

Kartläggning av mångbesökare på Vårdcentralen Vilan



Författare:
Emilie Gerth, ST-läkare
Vårdcentralen Vilan, Skara

Rapport 2021:4

FoU-centrum Skaraborg

Rapport 2021:4

FoU i VGR:

[Kartläggning av mångbesökare på Vårdcentralen Vilan](#)

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik

FoU-centrum Skaraborg primärvård och tandvård i samverkan

Handledare:

Sofia Dalemo, distriktsläkare, med. dr.

Närhälsan Guldvingen vårdcentral, Lidköping

Sammanfattning

Bakgrund

Mångbesökare kallas den grupp patienter som söker mer vård än andra. Den bakomliggande orsaken varierar, men sammansatt problematik med kronisk och psykisk sjukdom samt socioekonomisk belastning är vanlig. En önskan om kostnadseffektiv och kvalitativ god vård gör gruppen intressant att studera och kartlägga.

Metod

Studien genomfördes som en retrospektiv tvärsnittsstudie av data hämtad ur patientjournaler. De patienter som besökt läkare på Vårdcentralen Vilan i Skara fem gånger eller mer under ett år har benämnts mångbesökare. Denna grupp har sedan studerats närmare vad gäller ålder, kön, typ av sjuklighet samt läkemedelsförskrivning.

Resultat

Tre procent av den listade populationen på Vårdcentralen Vilan var mångbesökare och de stog för 20 % av alla läkarbesöken på vårdcentralen under perioden. Gruppen mångbesökare hade en större andel kvinnor och en något högre medelålder än övriga patienter som sökte läkare på Vårdcentralen Vilan. Gruppen hade också en högre andel av kronisk, psykisk samt muskuloskeletal sjukdom och värk. Mångbesökarna fick även mer läkemedel förskrivna i form av opiater, bensodiazepiner, sömntabletter och antibiotika.

Konklusion

Kartläggningen av mångbesökarna på Vårdcentralen Vilan visade en liten grupp som söker mer vård än andra, som lider av mer kronisk sjukdom, smärtproblematik och psykisk sjukdom. De bakomliggande orsakerna till mångbesökarnas höga vårdkonsumtion var flera, inte minst beroende av att gruppen mångbesökare i sig var en heterogen grupp. För att i framtiden kunna ge dem en bättre och mer effektiv vård behöver man ta hänsyn till dessa skillnader vad gäller ålder, sjukdomspanorama och social kontext, genom att man delar upp gruppen mångbesökare och tittar på mindre grupper för sig.

Nyckelord

Primary health care, general practice

Innehållsförteckning

Bakgrund	1
Syfte	2
Frågeställningar	2
Metod	3
Studiedesign	3
Urval	3
Datainsamling och analys.....	3
Etiska överväganden.....	4
Resultat	4
Läkarbesök.....	4
Diagnoser	6
Förskrivning.....	8
Diskussion.....	9
Resultatdiskussion.....	9
Äldre och kroniskt sjuka	9
Fler kvinnor	10
Läkemedelsförskrivning.....	10
Fokus hälsa istället för sjukdom	11
Tankar för framtiden	12
Metoddiskussion	13
Slutsats	13
Referenslista.....	14

Bakgrund

Alla vårdcentraler har en grupp patienter som söker vård ofta. Det är inte ovanligt att vårdpersonal upplever gruppen mångbesökare som svåra och krävande, delvis på grund av att dessa patienter ständigt återkommer, ofta oavsett given vårdinsats, delvis på grund av att deras problem inte sällan är komplicerade. Patienterna i gruppen uppfattar sig som sjuka och söker därför vård (1).

Gruppen mångbesökare är en liten patientgrupp som använder en stor del av de medicinska resurserna. I litteraturen beräknas de utgöra 3–5 % av befolkningen och använda ca 15–25 % av läkartiderna inom primärvården (2,3). Det finns två olika strategier för att definiera mångbesökare, antingen som en andel av de patienter, till exempel 10 %, som har sökt flest antal gånger på vårdenheten (4,5). Den andra strategin är att välja ett minimum av antal besök under en viss tidsperiod, beroende på land och vårdorganisation från 6 besök/år till 15–20 besök/år (6).

Inom gruppen mångbesökare brukar det finnas fler kvinnor och äldre patienter, men samma mönster gäller om man tittar på hela gruppen patienter som söker sjukvård (7). Patienter med kroniska, somatiska sjukdomar är också överrepresenterade bland gruppen mångbesökare (4), liksom de med psykisk sjukdom och med social problematik (2,5,8). Somatisering är vanligt i gruppen mångbesökare, vilket innebär manifestering av psykiska besvär som oro, stress och ångest som fysiska symtom, till exempel i form av värk. Ofta föreligger kombinationer av fysisk, psykisk och social problematik (6,9,10). Vidare får gruppen mångbesökare fler mediciner förskrivna och blir oftare remitterade vidare till sjukhusspecialister (11,12). Därmed erhåller gruppen mångbesökare inom primärvården även större resurser inom specialistvården (13). Gruppen med mångbesökare har också en högre skadefrekvens jämfört med den övriga populationen, även efter justering för deras kroniska sjuklighet (14). Tidigare studier har också visat högre förskrivning av antibiotika hos gruppen mångbesökare (11).

En annan aspekt är gruppen mångbesökares upplevelse av sin egen hälsa och den erhållna vården. Det är patienternas upplevelse av sin hälsa snarare än eventuellt föreliggande sjukdom som styr om han/hon söker vård (15). Gruppen mångbesökare rapporterar en upplevd lägre fysisk och mental hälsa (3,4,16), vilket kan vara en del i förklaringen till varför de söker vård i större utsträckning.

Vi lever och arbetar i en verklighet där sjukvårdsresurserna aldrig verkar motsvara behovet av sjukvård, att få ner kostnader och ”onödiga” besök känns därför tilltalande. Distriktsläkare har beräknat att upp till 20 % av besöken är ”onödiga” (17). Det är lätt att dra slutsatsen att de som söker ofta, tillhör gruppen ”onödiga” besök. Det finns flera anledningar till att gruppen mångbesökare är intressant att titta närmare på, till exempel är en stor del av gruppen mångbesökare bara mångbesökare under en kortare period av livet (18). Endast en av sju patienter, som är mångbesökare under ett år, fortsätter vara mångbesökare efter det året (19). Detta ställer höga krav på tidig identifikation och snabba åtgärder, om man vill minska resursåtgång och kostnader för dessa patienter som är temporära mångbesökare.

