

Akutmottagningens patienter — hälsotillstånd och vårdbeetende

Helen Hansagi

Gudjon Magnusson

Artikeln beskriver resultatet av en intervjuundersökning. Syftet med undersökningen var att jämföra dem som söker ofta på akutmottagningen vid Huddinge sjukhus med dem som söker den sällan eller aldrig. Jämförelsen gäller sociala faktorer, hälsotillstånd och vårdbeetende.

Helen Hansagi är sociolog och Gudjon Magnusson är underläkare vid socialmedicinska enheten, Huddinge sjukhus.

INLEDNING

Under 60- och 70-talet har det skett en kraftig ökning av antalet besök på sjukhusens akutmottagningar i Stockholmsområdet. Utvecklingen har för övrigt gått i samma riktning i hela riket och även internationellt. (Kluge o a 1965, Baltzan 1972, Moore o a 1972, Holohan o a 1975, Conway 1976, Richards & White 1977, Davidsson 1978, Steinmetz & Hoey 1978).

I Sverige har vissa försök gjorts att analysera trenden att allt fler söker akutmottagningarna allt oftare.

I en pilotundersökning 1976 fann Allander o a att hälften av dem som söker på akutmottagningen söker där direkt, utan att ha gjort några försök att komma i kontakt med sjukvården utanför sjukhuset.

En annan studie, grundad på öppenvårdsstatistik (Magnusson 1978), visar att i Stockholm minskade primärvårdens andel av läkarbesöken åren 1973–75.

Enligt en undersökning i Göteborg (Almersjö & Westin 1972) har akutmottagningens resurser allt mer kommit att utnyttjas av patienter som lämpligen kunde ha omhändertagits på annan vårdnivå. Tidigare har dock Hallberg (1966) visat att även antalet verkligt akut sjuka personer på akutmottagningen ökat mellan åren 1960 och 1965.

Lång väntetid och opersonligt bemötande på akutmottagningar tas då och då upp i dagspressen, framför allt i insändarspalterna. (Arbetsbladet 1978).

Akutmottagningspersonal hävdar ofta att en stor del av patienterna inte är några egentliga akutfall (Söderposten 1979, Wolcott 1979). Men svårigheten att bedöma vilka patienter som har en adekvat anledning att söka akut visas bl a i en studie i Tierp där den läkarbedömda angelägenhetsgraden överensstämde dåligt med graden av den oro och smärta som patienten uppgav (Stålhammar o a 1977).

Slutligen har alkoholfaktorns ökande betydelse hos akutmottagningens patienter påpekats i flera studier utförda vid olika Stockholmssjukhus (Bjerver o a 1971, Allgulander o a 1971, Gruvholt o a 1975).

BAKGRUND

Huddinge sjukhus betjänar ett grundupptagningsområde med cirka 160 000 människor, men vissa specialiteter betjänar 245 000.

Akutmottagningen öppnade 1972, men först 1974 var verksamheten beträffande olika specialiteter i full gång. Antalet besök per 1 000 invånare har åren 1974–1977 ökat med 33 %, medan viss nedgång kan märkas 1978.

SYFTE

Syftet med studien är att jämföra dem som ofta söker akutmottagningen med dem som söker den sällan eller aldrig med avseende på sociala och ekonomiska faktorer, hälsa, vårdkonsumtion och kunskap om sjukdomar. Vi ville undersöka om man utifrån dessa faktorer kunde förklara skillnaderna i besöksfrekvens.

De grundläggande frågeställningarna var:

- är de som söker ofta sjukare?
- har de mer sociala problem?
- är deras sjukhusutnyttjande i övrigt också högre?
- hur är besökarnas sociala situation jämfört med icke-besökare?
- hur är deras kunskap om sjukdomar, sjukdomstillstånd och vårdens tillgänglighet?
- hur är deras hälsobeteende (livsstil) jämfört med icke-besökarnas?

MATERIAL OCH METODER

I/1 1976–31/3 1977 gjordes en populationsbaserad undersökning av utnyttjandet av akutmottagningen på Huddinge sjukhus. (För närmare metodbeskrivning se Magnusson 1980). Personer över 15 år med födelsedag den 5:e, 15:e och 25:e och bosatta inom Huddinge sjukhus upptagningsområde utgjorde samplet. Samplets fördelning på antal besök framgår av *tabell 1*.

