

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sex kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagarbaserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordningsgrupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Den nya verksamhetsperioden 2011-2015 har en delvis ny inriktning med ett ökat fokus på flervetenskaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Personcentrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som bedrivs kommer fortfarande att genomföras i nära samarbete med ingående parterna, men kommer inte att vara avgränsad när det gäller projektens design.

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Nr 3 2014

Utvärdering av ett förändrat arbetssätt för omhändertagande av personer som upprepade gångar söker vård via akutmottagningen

*Lena Persson Högskolan Kristianstad
Liselotte Jakobsson, Högskolan Kristianstad
Ingrid Ekman, Centralsjukhuset Kristianstad*



Forskningsplattformen för **Hälsa i Samverkan**

Nr 3 2014

**Utvärdering av ett förändrat arbetssätt för
omhändertagande av personer som upprepade
gångar söker vård via akutmottagningen.**

Rapport av en pilotstudie.

Lena Persson Högskolan Kristianstad

Liselotte Jakobsson, Högskolan Kristianstad

Ingrid Ekman, Centralsjukhuset Kristianstad

Kristianstad University Press

Grafisk form omslag: Thomas Ottosson, Högskolan Kristianstad

Tryckort: Kristianstad 2014

ISSN: 1652-9979

© Respektive författare

Innehåll

Inledning.....	3
Bakgrund	6
Syfte.....	7
Design	7
Mångbesökarmodellen	7
Strategier för implementering av "ett förändrat arbetssätt"	8
Urval och Metod.....	9
Datainsamling och analys	10
Resultat.....	10
Analys av personal intervjuer	12
Teamet	12
Arbetssätt.....	13
Organisation	14
Syn på framtiden	15
Kostnader	15
Diskussion.....	17
Implikationer för vården.....	19
Referenser	20

Inledning

I april 2010 gav sjukhuschefen vid Centralsjukhuset Kristianstad (CSK) Ulf Kvist ett uppdrag till Eva Rosenqvist att genomföra en kartläggning av de personer som upprepade gånger besökte sjukhusets akutmottagning med syfte att hitta gemensamma faktorer som skulle leda till ett förbättrat omhändertagande. Målet med uppdraget var att utforma en modell för omhändertagande av de personer som upprepade gånger besökte akutmottagningen som dels förbättrade deras vård och dels minskade belastningen på akutmottagningen. Uppdraget innebar att utveckla en handlingsplan för omhändertagandet av patientgruppen och att även utveckla ett användarvänligt vårdadministrativt stödsystem som identifierade dessa patienter. Uppdraget var även att utveckla ett tvärprofessionellt team som kunde bedöma patienterna multidisciplinärt.

Projektledare var inledningsvis Eva Rosenqvist som genomförde en litteraturstudie samt en kartläggning av den grupp patienter som upprepade gånger sökte vård via akutmottagningen år 2009. Under hösten 2010 överlämnades uppdraget som projektledare till Ingrid Ekman som i sin tur genomförde en kartläggning av samma patientgrupp för år 2010. I litteraturen benämns denna grupp patienter för mångbesökare och definitionen varierar mellan 3 – 6 besök inom en 12 månaders period. Den vanligaste definitionen var 4 besök eller fler under ett år, vilken också valdes i detta projekt.

Vid projektstart tillsattes en styrgrupp som bestod av Viveka Dettmark, hälso- och sjukvårdstrateg, Ola Norrhamn, verksamhetschefer för akutcentrum, överläkarna vid medicin-, kirurg-, anesthesi-, och infektionskliniken. Projektledaren Ingrid Ekman deltog vid mötena som adjungerad. Preliminärt utsågs även kontaktpersoner på fyra kliniker. I ett senare skede tillkom ytterligare medlemmar i styrgruppen, Christer Luthman, chef apotekare, Marie Eriksson medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Kristianstads

kommun, Maria Eriksson-Ahlstad närsjukvårdschef som representant för primärvården i nordöstra Skåne samt Lena Persson som representant från Forskningsplattformen Hälsa i Samverkan vid Högskolan Kristianstad (HKR). Styrgruppens ansvar var att leda arbetet och att fatta alla formella beslut som krävdes för att kunna genomföra uppdraget.