Studier har visat att de höga kostnaderna som gruppen mångbesökare bidrar till, inom både primärvård och specialistvård, endast till en liten del kan förklaras av deras kroniska sjuklighet, sociala problematik och den aktuella vårdgivaren (13). Vi ville därför med denna studie kartlägga gruppen mångbesökare på Vårdcentralen Vilan för att kunna ta ställning till om det finns tid och resurser att spara in på denna grupp samt för att öka förståelsen för att förbättra omhändertagandet av dessa patienter.

Gruppen mångbesökares problematik kräver ofta att man inte bara fokuserar på symtomen och eventuell sjukdom, utan också att man lyssnar på patientens historia och förstår deras sammanhang (20, 21). Detta kräver tid och ligger ibland också utanför den kunskapssfär, där man som läkare känner sig trygg. Ofta upplever vårdgivare frustration och känslor av otillräcklighet kring dessa patienter; att man inte når fram eller att man ”misslyckas” i sina försök att ge lindring och bot. Detta gäller kanske särskilt när patienten själv inte alltid ser kopplingarna mellan symtom, psykiskt mående och socialt sammanhang. Denna situation ställer höga krav på behandlaren både i fråga om tidsåtgång och pedagogiska förmåga. Det är också lätt att känna sig ensam som läkare i sitt arbete med dessa patienter, eftersom deras problematik är så komplex och ofta kräver kompetenser utanför läkarens område. Gruppen mångbesökare är därför intressanta att studera närmare, inte bara i syfte att effektivisera och spara på vårdens resurser, utan också för att öka vår förståelse för dem som personer. En ökad förståelse ökar möjligheterna till att ge adekvat vård som ger hälsa och välbefinnande.

Syfte

Syftet med detta arbete är att identifiera och kartlägga gruppen mångbesökare på Vårdcentralen Vilan under ett år, för att se hur denna grupp skiljer sig från vårdcentralens besökare i allmänhet. På sikt är förhoppningen att denna kunskap kan användas för att öka förståelsen för och förbättra omhändertagandet av dessa patienter.

Frågeställningar

Denna rapport har som mål att försöka besvara följande frågeställningar:

- Hur stor del av den totala sökande befolkningen är mångbesökare på Vårdcentralen Vilan och hur många läkarbesök gör de?
- Hur ser fördelningen ut vad gäller kön och ålder hos gruppen mångbesökare jämfört med hela gruppen patienter som sökt läkare under den aktuella perioden?
- Vilka diagnoser har gruppen mångbesökare och hur skiljer sig detta från hela gruppen patienter som sökt läkare på vårdcentralen?
- Hur ser förskrivningen ut bland gruppen mångbesökare, särskilt vad gäller antibiotika och beroendeframkallande mediciner och skiljer detta sig på något sätt från hela gruppen patienter som sökt läkare på vårdcentralen?

Metod

Studiedesign

Projektet genomfördes som en retrospektiv tvärsnittsstudie, genom att plocka ut data från patientjournalerna till de patienter som varit på läkarbesök på Vårdcentralen Vilan i Skara mellan 1maj 2015 till och med 30 april 2016.

Urval

Alla besök till läkare, både akuta och planerade besök på vårdcentralen samt hembesök, plockades fram ur datajournalen under den aktuella tidsperioden. Mångbesökare definieras i denna studie som de patienter som har sökt läkare på vårdcentralen fem gånger eller mer under den aktuella perioden. Alla åldrar inkluderades i studien. Läkarbesöken på barnavårdscentralen, som ingår i den förebyggande hälsovården för barn, ingick dock inte i studien. Besök på jourcentral samt besök utförda av patienter utan fullständigt personnummer inkluderades inte heller de i studien.

Vid början av den aktuella perioden hade Vårdcentralen Vilan 7 785 listade och vid slutet av perioden 8 722 listade patienter. Vid statistiska beräkningar där listat antal patienter har använts, har den högre siffran i slutet av tidsperioden använts.

Som ett mått på sjuklighet valde vi att titta på kroniska sjukdomar som är vanliga på primärvårdsnivå. De utvalda kroniska sjukdomarna registrerades enligt den internationella sjukdomsklassifikationen, ICD, utgiven av WHO och inkluderade hypertoni (ICD I10-19), ischemisk hjärtsjukdom (ICD I20-29), förmaksflimmer/fladder (ICD I48), hjärtsvikt (ICD I50-59) och cerebrovaskulär sjukdom (ICD I60-69), diabetes mellitus (ICD E10-19) samt kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL/astma (ICD J4-). Kronisk värkproblematik inkluderades i form av alla diagnoser under ICD kapitel M (muskuloskeletala besvär) samt ICD R52 (smärta). Psykiatrisk sjukdom inkluderade alla diagnoser inom ICD kapitel F.

Vid analysen har patienterna delats in i 10 års intervaller. Medicinföreskrivningen studerades via ATC (Anatomic Therapeutic Chemical classification system) koder och inkluderade följande läkemedelsgrupper: antibiotika (ATC J01), opioider (ATC N02A), bensodiazepiner (ATC N05BA) och bensodiazepinbesläktade sömnläkemedel (ATC N05CF).

Datainsamling och analys

Datainsamlingen utfördes genom att ett så kallat perlscript läste in datafilerna från journalsystemet ProfDoc Journal III och utifrån detta sammanställdes information i form av en fil med listor uppdelade på personnummer med typ av besök/kontakt, datum för besök, registrerade diagnoser (ICD-10) samt medicinföreskrivning utifrån ATC kod för den aktuella perioden. Dessa filer analyserades oidentifierat i Excel.

