

## Har du taget temperaturen på din patients bekymring i dag?

Inden jeg startede på mit ph.d.-forløb, var jeg sygeplejerske i mere end 10 år, og det har altid slået mig, at selvom vi spørger patienten om hvor ondt han eller hun har på en skala fra 0-10, så giver vi ikke patienterne samme mulighed for at ytre sig om deres opfattelse af den situation de er i. Dette er især tydeligt på det akutte område hvor patienter både skal sorteres, de skal ses og de skal behandles. Den akutte kontakt til sundhedsvæsnet er traditionelt set *ikke* patientinddragende – den er præget af flow og produktion. Hvordan kan vi bygge bro imellem flow og tryk, særlig når vi kommunikerer med en patient, der ikke er tydelig i sin kommunikation (verbalt og nonverbalt), og når denne patient er sårbar, udsat og måske marginaliseret? Hvad hvis patienten præsenterer sig anderledes, end det vi ville have forventet? Og hvad når patienten bekræfter alle vores fordomme om stereotyper? Hvordan kommer disse patienter til orde i en tradition, der er baseret på flow og produktion? Disse tanker dannede baggrund for min afhandling jeg lavede ved Akuttelefonen 1813.

### To historier fra hjemmet

*Du er hjemme med din hustru. Hun er syg og kaster op – det har hun gjort i en times tid og du er i tvivl om hvad der sker og hvad hun har brug for. Det ligner ikke din hustru at blive så forkommen af en simpel maveinfektion og du er bekymret over, at hun har det så dårligt. Du beslutter dig for at ringe til lægevagten. Ved lægevagten taler du med en meget forstående læge, der på baggrund af din fortælling mener, at din hustru nok har fået en maveinfektion – hun kaster jo op. Halvanden time senere ringer du til lægevagten igen – du fortæller en anden læge, at din hustru har det værre og at du ikke længere tør tage ansvaret for hende. Denne læge synes symptomerne lyder bekymrende og sender en ambulance med blå blink. Din hustru indlægges og behandles for en blodprop i hjertet.*

*Hanne er hjertesyg og 81 år. For 15 år siden fik hun en blodprop i hjertet og i den forbindelse også en pacemaker, da hjertet havde det med at slå for langsomt. De sidste mange år har Hanne haft episoder med hjertebanken og hurtig hjerterytme flere gange om året. Så kommer hun typisk ind på hospitalet, får noget medicin og eventuelt et stød gennem hjertet. Det er hamrende ubehageligt at have hjertebanken, synes Hanne og hun får også svært ved at få luft, når hun har et anfald. En søndag eftermiddag mærker Hanne den velkendte hjertebanken og lufthunger. Hun ringer til Akuttelefonen 1813 og fortæller at hun oplever hjertebanken og har åndenød. Sygeplejersken spørger ind til symptomerne og vil umiddelbart ringe efter en ambulance, der kan komme hente Hanne hurtigt. Hanne fortæller, at hun ikke er særlig bekymret, at hun kender symptomerne og behandlingen og at hendes mand vil køre hende til Akutmodtagelsen på Hvidovre Hospital. På hospitalet indlægges Hanne (som hun forventede) med henblik at stabilisere hendes hjerterytme.*

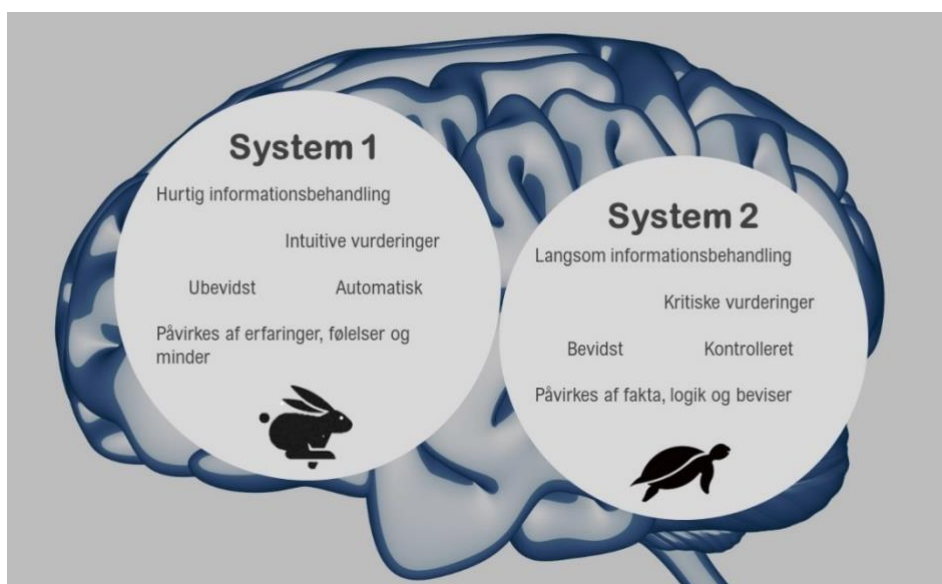
**Hvert år ringer knapt 3 millioner danskere** til lægevagten eller Akuttelefonen 1813 for at få hjælp til et helbreds-mæssigt problem. Heldigvis drejer langt de fleste opkald sig om tilstande der ikke er kræver akut behandling eller er akut livstruende. Det sker imidlertid også at der kommer opkald fra borgere eller pårørende, der er alvorligt syge – dette kan være et begyndende hjerteanfald, en blodprop i hjernen, blindtarmsbetændelse, meningitis osv.

