

Akutmottagningen – för vad och för vem?

II. Fortsatt forskning nödvändig!

Jan Westin

Vi har i dag en ganska god samlad information hur de akutsökande patienterna inom olika sjukvårdsavsnitt ser ut.

I nedanstående artikel skisseras uppläggningen av fortsatta undersökningar av akutmottagningsnarnas problem.

Det är tydligt att vi i dag har en ganska god samlad information om hur de akutsökande patienterna inom olika sjukvårdsavsnitt ser ut. Vi vet också en hel del om flödet av patienter mellan olika former av öppen och slutenvård. Betydligt mindre kunskap har vi om orsakerna till att den enskilda individen i en given situation väljer att söka just vid en akutmottagning och likaså om på vilket sätt den oplanerade akutvården utnyttjas av individer från olika befolkningsgrupper, sociala skikt och bostadsområden. Bland läkare och bland sjukvårdsplanerare finns en rad olika recept på hur akutmottagningsproblemen skall lösas, men endast i ett fåtal av de hittills genomförda studierna har analysen av de bakomliggande mekanismerna gjorts såpass djupgripande att den tillåter några säkra slutsatser om hur bättre styrning och omhändertagande av de akutsökande skall komma till stånd.

Målsättning

Det är därför viktigt att fortsätta undersökningar av "akutmottagningsproblematiken", dvs det förhållande att allt fler människor söker sig till jourmottagningar för även icke-akuta och icke-medicinska problem, framför allt inriktar sig på att belysa de akut-sökandes medicinska och sociala bakgrund och den samlade sjukvårdsstrukturen i det aktuella upptagningsområdet. Som exempel på viktiga fråge-

ställningar kan nämnas:

- för vilka problem söker människor hjälp på akutmottagningen? I svaret måste ligga inte bara den medicinska diagnosen sådan den (i efterhand) uppfattas av den behandlande läkaren, utan framför allt en beskrivning av symtomen, som de upplevdes av patienten i den situation som ledde fram till beslutet att söka akutmottagningen. Också den primärt mottagande personalens bedömning av den sökandes diagnos är värd att beakta, då den till stor del bestämmer den fortsatta handläggningen inom mottagningen (vilken jourläkare som skall kallas, hur brådskande läkarbedömning som måste ske etc).

- är det enbart brist på andra mer lättillgängliga former av omhändertagande, som gör att så många söker hjälp just på akutmottagningen, trots att detta ofta inte anses "medicinskt" berättigat – och trots att den vård som kan bjudas ofta inte är anpassad till den hjälpsökandes krav? Utnyttjar människor från bostadsområden, där resurserna inom primärvård och socialvård är dåligt tillgodosedda, akutmottagningen i större utsträckning och för andra ändamål än invånare med god tillgång till sådan vård?

- vilken kunskap om det samlade sjukvårdsutbudet finns hos de vårdsökande? Vet man vart man skall vända sig vid akuta sjukdomsfall och andra akuta resp icke-akuta hjälpbehov? Använder sig såpass många av sjukvårdsupplysning, rådgivningscentral etc per telefon att en meningsfull styrning av de vårdsökande kan ske via dessa instanser – och finns det några andra alternativ än att söka akutmottagningen (särskilt avsatta tider för akuta fall hos allmänläkare, företagsläkare, sjukvårdscen-

traler, särskild jourmottagning på allmänläkarnivå)?

- både för sökande med "medicinsk" diagnos och för många med "icke-akuta" och "icke-medicinska" problem tycks dels närvaron av alkoholmissbruk och akut alkoholpåverkan, dels samtidig pålagring av psykiska faktorer ha stor betydelse för valet av vårdinstans och hur pass brådskande patienten själv uppfattar hjälpbehovet. Den verkliga storleksordningen på detta problem är inte närmare känd för vuxenklientelet.

- kan ökad kunskap om den sociala bakgrunden och andra icke-medicinska faktorer hos de akutsökande hjälpa till att karaktärisera dem som väljer att utan egentlig "medicinsk" orsak utnyttja akutmottagningen?

