

Kommunikation på hospital ved hjælp af standardiseret metode

Mogens Ydemann

UDVIKLINGS-ARTIKEL

Operations- og Anæstesiologisk Afdeling Y, Glostrup Hospital

Effektiv og sikker kommunikation er ekstremt vigtig, når man inden for sundhedsvæsenet skal videregive informationer om patienter. Manglende eller dårlig kommunikation er hvert år skyld i mange dødsfald og utilsigtede hændelser [1].

I flyindustrien, der på mange måder er sammenlignelig med sygehusvæsenet, var man blandt de første til at indse dette, hvilket resulterede i udarbejdelse af tjeklister og i en systematisk indrapportering og analyse af utilsigtede hændelser. Selvom der er sket visse tiltag (simulatortræning f.eks.), er området stadig forsømt i sygehusverdenen, og der er grund til at tro, at dette kan have fatale konsekvenser.

I sygehusvæsenet skal flere forskellige faggrupper fungere som team og kommunikere på tværs af afdelinger og forskellige matrikler, hvilket gør sikker

kommunikation ekstremt vigtig [1]. Derfor er sygehusvæsenet nu begyndt at adaptere flyindustriens løsninger [2, 3], og derfor har kommunikation i de seneste år fået stigende prioritet. Allerede på medicinstudiet undervises der i kommunikation bl.a. ved hjælp af øvelser og videooptagelser efterfulgt af evaluering. I den første del af den kliniske basisuddannelse trænes nye læger i kommunikation, teamsamarbejde og overlevering ved simulatortræning. Ligesom flyindustrien bruger tjeklister – f.eks. inden start og landing – er der nu også visse steder indført tjeklister på sygehusene, f.eks. timeout inden operationsstart, samt identifikation, situation, baggrund, analyse og råd (ISBAR) i forbindelse med kommunikation om patienterne. Indrapportering af og læring fra utilsigtede hændelser er efterhånden også adapteret. I 2009 igangsatte man på Hvidovre Hospital projekt Sikker Mundtlig Kommunikation. I rapporten anbefales det, at undervisningen skal være konkret, målrettet og kunne relateres til hverdagen. Undervisning af blandede faggrupper kunne derfor være en udfordring.

Når en patient bliver kritisk syg og evt. får behov for intensiv behandling, fungerer anæstesiaafdelingen ofte som en livline for andre afdelinger. På dette tidspunkt i behandlingen bliver sikker kommunikation helt essentiel. Dels fordi tiden kan være en vigtig faktor, og dels fordi der kan være behov for prioritering, hvis der er flere kritisk syge på samme tid. Hurtig, sikker, struktureret og forudsigelig kommunikation kan i disse tilfælde være helt afgørende, hvis anæstesiologen skal kunne prioritere og udføre sine opgaver bedst muligt [1].

I flere år har en ISBAR/SBAR (ISBAR uden identifikation)-tjekliste været til rådighed (Figur 1). Tjeklisten har vist sig at øge kvaliteten og klarheden af telefonsamtaler og øge personalets kommunikationsegenskaber [4, 5]. Selv om kun de færreste kan påstå, at de ikke har hørt om den før, er det sparsomt, hvor mange der rent faktisk anvender den. Det kan undre, fordi huskelisten ellers skulle gøre samtalen både hurtig, sikker, struktureret og forudsigelig. Derudover viser det sig, at når den først er implementeret, finder personalet den gavnlige [6]. I flere undersøgelser har man desuden påvist, at anvendelsen øger patientsikkerheden og patientsikkerhedsklimaet [6-8].

FIGUR 1

Identifikation, situation, baggrund, analyse og råd (ISBAR)-tjekliste, Region Hovedstaden.

ISBAR-tjekliste		REGION H	
Kommunikation om patientbehandling			
Dato	Kl.		
I - Identifikation			
Sig dit navn, din stilling og din afdeling			
Patientens navn:			
CPR-nr.:	Afdeling:		
S - Situation			
"Jeg ringer fordi" – beskriv:			
BT	/	Puls	RF SAT Tp
B - Baggrund			
Patientens indlæggelsesdiagnose			
Kort resume af forløb:			
A - Analyse			
Giv din vurdering af problemet:			
R - Råd			
Giv eller bed om råd om den videre behandling			
Noter evt. navn på den, du har talt med:			

I dette projekt blev tjeklistens anvendelse undersøgt, og det blev evalueret, om et mindre tiltag (< 15 minutters undervisning) ville kunne øge dens anvendelse og i givet fald hvor meget.