Från detta sampel uttog vi de 23 personer som gjort 12 eller fler besök under observationsperio-

den. För var och en av dessa 23 togs en individ – matchad för ålder och kön – ur de övriga besökskategorier (8–11 besök, 4–7 besök etc) och 2 individer som inte har gjort några besök alls. På detta sätt erhöll vi 23 grupper med 7 personer i varje, totalt 161 personer.

Data om dessa personer insamlades genom:

1. personlig (eller telefon-) intervju
2. registeruppgifter från socialbyråer och försäkringskassa
3. registeruppgifter inom öppen och slutna sjukvård samt om röntgenundersökningar

Intervjuformuläret innehöll 78 frågor och intervjuerna tog 30–45 minuter att genomföra.

Intervjuerna var standardiserade och strukturerade med slutna svarsalternativ. De personer som kallats men som inte hade möjlighet att komma till sjukhuset för intervju intervjuades per telefon. Två tredjedelar av intervjuerna utfördes vid personligt besök, en tredjedel per telefon.

Intervjuerna gjordes i maj och juni 1978, förutom ett fåtal som gjordes i augusti 1978.

Av de 161 utvalda personerna fullföljdes intervju med 143. Om man exkluderar det "naturliga bortfallet" uppgår deltagarandelen till 95 % (*tabell 2*).

Av de intervjuade var 78 kvinnor och 65 män. Åldern varierar mellan 21 och 82 år.

Resultatet redovisas genom sammanslagning i tre kategorier beroende på besöksfrekvens: ickebesökare (0 besök), fågångsbesökare (1–3 besök) och

Tabell 1. Samplets (10 % av populationen) fördelning på antal besök under observationsperioden.

Antal besök per individ på akutmottag- ningen perioden 1/1 1976–31/3 1977	Antal individer N	%
0	8 673	69,1
1	2 117	16,9
2–3	1 289	10,3
4–7	399	3,2
8–11	50	0,4
12–	23	0,2
Totalt	12 551	100,0

Tabell 2. Bortfallsredovisning

	Antal	Andel
Bruttourval	161	
"Naturligt bortfall"	10	
(avlidit)*	(6)	
(utvandrat)	(4)	
Nettourval	151	100 %
"Egentligt bortfall"	8	5 %
(vägran)	(6)	
(ej anträffbara)	(2)	
Intervjuade	143	95 %

* Huvuddiagnoserna på de sex avlidnas dödsattester var: astma, emfysem, levercirros, coloncancer, epilepsi och drunkning.

Det är signifikant större andel flergångsbesökare än ickebesökare som bedömer sitt allmänna tillstånd som dåligt.

flergångsbesökare (4 ≤ besök). χ^2 -test användes i förekommande fall för att testa skillnader mellan kategorierna.

RESULTAT

Hälsa – sjukdom – sjukvårdsutnyttjande

Det är signifikant större andel flergångsbesökare (32 %) än icke-besökare (2 %) som bedömer sitt allmänna hälsotillstånd som dåligt. De anser också signifikant oftare (47 % respektive 5 %) att deras hälsa är sämre än jämnårigas hälsa, liksom att hälsan blivit sämre det senaste året (49 % respektive 7 %). "Fågångsbesökarna" intar hela tiden en mellanställning (tabell 3).

Tabell 3. Procent av intervjupersonerna i varje besökskategori som bedömer sitt/makens hälsotillstånd som dåligt.

Bedömning av hälsotillstånd	Besökskategori:		
	Ickebesökare (n = 41)	Fågångsbesökare (n = 45)	Flergångsbesökare (n = 57)
Dåligt	2	11	32
Sämre än jämnårigas	5	16	47
Blivit sämre det sista året	7	37	49
Makes/sammanboendes hälsa sämre än jämnårigas	13	21	29

72 % av flergångsbesökarna och 29 % av ickebesökarna säger sig ha någon långvarig sjukdom, handikapp eller annan svaghet. I fråga om olycksfall eller skada de senaste 12 månaderna föreligger ingen skillnad mellan grupperna.

