tillgängligt.

Uppgiften om ambulanser använts vid transport till/emellan sjukhus har inte granskats strukturerat. Minst 25 ambulanstransporter har omämnts i journaltext i samband med de 34 patienternas 136 besök. Dessa 25 transporter, betyder att minst var femte akutbesök inleds i ambulans. Akutjournalen som förs av ambulanspersonal, är skannad in i CC och därmed inte sökbar. Av tidsskal har i denna kartläggning inte allt skannat material i CC gätts igenom. De 179 patienter som angetts i "befintlig statistik"-avsnittet, som de patienter som äkt 4 eller fler gånger till akuten under året, har inte hunnit sättas in relation till de MB-grupper som journalgranskats.

Under ett besök har Väktare tillkallats pga. att patienten varit hotfull och aggressiv på mottagningen.

Diagnoser är till skillnad från besöksorsaker satta av läkare efter besöket, då klinisk undersökning och samtal åtgärd med patienten. De flesta diagnoser har också tagits fram med hjälp av utredning,provtagning etc. Besöksorsakerna är återkommande till skillnad från diagnoserna som oftare är olika på samma patient enligt journalgranskningen. För beskrivning av typ av diagnoser hos MB-gruppen med 10 akutbesök eller fler; under perioden av större betydelse för omhändertagandet på akutmottagningen; från de fyra senaste besök, se Tabell 13 nästa sida.
Tabell 13. Diagnoser dokumenterade efter de senaste 4 akutbesöken av de 34 MB: Diagnoserna är bedömda/valda och dikterade av läkare och utskrivna i CC av läkarsekreterare

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvudvärk</th>
<th>Yrsel/synkope</th>
<th>Psykisk ohälsa</th>
<th>Missbruk/intox</th>
<th>Självskadebet.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal pat diagnos</td>
<td>Spä Spänningshuvudv. 1 M</td>
<td>Pseudoobstruktion 1 Synkope/kräkningar 2</td>
<td>Sömnproblem 3 Panikängest 6 Depression 4 Borderliner 1 Oro 6</td>
<td>Psykisk störning 2 Alcohol intox 6 Tabletten intox 4 Läkemedelsberoende 12 Beteendestörningar 3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ryggsmärta</th>
<th>Höftsmärta</th>
<th>Ben/ fot smärta</th>
<th>Arm/handsmärta</th>
<th>Smärta</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal pat diagnos</td>
<td>Ospec. värk och smärta 1, Lumbago 4</td>
<td>Osteonekros hö höft 1 Trauma höft 1</td>
<td>Ruptur Bakercysta 1 Trombos 1</td>
<td>Frätskada 1 Mjukdelsinfek. MCP-led 1 Algoneurodystrofi vä 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Buksmärta</th>
<th>Nutritionsbesvär</th>
<th>Andn.besvär</th>
<th>Urinvägsproblem</th>
<th>Feber/Infektion</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal pat diagnos</td>
<td>Gastrit 1, ulcus duodeni 1 Colon irritable 1 Blod i avförringen 1 Toxisk hepatis 1 Gallstenssd. 1</td>
<td>Fetma 4, Uttorkning 2, Levercirroser 1 Obstipation 2 Kronisk intestinal pseudoobstruktion 1</td>
<td>Sarkoides 1 KOL 4</td>
<td>Cystit 2, Urinretension 1 Urethraskada 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bröstsmärta</th>
<th>Endokrinologi</th>
<th>Neurologi</th>
<th>Funktionshinder/ utv störning</th>
<th>Allergisk reak.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal pat diagnos</td>
<td>Muskulär bröstsmärta 1, Hjärtsvikt 1</td>
<td>Diabetes 4</td>
<td>MS 2, Neurogen tarmrubb 1, Epilepsi 1 Kramper 1</td>
<td>ADHD 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>ÖNH besvär</th>
<th>Ögonbesvär</th>
<th>Socioekonomiskt bedömt behov</th>
<th>Bortfall/felreg.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal pat diagnos</td>
<td>Toncillit 1 Meniers sjd. 1 Vaxpropp 1 Sömnnapésyndr 1</td>
<td>Dubbelseende 1</td>
<td>Social hemtjänst 3, Ekonomismisk bistånd 3, Bostad 7, Sociala problem 1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Minst de här ovan nämnda 136 olika diagnoserna/vårdbehoven fanns registrerade i de 34 jornalerna. (Reserverar mig för att ha missat några) Siffran efter diagnosen har angett som det antal gånger diagnosen skrivits in för olika MB. Till exempel har sex olika MB fått diagnosen panikängest och fyra olika MB har, under något av de fyra senaste besöken, fått diagnosen kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) osv. De flesta MB har flera diagnoser vardera. Ingen MB har sökt och fått en och samma diagnos efter alla fyra besöken. De vanligaste diagnosregistreringarna efter besöken är; missbruk/intox 27, psykisk ohälsa 20, nutritionsproblem 10 och självskadebeteende 7. Sexton MB har diagnoser som orsakat smärta i magtarmkanalen/ nutritionsbesvär.

Typen av MB och deras komplexa situation kan också beskrivas i grupperna, enligt nedan. Jag har här tolkat in de huvuddiagnoser som angetts även på andra ställen i journalen, som inte bara är de diagnoser, angivna efter de fyra senaste besöken.
Tabell 14. Huvuddiagnoserna hos de 34 MB ovan, utifrån 7 grupper

<table>
<thead>
<tr>
<th>Frekvens MB/diagnosgrupp</th>
<th>Andel i %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Psykiskt sjuka</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykiskt sjuka/missbruk</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Missbrukare</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Missbrukare/Kroniskt somatiskt sjuka</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Kroniskt somatiskt sjuka</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Kroniskt somatiskt och psykiskt sjuka</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>&quot;Oturspatienter&quot;</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td>34 MB</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Enligt journalgranskningen har MB ofta sjuklighet till både kropp och själ samt dessutom socioekonomiska problem. Fjorton MB har efter akutbesök diagnossatts med ett socioekonomiskt bedömt behov, för vilka ingen hjälp finns att få på akuten.