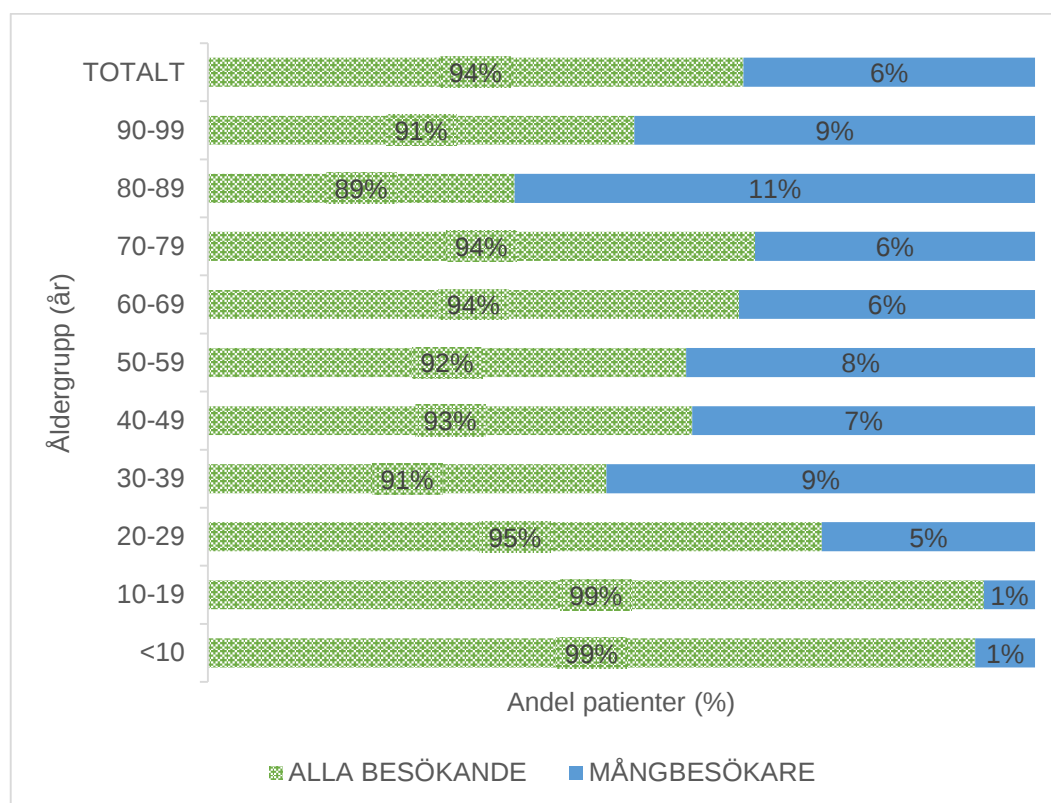
Etiska överväganden

Bearbetningen av data har skett via personnummer men inga namn eller för den bearbetningsansvarige identifierbara fakta, är kopplade till personnumren. Inget intrång har gjorts i specifika patientjournaler och det fanns i materialet ingen information kopplade till individuella läkare. Risken för att personer ska uppleva den personliga integriteten som kränkt bedöms därmed som mycket låg, i relation till den nytta en ökad kunskap i ämnet skulle ge patienter och vårdpersonal.

Resultat

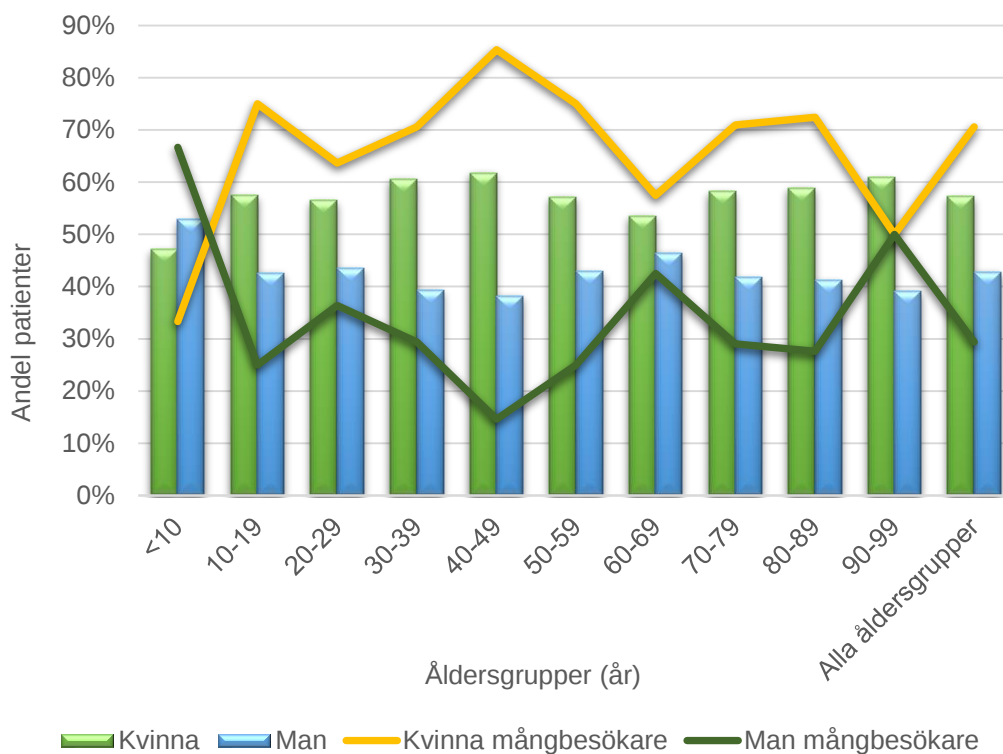
Läkarbesök

Under perioden 1 maj 2015 och 30 april 2016 var det totalt 4 112 patienter som besökte läkare (gruppen alla besökande), vilket motsvarade 47 % av vårdcentralens listade patienter. Av dessa var det 262 patienter som besökte läkare 5 eller fler gånger under året och därmed definierades som mångbesökare. Denna grupp motsvarade 6 % av alla patienter som var på läkarbesök och 3 % av alla listade patienter. Gruppen mångbesökare har varit på 1 620 läkarbesök. Totalt antal läkarbesök under den aktuella perioden var 8 129 läkarbesök, vilket innebär att gruppen mångbesökare stod för 20 % av läkarbesöken.



Figur 1. Andel mångbesökare i förhållande till alla patienter som besökt läkare, på Vårdcentralen Vilan under ett år.