Flergångsbesökare uppger en betydligt större konsumtion av läkemedel (sömnmedel, lugnande och annan medicin) de senaste 14 dagarna – med undantag av smärtstillande tabletter typ magnecyl, bamy (tabell 4).

Tabell 4. Procent i varje besökskategori som använt mediciner de senaste 14 dagarna före intervjun.

Konsumtion av läkemedel	Besökskategori:		
	Ickebesökare (n = 41)	Fågångsbesökare (n = 45)	Flergångsbesökare (n = 57)
Vitaminer	40	40	14
Smärtstillande	60	29	49
Lugnande	3	16	28
Sömnmedel	9	11	30
Andra mediciner	14	38	58

Av en lista på 26 sjukdomar och symtom de senaste 12 månaderna uppges följande signifikant oftare i flergångsbesöksgruppen: sömnproblem, bröstvärk, magont, njurbesvär/urinvägssymtom, nervösa besvär, depression, psykisk sjukdom, andfäddhet, yrsel, illamående. Medianen i flergångsbesöksgruppen är 11 sjukdomar eller symtom, i fågångsbesöksgruppen 8 och i ickebesöksgruppen 5. Det lägsta antalet sjukdomar/symtom är 2 per person, det högsta 22 per person.

Granskning av landstingets sjukvårdsregister visar att ju fler besök på akutmottagningen desto större utnyttjande av sjukhusets andra resurser dvs öppenvård, slutenvård samt röntgenundersökningar (tabell 5).

Tabell 5. Utnyttjande av akutmottagningen och annan sjukhusvård under den 15 månader långa observationsperioden. Genomsnittlig frekvens av vårdutnyttjandet i varje besökskategori.

Vårdutnyttjande	Besökskategori:		
	Ickebesökare (n = 41)	Fågångsbesökare (n = 45)	Flergångsbesökare (n = 57)
Akutbesök	0,0	1,7	12,0
SLV-tillfällen	0,2	0,5	2,5
ÖPV-besök	0,1	1,1	5,1
Rtg-undersökn	0,2	0,8	3,1

De som söker ofta på akutmottagningen är storkonsumenter även av övrig sjukhusvård.

Social profil – psykosociala problem

56 % av flergångsbesökarna och 27 % av ickebesökarna är ensamboende (signifikant skillnad på 0,01 nivå).

I fråga om uppväxt (stad – landsbygd), nationalitet (född i Sverige – född utomlands) och skolutbildning kan inga signifikanta skillnader påvisas mellan grupperna.

28 % i flergångsbesöksgruppen, 7 % i fågångsbesöksgruppen och 0 % i ickebesöksgruppen är sjukpensionerade eller arbetslösa.

35 % i flergångsbesöksgruppen och 7 % i ickebesöksgruppen bedömer sin ekonomi som dålig. 37 % respektive 10 % har någon gång under de två senaste åren fått socialhjälp. Drygt en tredjedel i varje grupp har bostadsbidrag. 11 % respektive 39 % äger sin bostad (signifikant skillnad på 0,01 nivå).

Obetydligt fler röker i flergångsbesöksgruppen än i de två övriga.

Ovanstående komponenter i den sociala profilen finns samlande i tabell 6.

Tabell 6. Social profil enligt besökskategori.

Procent av intervjuade som	Besökskategori:		
	Icke-besökare (n = 41)	Fågångs-besökare (n = 45)	Flergångs-besökare (n = 57)
är ensamboende	27	36	56
är sjukpensionerad/arbetslös	0	7	28
erhåller socialhjälp	10	11	37
har dålig ekonomi	7	13	35
äger sin bostad	39	36	11
röker	51	58	67

De psykosociala problemen som följer nedan redovisas i tabell 7.

18 % av flergångsbesökarna och 2 % av ickebesökarna uppger att de sover dåligt pga problem med ekonomin. Sömnproblem över huvud taget uppges av 46 % och 20 %. Även känsla av ensamhet är vanligare i flergångsbesöksgruppen (42 % mot 22 %). 60 % i både flergångsbesöksgruppen och i fågångsbesöksgruppen känner sig/kände sig ofta utmattade när de kommer/kom hem från arbetet/se-

Tabell 7. Förekomst av psykosociala problem i olika besökskategorier.