Når en borger tager kontakt til sundhedsvæsenet, og det akutte sundhedsvæsen i særdeleshed, så bundes den kontaktsøgende adfærd først og fremmest i en bekymring. Det er dog aldrig undersøgt hvad denne bekymring bundes i, og om den kan bruges direkte i mødet mellem borger og sundhedsvæsen som en brobygger mellem patientens oplevelse og systemets indtag.

Det kan være svært at forklare i en telefon, hvordan en sygdom eller et symptom føles, når man henvender sig til sundhedssystemet med et akut problem. Telefonkonsultation er specielt udfordrende fordi den sundhedsprofessionelle ikke kan se personen, som hun/han taler med og derfor ikke kan bruge øjne, lugtesans og følesans i vurderingen af patientens behov. Derfor har man flere steder elektroniske beslutningsstøtteredskaber, der kan hjælpe den sundhedsprofessionelle med at træffe beslutninger om, hvilken hjælp borgeren skal tilbydes. Udfordringen med sådanne beslutningsstøtteredskaber er at de sjældent er designet til at inddrage borgerens egen vurdering af symptomerne systematisk. Derfor introducerer vi en ny "bekymringskala".

Med vores forskningsprojekt har vi givet godt 12.000 borgere muligheden for at omsætte deres bekymring over deres symptomer til en nyudviklet "bekymringskala". Vi har efterfølgende analyseret data fra disse borgeres kontakt med sundhedsvæsenet. Her fandt vi at jo mere bekymret borgeren var før de kom igennem til Akuttelefonen 1813 jo mere behandlingskrævende var deres tilstand.

### Den langsomme og den hurtige hjerne?



Figur 1, beslutninger tages i samspil mellem to systemer i hjernen; system 1 og system 2

Det er anerkendt at mennesket træffer beslutninger baseret på rationelle tanker men også på baggrund af mentale genveje og mønstergenkendelse. Nobelprisvinderen Daniel Kahneman har beskrevet disse to processer som to systemer der samarbejder - system 1 og system 2. Man kan sammenligne det lidt med to gæster til en fest. Den ene (system 1) er en festlig og udadvendt person, der er

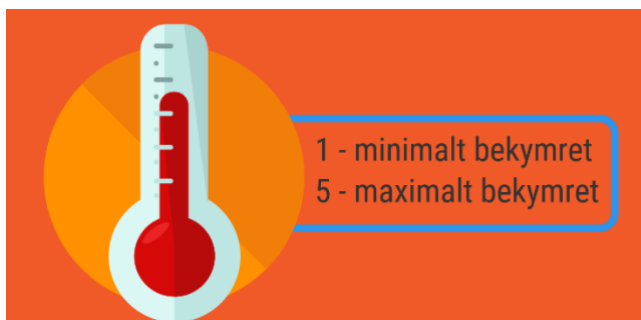
hurtig i replikken – den anden (system 2) er den mere tilbagetrukne person, der overvejer sine svar. Når sundhedsprofessionelle træffer beslutninger, der vedrører patienter, så gør de også brug af disse to systemer. Og det er godt – ellers ville vi blive meget langsomme, men det er de færreste der ved at vi bruger 90% af vores tid i system 1 - system 2 er nemlig dovent. Det vil sige at beslutninger om patienter også træffes på baggrund af intuitive vurderinger, der kan være påvirket af personlige erfaringer, følelser og minder. Det bliver til et problem når et opkald til lægevagten/Akuttelefonen 1813 ikke drejer sig om et tydeligt eksempel på en sygdom, som man finder det i lærebøgerne eller hvis borgeren ikke er så god til at beskrive hvorfor de ringer. De mentale genveje som system 1 benytter sig af, kan nemlig fordreje

fortolkningen af den information den sundhedsprofessionelle opfatter i telefonen, fordi den sundhedsprofessionelle **ubevidst** er påvirket af sine personlige erfaringer og følelser. Vi er med andre ord ikke selv bevidste om, hvornår vi gør brug af uhensigtsmæssige mentale genveje som fordomme og stereotyper.

Derfor skal vi benytte os af klinisk relevant input direkte fra patienten. Det er jo også de færreste læger og sygeplejersker der vurderer en patients smerter udelukkende ud fra det patienten, fortæller med ord. Vi følger som regel op med spørgsmålet; "hvor ondt gør det på en skala fra 0-10, hvor 0 er ingen smerter og 10 er de værst tænkelige smerter?", netop fordi vi anerkender at patientens opfattelse af smerte kan være anderledes end det vi fortolker den til i det kliniske møde.

