

Utilsigtede hændelser hos patienter med sepsis

I 2008 og første halvdel af 2009 er der vedrørende patienter med sepsis (blodforgiftning) rapporteret nogle alvorlige utilsigtede hændelser (faktuel SAC-score 3) til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. På den baggrund blev der foretaget en søgning af rapporter, hvor ordet ”sepsis” indgik i hændelsesbeskrivelsen for perioden 01.01.08 til 30.06.09. De i alt 36 rapporter, som påpeger problemer ved overvågning og undersøgelse af sepsispatienter, mangelfuld reaktion på kritiske observationsfund, kontinuitetsbrud samt visitationsproblemer, omtales i denne OBS-meddelelse.

Svigtende overvågning og undersøgelse

Fjorten af hændelserne handler om, at en sepsistilstand ikke blev erkendt, eller at diagnosen blev stillet med unødigt forsinkelse. Det fremgår af rapporterne, at der ikke blev iværksat relevant observation og undersøgelse af patienterne eller at dette blev iværksat med forsinkelse.

Patienten blev flyttet til stamafdelingen efter foretagelse af nyreoperation. Næste morgen rapporteredes, at patienten både i aftenvagten og i nattevagten klinisk havde været sepsispræget. Der blev ikke på den baggrund iværksat en monitorering eller en behandling af patienten. I samme tidsrum havde patienten ikke produceret urin. Der blev ikke handlet på denne observation. Om morgenen blev patienten overflyttet til intensivafdeling.

To patienter blev indlagt næsten samtidigt en sen eftermiddag med samme type sepsis. Hos den ene patient blev der etableret intravenøs adgang tre timer efter indlæggelse og udført arteriepunktur efter fem timer. Herefter blev relevant behandling og supplerende observation iværksat. Den anden patient blev set af læge syv timer efter ankomsten. Begge patienter døde.

Mangelfuld reaktion på kritiske observationsfund

I syv rapporter blev det beskrevet, at der ikke umiddelbart blev iværksat behandling på grund af kritiske observationsfund.

En patient blev akut indlagt tidligt om morgenen med formodet sepsis. Patienten blev ikke set af læge. Efter knap to timer blev der målt kritiske værdier (blodtryk, puls, vejtrækning), men patienten blev fortsat ikke tilset af læge, og behandling ikke indledt. Det skete først fire timer efter ankomsten. Patienten døde.

Patienten blev indlagt om aftenen i dårlig almentilstand. Patienten var i løbet af de forudgående to døgn blevet tiltagende sløj og træt og havde udviklet en halvsidig lammelse. Der blev iværksat diverse undersøgelser, herunder blodprøver. Resultatet af undersøgelserne blev ikke umiddelbart set. I løbet af natten havde patienten udviklet lavt blodtryk og bevidsthedsniveauet var aftagende. Derfor blev gennemgang af blodprøvesvar fremskyndet til tidligt om formiddagen. De viste stærkt forhøjede infektionstal. Herefter blev sepsisbehandling indledt.

Kontinuitetsbrud

Der var seks rapporter, som omhandlede svigtende kommunikation/kontinuitetsbrud.

En patient blev indlagt med sepsis, og der blev i modtagelsen iværksat sepsisregime, herunder i journalen ordineret væske i blodåre. Det blev ikke iværksat på sengeafdelingen, da det ikke stod i sygeplejekardex – og ikke i det elektroniske medicinmodul.

Et barn havde været indlagt nogle dage til behandling af store traumer. Telefonisk blev intensiv børneafdeling anmodet om at modtage patienten, idet der muligvis var tilstået sepsis. Det blev oplyst, at der var påbegyndt behandling med antibiotika. Ved ankomsten til intensivafdelingen var der ikke medfølgende klinisk personale og dermed ingen mundtlig rapport. Der var ingen journal, men kopier af de seneste lægenotater. Der var ingen notater om observationer og ingen blodprøvesvar. Der var ingen dokumentation for antibiotikabehandling. Ved ankomsten havde patienten meget høj puls, meget høj temperatur, var blevet og sløv og havde kulderystelser.

Visitation

Ni rapporter handlede om, at sepsispatienter ikke blev indlagt på afdelinger, som kunne håndtere sådanne patienter – tre rapporter, eller at kritisk syge patienter ikke blev indlagt på intensivafdelinger – seks rapporter. I to af sidstnævnte seks hændelser var intensivafdelingen ikke enig i, at der var indikation for overflytning. I de sidste fire tilfælde skete overflytningen ikke på grund af manglende plads på intensivafdelingerne.

En kronisk dialysepatient var indlagt på en kirurgisk afdeling, hvor der blev foretaget et mindre kikkertkirurgisk indgreb. Hun var sat i antibiotikabehandling på mistanke om sepsis. Læge fra intensivafdelingen blev tilkaldt, da der var lavt blodtryk og tegn på dårlig blodcirkulation. Det blev vurderet, at patienten var kandidat til en plads på intensivafdelingen, men måtte afvises på grund af pladsmangel. Et halvt døgn senere var tilstanden forværret. Efter nyt tilsyn fra intensivafdelingen blev det besluttet, at patienten skulle flyttes, men at der først måtte frigøres en plads. Da tilstanden efterfølgende forværredes, blev patienten i hast kørt til intensivafdelingen. Under flytningen fik patienten hjertestop og kunne ikke genoplives.