Procent av intervjuade som	Besökskategori:		
	Icke-besökare (n = 41)	Fågångs-besökare (n = 45)	Flergångs-besökare (n = 57)
har ensamhetskänsla	22	33	42
har sömnproblem	20	37	46
känner sig utmattad efter arbetet	24	60	60
har/har haft spritproblem	0	4	33

naste arbetet. I ickebesöksgruppen är det 24 % som uppger detta. Andelen med skift- eller nattarbete är omkring 10 % i varje grupp.

Spritproblem uppges av 33 % i flergångsbesöksgruppen. I fågångsbesöksgruppen och ickebesöksgruppen är det 4 % respektive 0 % som tillstår att de haft eller har sådana problem.

Kunskap om sjukdomar – vårdbeteende

Kunskapsnivån i fråga om ett antal sjukdomar och deras symtom tycks vara lika, oberoende av besöksfrekvens. Symtomen på influensa är tex bekanta för drygt 70 % i samtliga grupper, liksom vad som orsakar magkatarr och lungcancer. Undantaget är bukspottskörtelinflammation, där det är signifikant större andel flergångsbesökare (39 %) som känner till att spritmissbruk kan vara orsaken (mot 20 % i ickebesöksgruppen).

Ingen skillnad finns mellan grupperna när det gäller tron på distriktsläkarnas kompetens. Så anser tex cirka 80 % i varje grupp att distriktsläkare kan behandla magkatarr, högt blodtryck och urinvägsinfektion. Cirka 40 % anser att de kan behandla lunginflammation, medan oenigheten är större i fråga om astma, där 56 %–76 % tror på distriktsläkaren.

När det kommer till beteendet vid sjukdom visar det sig att flergångsbesökarna är betydligt mer inriktade på att vända sig till akutmottagningen framför

Kunskapsnivån om sjukdomar är lika, oberoende av besöksfrekvens.

Tabell 8. Intervjupersonernas preferens av vårdinstans vid olika symtom. Procentuell fördelning.

Vart skulle Ni vända Er i första hand om Ni hade		Besökskategori:		
		Icke- besökare (n = 41)	Fågånga- besökare (n = 45)	Flergångs- besökare (n = 57)
ont i magen	Åtgärd			
	primärvård	34	20	9
	sjukhusmott	2	4	7
	akutmott	15	25	40
	ej sjukvård	49	51	44
		100	100	100
ont i ryggen	primärvård	37	24	16
	sjukhusmott	2	4	5
	akutmott	15	22	33
	ej sjukvård	46	50	46
		100	100	100
ont i huvudet	primärvård	32	20	14
	sjukhusmott	0	2	2
	akutmott	7	16	25
	ej sjukvård	61	62	59
		100	100	100

andra vårdinstanser. Vid ont i magen uppger 40 % av flergångsbesökarna och 25 % av fågångsbesökarna och 15 % av ickebesökarna att de i första hand skulle vända sig till akutmottagningen. Tendensen är likartad även när det gäller ont i huvudet och ont i ryggen (tabell 8).

Uppfattningen om hur lång väntetiden är hos tex distriktsläkare skiljer sig inte nämnvärt mellan grupperna. Cirka 60 % tror att man kan komma till distriktsläkare inom 1 vecka.

DISKUSSION

De som söker ofta på akutmottagningen har sämre hälsa än de som söker sällan eller aldrig. Detta bekräftas vid mätning med både objektiva och subjektiva mått: flergångsbesökarna har fler vårdtillfällen både inom öppen och slutna vård, de genomgår fler röntgenundersökningar, konsumerar mer läke-

.....

Flergångsbesökare har sämre fysisk, psykisk och social hälsa.

.....

medel, har fler symtom och besvär av akut karaktär och en mycket stor andel (72 %) uppger också någon långvarig sjukdom, handikapp eller annan svaghet. De anser själva att de har dålig hälsa, sämre än deras jämnåriga. När det gäller att uppskatta om ens eget hälsotillstånd är "gott - dåligt - något däremellan" rör man sig givetvis med helt subjektiva mått, eftersom några allmänt accepterade kriterier på "god hälsa" inte finns, men måttet har även i tidigare undersökningar visat sig vara en pålitlig indikator på det faktiska hälsotillståndet (Singer 1977, Meers o a 1978, Fillenbaum 1979).