Inledningsvis genomfördes en kartläggning som syftade till att hitta gemensamma faktorer för den grupp patienter som upprepade gånger söker vård via akutmottagningen och som kunde leda till att förbättra omhändertagandet och därmed minska deras sjukvårdskonsumtion. Målet med projektet var att utforma en modell för omhändertagande på akutmottagningen som dels förbättrade deras vård och dels minskade belastningen på akutmottagningen. Uppdraget bestod av att ta fram en handlingsplan för omhändertagandet och att ta fram ett användarvänligt vårdadministrativt stödsystem som kunde identifiera dessa patienter.

I november 2011 startade nästa fas i projektet genom att den framtagna modellen för omhändertagande av den grupp patienter som upprepade gånger söker vård via akutmottagningen skulle implementeras. Syfte med det nya omhändertagandet var att minska lidande för denna patientgrupp, förbättra samarbetet mellan sjukhus, primärvård och kommunal- vård och omsorg samt minska belastningen på akutmottagningen. En pilotstudie genomfördes våren 2012 vilken redovisas i denna rapport. I detta skede bildades en arbetsgrupp med deltagare från alla involverade enheter och vårdgivare. Gruppen bestod av projektledare Ingrid Ekman, vårdutvecklare Forsknings- och vårdutvecklingsfunktionen, Viveca Dettmark, hälso- och sjukvårdsstrateg, Lena Persson universitetslektor, vicerektor, Högskolan Kristianstad, Helene Nylander sjuksköterska akutmottagningen CSK, Caroline Nilson verksamhetschef, Vårdcentralen Östermalm, Karin Hansen vårdplanerare Kristianstad kommun, Ann-Charlotte Nord biståndshandläggare Kristianstad kommun.

Modellen innebar att ett tvärprofessionellt team bildades på CSK bestående av sjuksköterska, ansvarig läkare, kurator, sjukgymnast, apotekare, arbetsterapeut. Sjuksköterskans roll i teamet var att ha en samordnandefunktion, i projektet kallad MB-lots. Funktionen var nyinrättad och innebar en tjänstgöringsgrad på 50 -100 %, beroende på finansieringsgrad.

Lena Persson

Kristianstad juni 2014

Bakgrund

Personer som upprepade gånger söker vård via sjukhusens akutmottagningar tar en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser i anspråk och upplever i högre grad missnöje med vården än andra patientgrupper. Detta skapar frustration för personalen inom hälso- och sjukvården och innebär ett lidande för den enskilde personen. Dessa personer är ofta multisyka med stor dödlighet oavsett orsak till akutbesöket (Olsson 2006, Lefvert 2009, Sandoval et al. 2010). För att utveckla ett effektivt och säkert omhändertagande där vård ges på rätt nivå och för att undvika upprepade besök på akutmottagning behövs en god kommunikation och nära samarbete mellan sjukhusens specialistvård, primärvården, kommunal vård och omsorg och informell vård (Olsson 2006, Johansson & Lesaque 2009). Forskningsresultat saknas för evidens om hur dessa personer ska tas om hand på ett optimalt sätt. Studier visar dock på behov av kontinuitet och samverkan mellan vårdgivare för att undvika brister i kvaliteten och höga sammanlagda kostnader för vården (Sandoval et al. 2010; Johansson & Lesaque, 2009; Lefvert, 2009; Olsson, 2006)

En kartläggning av vårdsökandet vid akutmottagningen på Centralsjukhuset Kristianstad, CSK, visade att under år 2009 sökte 18 875 patienter i åldrarna 20 år och äldre vård och träffade en läkare. Av dessa hade 906 patienter (4,8 %) sökt och fått vård fyra eller fler gånger under en 12 månaders period. Gruppen stod för 4 742 besök, vilket motsvarar 16,8 % av akutmottagningens totala besöksantal (Ekman 2011). Resultat stämmer väl överens med andra svenska studier som visar att ca 5% av patienterna står för 20% av besöken (Olsson 2006, Roubert 2010). Störst antal besök fanns på medicinkliniken 2 387, följt av kirurgkliniken 1 233, ortopedkliniken 669, kvinnokliniken 293, öronkliniken 83, infektionskliniken 65 och ögon kliniken 12 besök (Ekman 2011).

Att implementera och utvärdera interventioner i vård- och omsorg är nödvändigt för att omsätta kunskapen från den deskriptiva forskningen. På uppdrag av sjukhuschefen har en ny modell för omhändertagande av den grupp patienter som upprepade gånger

söker hjälp via akutmottagningen utarbetats i syfte att förbättra omhändertagandet för patienterna och för att förbättra samarbetet mellan sjukhus, primärvård och kommunal vård och omsorg samt minska belastningen på akutmottagningen.