MB i denna grupp om 34 patienter som gjort 10 besök eller fler under året, är 15 psykiskt sjuka som huvuddiagnos. Av dem 15 har 12 dessutom också missbruksproblematik eller kronisk somatisk sjukdom. Sammanlagt 17 har sitt missbruk som huvuddiagnos varav 9 också lider av annan kronisk sjukdom. Sammantaget lider 13 av kronisk somatisk sjukdom medan de 4 "Oturspatienterna" är de MB som just det här året råkat ut för olika åkommor, men som troligen inte drabbas på samma sätt nästa år.


Tabell 15. Rubriker där skillnader syns, mellan besöksorsaker och diagnoser i tabellen nedan

<table>
<thead>
<tr>
<th>Färre diagnoser: Besöksorsak</th>
<th>Diagnos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Buksmärtor</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Bröstsmärtor</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Andningsbesvär</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Arm och handsmärta</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fler diagnoser: Besöksorsak</th>
<th>Diagnos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nutritionsbesvär</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykisk ohälsa</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Missbruk/intox</td>
<td>16</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Missbruksproblematik, alkohol, läkemedel eller blandmissbruk (Intoxikation 22/136, se Tabell 13) är relaterat till fler besök i min egen bedömning då aggressivitet, kroppsskador och där komplikationer till missbruk är angivet som besöksorsak eller diagnos. Totalt finns i 25 av de 34 MB:s journaler ett vårdbehov som tyder på psykiatrisk/psykologisk ohälsa vid något av de fyra senaste besöken. Nästan tre av fyra MB anger ändå inte detta som besöksorsak. Många är kända av psykiatrin sedan förut, endast tre remisser till psykiatrin är skrivna i sam-
band med besöken ovan. Vid 12 tillfällen har patienter avvikit utan undersökning av läkare och därmed blivit utan diagnosregistrering och utan hjälpåtgärd. Vid flera tillfällen har besöksorsaken inte varit akut utan kunnat tas omhand av vårdecentral vid senare tillfälle t.ex. waxpropp, se Tabell 13.

Diagnoser som är en följd av/komplikation till andra vårdbehov eller annan brist i vårdprocessen finns inte tydligt angivet. En av patienterna med svår lungsjukdom är avliden.

Diagnoskoden för inläggning i slutet vård (R699) har använts efter besöken som arbetsdiagnos, dvs. den slutliga diagnossättningen sker först i anslutning till utskrivning av patienten.

För att beskriva allvarlighetsgraderen av de vårdbehov som direkt anges i journalen, anger jag den av sjukhusen rekommenderade vårdnivå för MB; Primärvård i 11 patientfall, 8 psykiatri och för 15 patienter har specialister inom LSV patientansvaret. Uppgifterna hämtade ur journalen för tidigare behandlande klinik eller direkthänvisning till annan lämplig behandlande läkare.

Den planerade uppföljningen efter det senaste besöket och som skrivits in i journalen, är till primärvård för 4 patienter, till psykiatri för 7 patienter och tillbaka till LSV för 11 patienter varav 2 också till specialistsjukskötterska inom LSV. En patient ska följas upp av psykolog och en både av LSV och psykiatrin liksom en patient både av psykiatrin och av dietist. För övriga 9 MB finns ingen planerad uppföljning, enligt anteckningar i CC (Länsjukvårdens anteckningar).

Vid journalgranskning framkommer även andra behov av vård, som inte kunnat fokuseras på akutmottagningen. För vissa behov, har åtgärder planerats eller påbörjats, medan andra lämpligen följs upp på andra ställen inom vården, än på akutmottagningen.

Under övrigt i journalgranskningsmallen har jag noterat några sådana exempel på behov av vård, som uttryckts av patienten och/eller läkare och som dokumenterats i journalerna.

**Psykisk ohälsa:** Sömnstörning, depression, samtalsterapi, socioterapi, ångest/oro, beteendet terapi

**Avgiftning:** Tobak, alkohol, läkemedelsmissbruks

**Fysiska åkommor:** Nutritionsbesvär, andnöd, yrsel och svinningskänsla, kronisk smärta, fetma

**Sociala problem:** Övervakare, God man, Vårdboende, Ensamhet, Bistånd så som pengar, mat, bostad,

**Information/Instruktioner:** Läkemedelshantering, Egenvård så som skötsel av katetrar och venös infarter, göra blodsockerkontroller, Uppföljning Fysisk aktivitet på recept (FAR) osv.

Vissa av dessa problem skulle vi kunna planera för och/eller åtgärdat, med en annan möjlighet till resurs och omhändertagande från akutkliniken. Andra av de ovan nämnda problemen avhjälps lämpligen planerat inom annan verksamhet, under lång tid och med flera uppföljningsåtgärder.

Sammanfattningsvis för den här gruppen av 34 MB kan konstateras att många är redan kända inom psykiatrin. Besöksorsakerna är återkommande, diagnoserna mer specifika och det akuta omhändertagandet är medicinskt/somatiskt snabbt verkställt. Personalsresurserna att tillfredsställa övriga vårdbehov är otillräckliga på akutmottagningen på varierande sätt och grund-
orsaken till patientens situation behandlas därför inte där. Akuta somatiska besöksorsaker utreds och frias eller åtgärdas alltid under besöken och MB observeras erforderlig tid, för att utesluta/behandla allvarliga kroppliga åkommor. De psykiska/psykiatriska lämnas därför och endast i enstaka fall, remitteras MB. Flera medicinska besöksorsaker avslutas efter bedömning, med psykiatrisk diagnos och /eller uttrycks i form av psykisk ohälsa men varken vårdåtgärder eller behandling planeras.

MB:s livssituation belyses inte i akutsjukvård och det finns inget beaktande av resurs/ kompetens för att fånga upp behov som kräver långsiktig planering och uppföljning. Här hänvisas till närsjukvården/psykiatrisk vård. De MB med flera diagnoser både fysiska, psykiska och sociala, får inte hjälp som de önskar, uttryckt utifrån besöksorsak, via akutmottagningen. Missbruksproblematik förekommer ofta och är orsaken till en rad andra vårdbehov som beskrivs som anledning till besök i journalerna. Sexton av de trettifyra MB har besökt akutmottagningarna på sjukhusen i samband med intoxikationer.