De flergångsbesökare som anser att deras hälsotillstånd är "dåligt" eller "varken dåligt eller gott" har i ännu större utsträckning än övriga flergångsbesökare någon kronisk sjukdom eller skada (83 %) och/eller har haft många akuta symtom/besvär det senaste året (68 % har haft 12 eller fler symtom). De symtom/besvär som uppges signifikant oftare av flergångsbesökare är nästan samtliga av psykosomatisk art.

Fysisk och psykisk ohälsa tycks alltså höra ihop. Detta har ju visats tidigare bl a i en australiensisk

studie (Andrews o a 1977). Däremot kunde man där inte konstatera något samband mellan dessa och den tredje variabeln, social ohälsa – operationaliserad som social isolering – vilket vi tycker oss ha gjort i vår undersökning. Av dem som under 15-månadersperioden besökte akutmottagningen fyra eller fler gånger är det en signifikant större andel som är ensamboende, jämfört med dem som inte gjort några besök där under samma period. Studier har visat att ensamboende – och då framför allt fränskilda – är sjukare och konsumerar mer sjukvård än gifta (Somers 1979). Även familjens tendens att reduceras till små kärnfamiljer där man inte har tillgång till äldre generationers beprövade erfarenhet misstänks bidra till att individen allt oftare söker professionell vård (Henderson & Byrne 1977, Pili-suk & Froland 1978).

Ett försök att uppskatta storleken på varje individs sociala kontaktnät gjordes i vår undersökning genom att intervjupersonerna fick uppge hur ofta de hade kontakt med släkt, vänner, arbetskamrater. Frågan har tidigare använts i levnadsnivåundersökningen. På oklarheter i frågans formulering kan vi bara få en ungefärlig uppfattning om genomsnittliga antalet kontakter per grupp, utan hänsyn till intensiteten. Flergångsbesökarna uppger i genomsnitt 2,91, fågångsbesökarna 3,33 och ickebesökarna 3,51 kontakter. Även den subjektiva känslan av ensamhet är vanligare bland flergångsbesökare. Detta skulle kunna peka mot ett samband mellan dåligt utvecklat socialt kontaktnät och större benägenhet till ohälsa och därmed ökad konsumtion av sjukvård.

Flergångsbesökarna tycks överhuvudtaget ha fler sociala problem såsom arbetslöshet, spritproblem och dålig ekonomi. Alla dessa problem kan vara avhängiga av varandra och vilket som är den ursprungliga orsaksfaktorn är omöjligt att avgöra utan ingående analys av de enskildas förhållanden.

KONKLUSION

Om man anser att det är fel att en stor del av akutmottagningens resurser konsumeras av en liten grupp – 4% av dem som söker på akutmottagning – svarar för en tredjedel av samtliga besök – så

måste dessa "storkonsumenter" av sjukvård tas om hand på ett annat sätt. Det räcker inte med att åtgärda det aktuella besväret varje gång individen söker utan individens hela situation bör utredas i samarbete med kurator, primärvård och socialvård. Enbart hälsoupplýsning, information om egenvård och hänvisning till lämplig vårdnivå skulle sannolikt inte heller ha någon större effekt eftersom det i denna intervjuundersökning framkommit att trots lika kunskapsnivå varierar vårdbeteendet.