- finns det vissa grupper av människor, vars utnyttjande av akutmottagningsresurserna avviker från befolkningen i övrigt och följaktligen behöver specialstuderas? Detta har antytts gälla för bl. a. alkoholmissbrukare, ensamstående män, gamla, särskilt i stadsmiljö och invandrare.

- vilka förväntningar har de vårdsökande på akutmottagningen? Överensstämmer patientens och läkarens uppfattning om lämpliga hjälpåtgärder i den akuta situationen? Finns det stor diskrepans mellan olika läkare med hänsyn till vilka vårdåtgärder som anses böra komma ifråga på akutmottagningen? Hur uppfattar de akutsökande, som av läkare bedöms icke kräva akutintagets resurser, omhändertagandet – och vad händer med dessa patienter sedan? När och var får de sitt hjälpbehov tillgodosett?

- hur hjälper vi bäst de människor som akut söker hjälp, särskilt på städernas akutmottagningar? Genom att styra bort "felsökande" patienter (till primärvård, socialt omhändertagande osv) eller genom att förändra arbetssättet på mottagningarna?

Metodik

Utgångspunkten för de flesta svenska akutmottagningsstudierna har varit de akutsökande patienterna själva. En viktig skiljelinje mellan olika genomförda undersökningar är huruvida de gjorts retrospektivt med hjälp av tillgängligt journalmaterial, mottagningsloggare osv, eller prospektivt med registrering

.....
Prospektiva studier har många fördelar och måste i de flesta lägen förordas.
.....

av i förväg bestämda uppgifter på strukturerade formulär. Ibland har denna datainsamling skötts av ordinarie personal, ibland av personer som anställts särskilt för studien. Nackdelen med en retrospektiv studie (ex-vis Almersjö och Westin 1970) är självfallet att datainsamlingen blir bristfällig. Alla frågor kan inte besvaras genom tillgängliga journaluppgifter, alternativt måste man begränsa undersökningen till ytliga registrerings- och flödesparametrar, respektive nöja sig med minimala för vissa undersökta uppgifter (alkoholpåverkan, "psykisk faktor"). Genom god kunskap om verksamheten, deltagande personal och förmåga att läsa mellan raderna kan dock sannolikt – om undersökningen görs av en eller ett fåtal personer med väl samstämd bedömningsteknik – vissa väl definierade frågor besvaras med utgångspunkt från sådant material, ex-vis i Göteborgsstudien bedömningen av "vårdbehov".

Prospektiva studier har många fördelar och måste givetvis i de flesta lägen förordas. Prospektiv teknik är en förutsättning för att erhålla sådana mer detaljerade upplysningar om de sökande, som normalt inte kommer fram i de ofta mycket kortfattade journalanteckningarna. Exempel på sådana frågor är den sökandes vårdkonsumtion före det aktuella besöket, kontakter med andra läkare/mottagningar/rådfrågningsinstanser före besöket, beteendemöster i akutsituationen, synpunkter på valet av sjukvårdskontakt, attityder till den aktuella mottagningstypen, uppfattning om den vård som gavs och utbytet av det aktuella besöket. Sådana informationer har i vissa av de redovisade studierna inhämtats av läkare, i andra av särskilda intervjuare (ordinarie mottagningspersonal, kuratorer, sjuksköterskor). I synnerhet i de studier, där bedömningsuppgifter av denna typ lagts in i den ordinarie sjukvården, att utföras av en större grupp läkare (där kunskapsbakgrund, värderingsnormer och attityder till undersökningen växlats) har svårigheter uppstått att samstämma bedömningarna och ibland också att ge-

Bedömningar och datainsamlingar bör om möjligt läggas på personer utanför den ordinarie sjukvårdsverksamheten.

nomföra datainsamlingen.