Syfte

Syftet med pilotstudien var att pröva en ny arbetsmodell för omhändertagande av personer som upprepade gånger söker hjälp på akutmottagningen. Syftet var vidare att beskriva förändringar i vårdsökandet för de patienter som deltagit i pilotstudien samt att beskriva personalens upplevelse av att arbeta enligt den nya modellen.

Design

Mångbesökarmodellen

Modellen syftar till att identifiera och följa de patienter som sökt och erhållit vård på akutmottagningen fyra gånger eller fler under de senaste 12 månaderna. Modellen innebar att ett flerprofessionellt team fördjupade sig i patientens nuvarande besvär och tidigare sjukdomshistoria. För detta arbete utsågs en sjuksköterska med specialistkunskaper från akutvård, i detta projekt kallad mångbesökarlots (MB-lots). Patienterna följdes från omhändertagandet på akutmottagningen till och med återrapportering av föreslagna åtgärder. Under vårdtiden eller efter hemgång gjordes en fördjupad flerprofessionell bedömning av patients besvär. Det flerprofessionella teamet bestod av läkare, MB-lots, arbetsterapeut, kuratorer och apotekare. Teamet träffades och diskuterade varje enskilt fall och gjorde därefter en samlad bedömning vilken avslutades med en åtgärdsplan, vilken sedan sjuksköterskan diskuterade och förankrade med läkaren. Åtgärdsplanen diskuteras med patienten innan den skickades till

berörd vårdgivare. Dessa vårdgivare ombads att skicka ett svar på hur föreslagna åtgärder hade hanterats inom 14 dagar.

Strategier för implementering av ”ett förändrat arbetssätt”

Styrgrupp

Implementering av den utarbetade modellen leddes av en flerprofessionell styrgrupp, med representanter från samtliga inblandade vårdgivare, i vilken alla formella beslut fattas. Genom denna delaktighet skapades engagemang och inflytande redan i planeringen av projektet och under implementeringsprocessen. Delaktigheten underlättade även vid spridning av information. Grundliga diskussioner och information om implementeringen, utseende av personer med ansvar och diskussioner om vem som gör vad och inom vilken tidsram samt om vikten av förändring har föregått implementeringen. I gruppen ingick totalt nio personer vilka var; Hälso- och sjukvårdsstrateg vid sjukhusledningen (ordförande), vårdutvecklare från forskning och vårdutveckling vid centralsjukhuset (projektledare), verksamhetscheferna för akutcentrum, medicinkliniken och kirurgkliniken, närsjukvårdschefen för primärvården, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunen, chefapotekare, samt en representant från forskningsplattformen vid Högskolan Kristianstad (FPL).

Arbetsgrupp

Till sin hjälp hade styrgruppen en arbetsgrupp bestående av åtta personer med ansvar för implementering av modellen ”ett förändrat arbetssätt”. Arbetsgruppen arbetade på uppdrag av styrgruppen och återrapporterade regelbundet till denna. I arbetsgruppen ingick tre personer från styrgruppen (hälso- och sjukvårdsstrategen vid centralsjukhuset, vårdutvecklare (projektledare) och en forskare. Därutöver ingick i arbetsgruppen MB-lotsen, verksamhetschefen från

en vårdcentral, en vårdplanerare och en biståndshandläggare från kommunen och ytterligare en forskare från Högskolan Kristianstad.

Projektledare

En projektledare utsågs av sjukhuschefen med uppdrag att leda arbetet med att implementera mångbesökarmodellen på akutmottagningen på Centralsjukhuset Kristianstad. Projektledaren hade en sammanhållande funktion med ansvar att förbereda ärenden och att verkställa beslut som fattades i styrgruppen

Urval och Metod

Inklusionskriterier för att delta i pilotstudien var patienter från Kristianstad kommun över 18 år som sökt hjälp via akutmottagningen för fjärde gången eller mer under 2012 och fått träffa en läkare. Exklusionskriterier var patienter som enbart träffade triagesjuksköterskan och patienter med självskadebeteende. MB-lotsen identifierade de patienter som uppfyllde inklusionskriterierna. MB-lotsen tog kontakt med patienten och informerade om projektet samt inhämtade skriftligt samtycke till att delta. Om patienten lagts in på sjukhuset tog MB-lotsen kontakt med patienten direkt på sjukhuset i annat fall togs kontakt via brev. Patienterna som befann sig i hemmet kontaktas via telefon och en strukturerad intervju genomfördes.