Akutkliniken i vårt län har idag ingen rutin för speciellt omhändertagande eller PM för vård av MB. (Hjertkvist C, mejl 2010-06-04). Ej heller primärvården har speciellt program för att omhänderta sina MB (Ewers, Henningsson mejlsvar 2010-05-19).

5.3.2 Granskning av 100 slumpade patienters journaler, bland de 563 MB i gruppen 19-64-åringar

Dessa journaler har gransknats på samma sätt som de ovan nämnda. 100 har slumpmässigt valts ut med hjälp av slumptablå i CC då inte tiden medger att alla 563 granskas. Dessa 100 utgör alltså totalt knappt 20 procent (17,76 %) av MB i gruppen 19-64-åringar.

Först en beskrivning av besöksorsaker för MB:s senaste akutbesök.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabell 16. Besöksorsaker, CC-klassificerade, de 100 M:s senaste besöket under perioden</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Smärta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>- Från extremiteter, rygg och huvud 20 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>- Från buk 33</td>
</tr>
<tr>
<td>- Från bröst 8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Psykiatri/beroende</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Missbruk, Intoxikation 8 besök</td>
</tr>
<tr>
<td>Självskadebeteende 1 besök</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Andningsbesvär</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Övrigt, inkl de 5 inläggningar (R966) efter besöken</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
</tr>
<tr>
<td>Frekvens</td>
</tr>
<tr>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

På samma sätt som för MB som gjort flest besök, utgör smärta den största andelen av besöksorsaker. Dessa 100 MB:s besöksorsaker under rubriken missbruk, är betydligt lägre när vi analyserar det senaste besöket.

Flest MB har det senaste besöket, sökt för buksmärtor 33 procent (33/100) som bedöms av kirurg. Näst flest har sökt för medicinska åkommor så som bröstsmärtor, ventrombos, andningsbesvär, neurologiskt bortfall m.m. Tjugofyra procent (24/100), följt av ortopediska åkommor arton procent (18/100) och därefter är den vanligaste besöksorsakens medvetslöshet/intoxikation åtta procent (8/100) som tas omhand av medicin- och intensivvårdsläkare akut.
Jag går vidare med en beskrivning av besöksorsakerna till dessa 100 patienters fyra senaste akutbesök, se nedan i Tabell 17 som också uttrycker besöksorsakerna mer specifikt. Syftet är dels att se om jag ytterligare kan understryka hur problematiken för MB ser ut, när de söker akut och dels för att se om relationen mellan omhändertagande per specialitet kan bekräftas genom att också titta på fler besök. Denna analys är inte gjord på den mindre MB-gruppen med flest besök, vilket är ett för litet material för kartläggning.

Tabell 17. Besöksorsaker, CC-klassifikationer, de fyra senaste besöken under 008-09-01 – 2009-08-31

<table>
<thead>
<tr>
<th>Antal besök/orsak</th>
<th>Andn.besvär</th>
<th>Yrsel/synkope/Huvudvärk</th>
<th>Bröstsmärta</th>
<th>Arytmii/AMI problem</th>
<th>Med spec. akut sjukdom</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>15</td>
<td>6 + 0 + 3 = 9</td>
<td>16</td>
<td>6 + 7 = 13</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Trombos</td>
<td>Diabetes/Njure-Dialys</td>
<td>Kramper</td>
<td>Neurologiskt bortfall</td>
<td>Hand / Handled</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9</td>
<td>4 + 1 = 5</td>
<td>5</td>
<td>10</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Arm / Axel</td>
<td>Fot / Fotted + U-ben/ Knä</td>
<td>Lärben/ Höft</td>
<td>Ryggsmärta</td>
<td>Övrigt trauma</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>6</td>
<td>7 + 7 = 14</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>7</td>
<td>84</td>
<td>40</td>
<td>0</td>
<td>23 + 4 = 27</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Feber/Infektion</td>
<td>Ögonbesvär/Synfenomen</td>
<td>ONH besvär</td>
<td>Medvetslöshet/intox</td>
<td>Bortfall + felreg.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4 + 9 =13</td>
<td>8 + 2 = 10</td>
<td>3</td>
<td>2 + 18 = 20</td>
<td>O3, K3 + 5 = 11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Många besöksorsaker har klassificerats i form av en ospecificerad besöksorsak. I dessa fall har besöksorsaker angetts av läkarna och är inte ett uttryck av MB själv. En tolkning av MB besvär skrivs helt enkelt ihop, som ospecificerade besvär tills en diagnos kan fastställas. Det är den typen av speciallist medicin/kirurg, som noterat besöksorsaken, som tagit omhand MB. Detta problem fanns inte i granskningen av MB som gjort 10 besök eller fler, varför kan jag inte förklara. Besöksorsaken "kirurgisk ospecificerad sjukdom" har angetts för 10 procent (40/400) av besöken och "medicinsk ospecificerad sjukdom" för ca 9 procent (35/400).

Av de 11 besök som noteras som bortfall i tabellen är 3 markerade Ortopedi övrigt, 3 Kirurgi övrigt och 5 bara övrigt eller innehåller ingen uppgift om besöksorsak alls. Innehållet i Tabell 17, presenterat för att jämföra övriga rubriker, med tidigare granskad MB-grupp

Tabell 18. Besöksorsaker, CC-klassificerade, de senaste fyra besöken gjorda av de 100 MB

<table>
<thead>
<tr>
<th>Smärta</th>
<th>Frekvens</th>
<th>Andel i %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Från extremteter, rygg och huvud 74 besök</td>
<td>218</td>
<td>54 %</td>
</tr>
<tr>
<td>- Från buk 115</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Från bröst 29</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psykiatri/beroende</td>
<td>20</td>
<td>5 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Missbruk, Intoxikation 20 besök</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Andningsbesvär</td>
<td>15</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurologi/kramper</td>
<td>15</td>
<td>4 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Övrigt; yrsel, ONH, ögon, infektion, bortfall mm</td>
<td>57</td>
<td>14 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Ospecificerat kirurgisk eller medicinskt problem</td>
<td>75</td>
<td>19 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Totalt</td>
<td>400</td>
<td>100 %</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Flest besöksorsaker har rubricerats som buksmärta, känd mag-/tarm sjukdom och urinvägsproblem vilka oftast tas omhand av kirurgen 28 procent (115/400). Medicinläkarna tar vanligen omhand patienter med problem från hjärta, lungor, njurar, endokrina och neurologiska symtom 29 procent (117/400). Tredje vanligast förekommande besöksorsak var skada/smärta från rygg, ben, armar osv. som är ortopeders kompetensområde 18 procent (71/400).