METODE

Undersøgelsen blev gennemført på Anæstesiaafdelingen, Glostrup Hospital, i slutningen af 2010. I en periode på to uger registrerede vi telefonopkald, der omhandlede anmodning om tilsyn eller om indlæggelse på intensivafdelingen, fra læger på to medicinske afdelinger og en neurologisk afdeling. Vi registrerede, om hovedpunkter og underpunkter i tjeklisten blev oplyst i samtalen, samt om rækkefølgen af hovedpunkterne blev overholdt. Akutkald, der med fordel kunne være meldt som hjertestop, altså opkald, som omhandlede patienter, der f.eks. havde respirationsstop og krævede øjeblikkelig assistance, blev ekskluderet.

Resultatet af undersøgelsen blev fremlagt på lægernes morgenmøder i de forskellige afdelinger, dvs. ikke alle ansatte blev orienteret. Desuden blev der kort fortalt om ISBAR-tjeklisten, og hvorfor den bør anvendes. Fremlæggelsen indeholdt et etminuts udpluk fra videoen »ISBAR – sikker mundtlig kommunikation«. Fremlæggelsen inkl. spørgsmål og diskussion varede mindre end 15 minutter, hvilket var betydeligt kortere end det, man har fundet i tidligere undersøgelser (to dage) [9]. Der blev især lagt vægt på principperne bag huskelisten og den overordnede struktur, ISBAR, ligesom der blev brugt konkrete eksempler fra hverdagen. Detaljerne om patientens værdier blev nedtonet og anbefalet anvendt, når det var relevant. Under fremlæggelsen blev afdelingerne gjort opmærksomme på, at undersøgelsen ville blive gentaget »engang i fremtiden«. Selv om alle afdelinger havde tjeklister i forvejen, blev der igen udleveret blokke med tjeklister. Ca. fem uger efter undervisningen gentog vi undersøgelsen på præcis samme måde.

Alle lægerne på anæstesiaafdelingen blev undervist to gange i registreringen inden første runde og endnu en gang inden anden runde. Der blev udleveret lommehuskekort til alle, og hver enkelt læge blev individuelt instrueret i registreringen inden første vagt. Registreringsskemaer og huskesedler blev vedhæftet for-, mellem- og bagvagtssøgerne. Desuden blev der opsat informationsmateriale på alle vagtværelserne. Der blev registreret, hvilke hovedpunkter og underpunkter der blev oplyst, og om oplysningerne blev givet i den rigtige rækkefølge (hovedpunkterne). Skemaerne blev løbende indsamlet, og udfyldelsen blev kontrolleret og registreret. Data blev analyseret med binomial regression (SAS Institute Inc. (2009). SAS 9.2, SAS Institute Inc.: Cary, NC).



Cockpit i redningshelikopter M-507, Merlin EH-101, over Limfjorden.

RESULTATER

Nitten og 14 samtaler blev registreret i hhv. første og anden runde. De samlede resultater fremgår af **Figur 2**.

Initialt oplyste under halvdelen af lægerne underpunkterne i identifikation og baggrund, når de ringede. Under 30% oplyste underpunkterne i situation, og kun lidt over 40% oplyste om analyse og råd. Rækkefølgen blev overholdt i lidt over 30% af samtalerne.

I anden undersøgelsesrunde (efter undervisningen) registrerede vi en stor forbedring på næsten alle punkter. I flere tilfælde blev oplysningerne om nogle af punkterne mere end fordoblet. Undervisningen øgede altså anvendelsen markant og i flere tilfælde signifikant, specielt i forhold til identifikation ($p < 0,0001$), baggrund ($p = 0,0004$), analyse ($p = 0,0086$) og råd ($p = 0,0909$). Generelt steg den gennemsnitlige samlede anvendelse fra lidt over 30% til næsten 60% ($p < 0,0001$). Det skal særligt bemærkes, at de nedprioriterede vitalparametre udgjorde en stor del af den manglende anvendelse (situation: $p = 0,76$). Rent faktisk fortalte over 90% i anden undersøgelsesrunde, hvorfor de ringede.