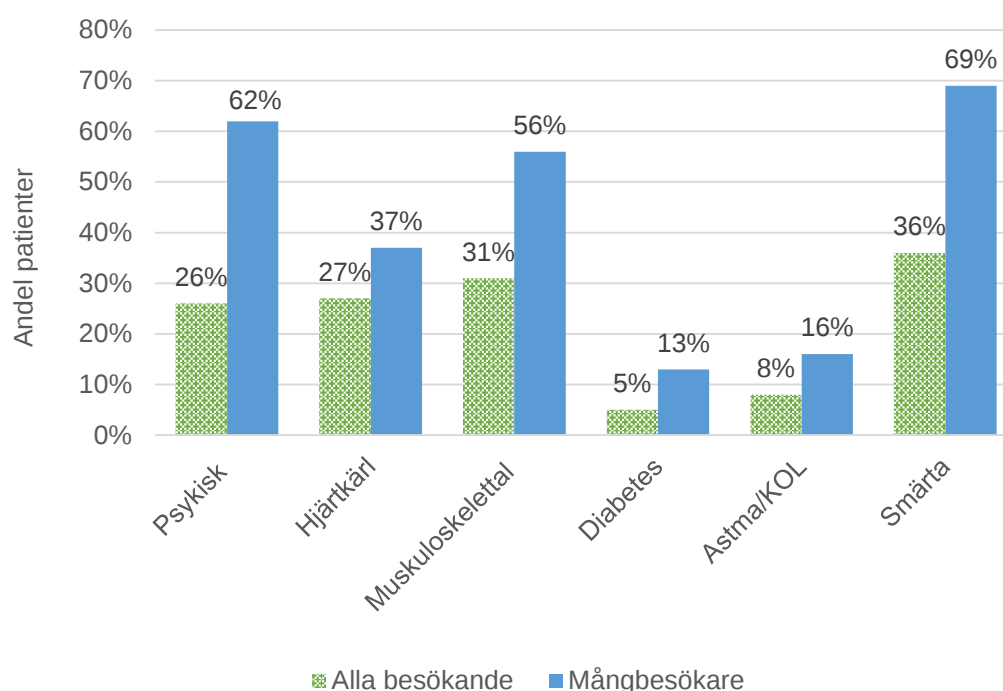
Medelåldern på alla de patienter som varit på läkarbesök var 48 år och medianåldern 50 år, motsvarande siffror hos gruppen mångbesökare var något högre på 55 respektive 54 år. Den åldersgrupp som innehöll flest personer i båda grupperna var åldersgruppen 50–59 år och de stod därmed för den största andelen läkarbesök. Störst andel mångbesökare i förhållande till totala antalet individer på vårdcentralen i gruppen fanns i gruppen 80–89 åringar (11 %), se figur 1. Näst störst andel mångbesökare fanns i åldersgruppen 90–99 åringar samt i åldersgruppen 30–39 åringar, där 9 % av patienterna var mångbesökare, figur 1. Det var endast 12 individer, som hade 10 eller fler läkarbesök under perioden, av dessa var 4 män och resten kvinnor. Deras medelålder låg på 63 år, det vill säga lite högre än resterande i gruppen mångbesökare.



Figur 2. Könsfördelningen av alla patienter som besökt läkare på Vårdcentralen Vilan uppdelat i åldersgrupper samt specifikt för gruppen mångbesökare.

Av patienter som var på läkarbesök under perioden så var 57 % kvinnor och de stod för 61 % av alla läkarbesök. I gruppen mångbesökare var 71 % kvinnor och de stod för 70 % av alla läkarbesök gjorda av gruppen, se figur 2. Vad gäller könsfördelningen i gruppen mångbesökare för åldersgrupperna upp till 20 år samt 90–99 år, så var få individer i dessa grupper (7 respektive 6).

Diagnoser



Figur 3. Andel patienter på Vårdcentralen Vilan som erhållit diagnos ur respektive diagnosgrupp uppdelat på gruppen mångbesökare samt alla patienter som besökt läkare under ett år.

Under perioden hade 7 183 individer fått minst en diagnos satt. Diagnosen hade inte alltid journalförts i samband med ett läkarbesök, utan kan ha satts av läkare i samband med telefonsamtal, receptförskrivning med mera. I figur 3 ses alla de utvalda diagnosgrupperna, som alla var vanligare i gruppen mångbesökare. Som visas i tabell 1 så fanns det stora likheter mellan grupperna, vad gäller vilka diagnoser som är vanligas inom varje diagnosgrupp. Dock var hjärtsvikt vanligare i gruppen mångbesökare än kronisk ischemisk hjärtsjukdom.

Tabell 1. De vanligaste diagnoserna inom respektive diagnosgrupp uppdelat i gruppen mångbesökare samt alla patienter som besökt läkare på Vårdcentralen Vilan.

Diagnosgrupp	Mångbesökare	Andel %	Alla besökande	Andel %
Psykisk sjukdom <i>ICD-10 kap F</i>	Sömnstörning (F51)	27	Ångestillstånd (F41)	9
	Ångestillstånd (F41)	26	Sömnstörning (F51)	9
	Depression (F 32)	25	Depression (F32)	9
Hjärtkärlsjukdom <i>ICD-10 kap I</i>	Hypertoni (I10)	24	Hypertoni (I10)	18
	Förmaksflimmer/fladder (I48)	6	Förmaksflimmer/fladder (I 48)	3
	Hjärtsvikt (I50)	5	Kronisk ischemisk hjärtsjukdom (I20)	3
Muskuloskelettal sjukdom <i>ICD-10 kap M</i>	Artros (M15-19)	13	Ryggvärk (M54)	7
	Ryggvärk (M54)	13	Artros (M15-19)	6
	Ledvärk (M23)	10	Ledvärk (M23)	0,4
Astma/KOL <i>ICD-10 kap J</i>	Astma (J45)	13	Astma (J45)	6
	KOL (J44)	5	KOL (J44)	2

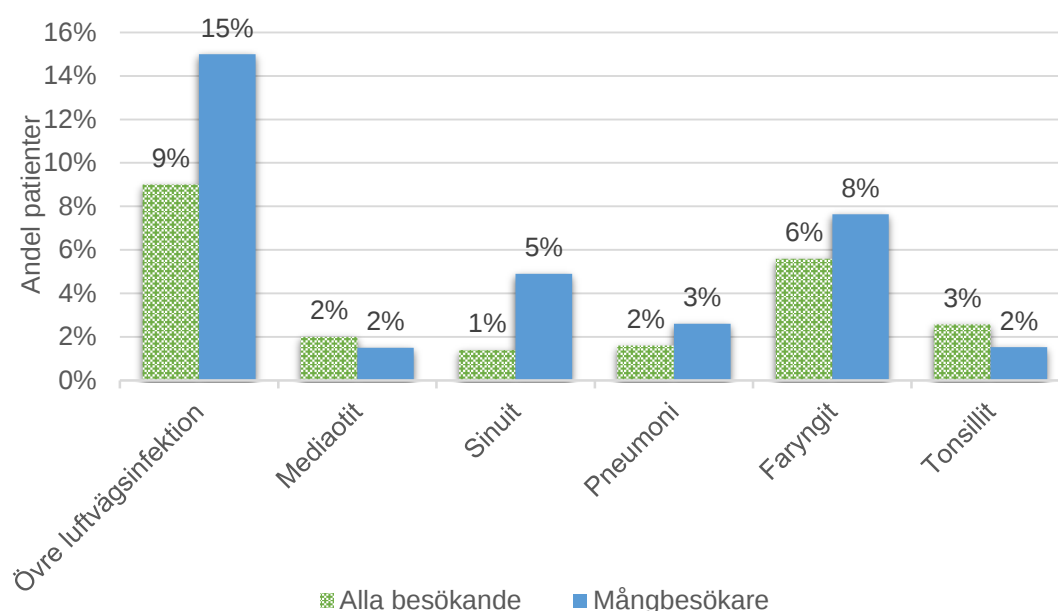
Tabell 2. Samsjuklighet i gruppen mångbesökare på Vårdcentralen Vilan, antal diagnoser ur ICD kapitel för respektive sjukdomsgrupp (diabetes mellitus, psykisk sjukdom, hjärtsjukdom, astma/KOL, muskuloskeletal sjukdom samt ospecifik värk) samt antal patienter och medelåldern inom gruppen.