Enligt ovan kan fördelningen per specialitet, enligt CC klassifikation beräknas för omhändertagande:

- **Kirurgi** ca 39 procent (155 + 3/400)
- **Medicin** ca 30 procent (117/400), ca 34 procent inkl. intoxpatienterna (137/400)
- **Ortopedi** ca 18 procent inkl. övrigt trauma (71+3/400),
- **Infektion** ca 3 procent (13/400), **Ögon** ca 2,5 procent (10/400) och **Öron Nära Hals** ca <1 procent (3/400).


Alla 100 MB har återkommande besöksorsak, räknat på de fyra senaste besöken. Något enstaka av besöken kan vara planerat förlagda till akutmottagningarna av praktiska skäl, då vården vill observera sjukdomsförlopp t.ex. vid misstänkt infektion. De besöken har samma besöksorsak och diagnos med endast någon dags mellanrum. Felkällan i materialet är att, enligt min egen bedömning, 3 av besöken borde räknats som återbesök och inte som nya akutbesök, vilket datorn gör med nuvarande registrering.

För att beskriva dels besöken och dels patienten, kommer nedan en tabell över de diagnoser jag noterat under journalgranskningen och det antal MB med nämnda diagnos i samband med de 4 senaste besöken.
Tabell 19. Diagnoser hos de 100 MB, vid granskning de fyra senaste besöken Diagnoserna är bedömda/valda och dikterade av läkare och utskrivna i CC av läkarsekreterare.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Funktionshind/utv störning 6</th>
<th>Yrsel/synkope 2</th>
<th>Psykisk ohälsa 25</th>
<th>Missbruk/intox 30</th>
<th>Självskadebet. 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antal pat diagnos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADHD 4</td>
<td>Synkope 1</td>
<td>Suicidförsök 2</td>
<td>Alkohol intox 23</td>
<td>Svalt glasbitar 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Utvecklingsstörning .1</td>
<td>Cervikal yrsel 1</td>
<td>Ångest 5</td>
<td>Tabletto intox 7</td>
<td>Sticka i urethra 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Funktionshinder 1</td>
<td></td>
<td>Depression 6</td>
<td></td>
<td>Psyk beteende-störning 1</td>
</tr>
<tr>
<td>Utv störning 6</td>
<td></td>
<td>Borderliner 1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Psykisk ohälsa 25</td>
<td></td>
<td>Oro 9</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Missbruk/intox 30</td>
<td></td>
<td>Schizofreni 1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Självskadebet. 3</td>
<td></td>
<td>Åtstörning 1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| Generell Smärta 2             | Ryggsmärta 4    | Ben/fot 5         | Arm/hand 9       | Hud 5           |
| Antal pat diagnos             |                 |                   |                  |                 |
| Fibromyalgi 1                 | Lumbago 1       | Ruptur vadmuskel 1| Handskada 6      | Basalcellsancer 1|
| Myalgi 1                      | Skolios 1       | Fotskada 1        | Axelskada 1      | Malignt melanom 1|
|                               | Cervikal diskbr. 1| Postop Meniskskada |                  | Brännskada 1    |
|                               | Revbensfakturer 1| Patellarbursit 1  |                  |                  |
|                               |                  | Malleolfraktur 1  |                  |                  |

| Buksmärta/GI 26               | Gyn / Graviditet 5 | Luftvägar 4      | Urinvägar 5      | Feber/Infektion 11 |
| Antal pat diagnos             |                   |                   |                  |                  |
| Gastroenterit 1               | Hög risk graviditet 1 | KOL 1             | Njursvikt Dialys 1| Pleurit 2        |
| Gastrit 1                     | Normal graviditet 1| Lungcancer 1      | Prostatacancer 2 | Luftpångsinfekt. 2 |
| Perforerat ulcerus 1          | Patologisk graviditet 1| Lungtransplanterad 2| Bläsfunktionsrubbn. 1| Seppis 1        |
| Blod i avföringen 1           | Myom 1           |                   |                  | Mononukleos 1   |
| Navelbräck 1                  | Cyn cancer 1     |                   |                  | HIV 1           |
| Gallstenssj. 6                |                  |                   |                  | Hepatit 3       |
| Mb Crohn 3                    |                  |                   |                  |                 |
| Ulcerös colit 1               |                  |                   |                  |                 |
| GBP kompl 2                   |                  |                   |                  |                 |
| Perianal fistel 1             |                  |                   |                  |                 |
| Ileus 3                       |                  |                   |                  |                 |
| Tunntarmsprol. 1              |                  |                   |                  |                 |
| Oklar buksmärta 4             |                  |                   |                  |                 |

| Hjärt- och kärlsjukdomar 10   | Endokrinologi 18 | Neurologi 14      | Nutrition 7      | Allergi 6       |
| Antal pat diagnos             |                   |                   |                  |                 |
| Status post AMI 1             | Diabetes 10       | MS 1              | Obstipation 2    | Astma 4         |
| Hjärtsvikt 2                  | Addison/Graves sjd 1 | Epilepsi 4      | Adipositas 4    | AB-allergi 1    |
| Arytmia 5                     | Hypothyreos 4     | Kramp 1          | (Endokrin)       | Laktosintolerans 1 |
| Angina 1                      | Polydipsi 1 (Diabetes insipidus?) | Mb Parkinson 2 | Svaljningssvårigh. 1 |                 |
| Trombos uber 1                | Adrenogenitalt syndrom 1 | Intracerebral blödn 1 |                 |                 |
|                               | Tillväxtshorm.rubb 1| Status post Stroke 3| Neurologiskt bortfall 1 |                 |

| Sjukdomsfaktor/Reumatologi 3  | Ögonbesvär 4      | ÖNH besvär 7      | Socioekonomiskt | Bortfall / felreg. 8 (5 + 3 återbesök?) |
| Antal pat diagnos             |                   |                   | bedömt behov 3 |                  |
| Sjögrens synd. 1             | Irit 1           | Sömmunpesyndr. 3 | Ekonomi. bistånd 1 | Totalt 214 diag. (Är noterat flera diagnoser / pat. oftast) |
| Reumatoid artrit 1           | Glaskroppsavlossn. 1 | Otit 1          | Sociala problem 2 |                  |
| SLE 1                         | Iridocyktit 1    | Larynxumör 1    |                  |                  |
|                               | Blind 1          | Migrän 2        |                  |                  |

Diagnoser av större betydelse för omhändertagandet, har bedömts i journalgranskning och registrerats ovan. Lika bedömning har gjorts och analyserats som för den mindre MB-gruppen.
Det är min egen tolkning som placerat diagnosen under respektive rubrik. Siffran efter diagnosen är antal gånger diagnosen dokumenterats för olika MB.