De patienter som tackade ja till att delta ombads att fylla i ett självskattningsformulär för psykiatrisk egenbedömning. Det formulär som användes var Prime MD (Primary care evaluation of mental disorders) (Spitzer et al. 1994, Svanborg & Åsberg 1995). Formuläret kompletterades med ett studiespecifikt formulär med fyra frågor om trygghet och våldsutsatthet. Frågorna var framtagna av en grupp kuratorer från sjukhuset. Självskattning genomfördes som ett komplement till kontaktorsaken för att ge ett utökad underlag för bedömning av patientens självupplevda problem. Den samlade dokumentationen diskuterades i teamet och en gemensam

bedömning gjordes. MB lotsen diskuterade därefter denna bedömning med patientens läkare. Ett förslag till åtgärder upprättades och diskuteras med patienten innan det skickades till aktuell vårdgivare inom kommun, primärvård och/eller sjukhusklinik. Aktuella vårdgivare ombads att ge en skriftlig återkoppling på förslagen inom två veckor.

Datainsamling och analys

För att kartlägga förändringar av sökmönstret på akutmottagningen för de patienter som inkluderas i pilotstudien gjordes uppföljningar med hjälp av sjukhusets egna datasystem, PASIS, Melior och Qlick View. Patienter som tackade ja till att delta i studien registrerades och kodades konsekutivt. MB-lotsen dokumenterade resultaten av genomförda samtal med patienten direkt i patientjournalen i Melior. Data från självskattningsformulären avidentifierades och förvarades tillsammans med teamets dokumentation inlåst på akutmottagningen. Kodlistan förvarades åtskild från övrig dokumentation.

För att utvärdera upplevelsen av att arbeta utifrån modellen genomfördes kvalitativa intervjuer enskilt och i grupp med teamets medlemmar, och projektledaren. Intervjuerna spelades in på band och analyserades med innehållsanalys (Hsieh & Shannon, 2005).

En ekonomisk utvärdering genomfördes med hjälp av sjukhusets ekonom utifrån en standardiserad kostnad för ett läkarbesök på akutmottagningen.

Resultat

Pilotprojektet genomfördes under 3 mån, från 1 mars till 31 maj 2012. Totalt identifierades 107 personer från Kristianstad kommun som sökt akutmottagningen och fått träffa läkare på CSK's akutmottagning fler än fyra gånger från januari 2012. Av dessa

uppfyllde 25 patienter inklusionskriterierna och tillfrågades om att delta. 12 tackade ja, tre nej, tre ville avvakta och sju skulle kontaktas till hösten.

42 patienter exkluderades och blev aldrig tillfrågade om att delta.

Tabell 1. Orsaker till att 42 patienter exkluderades

Orsaker till exklusion	Antal patienter
Avled	7
Självskadebeteende	6
Från annan kommun	1
Enskild diagnos	22
Avslutat sitt missbruk	1
Inskrivnen KVH	1
Dubbelregistrering	1
Andra orsaker	3
Tot antal pat	42

Resterande 40 patienter av de 107 identifierade bedömde MB lotsen att de av olika anledningar fick avvakta och tillfrågades därmed inte om att delta. Den vanligaste orsaken till detta beslut var tidsbrist för teamets medlemmar.

Samtliga 12 patienter som deltog i pilotprojektet var multisjuka. Tre grupper av patienter identifieras; 1, äldre med sviktande hemsituation, 2, yngre med kronisk sjukdom, oftast förtidspensionerade med svag psykosocial situation och 3, personer med utvecklingsstörning med eget boende.

Samtliga 12 patienten hade själva tagit initiativet till att söka hjälp på akuten och 10 av dessa kom med ambulans. Elva patienter bodde i eget boende varav fem vara ensamboende. Ingen av patienterna förvärvsarbetade, sju var ålderspensionärer, två var sjukpensionärer och fyra hade försörjningsstöd. Sex patienter hade hemsjukvård och

åtta hade hemtjänst. Sex patienter hade vid tidigare vårdtillfällen deltagit i en vårdplanering på sjukhuset och patienter hade även deltagit i Vård- och omsorgsplanering i hemmet (VOPS).

