

Gode erfaringer med patientudløst nødkald til læge på hospital

Mette Mejlby Hansen¹, Birgith Hasselkvist², Sofie Thordal², Erik Riiskjær³ & Jens Kelsen^{1,2}

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

Forskningsenheden,
Regionshospitalet
Randers Medicinsk
Afdeling, Regions-
hospitalet Randers
CFK – Folkesundhed og
Kvalitetsudvikling,
Regionshuset Aarhus

Ugeskr Læger
2014;176:V04140235

Der er fokus på patientinddragelse i det danske sundhedsvæsen, hvor patienters og pårørendes resurser skal inddrages aktivt i patienternes behandling og sikkerhed. Patientinddragelse anses som en væsentlig forudsætning for at sikre udvikling og kvalitet i en behandling, der er i overensstemmelse med patienternes behov og værdier [1, 2].

Ifølge en ny dansk undersøgelse understøttes patientinddragelse af mere end ni ud af ti sygeplejersker og læger, som mener, at det i høj eller nogen grad kan øge kvaliteten af behandling og pleje [1]. Patientinddragelse, hvor patienten tilskyndes til at være en aktiv samarbejdspartner, kan være forbundet med barrierer, der i hovedtræk kan deles op i: 1) patientrelaterede barrierer, der kan sammenfattes i generel helbredsstatus og komorbiditet, som f.eks. svækket kognitiv funktion, 2) patient-personale-relation, hvor patienten er bekymret for at blive stemplet som en »besværlig patient« og 3) organisatoriske rammer, herunder manglende tid. Hvis patienterne oplever, at klinikerens tid er begrænset pga. arbejdspress eller personalemangel, er de mere tilbageholdende med at involvere sig i egen sikkerhed [1, 2]. Undersøgelser tyder dog på, at patienter generelt er »villige« til at agere, når de animeres til at være aktive omkring deres egen sikkerhed [2]. Patientsikkerhed og patientoplevelt tryghed er imidlertid faktorer, der er vanskelige at måle og lader sig ikke alene opføre i afværge kritiske kliniske hændelser eller fysiologiske parametre [3].

Internationalt er der gjort erfaringer med at inddrage kritisk syge patienter og deres pårørende via etablering af særskilte akutteam. I et studie fik patienter og pårørende mulighed for at tilkalde et mobil akutteam telefonisk uden om de vanlige kliniske kommandoveje. De typisk udløste kald var af ikke-akut karakter og bundede i ufrugtbar kommunikation mellem personale og patient samt uenighed om behandlingsplan, herunder utilstrækkelig smertebehandling [4]. På næsten tilsvarende vis fik patienter og pårørende i et kohortestudie adgang til at tilkalde et særligt akutteam. De hyppigste årsager til kald var relateret til, at »noget bare ikke føles rigtigt«. Side-løbende blev der påvist et fald i mortaliteten. Ordningen medførte ikke en overbelastning af personalet pga. unødige opkald [5].

Formålet med dette studie var dels at belyse, om patientinddragelse via et patientkort til »nødkald af læge« kunne afværge kritiske kliniske hændelser ved tidlig opsporing af kritisk sygdom, og dels om det medførte en øget patientoplevelt tryghed, samt om initiativet er foreneligt med en rationel udnyttelse af hospitalets kliniske resurser og kan iværksættes uden at oprette et særskilt akutteam.

INTERVENTION

Interventionen »patientudløst lægekald« er gennemført på Medicinsk Afdeling og Akutafdelingen, Regionshospitalet Randers, fra den 1. oktober til den 30. november 2013 (Figur 1). Med kortet »nødkald af læge« fulgte rettigheden til at blive vurderet af en læge inden for 30 min uden forudgående vurdering af ansvarshavende sygeplejerske. Kortets ordlyd er udar-

FIGUR 1

Kortet »Nødkald af læge« er udarbejdet af medlemmerne i projektgruppen og er inspireret af blandt andet materiale fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Kortets indhold er diskuteret med lægegruppen på Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers. Kortet er testet på tilfældigt udvalgte patienter og derefter i en afprøvning af selve projektet, der blev iværksat i tre døgn inden det egentlige projekt.





TABEL 1

Patientudløste lægekald med sammenfatning af relevans af og efterfølgende journalaudit på de udløste lægekald.