Under de fyra senaste besöken har minst de ovan nämnda 214 olika diagnoser/vårdbehov registrerats i de 100 journalerna. (Reserverar mig för att ha missat några) Resterande 186 besök har registrerats med upprepad/samma diagnos som tidigare, på samma patient. Patienterna kommer tillbaka med samma vårdbehov/diagnos som tidigare, ca 2 ggr av 4. MB har fler än två diagnoser i genomsnitt per patient. De vanligaste diagnosregistrieringarna är efter besöken är; buksmärtor/urinvägar/nutritionsproblem 38, missbruk/intox 30, psykisk ohälsa/självskadebeteende 28, sammanlagt under de medicinska specialiteterna ca 55 osv. Efter 8 av de totalt 400 besöken, finns ingen diagnos angiven pga. att MB avvikit utan undersökning och därmed kunde inte doktorn fastställa någon diagnos.

Skillnaden mellan besöksorsaker och diagnoser för de här 100 MB, beskrivs nu också i tabellform. Se vilka diagnoser som blivit fler respektive färre utav, med utgångspunkt från besöksorsakerna.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Färre diagnoser: Besöksorsak</th>
<th>Färre diagnoser: Diagnos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Buksmärtor</td>
<td>118, inkl. urinvägsbesvär</td>
</tr>
<tr>
<td>Bröstsmärtor + hjärtsjukdom</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Andningsbesvär + infektion</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Hand- och handledsbesvär</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Smärtan Rygg och ben/fot/arm/axel</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fler diagnoser: Besöksorsak</th>
<th>Fler diagnoser: Diagnos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nutritionsbesvär</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Psykisk ohälsa</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Missbruk/intox</td>
<td>20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Skillnaderna är i stort lika mellan grupperna MB vid analys av relationen besöksorsaker och diagnoser. Mönstret är det samma, smärttillstånd och andningsbesvär omvandlas till psykisk ohälsa även i denna MB-grupp. Ortopediska besvär blir ofta till missbruksdiagnos eller annan kronisk somatisk sjukdom.

En beskrivning av diagnoserna via datalista BO ur CC per besök hos dessa 100 MB visar att 28 av MB har samma klassifikation av diagnos, vid alla fyra senaste besöken. Femton av dessa tjugo MB har en återkommande diagnos inom Kirurgisk specialitet, åtta inom medicin, tre inom ortopedi och två inom ögon. Trettifyra av de hundra patienterna har tre av fyra besöksdiagnoser tillhörande samma klassifikation. Sextitvå MB av de hundra har övervägande samma grundproblematik som de söker för om och om igen.

I den granskade mindre MB-gruppen hade alla 34 återkommande problem/diagnos.

Sammanfattningsvis även för den här MB-gruppen om 100 patienter, är att besöksorsaken sällan stämmer överens med doktorns bedömning och diagnosen. Somatiska besvär får diagnos i form av psykisk ohälsa. Vård och behandling för den psykiska ohälsan planeras inte. Två av tre MB i den här gruppen har återkommande problematik och har inte fått trygghet i kontakten med vården utan söker frekvent akut.

Skillnaden mellan grupperna via journalgranskningen är att besvären och graden av sjukdom inte är lika allvarlig i MB-gruppen om 100. Medan 34-MB gruppen är svårt sjuka med flera
diagnoser och vård och behandlingsplan finns, men lyckas inte följas av olika anledningar. Störst problem finns med patienterna med psykiatrisk diagnos och/eller i kombination med annan sjukdom. Då 34-MB gruppen söker akut, görs mer omfattande vårdinsatser som t.ex. inläggning i slutenvård och därmed längre tid uppföljning till höga kostnader. Dessa akutinsatser inleds dessutom ofta i ambulans till CLV.

5.4 Resultat av intervjuer


Intervju 3, 55 årig man (2010-06-10 per telefon).


Väntetiden kan ibland bli 5-6 timmar på akutmottagningen. Att få vänta är för mig inget bekymmer, som det är för andra. Jag vill absolut inte bli inlagd på ett rum med stängd dörr och jag vill inte vila. Hellre sitter jag i väntrummet och ser på TV.

Intervju 4, 44 årig man (Fått uppgiften av CLV akuten 17/6, ringt 21/6 och pratat med anhörig).
Patienten har åkt på midsommarfirande och flickan som svarar har inget mobiltelefonnummer till patienten. MB beräknas komma hem på söndagen den 27/6. Ringt igen under dagarna 5-7/7 men patienten har inte funnit det lämpligt att prata just då och vid senare kontakter inte varit hemma.

Sammanfattningsvis visar patientintervjuerna på en bra akut vård för somatiska åkommor, på akutmottagningarna. Den somatiska åkommorna som är aktuell inför besöket, diskuteras men sällan andra problem utöver det. Anamnes behöver oftast upprepas vid varje besök, personalen läser långt ifrån allt i journalen, är en av MB övertygad om. En av patienterna är också nöjd med det stöd och kontakt han haft med vårcentral medan en patient litar inte på kompetensen på vårcentralen, utan att ha erfarenhet av besök där. Intervjuerna ger ett blandat omdöme av patienterna, om bemötandet inom både akutvård och psykiatrisk vård och oro över att ett sämre bemötande beror på anmänt vårdskada.