	Diabetes	Psykisk	Hjärtkärl	Astma/ KOL	Muskulo skeletal	Ospecifik värk	Antal patienter	Medel- ålder
Diabetes	37	27	34	12	43	24	33	64
Psykisk	19	297	72	98	159	109	162	53
Hjärtkärl	27	72	156	24	106	72	96	67
Astma/ KOL	9	41	28	47	49	33	42	59
Muskulo skeletal	22	162	88	94	257	110	147	54
Ospecifik värk	26	198	116	139	206	181	181	57

 Flest antal satta diagnoskoder ur annat kapitel

 Antal satta diagnoskoder ur samma kapitel

Om man jämför diagnosgrupperna för gruppen mångbesökare så hade alla störst samsjuklighet med muskuloskeletal sjukdom (ICD kap M), se tabell 2. Gruppen mångbesökare med diagnos muskuloskeletal sjukdom hade flest övriga diagnoser från ICD kapitlet F psykiatrisk sjukdom. En och samma patient kan ha fått flera ICD koder satta ur samma diagnosgrupp. Till exempel har 33 patienter med diabetes som har fått sammanlagt 37 diagnoser ur detta kapitel. I dessa fall kan patienter fått diagnosen diabetes mellitus typ 2 med och utan komplikationer, varje enskild diagnos är dock bara räknad en gång.



Figur 4. Andel patienter på Vårdcentralen Vilan som fått diagnos för infektionssjukdom inom gruppen mångbesökare respektive gruppen alla som besökt läkare, under ett år.

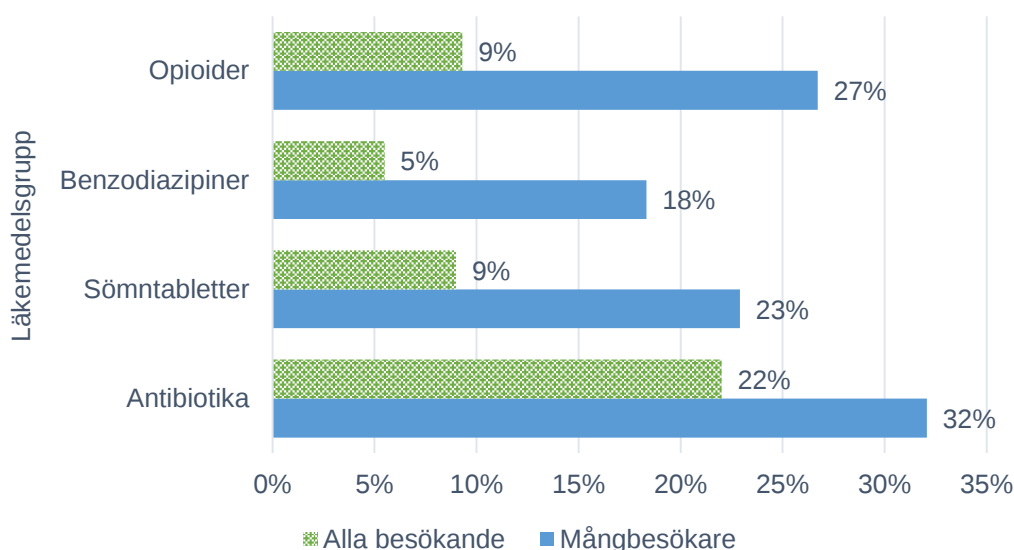
Tabell 3. Antal diagnoskoder för olika infektioner inom gruppen mångbesökare med kronisk sjukdom på Vårdcentralen Vilan, under ett år.

	Faryngit	Tonsillit	Akut övre luftvägsinfektion	Pneumoni	Akut nedre luftvägsinfektion
Hjärtkärlsjukdom	10	2	15	3	5
Astma/KOL	6	0	10	1	4
Diabetes	4	1	4	1	4
Totalt i gruppen mångbesökare	20	4	40	7	20
Andel hos gruppen mångbesökare med kronisk sjukdom	100 %	75 %	73 %	71 %	65 %

Det var en större andel patienter inom gruppen mångbesökare som diagnostiserats med övre luftvägsinfektion, sinuit, pneumoni och faryngit än inom gruppen alla besökande, se figur 4. Det motsatta gällde för akut mediaotit och tonsillit, men dessa diagnoser var också mest satta på personer under 20 år. I gruppen mångbesökare fanns endast 7 individer under 20 år. Som man kan se i tabell 3 så var det framför allt mångbesökare med kronisk sjukdom som fått infektionsdiagnoser satta.

Förskrivning

Under den aktuella perioden fick 4 421 patienter vid Vårdcentralen Vilan ett recept förskrivet. Av de 4 112 individer som besökte läkare på vårdcentralen fick 3 082 ett recept förskrivet under perioden, d.v.s. 75 %. Bland gruppen mångbesökare hade 96 % fått förskrivning under perioden.



Figur 5. Andel patienter som fått recept förskrivet inom respektive läkemedelsgrupp uppdelat på gruppen mångbesökare och alla patienter som besökt läkare på Vårdcentralen Vilan under ett år.

Så många som en tredjedel i gruppen mångbesökare fick antibiotikarecept utskrivet under perioden och en nästan lika stor andel har fått opioider av något slag, se figur 5. Även förskrivning av såväl bensodiazepiner som sömntabletter var vanligare inom gruppen mångbesökare jämfört med hela gruppen besökare till vårdcentralen.