Konklusionen av detta resonemang blir därför dels att kriterier för olika bedömningsfrågor måste utarbetas med den största noggrannhet, dels att sådana bedömningar och datainsamlingar som ligger utanför den rena rutinsjukvården, i en prospektiv studie också om möjligt bör läggas på personer utanför den ordinarie sjukvårdsverksamheten. Så få personer som möjligt bör vara inblandade. Det kan vara en fördel att hellre utsträcka studien över längre tid om därigenom mängden bedömare kan minskas. Det är önskvärt att undersökningsledaren finns lätt tillgänglig för att i tveksamma fall kunna medverka till en enhetligare bedömning.

En av utgångspunkterna för diskussionen i Uppsala var om det kunde anses tänkbart att samstämma använd bedömningsmetodik så att "multi-center-studier" av akutmottagningsproblem kunde genomföras i landet. I denna avvägning måste ovanstående problem noga beaktas, särskilt nackdelarna med flera undersökare och svårigheterna att göra gradering av termer som "vårdbehov", "akutbehov", "angelägenhetsgrad", "rätt vårdnivå" och liknande enhetlig. Sannolikt måste bedömningarna göras mindre detaljerade ju större studie som görs och på ju fler händer värderingarna delas upp.

I enkel besöksstatistik från akutmottagningar och andra sjukvårdsavsnitt jämföras ofta besök med besökare. I fortsatta studier med en vetenskaplig målsättning måste besöksantalet relateras till det faktiska antalet sökande *individer*. Detta av flera skäl. Dels har det visat sig att flergångsbesökarna av allt att döma inom akutvården utgör en betydelsefull grupp, som kräver identifikation och speciell analys. Dels är individbaserad en förutsättning för att viktiga bakgrundsuppgifter om de akutsökande skall kunna inhämtas från ex-vis landstingens statistik över öppen och slutet sjukvårdskonsumtion, statistikjournal A, socialvårdsregister, försäkringskassans register, folk- och bostadsräkningen m. m.

Bland annat de refererade undersökningarna på barnklientel (Jonsell 1974, Sundelin 1975) har visat på värdet av en sådan bakgrundsanalys.

I alla tillämpliga delar är det viktigt att allmänt accepterad nomenklatur används. Detta gäller ex-vis åldersfördelning och medicinsk diagnos, där WHO:s fastställda rekommendationer och koder bör följas. Rörande de olika begrepp, som används för att beteckna om en given patient i den aktuella situationen söker rätt vårdinstans vid rätt tillfälle, råder än så länge en betydande förvirring. Beteckningar som "vårdbehov" (Almersjö och Westin 1970), "vårdnivå" (Michaeli 1974), "akutbehov" (Lithman et al 1975) och "angelägenhetsgrad" (Sundelin 1975, Stålhammar et al 1978) har förekommit. Självfallet innebär denna begreppsflora att bedömningen av de genomförda studierna försvåras. Önskvärt vore att man i kommande studier kunde enas om en större likformighet i kriterierna och att ett av ovanstående begrepp kunde renodlas och invändningsfritt definieras.

Vad som hittills diskuterats är enbart studier med akutmottagningen som utgångspunkt. Härigenom erhålls visserligen upplysningar om de patienter, som söker akut vård, men dessa kan inte jämföras med andra individer (kontroller), som i den akuta situationen väljer att inte utnyttja akutmottagningen. Inte heller kan man med denna utgångspunkt få uppfattning om betydelsen av andra sjukvårdsinstanter när det gäller omhändertagande av patienter med akuta problem. För detta krävs en samlad analys av hela vårdutnyttjandet inom ett sjukvårdsområde, inte bara på sjukhusnivå utan även inom andra nivåer av öppenvården (primärvård, specialistmottagningar, företagssjukvård, privatpraktiker). Också registrering av användningen av eventuell förfintlig rådgivningscentral kan behöva läggas in i en sådan studie.

Av speciellt intresse för att belysa frågan om primärvårdens betydelse vore om en studie kunde göras av det samlade akutvårdsutnyttjandet inom ett

I fortsatta studier måste besöksantalet relateras till det faktiska antalet sökande individer.