Journalgranskning visar patientintervjuerna på en bra akut vård för somatiska åkommor, på akutmottagningarna. Den somatiska åkommorna som är aktuell inför besöket, diskuteras men sällan andra problem utöver det. Anamnes behöver oftast upprepas vid varje besök, personalen läser långt ifrån allt i journalen, är en av MB övertygad om. En av patienterna är också nöjd med det stöd och kontakt han haft med vårcentral medan en patient litar inte på kompetensen på vårcentralen, utan att ha erfarenhet av besök där. Intervjuerna ger ett blandat omdöme av patienterna, om bemötandet inom både akutvård och psykiatrisk vård och oro över att ett sämre bemötande beror på anmänt vårdskada.


5.5 Ekonomiska beräkningar
Denna rapport i form av kartläggning av MB inom länet, utgör utgångspunkt för ekonomiska beräkningar i det fortsatta arbetet med problemet. Ytterligare mätningar av graden av vårdkonsumtion för MB kommer att ge skillnader och möjlighet till ekonomisk beräkning av mer eller mindre effektiva vårdprocesser och omhändertagande av MB-grupperna.

5.6 Summarizing av resultaten (Svar på frågorna i syftet s.9)
MB utgör ett återkommande problem i akutsjukvården. Deras sjuklighet är ofta av allvarlig karaktär och kräver avancerade sjukvårdande insatser, till stora kostnader. De har i genomsnitt mer än en diagnos och de är ofta drabbade av både somatisk och psykisk ohälsa. På akutmottagningsarna bedöms och behandlas främst somatisk ohälsa.


Enligt definition MB utgör de mellan 19-29 år, den gruppen som gör flest akutbesök per person i genomsnitt, i vårt län. Yngre vuxna är också den grupp som har högst frekvens av psykisk ohälsa och söker oftare för beroende och allvarliga självskadesheter. De akuta vårdinsatserna kostar mycket pengar, ofta i form av slutn vård/intensivvård. Den grupp MB med 10 besök eller fler under perioden utgörs av flest kvinnor och de söker oftast kvällstid. De slumpvis valda 100 MB i gruppen 19-64-åringar, söker oftare dagtid och utgörs av flest män. Den granskade MB gruppen 19-64-åringar är den grupp som har möjlighet att söka vård var de vill, utan beroende av andra. Sökbeteendet visar sig ändå vara likt över tid hos MB inom länet, sett till deras fyra senaste besök. Endast enstaka individer har sökt på flera olika akutmottagningar, under året. MB får träffa läkare till ca 95 procent under akutbesöken.

I Kalmar har de tittat på alla MB på akutmottagningen. I deras sätt att möta MB:s behov, har de skilt på omhändertagandet för äldre, barn och övriga. Där tar akutsjuksköterska första samtalet med patienten enligt MB-modellen och fungerar som ”spindeln i nätet” då vid behov andra professioner träffar MB. Farmaceut samtalar med 80 procent av MB kring läkemedelsbestämningar bl.a., arbetsterapeut kring psykosociala faktorer som påverkar situationen och sjuksköterskan/psykiater tar sig an alla med inslag psykisk/psykiatrisk ohälsa. Åldreteamen i Kalmar län kompletteras oftast med geriatrik kompetens men tas i övrigt omhand på samma sätt. Fram t.o.m. 2009 har 1 600 MB behandlats enligt modellen i Kalmar. Modellen har visat att MB efter intervention har minskat vårdkonsumtionen betydligt.


MB i vårt län har likt dem i Kalmar län också behov av att träffa psykiater akut. Brister i nuvarande vårdkedja mellan somatik och psykiatri har här ett samband med MB sökbeteende. Gemensamma riktlinjer för det totala omhändertagandet av MB i länet saknas idag men hade skapat möjlighet att styra och följa upp vårdinsatserna till gagn för patienter och ekonomin.

Patienter beskriver stöd från sjuksköterska på vårdcentral i form av upptäckning av mediciner, hjälp att följa blodsockernivå och information och samtal som framgångsfaktor och trygghet. Det finns däremot ingen generell rutin för omhändertagande av MB i närsjukvården heller.

Inom närsjukvården, Göteborg har MB visat sig vara en grupp som drabbats oftare av sjukdom än andra. Kronobergs läns MB har i likhet med andra geografiska områden, flera diagnoser och det finns brister i åtgärder och uppföljning i vårdplanerna. I arbetsmodellen från Kalmar skickas meddelande om uppföljning i närsjukvården på samtliga MB. Möjligheten att möta MB samtliga vårdbehov och ge stöd för mer eller mindre kroniska sjukdomar är inte möjligt idag på akutmottagningarna. Syftet är idag att ta omhand akuta somatiska tillstånd och personalresursen och kompetenserna är dimensionerade efter det i vårt län.


**Hur ser problematiken ut på akutmottagningarna i länet?**

- MB söker för ett problem men får en annan diagnos.  
  Vet patienten om det? Förs en dialog med patienten om detta?
- Antalet missbrukare och MB med psykiatricka diagnoser är stort.  
  Hur tas de omhand inom psykiatrin? Hur göra det bättre? Tillgänglighetsproblem?
- MB utgör ca 1 600 patienter, vilka använder ca 8 600 läkarbesök på akuten LSV, årligen.  
  Är det accepterat att vissa patienter gör många akutbesök på kort tid för samma besvär?  
  Varför accepteras inte vårdplanen med överenskommen kontakt inom vården?
- Vart tar MB vägen? Varför hittar vi inte MB på akutmottagningen?
- Finns det informationsbrister om olika vårdnivåer hos medborgarna? Vad göra åt det i så fall?
  Finns oklarheter om lämplig vårdnivå hos a) Vårdpersonalen, b) hos MB?

Metoderna med studiebesök, statistik ur journalsystemet, journalgranskning och intervjuer med MB har speglat både MB som person, deras sökande inom länet och problematiken de söker för, på ett bra sätt. Bristerna i omhändertagandet speglande framtåget av återkommande medarbetare som tydligt får diagnosen psykisk ohälsa av olika grad. En av patientinterna har under intervju också tydligt uttryckt bristen i samverkan mellan psykiatri och somatisk vård. Det är det resultat som också lyftes fram och åtgärdsramen framgår av av BO, med tillgång av psykiatrisk kompetens på intagsavdelningen i Kalmar län.