Totalt antal patienter som sökte hjälp via akutmottagningen under tiden för pilotstudien varierade mellan 3 612 och 4 053 per månad, 80 % av patienterna blev bedömda av en läkare på akutmottagningen. Övriga 20 % träffade enbart triagesjuksköterskan, eller träffade en sjuksköterska för någon planerad behandling. Andelen patienter som kom på återbesök inom 14 dagar varierade mellan 13 – 16 % både för läkarbesök och sjuksköterskebesök.

Tabell 2. Totalt antal besök på akutmottagningen och återbesök inom 14 dagar Under tiden för pilotstudien.

2012	Totalt antal besök	Läkarbesök	Återbesök inom 14 dag	Triage ssk	Återbesök inom 14 dag
Mars	3762	3000 (80%)	402 (14%)	762	99 (13%)
April	3612	2803 (78%)	436 (16%)	809	124 (16%)
Maj	4053	3176 (79%)	479 (15%)	877	135 (16%)

Analys av personal intervjuer

Totalt genomfördes fyra intervjuer med sammanlagt sju personer, varav tre intervjuer med medlemmar från teamet och en intervju med projektledaren.

Teamet

I teamet har följande personer ingått; MB lotsen som även arbetade som sjuksköterska på akutmottagningen 50%, två kuratorer, en från medicinkliniken och en från kirurgkliniken, en arbetsterapeut och två

apotekare. Olika läkare på akutmottagningen har fungerat som diskussionspartner till MB lotsen.

Arbetssätt

Arbetet inleddes som en top-down process genom att sjukhuschefen gav uppdrag till en projektledare att ta fram en modell och att pröva den nya arbetsmodellen. I denna fas av arbetet fanns inga personer utsedda till att arbeta i teamet och därför fanns inga möjligheter för teammedlemmarna att delta i arbetet med att ta fram en ny arbetsmodell. När arbetsmodellen var framtagen och teammedlemmarna utsedda ändrades arbetssättet till att vara en bottom – up process. Projektledaren informerade medarbetarna i teamet om projektet och kring vad som skulle göras därefter fick medlemmarna själva arbeta fram 'hur' direktivet och modellen skulle genomföras. Detta arbetssätt visade sig i slutet av pilotprojektet ha varit bra men upplevdes som svårt och illa underbyggt av teammedlemmarna från början.

Medlemmarna i teamet var tidigare okända för varandra och ingen hade varit delaktig i att arbeta fram den nya modellen. Samtliga fick muntlig information av projektledaren tillsammans med den skriftliga informationen som hade tagits fram. De erbjöds ett studiebesök på Kalmar lasarett från vilket inspiration till CSK's modell hämtats. Det tog tid för teamets medlemmar att lära känna varandra och skapa ett förtroende inom gruppen. Efter den inledande processen upplevdes arbetet i teamet som givande, kreativt och oerhört viktigt. Medlemmarna fick en helhetsbild av patienten genom att lyssna på varandras bedömningar vilket ledde till att man kunde identifiera och ge förslag på åtgärder som inte tidigare var prövade. Läkare har inte deltagit i teamets diskussioner utan kommunikationen mellan läkare och teamet har skett via MB-lotsen.

I början träffades teamet vid behov, vilket gjorde det svårt att hitta tider för träffar. Senare bestämdes att teamet skulle träffas vid två fasta tider varje vecka, vilket fungerade betydligt bättre. Det upplevdes som mycket viktigt att Teamet skulle bestå av fasta

medlemmar för att arbetet skulle fungera. Mycket byggde på förtroende och en tilltro till varandras kunskaper.

Under pilotprojekttiden blev det tydligt att man lärde av varandra och drog nytta av varandras kunskaper. När ingen bevakade sina egna revir, blev detta möjligt. Modellen gav inspiration och stimulans till att tänka 'utanför boxen'.

Medlemmarna i teamet upplevde att de saknade en läkare som kunde vara delaktig i processen och i teamets diskussioner. Teamet upplevde att även kuratorn borde vara en och samma person med avsatt tid för detta arbete och de saknade även att de inte hade någon direkt kontakt med styrgruppen. Teamet diskuterade behovet av att kunna anlita experter från andra discipliner t.ex. psykiatri och primärvården för att på ett fördjupat sätt kunna formulera förslag till förändrade vårdinsatser.