### Bekymringsstudiet

Formålet med bekymringsstudiet var undersøge om borgerens selv-vurderede bekymring var relateret til indlæggelse. I bekymringsstudiet spurgte vi i løbet af tre uger i 2017 samtlige borgere, der ringede til Akuttefonen 1813 om de ville deltage i et studie omkring bekymringsgrad i forbindelse med akut sygdom. Flere end 12.000 borgere indvilligede til at deltage og blev stillet spørgsmålet "hvor bekymret er du for den situation du ringer ind om på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er minimalt bekymret og 5 er maksimalt bekymret?"



Figur 2, borgere der ringede ind til Akuttefonen 1813 blev spurgt ind til deres bekymringsgrad på en skala fra 1 til 5

inden de kom igennem til lægen eller sygeplejersken. Disse besvarelser kobledes vi til Landspatient Registret for at finde bekymringsgraden for de borgere, der endte med at blive indlagt i 24 timer eller længere. Indlæggelse i 24 timer eller mere var et surrogatmål for alvorlighed af sygdommen, idet der ikke er en klar definition af sygdomsgrad. Efter at have analyseret data fandt vi, at der var en stærk sammenhæng mellem borgerens selv-vurderede bekymringsgrad og akut indlæggelse på hospital indenfor 48 timer efter opkaldet. F.eks. var risikoen for indlæggelse seks gange højere for dem med en høj bekymringsgrad (bekymringsgrad=5) end dem med lav bekymringsgrad (bekymringsgrad=1), og analysen viste at jo mere bekymret borgeren var for den situation han eller hun ringede om, jo større var risikoen for indlæggelse.

"hvor bekymret er du for den situation du ringer ind om på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er minimalt bekymret og 5 er maksimalt bekymret?"

### Patient inddragelse – hvaffor en fisk?!

At spørge ind til folks bekymringsgrad kan ikke i sig selv bruges i den kliniske kontekst, hvis ikke det følges op at spørgsmålet: "hvorfor bekymrer du dig for den situation du ringer ind om til xx?". Det første studie i min ph.d. havde til formål at teste om det overhovedet var muligt for borgerne, der ringede ind til Akuttefonen 1813 at skalere deres bekymring. Vi spurgte 180 borgere, der ringede til Akuttefonen 1813 om deres bekymringsgrad, og det var i langt de fleste tilfælde muligt for borgeren at skalere deres bekymring. Vi fandt også at indholdet af bekymring gik fra; det at søge information, til at man havde brug for et godt råd, til at man havde fornemmelsen af at være i en nødsituation. Yderligere fandt vi, at når

borgeren blev spurgt om hvorfor de var bekymrede til xx, så blev det besvaret med medicinsk relevant information i knapt 40% af samtalerne. Noget af den information der kom frem kunne bruges til at identificere hvori borgerens bekymring lå. I lægevagten og ved Akuttefonen 1813 er vi faktisk ikke ret gode til at spørge ind til borgernes egen opfattelse af deres akutte sygdom. Et studie fra Aarhus viste at i mindre end 2% af samtalerne med lægevagten/akuttefonen blev borgerne inviteret til at dele deres opfattelse af situationen, som de ringede ind om (Vilstrup et al 2019).

### **En mental stopklods**

Vi har altså vist at borgerne der gør brug af Akuttefonen 1813 i høj grad er i stand til at skalere deres bekymring, samt at jo højere bekymringsgrad er, jo højere er risikoen for at blive indlagt. Kan det enkelte spørgsmål om borgerens bekymring bruges som en mental stopklods i de intuitive beslutningsprocesser sundhedsprofessionelle benytter sig af? Kan det akutte sundhedsvæsen ved spørgsmålet om bekymring forme sig til borgeren, i stedet for at det er borgeren der skal tilpasse sin kommunikation til sundhedssystemet? Og kan spørgsmålet om bekymring bruges til at borgerne også bliver tvunget over i system 2?

Min forskning peger på at vi formentlig et stykke ad vejen kan bruge patienters bekymringsgrad som et kommunikationsværktøj ved akut sygdom. Men da det er et nyt område, skal der mere forskning til, som allerede er undervejs. F.eks. er vi ved at undersøge om en høj bekymringsgrad er associeret med sygdomsopfattelse og genhenvendelse til det akutte sundhedsvæsen. Vi er også i gang med at undersøge patienternes perspektiv på inddragelse i lægens beslutningsprocesser under akutte kontakter til sundhedsvæsenet.

Formålet med denne forskning er at undersøge om bekymringskalaen har potentiale til at skabe en mental stopklods i de intuitive beslutningsprocesser hos den sundhedsprofessionelle, men også at udnytte det (ofte) korte akutte møde til noget værdiskabende for patienterne. Hvis de sundhedsprofessionelle bliver bevidste om hvad patientens bekymring går på, er der større mulighed for at øge borgerens sundhedskompetencer og dermed øge borgerens følelse af empowerment.