Studiebesöket gav god inblick i arbetssättet med MB i Kalmar. Uppföljningar av de resultat de hittills fått fram tyder på både patientnödhet och möjligheten att använda pengarna inom vården på annat sätt. Genom att styra och informera/träna MB och ge dem trygghet i hur de kan hantera sin sjukdom/situation minskar vårdkonsumtionen. Trygghet i att få vård på, för patienten bästa ställ, både akut och planerat framöver ger stor vinst för bägge parter.

Journalgranskningen var nödvändigt komplement till de statistiska resultaten då akutmottagningsanteckningarna oavkortat går ut på att beskriva de akuta/somatiska besöksorsakerna och att komma fram till diagnos. Fastställs en somatisk diagnos lämnas de övriga bidragande orsakerna till patientens totala problematik åt sidan. Från akutmottagningsen tas inte regelmässigt kontakt med varken närsjukvården eller psykiatrin för patientens psykiska ohälsas skull.


Resultatet som visar att de yngre vuxna har högst besöksfrekvens och att de så ofta har allvarliga symptom på psykisk ohälsa, som så ofta kräver vårdinsatser till stora kostnader, var förvånande. Det hade varit mer troligt att det var de äldre som utgjorde den stora gruppen. Den granskade MB-grupp som gjort flest besök på ett år, utgjordes av flest kvinnor.

Folkhälsorapporten, ”Hälsa på lika villkor” visar att var fjärde ung kvinna, 18-29 år, inte anser sig ha psykiskt välbefinnande och att var femte kvinna i samma åldersgrupp någon gång har funderat på att ta sitt liv (Edvardsson 2009). Det är kanske viktigt att gå vidare och analysera deras problematik och hela livssituationen ytterligare, för att anpassa åtgärder och vårdinsatser till just den gruppen?

För att visa ännu tydligare på det som behöver utvecklas inom akutsjukvården, hade journalgranskning av patienternas alla besök kunnat göras och fler intervjuer genomförts. Mycket synpunkter från patienterna kommer fram och även deras attityder/förutfattade meningar, som visar på behov av information om hur vården fungerar och var man kan få hjälp med vilken åkomma, bäst/lättast någonstans. Det är våra pengar som ska användas på bästa sätt.


Sammanfattningsvis anser jag resultatet från framtagna data, visar på brister i vården för de multisjukas behov främst i form av stöd och behandling för psykisk ohälsa. Bland de MB som gör 10 akutbesök eller fler på ett år, har ca hälften behov av psykiatrisk kompetens och enligt min mening är de beroende av en långvarig kontakt med kontinuitet i relationerna i vården.
7. FÖRSLAG TILL FORTSATT ARBETE

Utse en arbetsgrupp, inkl projektledare.

Arbeta med vårdprocessutveckling för MB enligt resultaten av den här kartläggningen:
- Förbättringar i linje med de nya frågeställningarna, se nederst sidan 39. Tydligt beskriva nuvarande vårdprocesser inom psykiatrin och förbättringsmöjligheter i dem. Samverkan mellan Akutcentrum, Psykiatr centrum, Primärvårds- och Rehab centrum och kommunala sjukvårdsinsatser är viktigt för att uppnå effektiviseringar och samsyn på omhändertagande av MB med psykiska problem.
- En gemensam plan för omhändertagande av t.ex. missbrukare bör tas fram i länet. Sprida kunskap och fokusera på MB situation, styra och informera vårdpersonal och övriga medborgare inom länet om hur, var och när sykiatripatienter/missbrukspatienter tas omhand i länet.

Planera och genomföra försöksverksamhet (intervention):

Utvärderingsarbete:
- Ett sätt att se kostnadseffekter blir då att mäta skillnaden i kostnad motsvarande samma DRG prislapp som i förstudien. Vårdkonsumtion bör mätas och beskrivas gentemot en kontrollgrupp. Om vi når en minskad vårdkonsumtion för MB kan kostnader för aktiva vårdåtgärder och behandling beskrivas.

Slutrapport mars 2012.
REFERENSER


Bäck, M. Dagens medicin, nr 14/07. *Mångbesökare får hjälp av grundlig utredning*.


Ewers, Henningsson mejlsvar>2010-05-19


Hjertqvist, C. mejlsvar 2010-06-15


# Handlingsplan 2008 – 2011 PROCESS – akut processen

## Arbetsområde: Mångbesökare Kronobergs län

<table>
<thead>
<tr>
<th>Utvecklingsområde/önskat läge</th>
<th>Mål (effektmål/aktivitetsmål)</th>
<th>Åtgärder (Var och hur)</th>
<th>Prioritet (1-3)</th>
<th>Ansvarig (vem)</th>
<th>Start (När, datum för delmål slutmål)</th>
<th>Klart (När, datum för delmål slutmål)</th>
<th>Uppföljning (datum)</th>
<th>Status (påbörjad, klar, ej påbörjad)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>MB erbjuds ett särskilt omhändertagande som ska leda till:</strong>&lt;br&gt;&lt;br&gt;Att MB får ett annat sökbeteende till akutkliniken. → STEG 2</td>
<td>Holistisk bedömning av MB för identifikation av bakomliggande problem. Göra direkta åtg. eller vårdplan för MB. Vidarebefordra utlåtande om lämplig uppföljning till aktuell vårdgivare/medicinska enhet.</td>
<td>Team/nätverk med bred kompetens skapas på intagningavd. motsvarade patient- behoven inom LSV. (sks, psyk, paramed, farmaceut, geriatriker?) Inom befintliga ekonomiska ramar så längt möjligt.</td>
<td>2</td>
<td>Landstings-&lt;br&gt;ledningen/ Verksamhets-&lt;br&gt;chefer inom berörda specialiteter.</td>
<td>2010 apr</td>
<td>2011 jan</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kostnadseffektivare vårdprocess.</strong> → STEG 3</td>
<td>Färre besök/inl. per patient i akutvård och i Prim.vård. Bredare bedömningsgrund inför åtgärder/uppföljning av patienten. Styra och snabba upp omhändertagandet till rätt medicinsk enhet/vårdgivare</td>
<td>Göra mätningar likt steg 1 och beräkna ev. skillnader och ev. göra nya justering efter behov.</td>
<td>3</td>
<td>Verks.chef Akutklin.</td>
<td>2011 juni</td>
<td>2011 dec</td>
<td>Mars 2012</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Identifiers**
- MB (mångbesökare)
- LSV (läsare/sjukhus)
- SK (sjuksköterska)
- PS (psykolog)
- PM (paramediker)
- FM (farmaceut)
- GE (geriatrik)
- SR (sjuksköterskor)
- VC (verksamhetschef)