Diskussion

Resultatdiskussion

Äldre och kroniskt sjuka

I Sverige träffar den icke kroniskt sjuke patienten allmänläkare i snitt 1,2 gånger per år, medan den kroniskt sjuke patienten träffar allmänläkare 2,1 gånger per år (22). På Vårdcentralen Vilans under det aktuella året besökte de listade patienterna läkare i genomsnitt 0,9 gånger per år, men då är inte besök hos allmänläkare på jourcentral eller barnavårdscentralen inräknade. Om man tittar på den grupp som besökte läkare under perioden så har de i snitt gått 1,9 gånger per år till läkare. Patienterna i gruppen mångbesökare ligger därmed klart över genomsnittet för antal läkarbesök per år med sina fem eller fler läkarbesök. På Vårdcentralen Vilan motsvarar gruppen mångbesökare förväntad andel av den listade populationen (3 %) och de står för en jämförbar andelen besök (20 %), om man jämför med tidigare studier (2,3,11).

Gruppen mångbesökare har en något högre medelålder, vilket framför allt kan bero på att det är så få i gruppen mångbesökare under 20 års ålder. Dock föreligger en skillnad om man tittar till medianåldern. Störst andel mångbesökare finns i gruppen mellan 80–89 år, där 11 % av de besökande patienterna är mångbesökare, och därefter i gruppen 90–99 år, där 9 % är mångbesökare. Mer förvånande är däremot att hela 9 % av 30-åringarna är mångbesökare. En av många anledningar till detta, kan vara att Vårdcentralen Vilan vid den här tiden var kommunens enda välfungerande vårdcentral, varför många patienter med pågående sjukskrivningar listade över sig till Vårdcentralen Vilan för att få en stabil läkarkontakt.

Den här studien har visat att kronisk och psykiatrisk sjukdom samt värkproblematik är vanliga i gruppen mångbesökare vilket stämmer väl med tidigare studier (2,8). Patienter med diabetes, astma och KOL är inte är mångbesökare i så hög grad så hög i denna studie. En förklaring till detta kan vara att under studieperioden hade vårdcentralen inte årsbesök hos läkare för patienter med diabetes, KOL och hypertoni, utan de var på årskontroll hos diabetes- och astma/KOL-sjuksköterska, som vid behov bokade in besök hos läkare. Detta team av sjuksköterska och läkare, som samarbetar, kan vara en trygghet för patienter som vet vart de ska vända sig när de är i behov av vård.

Flera av infektionsdiagnoskoderna var vanligare hos gruppen mångbesökare, den största skillnaden mellan grupperna förelåg för akut övre luftvägsinfektion, det vill säga förkylningsliknande sjukdomar. Detta skulle kunna vara ett tecken på att gruppen mångbesökare har en lägre tröskel för att söka vård för sina symtom. Även sökbenägenheten för sinuit och faryngit, som var vanligare hos gruppen mångbesökare, styrs av besvärsgard i form av bland annat upplevd smärta. En lägre söktröskel kan i sin tur bero på att deras kroniska sjuklighet (KOL, hjärtkärlsjukdom) som gör dem mer benägna att söka vård för sina symtom. Den största delen av vanliga infektionerna inom gruppen mångbesökare drabbade just gruppen mångbesökare med kroniska diagnoser (se tabell 3). En annan tänkbar orsak till högre frekvens av infektionsdiagnoskoder, är att gruppen mångbesökare mer frekventa besök på vårdcentralen leder till en ökad risk att ett besök, oavsett

sökorsak, sammanfaller med en förkylning hos patienten och diagnoskoden på så sätt hamnar som en bidiagnos. Men det faktum att gruppen mångbesökare har fått fler infektionsdiagnoser kan också ses som tecken på en ökad sårbarhet för sjukdom.

Fler kvinnor

Det är tydligt fler kvinnor i gruppen mångbesökare även om kvinnor var vanligare också i gruppen med alla besökande. Mest anmärkningsvärda skillnaden ligger i åldersgruppen 40–49 år där 85 % i gruppen mångbesökare är kvinnor. Varför är kvinnor mer benägna att söka och framför allt att söka ofta?

En studie gjord i Västra Götalandsregionen har tittat på skillnader i kostnader mellan kvinnor och män (7). Kvinnorna står för 37 % högre kostnader än männen inom primärvården, efter att man har justerat för reproduktiv sjukvård och könsspecifik sjukdom. Däremot är skillnaden mindre eller till och med det omvända om man ser till specialiserad vård och inläggande dygn. Männen är alltså sjukare när de söker och skulle kanske behöva söka tidigare, då på primärvårdsnivå, vilket skulle kunna ge en billigare och effektivare vård. Kvinnorna är överrepresenterade inom alla de fyra sjukdomsgrupperna på primärvårdsnivå som enligt studien kostar mest: psykisk sjukdom, hjärtkärlsjukdom, muskuloskeletal sjukdom och cancer (7).

Det har diskuterats en del intressanta teorier till varför kvinnor söker mer sjukvård (7). Dels kan man fundera på om de är "socialiserade" till att söka vård i och med att de tidigt och mer frekvent kommer i kontakt med sjukvård och primärvård i samband med förskaffande av preventivmedel, screening för cancersjukdomar samt mödrhälsovård. Dels har kvinnor fortsatt en lägre socioekonomisk status samt ökad rapporterad stress på arbetet och i hemmet jämfört med män. De är dessutom utsatta för våld i större utsträckning. Det finns därmed flera riskfaktorer för ökad sjuklighet. Möjligen finns en del av orsaken i bilden av de generella könsrollerna, där det är mer accepterat för en kvinna att be om hjälp och vara orolig, medan en man ska vara stark och klara sig själv.

Läkemedelsförskrivning

Gruppen mångbesökare får mer medicin förskrivet än andra, vilket kan förklaras av att de har mer kronisk sjukdom, mer psykisk sjukdom samt värk, av en dignitet som kräver medicinsk behandling. Kan det vara så att det blir många läkarbesök pga. läkemedelsbehandlingen i sig? Det är inte ovanligt med ont i magen bland patienter med inflammationsdämpande läkemedel. En läkemedelsbehandling med opioder kräver på grund av risk för beroendutveckling fler kontroller samt har en biverkningsprofil, som i sig kan leda till läkarbesök på grund av illamående, yrsel, fall, obstipation. Kan förskrivning av läkemedel vara ett sätt för läkaren att känna att de gör något för den mångsökande patienten?