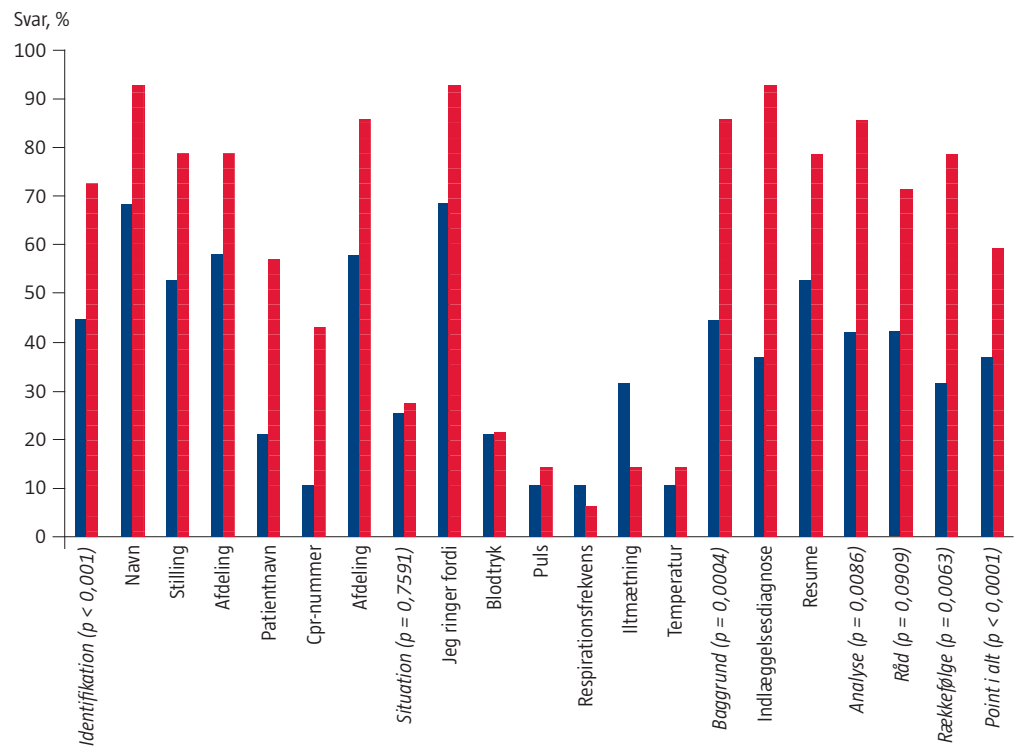
Anvendelsen af tjeklisten blev overordnet markant forbedret og især de overordnede principper skal fremhæves, idet angivelsen af informationerne i den rigtige rækkefølge blev mere end fordoblet til næsten 80% ($p = 0,0063$), selv om ikke alle var undervist i brugen.

DISKUSSION

ISBAR-tjeklisten blev ved projektstart kun anvendt sparsomt, men undervisningen øgede anvendelsen signifikant. Oplysningerne i situationen, der omhandlede specifikke værdier hos patienten (blodtryk osv.), var de eneste, som ikke blev forbedret ($p = 0,7591$). I den forbindelse skal det nævnes, at anvendelsen af disse kun blev anbefalet, hvis det var relevant.

FIGUR 2

Figuren angiver i procent, hvor store andele der af sig selv fortalte de respektive oplysninger om patienten, hhv. før og efter projektet. Hovedpunkter står i kursiv og er et gennemsnit af de respektive underpunkter. Point i alt er et samlet gennemsnit af alle punkterne.



■ Før
■ Efter

Man kunne forestille sig, at visheden om, at man i fremtiden ville blive undersøgt igen, ville øge brugen. Men da undersøgelsen var anonym, har det næppe haft nogen væsentlig betydning. Der foregik ikke os bekendt andre kommunikationstiltag på hospitalet i samme periode. Alle opkald blev registreret, og antallet af opkald stemte godt overens med det vanlige niveau, da eksterne opkald blev ekskluderet.

Tjeklisten tvinger folk til at tænke, før de ringer, og selv analysere situationen. I anden undersøgelsesrunde fortalte næsten alle, hvorfor de ringede. Initialt var der modstand og tilbageholdenhed i forhold til undervisningen, og nogle gav udtryk for, at tjeklisten var tåbelig og ikke relevant for dem. Dette var en forudset situation, og tilbageholdenhed med anvendelse af tjeklisten er en kendt problematik [10]. I flere tilfælde måtte vi anmode om, at bemærkninger om og kritik af metoden blev gemt til sidst i undervisningen. Kritikken var i alle tilfælde markant reduceret eller helt fjernet efter undervisningen, muligvis fordi denne var kort og præcis og indeholdt konkrete eksempler, der var direkte relateret til hverdagen. Det til trods var det altså muligt med meget få midler at ændre brugen af ISBAR-tjeklisten og øge anvendelsen signifikant. Dette er særlig relevant i en tid med begrænsede resurser.

Svagheder ved studiet: Opfølgning ud over de fem uger blev ikke gennemført pga. stor udskiftning af læger på de forskellige afdelinger, men ville bestemt være relevant. Undersøgelsen blev gennemført som et udviklings- og kvalitetssikringsprojekt, hvorfor det var uden blinding og kontrolgruppe; bias kan derfor ikke udelukkes. Blinding og kontrolgruppe ville have krævet et helt anderledes og meget større *set-up*, hvorfor undersøgelsen blev gennemført som et før/efterinterventionsstudie. Fremtidige større randomiserede multicenterstudier vil kunne vise, hvor begrænsede resurser der skal anvendes for at indføre tjeklister, og om effekten holder på lang sigt (år).

KONKLUSION

Kortvarig, konkret og målrettet undervisning (< 15 minutter) med fokus på forståelsen af, hvorfor ISBAR-tjeklisten skal bruges i hverdagen, øgede dens anvendelse signifikant hos læger på tre forskellige afdelinger.