**Notes**
- **Måls** (effektmål/aktivitetsmål)
- **Åtgärder** (Var och hur)
- **Prioritet** (1-3)
- **Ansvarig** (vem)
- **Start** (När, datum för delmål slutmål)
- **Klart** (När, datum för delmål slutmål)
- **Uppföljning** (datum)
- **Status** (påbörjad, klar, ej påbörjad)
## JOURNALGRANSKNINGSMALL

"Mångbesökarprojektet" LSV 2009-2010

Patient ID nr:_______________________  CC datum:_________

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tid</th>
<th>Besöksdag</th>
<th>Besöksorsak</th>
<th>Ambulans till sjukhuset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>4</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnoser (egen text)</th>
<th>Övriga nämnda och vårdbehov</th>
<th>Kompetenser som motsvarar behoven</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Planerad uppföljning

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________
Inledning: Hej. Presentation….
Jag är mycket intresserad av vad du har för erfarenheter att berätta från dina besök på akutmottagningarna.
Vi arbetar för att fånga upp så många idéer som möjligt och kommer att förbättra mottagandet så mycket vi kan efter det. Kul att jag fick möjligheten att kontakta dig.

Frågor: Kan du berätta om hur det senaste besöket var? Var det ett vanligt besökt?
Besöksorsak? Diagnos? Vad upplevde du bäst/bra! Fick du den hjälp du förväntade dig?

Är det samma saker du sökt för vid andra tillfällen?
Var har du sökt? Vad avgjorde ditt val av mottagning för ditt akutbesök?

Har du sökt/erfarenhet från besök på fler akutmottagningar/Vårdcentraler?
Har du sökt akut vid fler tillfällen? Berätta om de besöken?

Du sökte på dag/kv./natten den gången, beskriv betydelsen av det?
Tidpunkt du föredrar på dygnet? Varför?
Hur upplever du väntan på akuten?
Vet du vart du ska söka om vid försämring?

Om du tänker fritt…. Vad skulle du behöva/vilja ändra på under besöken?
(Notera ovanstående fråga under: Brister!)
Hur ville du ha det istället? Har du andra önskemål som rör akutbesöken?

Hur brukar du göra när du får hälsoproblem? Använder du andra källor för upplysning/förfrågningar?
När du behöver uppsöka sjukvården, hur tänker du när du väljer mottagning?

Förslag från dig på förbättringar på akutmottagningarna: (Summera)
Fick vi belyst det du ville berätta eller är det något ytterligare du vill ta upp?

Önskar du ta del av slutrapporten/resultaten?
Tack för din medverkan! /AR
Mångbesökare (MB) på akutmottagning, Kronobergs län

Jag håller på att kartlägga MB i länet, på uppdrag av flera Verksamhetschefer inom nuvarande Länssjukvården i Kronobergs län (LSV).

Projektet är också förankrat hos Martin Myrskog och Börje Lindqvist.


En förstudie inom LSV visar att ca 5 % av akutpatienterna till läkare, kommer på ca 20 % av det totala antalet besök, på akutmottagningarna hos oss. Det innebär att vi omhändertar mer än 4 MB per dygn.

Målsättningen med att kartlägga MB är att få underlag för en analys och att kunna ge förslag till lämpliga åtgärder hos oss inom LSV.

En metod att få en bild av MB’s situation, förutom statistik, journalgranskning och studiebesök, är att intervjuar några patienter på frivillig grund. Jag vill därför be dig som kontaktperson, om hjälp för ändamålet. De MB (som uppfyller kriterierna 1 och 2 nedan) som kommer till akuten under dina arbetspass från 100503 till 100524 kl 07:00 avidentifieras och registreras i bifogad blankett.

Kriterier:
1. Söker 4:e gången eller mer under den senaste 12-månaders perioden.
2. Tillhör åldersgruppen: 19-64 åringar. (Efter 19-årsdagen och före 65-årsdagen)
3. Vara svensktalande.
4. Vara medicinskt bedömd stabil, att klara av en intervju. (Av dig som kontaktperson)


Tusen Tack för hjälpen!
Anneli Roubert,
Verksamhetsutvecklare/Projektansvarig
Registrering av mångbesökare under perioden
5 maj - 24 maj kl. 07.00, CLV

Kontaktperson: __________________________________________

<table>
<thead>
<tr>
<th>Datum</th>
<th>Tid</th>
<th>Ålder</th>
<th>Kön</th>
<th>Svensktalande Ja/nej</th>
<th>Bedömd Stabil Ja/nej</th>
<th>Vill bli intervjuad Ja/nej</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tack!
Hälsningar: Anneli Roubert
Tel. 5423
Informationsbrev till patienter

**Till Dig som besökt akutmottagningen fler än tre gånger under senaste året!**

Hej!

Just nu håller vi på att undersöka hur vi på ett bättre sätt ska kunna möta dig, som besökt akutmottagning flera gånger, under det senaste året.

Därför undrar vi om du vill ställa upp på ett samtal, där du får möjligheter att diskutera och berätta om dina vårderfarenheter.

Vi tror att du har värdefulla upplevelser av olika möten i vården som kan hjälpa oss att bli bättre.

Naturligtvis är det helt frivilligt att medverka i detta samtal. Dina synpunkter kan bidra till en förbättring av vården, både för dig och för andra. Samtalet tar 30-60 min.

Om du är intresserad av att delta, så fyller du i ditt namn och telefonnummer nedan så ringer jag dig inom 2 veckor och berättar mer.

Utvecklingsarbetet har stöd i Landstingsledningen.

**Med vänlig hälsning:**
Anneli Roubert,
Verksamhetsutvecklare/projektledare
Landstinget Kronoberg
Tel 0372-585423

---klipp!---klipp!-

Jag är intresserad av projektet och vill gärna veta mer

Namn:______________________________________________________________________

Telefonnummer:______________________________________________________________

Denna avdelade talongen hämtas av A. Roubert på akutmottagningen.