Av speciellt intresse vore om en studie kunde göras av det samlade akutvårdsnyttjandet inom ett avgränsat befolkningsområde före och efter tillkomsten av en optimalt bemannad vårdcentral.

avgränsat befolkningsområde, före och efter tillkomsten av en optimalt bemannad vårdcentral med god tillgång på tider för "akuta" besök. Härigenom skulle för samtliga inom området bosatta individer utnyttjandet av olika former av akutsjukvård kunna registreras i två situationer med olika utbud av akutresurser och förhoppningsvis också ställas i relation till sociala och demografiska variabler.

Genomförande.

En prospektiv studie med utgångspunkt från de vårdsökande på akutmottagningen, kan mot bakgrund av ovanstående resonemang, lämpligen genomföras i flera steg:

- *registrering av vissa basdata rörande de sökande.* Denna kan lämpligen ske med användande av ett enkelt strukturerat frågeformulär, som tillåter senare databearbetning. Om möjligt bör denna uppgiftsinsamling inte i nämnvärd grad kräva särskild utfrågning av patienten och kan därför ske som en del av de ordinarie arbetsrutinerna på mottagningen. På så sätt kan erhållas uppgifter om de sökandes ålder, kön, bostadsområde, uppgivna symtom, tidpunkt för besöket, väntetid och handläggning (hemsänd, inlagd, övervakningsavdelning).

- *intervjuundersökning.* För att erhålla svar på alla de frågor som rör de sökandes medicinska och sociala bakgrund krävs att antingen samtliga patienter under en begränsad period eller ett statistiskt urval av sökande under en längre tid, intervjuundersökes och då helst av särskilt avdelade personer, som inte deltar i den egentliga sjukvården (sociologer, sjuksköterskor, kuratorer, läkare). Med denna metodik kan svar erhållas främst på frågor av typen civilstånd, kontaktmöjligheter, bostads- och yrkesförhållanden, aktuella och tidigare kontakter med somatisk och psykiatrisk vård, alkoholproblem, socialvårdskontakter, sjukskrivning. I så-

da studier kan också belysas patientens handlande i den akuta situationen, hans kunskap om alternativa vårdmöjligheter och förväntningar på vården.

- *komplettering med registerdata.* Om möjligt bör alla individbaserade undersökningar av akutmottagningsklientel också kompletteras med registerdata rörande de sökande (se ovan). För studier där dessa uppgifter skall databearbetas krävs i dag datainspektionens tillstånd, liksom ofta samarbete med sjukvårdsadministrativ och statistisk expertis.

De svenska studierna av akutmottagningsproblemen har gjorts av forskare med mycket varierande bakgrund och intresseinriktning. Såväl socialmedicinare som kliniker (allmänläkare, pediatriker, medicinare, kirurger) har varit engagerade. Mycket talar för att fortsatta studier om möjligt bör genomföras i team, där både bio-medicinsk och samhällsvetenskaplig kunskap är representerad. Av olika skäl är det viktigt att också kliniskt verksamma läkare aktivt engageras i undersökningar av vårdbehov, vårdeffektivitet och vårdutnyttjande. På vissa håll finns i dag tyvärr en tendens att nedvärdera sådan forskning i förhållande till den biomedicinskt inriktade. Inom Medicinska forskningsrådet har en initiativgrupp vid sin genomgång av området "Vårdbehov och vårdeffektivitet" pekat på akutmottagningsproblemen som ett fält, där ytterligare vetenskapliga studier är angelägna och bör prioriteras (Smedby och Zetterström 1979). MFR kan därvid, genom sedvanliga projektanslag, genom inrättande av forskartjänster och genom hjälp vid inrättande av planeringsgrupper, stödja olika forskningsprojekt.