KORRESPONDANCE: Mogens Ydemann, Operations- og Anæstesiologisk Afdeling Y, Glostrup Hospital, Nordre Ringvej 57, 2600 Glostrup.
E-mail: uff@ydemann.dk

ANTAGET: 16. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 27. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

TAKSIGELSE: Karsten Skovgaard Olsen, Operations- og Anæstesiologisk Afdeling Y, Glostrup Hospital, takkes for kritisk gennemlæsning.

LITTERATUR

1. Dunsford J. Structured communication: improving patient safety with SBAR. *Nurs Womens Health* 2009;13:384-90.
2. d'Agincourt-Canning LG, Kisson N, Singal M et al. Culture, communication and safety: lessons from the airline industry. *Indian J Pediatr* 2011;78:703-8.
3. Donahue M, Miller M, Smith L et al. A leadership initiative to improve communication and enhance safety. *Am J Med Qual* 2011;26:206-11.
4. Kesten KS. Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *J Nurs Educ* 2011;50:79-87.
5. Marshall S, Harrison J, Flanagan B. The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication. *Qual Saf Health Care* 2009;18:137-40.
6. Velji K, Baker GR, Fancott C et al. Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthc Q* 2008;11:72-9.
7. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *J Healthc Qual* 2009;31:19-28.
8. Boaro N, Fancott C, Baker R et al. Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *J Interprof Care* 2010;24:111-4.
9. Thomas CM, Bertram E, Johnson D. The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educ* 2009;34:176-80.
10. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:167-75.

Statiner ved akut koronart syndrom – en gennemgang af et Cochranereview

Jesper James Linde & Gorm Boje Jensen

Det er veldokumenteret, at statiner (3-hydroxy-3-metylglutaryl-koenzym A-reduktasehæmmere) både som primær og sekundær profylakse reducerer kardiovaskulær mortalitet og morbiditet [1-3]. Evidensen for den forebyggende effekt af statin efter akut koronart syndrom (AKS) (ST-elevations-myokardieinfarkt, non-ST-elevations-infarkt og ustabil angina pectoris) bygger hovedsagelig på studier med påbegyndelse af statinbehandling ≥ 3 måneder efter AKS-debut. I flere studier indikeres det dog, at statiner ud over den lipidsænkende egenskab besidder positive pleiotrope egenskaber såsom at bevirke plaquestabilisering ved forbedring af endotelial dysfunktion, reduktion af blodpladeaggregation og reduktion af karinflammation [4, 5].

Statiner kan derfor potentielt reducere tidlige kardiovaskulære hændelser efter AKS. Tidlig administration af statin ved AKS er allerede forankret i såvel europæiske som amerikanske kliniske retningslinjer og er klasse 1-rekommandation med hhv. evidensniveau A i amerikanske kliniske retningslinjer og evidensniveau B i europæiske kliniske retningslinjer (Tabel 1). Det er dog siden blevet anført, at den nuværende evidens er utilstrækkelig til at forsvare en klasse 1-rekommandation [6], og da man i to metaanalyser har fundet divergerende resultater på hårde endepunkter som mortalitet og kardiovaskulære hændelser [7, 8], er der for nylig udgivet et Cochranereview [9], hvor hensigten var at opdatere den eksisterende viden om effekten af tidlig administration af statin ved AKS.

Det er denne artikels formål at gennemgå og perspektivere dette review.

METODE

I reviewet inkluderede man randomiserede kontrollerede studier, hvor tidlig administration (< 14 dage efter AKS-debut) af statin blev sammenlignet med matchende placebo eller ingen tidlig behandling. Det primære kombinerede effektmål bestod af: myokardieinfarkt, apopleksi og død. De sekundære effektmål var: død, kardiovaskulær død, fatal og ikkefatal myokardieinfarkt eller reinfarkt, fatal og ikkefatal apopleksi, revaskularisering, ustabil angina, akut hjertesvigt og livskvalitet. Bivirkninger i form af rabdomyolyse, myopati (kreatininkinaseniveau > 10 gange øvre normalgrænse) og leverpåvirkning (alaninaminotransferase > 3 gange øvre normalgrænse) blev ligeledes opgjort. De kliniske effektmål blev opgjort efter én, fire og 12 måneder. Forfatterne vurderede også hvert studies metodologiske kvalitet mhp. en sensitivitetanalyse.



EVIDENSBASERET MEDICIN

Kardiologisk Sektion,
Medicinsk Enhed,
Hvidovre Hospital

Tidlig administration af statin ved akut koronart syndrom er forankret i både amerikanske og europæiske kliniske retningslinjer, men hvor stærk er evidensen for dette? Effekten på hårde kliniske endepunkter som død, myokardieinfarkt og apopleksi er diskutabel.