Förskrivningen av antibiotika är också högre i gruppen mångbesökare, vilket stämmer med tidigare studier (11). I gruppen mångbesökare var sinuit, faryngit och pneumoni vanligare än i gruppen alla besökare. Sinuit och faryngit är dock

mer sällan indikation för antibiotikabehandling och pneumoni var endast marginellt vanligare. En ökad antibiotikaföreskrivning skulle kunna stödja en teori om att gruppen mångbesökare är mer sårbara för sjukdom än andra.

Det finns en svensk retrospektiv studie som har visat att gruppen mångbesökare har en sju gånger högre incidens av skador än andra, som inte kunde förklaras av kronisk sjukdom. I studien fick två erfarna allmänläkare bedöma huruvida gruppen mångbesökares sökorsak var medicinskt motiverad, i samma uträkning som hos den resterande sökande populationen och man fann då ingen skillnad mellan grupperna. Istället funderade man kring om den högre psykosociala bördan i gruppen mångbesökarna kan vara en förklaring (10). Efter ett trauma är vården rättmätigt liberal med att eventuella skador ska bedömas av läkare. Även om studien talar emot att gruppen mångbesökare skulle söka i onödan, så säger den ingenting om att de skulle kunna ha en lägre söktröskel jämfört med andra. I den aktuella studien fångade man ju av naturliga skäl inte upp de som inte sökte vård för sina stukningar, sårskador och kontusioner. Man kan också fundera på om patienter som söker mycket på sin vårdcentral söker vårdcentralen i första hand, innan de söker akutmottagning på sjukhus eller jourcentral. Omvänt skulle de som inte är i gruppen mångbesökare i första hand vända sig till jourcentral eller akutmottagning, då att de inte vet vart de ska söka, känner sig otrygga med sin vårdcentral eller hellre söker annan tid på dygnet än kontorstid.

Fokus hälsa istället för sjukdom

Man kan tänka sig att dåligt psykiskt mående tar sig uttryck i kroppsliga symtom, vilket skulle kunna förklara att somatisering är vanligare i gruppen mångbesökare (2,9,10). Detta leder till att gruppen mångbesökare ofta söker med symtom där man inte kan finna någon fysisk bakomliggande sjukdom, vilket tenderar att skapa frustration och stress hos patienten. Risken är stor att onödiga utredningar genomförs för att "lugna" patienten, vilket istället förstärker känslan hos patienten att denne är sjuk. Den upplevda hälsan blir då kanske ännu lägre och oron högre, vilket leder till att man söker ännu mer vård.

En svensk studie gjord av Håkan Bergh har undersökt huruvida tidigare traumatiska livshändelser, ett välfungerande socialt nätverk samt känsla av sammanhang, Sense of Coherence (SOC) är faktorer som påverkar gruppen mångbesökare (5). SOC är ett viktigt begrepp inom salutogenesen, myntad av den israeliske professorn i sociologi Aaron Antonovsky, som behandlar en individs förmåga och resurser att hantera livets lidande och stressorer (23). Känsla av sammanhang bygger på tre faktorer; begriplighet (förmåga att förstå och sätta sig in i ett skeende), hanterbarhet (förmåga att hantera och bemöta olika skeenden) och meningsfullhet (delaktighet, motivation, engagemang). Sammanlagt kan man säga att SOC är resultatet av vårt genetiska arv, det sammanhang vi föds i, vår barndom och uppväxt, våra livserfarenheter och vår sociala kontext. SOC går att mäta med hjälp av enkätinstrument.

Man fann i Berghs studie att det var framför allt SOC som var lägre hos gruppen mångbesökare på ett sätt som inte var beroende av kronisk sjukdom. Deras konklusion blev därför att gruppen mångbesökare har en sämre förmåga att hantera stressorer i livet, vilket leder till ohälsa och till en ökad risk för sjukdom.

Kanske skulle man arbeta ur ett mer salutogent perspektiv kring gruppen mångbesökare i primärvården? Ett dylikt perspektiv innebär att hitta lösningar på problem, identifiera SOC samt biologiska, materiella och psykosociala faktorer som ger styrka att hantera stressorer, och gör det möjligt för människor att ta kontroll över sin hälsa (24). Som läkare är man utbildad att leta efter och utesluta sjukdom, vilket ofta leder till utredningar i form av prover, röntgen, remisser. Detta är kanske ofrånkomligt och nödvändigt. Men hos en patient som återkommer ofta och där sjukdomen är sekundär till stress, psykologiska problem eller kanske en komplicerad socioekonomisk situation, leder detta till fortsatt fokus på sjukdom. Kanske skapar ett traditionellt medicinskt synsätt och därtill bemötande av gruppen mångbesökares problem, en ökad känsla av ohälsa och i förlängningen förnyade kontakter. En lösning skulle kunna vara ett ökat fokus på just hälsa och förmåga samt att öka patientens egna copingstrategier. Kanske ska det då kopplas in andra professioner än just läkaren, som inte nödvändigtvis är har den bästa kompetensen inom detta område, i varje fall inte bara läkare.

Tankar för framtiden

Gruppen mångbesökare är heterogen, där olika åldersgrupper har varierande sjukdomspanoraman och förmodligen också skillnader i socioekonomi. De allra flesta patienter är mångbesökare under en kortare tid (18,19). En anledning till detta kan kanske vara en pågående sjukskrivning, som leder till mer frekventa besök under en begränsad tid. En annan tänkbar orsak är att ett nyinsjuknande i en kronisk sjukdom initialt leder till mer kontakter. Dels på grund av den kroniska sjukdomen i sig med nyinsättningar av mediciner och tätare uppföljningar och utvärderingar, men också på grund av att nyinsjuknandet kan vara ett trauma och ger psykiska symtom i form av oro och nedstämdhet. Vissa andra trauma och stora livshändelser, som tex svåra skilsmässor, plötslig död i familjen, våldsutsatthet och förlust av inkomst, kan också leda till psykisk ohälsa och därmed ökad risk för somatisering, under en begränsad period. Vissa patienter som kommer vara mångbesökare under en kortare tid går kanske att förutse, tex vissa sjukskrivningsfall. Men i de flesta fall är det svårt att förutse vilka i gruppen som kommer fortsätta vara mångbesökare på sikt. Men visst vore det intressant om man kunde ta reda på vilka riskfaktorer som finns för att bli mångbesökare under många år/en livstid? För det är kanske hos dem vi har mest att vinna på en förändring.