Organisation

Den hierarkiska organisationen byggdes upp enligt top-down modellen. Styrgruppen med representanter från sjukhusledning och olika kliniker, primärvård och kommun var beslutande i alla avseenden. Detta ansågs krävas då flera instanser och flera medarbetare från olika yrkesgrupper var inblandade. Det krävdes även en ekonomisk bedömning av tid och möjligheter för medlemmarna att delta i projektet vilket bara kunde godkännas av de ansvariga för ekonomiska beslut. Arbetsgruppen arbetade fram underlag till styrgruppen och genomförde därefter de beslut som togs i styrgruppen.

Projektledarens ansvar var att ta fram underlag inför olika beslut i styrgruppen, dokumentera, arbeta med informationsstrategier, sammankalla till möten och anordnade studiebesök, vilket upplevdes som en av framgångsfaktorer för projektet. Teamets medlemmar uttryckte det som att utan hennes engagemang och beslutsförmåga hade projektets genomförande tagit avsevärt längre tid och kanske inte heller genomförts. Samtliga intervjuade var eniga om att en

ensam person, aldrig skulle klara av att genomföra en förändring av det här slaget och att utan sjuhusledningens direktiv och stöd genom hela projektet hade pilotprojektet inte kunnat genomföras.

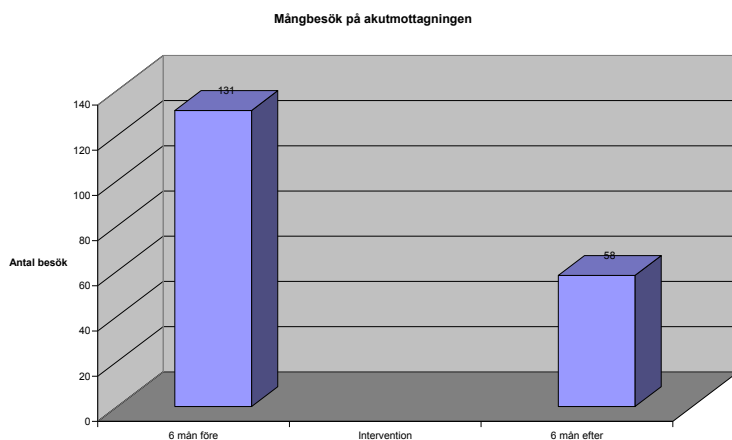
Syn på framtiden

De intervjuade medarbetarna upplevde många vinster för patienterna med den nya modellen. Patienterna blev sedda och uppmärksammade på ett nytt och mera genomgripande sätt. Genom att flera yrkesgrupper deltog i arbetet fick patienterna hjälp att se sina egna vårdbehov ur flera aspekter och därmed underlättades processen för att patienten accepterade förslag på förändrade åtgärder. Vissa patienter ville inte bli uppmärksammade på detta sätt och det kan i sig vara en insikt som inte diskuterats tidigare.

Medlemmarna i teamet hade en vision om att kunna införa "vårdkonferenser" på akutmottagningen. Olika yrkesgrupper inom eller utanför sjukhuset skulle träffas och gemensamt diskutera problematiken kring speciellt svåra och komplicerade fall. Vinsterna med detta skulle vara att öka förståelsen för patientens problematik och att en bättre samverkan mellan olika vårdgivare skulle utvecklas. Till dessa konferenser skulle även patienten och/eller anhöriga kunna bjudas in.

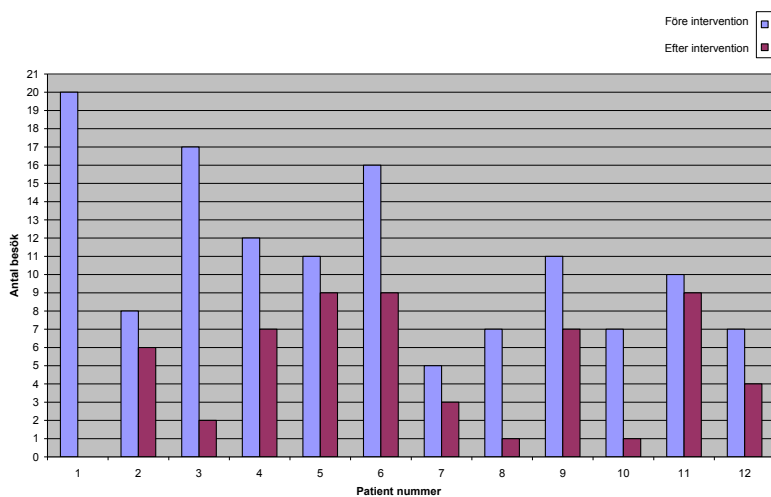
Kostnader

Resultatet visade att patienterna i pilotstudien (n=12) minskade sina sammanlagda antal läkarbesök på akutmottagningen med 55 % (73 besök) från 131 besök till 58, vid jämförelser mellan mätningar sex månader före och sex månader efter att patienten inkluderats i mångbesökarmodellen.