Till ovanstående aspekter på akutmottagningsproblemen bör till slut läggas ytterligare en. En akutmottagning – särskilt vid ett storstadssjukhus – är tämligen unik som arbetsplats, präglad av mycket hårt arbetstempo, tvånget att utföra ansvarsfullt arbete under fysiskt och psykiskt pressade förhållanden, ojämn arbetsbelastning, inslag av störande

En akutmottagning – särskilt vid ett storstadssjukhus – är tämligen unik som arbetsplats, präglad av fysiskt och psykiskt pressade arbetsförhållanden.

.....
 Som sociologiskt arbetsfält borde akutmottagningen även från denna synpunkt ha fortsatt mycket att erbjuda den intresserade forskaren.

och stundom hotande patienter och den ständiga konfrontationen inte bara med svårt sjuka utan också med skriande sociala och psykiska missförhållanden, våld- och missbruksproblem. Dessa aspekter har i olika sammanhang påtalats av berörda fackliga organisationer. Nyligen har också läkarnas problem inom primärvården i en situation, där arbetsbelastningen ökar allt snabbare och där ökat ansvar för icke-planerade besök leder till bemanningsproblem och stor personalomsättning, påtalats från distriktsläkarföreningen. Som sociologiskt arbetsfält borde akutmottagningen även från denna synpunkt ha fortsatt mycket att erbjuda den intresserade forskaren.

REFERENSER

Allander, E., König, U., Landell, N., Magnusson, G., Teglund B. och Vågerö, D.: Akutmottagningen – den nye husläkaren? Läkartidningen 74: 1392, 1977.
 Almersjö, O. och Westin, J.: Patientanalys vid Sahlgrenska sjukhusets akutintag. Förhållandena 1965 och 1969. Sjukvårdsplan för Göteborg. Särskilda utredningar V, 1970.
 Almersjö, O. och Westin, J.: Behovet av akutsjukvård i Göteborg. Läkartidningen 69: 45, 1972.

Almersjö, O. och Werstin, J.: Alkoholproblemet på en somatisk akutmottagning. Läkartidningen 71: 1839, 1974.
 Berfenstam, R., Berg, B. och Smedby, B.: Sjukvårdskonsumtion i Tierpområdet 1973. SPRI rapport 4/76, 1976.
 Borgenhammar, E. och Eriksson, J. O.: Patientbeskrivning vid Södersjukhusets kirurgiska akutmottagning. Stencil. Stockholms Universitet, 1975.
 Ericsson, U. B., Håkansson, K., Zettermarck, K. och Örtenblad, B.: Södersjukhusets akutmottagning. En analys av vissa frågor om medicinmottagningens patienter. Stencil. Stockholms Universitet, 1975.
 Hallberg, L.: Sjukvårdsbehovets förändringar i Göteborg. Läkartidningen 63: 1477, 1966.
 Jonsell, R.: Patienter som söker barnmedicinsk öppen vård. En studie med särskild hänsyn tagen till psykiska och sociala bakgrundsfaktorer (Akad avh). Umeå Univ. Med. Diss. 11, 1974.
 Lithman, T. m.fl.: Förslag till den akuta sjukvårdens organisation i Malmöhus läns landsting. Malmöhus läns landsting. Lund. 1975.
 Magnusson, G.: Akutbesök och primärvården. Läkartidningen 75: 3077, 1978.
 Smedby, B. och Zetterström, R.: Vårdbehov och vårdefektivitet. Läkartidningen 76: 711, 1979.
 Stålhammar, J., Berfenstam, R., Korpela, M., och Smedby, B.: Akuta besök i primärvården – en studie vid hälsocentralen i Tierp. Socialmed. tidskrift 55: 429, 1978.
 Sundelin, C.: Öppen akut spädbarnssjukvård. En analys av vårdkonsumtionens art och orsaker. SPRI rapport 5/75, 1975.
 Westin, J.: Akutmottagning i storstad – de äldres vårdbehov. Sjukvård för äldre. SPRI rapport 13/77, 1977.
 Wiederholm, E. och Sundman, L.: Telefonrådgivning vid distriktsläkarmottagning. En enkätundersökning om den våldsökande allmänhetens attityder. Gävleborgs läns landsting. Gävle. 1977.