	Patientkarakteristika			
	mand, 68 år		kvinde, 77 år	mand, 40 år
	kald 1	kald 2		
Forløb inden lægekald	Tilset af læge 12 t. før kald	Vedvarende smerter og manglende handling	Smerter ikke nævnt ved lægenotat 1 t. før lægekald	Manglende handling Blev vurderet af læge dagen før, men ingen behandling iværksat
Årsag til patientudløst lægekald	Inkurable fantomsmerter Udtrykt en uacceptabel ventetid på læge		Smerter	Smerter Udtrykt en uacceptabel ventetid på læge
Direkte konsekvens af patientudløst lægekald	Ordination af morfin	Henvisning til palliativt team	Ordination af morfin Gynækologisk tilsyn	Intensivering af antibiotikabehandling Cystepunktur Ortopædkirurgisk tilsyn
Lægefaglig vurdering af relevans af lægekaldet	Slet ikke relevant	Delvist relevant	Slet ikke relevant	Slet ikke relevant
Sygeplejefaglig vurdering af relevans af lægekaldet	Meget relevant. (opfordrede til at anvende kortet)	Ikke noteret	Delvis relevant	Delvis relevant
Efterfølgende forløb	Udskrevet til eget hjem med tilsyn fra palliativt team		Opereret 16 dage senere for samme smertebillede	Opereret 3 dage senere for udløsende årsag

bejdet af projektgruppen med inspiration af materiale fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Ved formidling af kortets formål til patienten blev personalet instrueret i at holde sig tæt til teksten på kortets forside, og kognitivt svækkede patienter fik placeret kortet på sengebordet, hvor det var synligt for pårørende. Ved patientudløste lægekald var den implicerede sygeplejerske og læge instrueret i at vurdere den faglige kliniske relevans af lægekaldet ud fra et fastlagt skema. For at identificere årsagen, det formodet udløsende problem og den kliniske konsekvens af kaldet blev indlæggelsesforløbet efterfølgende systematisk gennemgået af en sygeplejerske og en speciallæge.

Patienternes vurdering af retigheden er afdækket på baggrund af strukturerede interview med udgangspunkt i et spørgeskema med kategoriserede svarmuligheder og frie kommentarfelder. Opfølgende er der foretaget uddybende semistrukturerede interview med 14 patienter 10-36 dage efter udskrivelsen.

I alt fik 1.050 patienter ud af 1.600 indlagte patienter udleveret et patientkort, hvilket svarer til ca. 3.700 indlæggelsesdøgn. Strukturerede interview er foretaget på udskrivelsestidspunktet, hvor 104 patienter (54 mænd og 50 kvinder, gennemsnitsalder 68 år) blev tilfældigt udvalgt med inklusionskriteriet, at de var i stand til at gennemføre et interview.

LÆRINGSPUNKTER

Inden projektstarten udtrykte lægegruppen bekymring for et muligt stort antal af kald og en belastning

af vagtholdet. At få kortet udleveret til alle og integreret i den daglige rutine viste sig at være vanskeligt. Interventionen medførte ingen belastning af vagtholdet, men efterfølgende har personalet givet udtryk for, at formidling af information om kortet krævede tid og resurser.

To mænd og en kvinde gjorde brug af muligheden for patientudløst lægekald, heraf en patient to gange under samme indlæggelse. Til sammenligning påviste *Odell et al* [4] 12 patientkald (11 kald udløst af pårørende) over et halvt år med 3.300 patienter, der blev overflyttet fra et intensivt afsnit til en stamafdeling. I to tilfælde blev en kritisk klinisk situation afværget.

Resultater fra personalets faglige vurdering af relevans af lægekaldet og den efterfølgende journalaudit er præsenteret i **Tabel 1**. Et fællestræk for de udløste lægekald er smerter. I to tilfælde var smerterne ledsaget af afmagt, hvor patienterne efterlyste lægelig handling for smerterne. Det tredje kald opstod uvarslet, idet smerteproblemet ikke var omtalt i et lægenotat en time forinden. De strukturerede interview synliggjorde, at yderligere to patienter mente, at deres pårørende havde gjort brug af patientudløst lægekald, hvilket ikke var registreret af personalet. På den baggrund synes der at foreligge en underrapportering af det reelle antal patientudløste lægekald. Ordlyden og måden, som kortet i hvert enkelt tilfælde er blevet præsenteret på, kan have påvirket patientens tærskel for at gøre brug af muligheden.