Figur 1. Antal akutbesök för mångbesökare före och efter intervention

Samtliga patienter som deltog i pilotstudien (n=12) minskade sina läkarbesök på akutmottagningen under mätperioden. Jämförelse har gjorts sex månader före inträdet i mångbesökarmodellen jämfört med antal besök patienterna gjorde under en period av sex månader efter inträdet.



Figur 2. Antal akutbesök för de enskilda mångbesökarna före och efter intervention

Kostnader för ett akutbesök varierar mycket beroende på diagnos och åtgärder, med ett genomsnitt för samtliga diagnoser på ca 3600

kr per besök. Detta skulle i så fall innebära att minskningen av akutbesök gav en besparing på 262 800 kr enbart för dessa 12 patienter under sex månader.

Diskussion

Resultatet visade att den nya arbetsmodellen på akutmottagningen fungerade som ett stöd för samtliga patienter som deltog i pilotstudien. Antalet besök på akutmottagningen minskade med 55 % totalt för hela gruppen. Genom att arbeta i ett flerprofessionellt team på akutmottagningen var det möjligt att identifiera bakomliggande orsaker till patienternas upprepade besök på akutmottagningen som inte framkommit tidigare. Genom att ett åtgärdsprogram togs fram för varje individ och skickades vidare har en ökad samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommunal vård- och omsorg lagt grunden till att skapa förutsättningar för att omhändertagandet sker på rätt nivå.

Mötet mellan olika professioner och diskussionerna har varit den viktigaste delen i den nya modellen för teamets medlemmar. Under samtalen ökade förståelsen för patientens problematik och en helhetsbild växte fram. För patienterna har den stora skillnaden varit att någon tagit sig tid att lyssna och fråga efter andra saker än den direkta kontaktorsaken. Tidigare studier visar på vikten av en bättre kontinuitet i vården och att utveckla av samverkan mellan vårdgivare dels för att undvika brister i kvaliteten och dels för att minska de sammanlagda kostnaderna för vården (Johansson & Lesaque, 2009; Olsson, 2006; Sandoval et al., 2010). Kvarnström har visat på svårigheter i flerprofessionellt teamarbete och visat på vikten av att öka kunskapen om villkoren för en organisatorisk samverkan för personer med sammansatta vård- och omsorgsbehov och hur olika subkulturer påverkar dessa processer (Kvarnström, 2008). Det är också viktigt att undersöka ledarskapets roll vid implementeringen av innovationer inom hälso- och sjukvården och samverkan mellan olika organisationer med ansvar för vård och omsorg.

Samtliga patienter som ingick i studien var multisjuka och hade en komplex problematik som inte lämpar sig för akutmottagningens arbetssätt. Detta stärks av resultat från tidigare studier som visar att både patienter och personal blir frustrerade. Forskning har också visat att personer som upprepade gånger söker hjälp via sjukhusens somatiska akutmottagningar tar en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser i anspråk samtidigt som de i högre grad än andra upplever missnöje med vården (Sandoval et al., 2010). Detta har visat sig generera känslor av frustration bland personalen inom den akuta somatiska hälso- och sjukvården men också ett ökat lidande för den enskilde patienten/personen (Lefvert, 2009). Detta talar för att ett nytt arbetssätt på akutmottagningen som bygger på teamsamverkan mellan olika professioner skulle kunna förändra denna situation i positiv riktning.

Kontakten med primärvård och kommunal vård- och omsorg var en viktig del i den nya modellen. Genom att öka kontakten mellan olika vårdgivare skapas förutsättningar för att undvika att vården blir fragmenterad. Risken är annars att samma utredningar bedrivs parallellt av flera olika instanser. Även risken för dubbelförskrivningar av läkemedel och farliga interaktioner fångas upp i en vårdmodell som den ovan beskrivna. Tidigare studier har visat att patienter som söker upprepade gånger på akutmottagningen också söker upprepade gånger i primärvård och i kommunal vård (Hansagi, m.fl. 2001). Denna grupp patienter har ofta allvarliga medicinska problem (Halliwell, 2001), är multisjuka med medicinska, psykiatriska och missbruksproblem (Jelinek, m.fl. 2008, Kennedy & Ardagh 2004). För att möta komplexiteten hos dessa patienters behov krävs ett samarbete mellan olika vårdgivare och en ökad kunskap om varandras möjligheter. Detta kräver förståelse för varandra roller och förutsättningar och att tillit och goda relationer skapas.