REFERENSER

- Allander E, König U, Landell N-E, Magnusson G, Teglund B & Vågerö D: Akutmottagningen – den nya husläkaren? *Läkartidningen* 74: 1392–1396, 1977.
- Almersjö O & Westin J: Behovet av akutsjukvård i Göteborg. *Läkartidningen* 69: 45–56, 1972.
- Arbetsblad: Ett besök på Akuten. 7/4 1978.
- Andrews G, Schonell M, Tennant C: The Relation between Physical, Psychological and Social Morbidity in a Suburban Community. *Am J of Epidemiology* 105: 324–329, 1977.
- Baltzan MA: The new role of the hospital emergency department: *C M A Journal* 106: 249–256, 1972.
- Bjervet K, Goldberg L, Rydberg U: Alkoholens roll i ett olycksfallsmaterial på en kirurgisk akutmottagning. *Läkartidningen* 68: 3295–3300, 1971.
- Conway H: Emergency Medical Care. *British Medical Journal* 2: 511–513, 1976.
- Davidsson SM: Understanding the growth of emergency department utilization. *Med Care* 16: 122–132, 1978.
- Fillenbaum GG: Social Context and Self-assessments of Health among the Elderly. *Journal of Health and Social Behaviour* 20: 45–51, 1979.
- Gruvholt G: Varför söker sig folk till akutmottagningen och vad händer med dem? Stencil. Stockholms universitet, psykologiska inst, 1975.
- Hallberg L: Sjukvårdsbehovets förändringar i Göteborg. *Läkartidningen* 63: 1477–1487, 1966.
- Hendersson S & Byrne D: Towards a Method for Assessing Social Support Systems. *Mental Health & Society* 4: 164–170, 1977.
- Holohan AM, Newell DJ & Walker JH: Practitioners, patients and the accident department. *The Hospital and Health Services Review* 71: 80–84, 1975.
- Kluge DN, Wegryn RL & Lemley BR: The expanding emergency department. *JAMA* 191: 97–101, 1965.

- Magnusson G:* Akutbesök och primärvården. Läkartidningen 75: 3077–3080, 1978.
- Magnusson G:* Excessive use of medical care or rational patient behaviour? Avhandling, socialmed inst, Hudinge sjukhus, 1980.
- Meers A, Maasen A & Verhagen P:* Subjective Health After Six months and After Four Years of Shift Work. Ergonomics 21: 857–859, 1978.
- Moore GT, Bernstein R & Bonanno R:* Effect of a neighbourhood health center on hospital emergency room use. Med Care 10: 240–247, 1972.
- Pilisuk M & Froland C:* Kinship, Social Networks, Social Support and Health. Social Science and Medicine 12: 273–280, 1978.
- Richards JG & White GR:* Accident and emergency services at Auckland Hospital. New Zealand Medical Journal 85: 272–274, 1977.
- Singer E:* Subjective Evaluations as Indicators of Change. Journal of Health and Social Behaviour 18: 84–90, 1978.
- Somers AR:* Marital Status, Health And Use of Health Service. JAMA 241: 1818–1822, 1979.
- Steinmetz N & Hoey JR:* Hospital emergency room. Utilization in Montreal before and after Medicare. The Quebec experience. Med Care 16: 133–139, 1978.
- Stålhammar J, Berfenstam R, Korpela M & Smedby B:* Akuta besök i primärvården – en studie vid hälsocentralen i Tierp. Soc med tidskr 55: 429–434, 1978.
- Söderposten:* Bättre gå till distriktsläkaren. Det kan ta 8 timmar på akuten! 12/12 1979.
- Wolcott BW:* What is an Emergency? Depends on Whom You ask. Journal of American College of Emergency Phys 8: 241–243, 1979.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Barn i samhället, nr 7–8/79

Klyftan är stor mellan barnets "rätt" och barnets egen verklighet – materiellt, socialt och känslomässigt. Därför behöver vi också i Sverige se över barnets situation. Detta menar numrets gästredaktör psykolog Ruth Larsson, Malmö, och redovisar artiklar kring detta tema.

Storstadsungdomars syn på tillvaron, nr 2/80

Ingrid Klackenborg–Larsson och Katarina Björkman redovisar i detta temanummer intervjuer och resultat av frågeformulär som belyser ungdomars inställning till system och kamrater, förhållandet till det motsatta könet, inställningen till äktenskap, familjebildning och könsroller, vuxenroll, politik och religion. Det ges också uppgifter om ungdomars bruk av alkohol, narkotika, thinner och tobak. Man har också sökt mäta ungdomars uppfattning om graden av samstämmighet mellan sig och föräldrarna, när det gäller inställning till arbete, familjesituation och samhälle.

Numren kan rekvideras från

Socialmedicinsk tidskrift

Box 60400, 104 01 Stockholm 60

Tel 08/87 34 91 Postgiro 1179-1