I dette studie er der ikke belæg for, at patientudløst lægekald afværger kritiske kliniske situationer, hvilket kan være betinget af den begrænsede tidsperiode og dermed antallet af inkluderede patienter. Lægekaldene påvirkede dog den kliniske beslutningsproces, f.eks. i form af en intensivering af behandlingen.

I interviewundersøgelsen havde 57 patienter (55%) fået kortet. Af disse angav 33%, at »det er en ekstra tryghed«. Mere end halvdelen af patienterne mente ikke, at kortet gjorde nogen forskel. En interessant observation er, at ingen patienter gav udtryk for utryghed ved at blive medinddraget i egen behandling. Hele 72% oplyste, at de var parate til at udløse et lægekald, hvis de fandt det nødvendigt. Efterfølgende interview viste, at pårørende udtrykte stor tilfredshed med initiativet, og at patienters og pårørendes tilgang til at blive inddraget i patientsikkerhed i høj grad var formet af deres erfaringer fra tidligere indlæggelser. Et fund, som også påpeges af *Doherty & Stavropoulou* [2], hvor patienters villighed til aktivt at deltage i at reducere kliniske fejl var præget af, om de tidligere under en indlæggelse ikke var blevet hørt og derfor var mere tilbøjelige til at involvere sig i en selvbeskyttende adfærd.

KONKLUSION

Det er muligt at indføre patientudløst lægekald på en medicinsk afdeling på et regionshospital, uden at ordningen bruges uhensigtsmæssigt. I det foreliggende pilotstudie fandtes der ikke belæg for, at patientudløst lægekald afværger kritiske kliniske situationer. Set i lyset af det korte tidsperspektiv, vanskelighederne med at udlevere kortet til alle patienter samt et stort klientel af kognitivt svækkede medicinske patienter, er det dog muligt, at patientudløst lægekald kan være et supplement til gængse kliniske scoringssystemer. Patientinddragelse har givet en tredjedel af patienterne en øget tryghedsfølelse under indlæggelse, og næsten tre fjerdedele af de adspurgte erklærede sig parate til at udløse et lægekald. Initiativet har sendt et signal til patienterne om, at man bliver hørt. Desuden synes der at være et potentiale i øget inddragelse af pårørende, som er en uudnyttet resurse.

SUMMARY

Mette Mejlby Hansen, Birgith Hasselkvist, Sofie Thordal, Erik Riiskjær & Jens Kelsen:

Successful patient-activated help call for a doctor during in-hospital stay

Ugeskr Læger 2014;176:V04140235

Department of Medicine, Randers Regional Hospital, conducted a study of patient-activated help call, involving 1,050 patients

with nearly 3,700 days in-hospital stay. Patients were encouraged to bypass traditional clinical hierarchy of communication when they felt, that their concern was not met by the staff. Three help calls were related to the management of pain. In two cases it resulted in a surgical procedure. A survey including 104 patients revealed that one third reported that patient safety was improved by the initiative and nearly three quarters reported that they would be willing to activate the call.

KORRESPONDANCE: *Mette Mejlby Hansen*, Forskningsenheden, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Randers NØ. E-mail: mhanse@rm.dk

ANTAGET: 4. juli 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 29. september 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

TAKSIGELSER: Vi takker personalet på Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers for praktisk udførelse af projektet og *Steffen Kristensen* for bidrag til projektets idegrundlag.

LITTERATUR

1. Freil M, Wandel A, Pedersen L et al. Læger og sygeplejerskers forståelse af patientinddragelse – en spørgeskemaundersøgelse blandt ansatte på hospitaler. København: Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet, 2014.
2. Doherty C, Stavropoulou C. Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 2012;75:257-63.
3. Kristensen S, Mainz J, Bartels P. Measuring patient safety – why and how? *Ugeskr Læger* 2009;171:1674-7.
4. Odell M, Gerber K, Gager M. Call 4 concern: patient and relative activated critical care outreach. *Br J Nurs* 2010;19:1390-5.
5. Gerdik C, Vallish RO, Panni MK et al. Successful implementation of a family and patient activated rapid response team in an adult level 1 trauma center. *Resuscitation* 2010;81:1676-81.