De farhågor som framkom med den nya arbetsmodellen var att patienten skulle kunna hamna i långbänk. För att undvika detta var det viktigt att Teamet vågade avsluta sitt arbete med ett specifikt fall och inte ta över patientens eget ansvar. Det ansågs viktigt att våga vänta, då vissa åtgärder kunde behöva tid innan de fick effekt. Det tar

tid att bryta invanda mönster och vanor som kan ligga bakom patientens behov och som föranleder att de söker hjälp upprepade gånger på akutmottagningen.

För att arbeta gränsöverskridande såväl yrkesmässigt som organisatoriskt krävs delaktighet av personer som både vågar och vill förändra situationen för de personer som idag kommer till akutmottagningen upprepade gånger för att få hjälp. Information om projektet är en process som ständigt bör fortsätta och utökas. Det finns mycket kvar att göra inom samtliga involverade enheter för ett fortsatt effektivt samarbete.

Implikationer för vården

Att initiera samverkan mellan olika yrkesgrupper och mellan olika huvudmän innebär att påbörja en förändringsprocess. Det handlar om att våga se och dra nytta av de motsättningar som finns och som är resultatet av att olika huvudmän har olika lagstiftning, olika kunskapsområden, olika förklaringsmodeller och olika organisationsformer. I denna samverkan krävs det respekt för varandras modeller för att kunna handskas med och dra nytta av dessa olikheter (Olsson 2006).

Det behöver skapas kontakter med fler personer inom olika instanser utanför sjukhuset som dessa patienter har behov av att träffa, t.ex psykiatri, socialtjänsten, missbruksvården. Om man enligt förslagen som framkommit i intervjuerna anlitar kompetenser från ovan angivna instanser, skulle arbetsgruppen kunna kompletteras med externa konsulter.

Genom att ha ett fast sammansatt flerprofessionellt team på akutmottagningen som har tid att lyssna och belysa patientens underliggande problematik får vården ett bredare beslutsunderlag för bedömning vilket kan skapa möjlighet för patienten att komma till rätt vårdgivare och också ge vård till rätt kostnad.

Referenser

- Ekman, I. Kartläggning av mångbesökare och förslag till mångbesökarmodell. (2011) Kristianstad. Centralsjukhuset Kristianstad.
- Hansagi, H., Olsson M., Sjöberg S., Tomson Y., Göransson S. (2001) Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Annals of Emergency Medicine* 37, 561-567.
- Helliwell PE, Hider PN, Ardagh MW (2001) Frequent attenders at Christchurch Hospital's emergency department. *New Zealand Medical Journal* 114, 160-161.
- Hseih, H., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Jelinek, GA., Jiwa, M., Gibson, NP., Lynch, AM. (2008) Frequent attenders at emergency departments: a linked-data population study of adult patients. *Medical Journal of Australia* 189, 552-556.
- Johansson, A., & Lesaque, C. (2009). VIP-kunder på akutmottagningen. Implementering av interventionsmodell i arbetet med mångbesökare på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge Stockholm: Ersta Sköndal Högskola.
- Kennedy D, Ardagh M (2004) Frequent attenders at Christchurch Hospital's Emergency Department: a 4-year study of attendance patterns. *New Zealand Medical Journal* 117, U871.
- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration; A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessionell Care*, 22(2), 191-203.
- Lefvert, L. (2009). Akutmottagningens mångbesökare. En kartläggning av psykosociala och medicinska faktorer., Karolinska Institutet, Stockholm.
- Olsson, M. (2006). Akutmottagningens mångbesökare - hur kan vården förbättras? Stockholms Läns Landsting.
- Roubert, A. (2010). Mångbesökare till akutmottagningen på sjukhuset i Växjö och Ljungby.

Sandoval, E., Smith, S., Walter, J., Henning-Schuman, S., OLson, M., Striefler, R., Hicker, J. (2010). A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 115-121.

Spitzer, R. L. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The Prime MD 1000 Study. *JAMA*, 272, 1749-1756.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1995). *Psykiatrisk egenbedömning. En självskattningskala för ångest och depressionsyndrom.* : Karolinska Sjukhuset, Stockholm.