Man kan också fundera på om vi ger gruppen mångbesökare rätt typ av vård. Kanske medikaliserar vi deras besvär och överbehandlar dem och är på så sätt med och bidrar till att skapa patienter som är mångbesökare? Kanske ska vi på några av dessa patienter tillämpa ett mer salutogent perspektiv för att främja hälsa och egna copingstrategier, istället för att utesluta sjukdom. För detta krävs dock mer forskning, där man tittar på olika typer av patienter som är mångbesökare.

Metoddiskussion

Då inga enskilda patienters journaler studerades, så är det svår att dra några slutsatser på individnivå utifrån studiens resultat. Resultaten får istället ligga som grund för en diskussion kring gruppen mångbesökare. Studien har begränsningar i att data är tolkade utifrån diagnoskoder respektive ATC koder för läkemedel. En tolkning utifrån diagnoskoder säger ingenting om hur allvarlig sjukdomen är hos individen, endast hur vanligt förekommande den är inom en grupp. Spektrumet av allvarlighetsgrad för en och samma ICD kod kan vara stort. Man måste också ta i beaktande att ersättningssystemet inom primärvården till viss del baseras på de diagnoskoder patienterna erhåller, vilket kan påverka läkare vilken och hur många diagnoskoder som sätts. Vi kan heller inte veta på vilken grund diagnoserna är satta eller hur aktuella de var vid läkarbesöket, kanske hänger de kvar sedan lång tid tillbaka. Vidare kan läkarens val av diagnoskod vid sjukskrivningsärenden, påverkas av Försäkringskassans bedömning av vilka diagnoskoder som ger rätt till sjukpenning. Vad gäller data kring läkemedelsförskrivningen finns det i siffrorna ingen information om mängd förskrivet läkemedel (dygnsdos) eller hur länge läkemedlet har varit förskrivet.

Slutsats

Kartläggningen av gruppen mångbesökare på Vårdcentralen Vilan visar en liten grupp som söker mer vård än andra, som lider av mer kronisk sjukdom, smärtproblematik och psykisk sjukdom. De bakomliggande orsakerna till gruppen mångbesökare många vårdkontakter är flera, inte minst beroende av att gruppen mångbesökare i sig är en heterogen grupp. För att i framtiden kunna ge en bättre och mer effektiv vård behöver man ta hänsyn till dessa skillnader vad gäller ålder, sjukdomspanorama och social kontext.

Referenslista

1. Krakau I. Perception of health and use of health care services in a Swedish primary care district. A ten year's perspective, *Scand J Prim Health*. 1991 Jun;9(2):103-8.
2. Jyvasjarvi S, Keninainen-Kiukaanniemi S, Vaisanen E, Larivaara P, Kivela SL. Frequent attenders in a Finnish health centre; Morbidity and reasons for encounter. *Scand J Prim Health Care*. 1998 Sep;16(3):141-8.
3. Heywood PL, Blackie GC, Cameron IH, Dowell AC. An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. *Fam Pract*. 1998 Jun;15(3):198-204.
4. Vedsted P, Fink P, Toft Sørensen H, Olesen F. Physical, mental, and social factors associated with frequent attendance in Danish General Practice. A population-based cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2004 Aug;59(4):813-23.
5. Berg H, Baigi A, Fridlund B, Marklund B. Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care, *Pub Health*. 2006 Mar;120(3):229-36.
6. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence associations and outcome. *J Psychosom Res*. 1999 Aug;47(2):115-30.
7. Osika Friberg I, Krantz G, Mähtä S, Järbrink K. Sex differences in health care consuming in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scand J of Public Health*. 2016 May;44(3):264-73.
8. Patel S, Kai J, Atha, C, Avery S, Guo B, James M, Malins S, Sampson C, Stubley, Morriss R. Clinical characteristics of persistent frequent attenders in primary care: case-control study, *Fam Pract*. 2015 Dec;32(6):624-30.
9. Jiwa M. Frequent attenders in general practice: an attempt to reduce attendance. *Fam Pract*. 2000 Jun;17(3):248-51.
10. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attenders' profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J Psychosom Res*. 1997 Feb;42(2):157-66.
11. Bergh H, Marklund B. Characteristics of frequent attenders in different age and sex groups in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2003 Sep;21(3):171-7.
12. Neal PD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients 'consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract*. 1998 Jan;48(426):895-8.
13. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Smeets HM, Bosmans JE, Schene, AH, Van Weert HC, ter Riet G. Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent atteneders: a record linkage study between patient data and reimbursements data. *BMC Fam Pract*. 2013 Sep 17;14:138.

14. Bergh H, Baigi A, Marklund B. Consultations for injuries by frequent attenders are found to be medically appropriate from general practitioners' perspective. *Scand J Publ Health*. 2005;33(3):228-32.
15. Banks FR, Keller MD. Symptom experience and health action. *Med Care*. 1971 Nov-Dec;9(6):498-502.
16. Borgquist L, Hansson L, Nettelblad P, Nordström G, Lindelöw G. Perceived health, and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district. *Psychol Med*. 1993 Aug;23(3):763-70.
17. Sihvonen M. Unnecessary visits to health centres as perceived by the staff. *Scand J Prim Health Care*. 1990 Dec;8(4):233-9.
18. Andersson SO, Lynoe N, Hallgren CG, Nilsson M. Is frequent attendance a persistent characteristic of a patient? Repeat studies of attendance pattern at the family practitioner. *Scand J Prim Health Care*. 2004 Jun;22(2):91-4.
19. Smits FT, Brouwer HJ, ter Riet G, Van Weert HC. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Pub Health*. 2009 Jan 24;9:36.
20. Matalon A, Nahmani T, Rabin S, Maoz B, Hart J. A short-term intervention in a multidisciplinary referral clinic for primary care frequent attenders: description of the model, patient characteristics and their use of medical resources. *Fam Pract*. 2002 Jun;19(3):251-6.
21. Wiklund-Gustin L. Struggling on my own: a cognitive perspective on frequent attenders' conception of life and their interaction with the health care system. *Psychiatry J*. 2013;2013:580175.
22. Wikström G. SOU 2016:2 Effektivare Vård.
23. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health; how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1987.
24. Ottawa Charter for Health promotion. WHO, The First International Conference of Health Promotion. 21 Nov 1986.



FoU-centrum Skaraborg
Regionens hus
Stationsgatan 3
541 30 Skövde

Hemsida: www.vgregion.se/fouskaraborg