Patienten var indlagt på det lokale sygehus med en infektionssygdom. Almentilstanden var blevet tiltagende dårlig, og temperaturen var stigende. På mistanke om en tilstødende akut behandlingskrævende ortopædkirurgisk lidelse blev patienten flyttet til skadestue på andet hospital med henblik på ortopædkirurgisk vurdering. Ortopædkirurgen kunne udelukke, at der var behov for akut ortopædkirurgisk behandling. Patienten kunne imidlertid ikke tilbageflyttes, da tilstanden var forværret. Patienten havde lavt blodtryk, og der var mistanke om sepsis. Der blev herefter konfereret mellem de vagthavende på fire forskellige afdelingen om indlæggelse. Først tre timer efter ankomsten blev der foretaget en lægelig helhedsvurdering og optaget journal. En time efter blev læge fra intensivafdeling tilkaldt, da blodprøvesvar bekræftede en sepsistilstand, og da blodtrykket var meget lavt. Patienten blev ikke flyttet til intensivafdeling, men lægen fra denne afdeling lovede dette, såfremt patienten ikke rettede sig på behandling med antibiotika og væske. Efter yderligere to timer blev intensivafdelingen igen kontaktet og meddelt, at patienten ikke havde rettet sig og at nye blodprøver viste udvikling af sepsistilstanden. Patienten blev imidlertid ikke overflyttet. Syv timer efter ankomsten fik patienten hjertestop og blev efter genoplivning overflyttet til intensivafdelingen.

Sundhedsstyrelsens bemærkninger

Der er høj dødelighed for patienter med sepsis og septisk chok. Tretten af de 36 patienter, som hændelserne vedrørte, døde. Det kan dog ikke på baggrund af rapporterne afgøres, om dødsfaldene kunne være undgået, hvis hændelserne ikke var indtruffet.

Afgørende for, at behandlingen kan have effekt, er tidlig diagnostisering af en sepsistilstand hos patienten og derefter hurtig iværksættelse af tæt observation og relevant reaktion på vitale observationsfund. Hos svært syge patienter er der behov for en indsats, som normalt kun kan foregå på intensivafdelinger. Stamafdelingerne skal kunne diagnosticere sepsistilstanden og samarbejdet med intensivafdelingerne skal fungere. Det kan være en kompliceret proces, hvor tidsfaktoren tilmed er essentiel.

Observation og behandling

Nogle af de rapporterede hændelser tyder på, at patienterne ikke er blevet observeret systematisk, og at diagnosen sepsis derfor er blevet stillet med forsinkelse. For at skabe større sikkerhed for, at sepsisdiagnosen stilles er det vigtigt, at der på sengeafdelingerne er retningslinier for, at der regelmæssigt bliver udført basisobservationer på patienterne (legemstemperatur, hjerterefrekvens, respirationsfrekvens, bevidsthedsniveau, diurese, iltmætning og eventuelt blodprøver), og at der er retningslinier for, hvordan der skal handles ved tilstandsændringer.

Et af indsatsområderne for Operation Life var observation og behandling af patienter, efter de havde fået stillet diagnosen sepsis. Operation Life udarbejdede en såkaldt sepsispakke. Den kan findes på:

www.operationlife.dk og fra 2010 på www.sikkerpatient.dk

Pakken indeholder kliniske retningslinier for observation, undersøgelser og behandling de første seks timer og de følgende 24 timer efter diagnosen er stillet. Det er erfaringen, at forskellige instrukser med tilsvarende sigte findes på mange afdelinger, som modtager patienter med sepsis. Hændelserne tyder dog på, at ikke alle afdelinger har

instrukser for observation og behandling af sepsispatienter, eller at det ikke er sikret, at eksisterende instrukserne er implementerede. Det kræver bl.a., at personalet er oplært i at bruge dem.

Hændelserne tyder endvidere på, at stamafdelingernes speciallæger i højere grad skal være involveret ved sygesengen hos kritisk syge patienter.

Operation Life foregik i perioden april 2007 til april 2009. Der er søgt på utilsigtede hændelser vedrørende sepsis i Dansk Patientsikkerhedsdatabase inden for stort set samme tidsrum. Øget fokus på sepsisbehandling som resultat af Operation Life kan også have medført øget fokus på rapportering af utilsigtede hændelser

Kommunikation/kontinuitetsbrud

Tidligere undersøgelser af utilsigtede hændelser har vist, at der i en række tilfælde ikke er klare procedurer for opfølgning på parakliniske undersøgelser. Rapporten "Utilsigtede hændelser ved blod- og vævsprøver samt billeddiagnostiske undersøgelser" findes på:

www.dpsd.dk

Det er også tilfældet i nogle af de rapporterede hændelser. Det kan eksempelvis medføre, at en sepsistilstand overses.

Af tilsvarende betydning for sepsispatienter er, at kommunikation vedrørende observationsfund og behandling er optimal. Det indebærer, at observationer og ordinationer skal være dokumenterede, og at der anvendes sikker og entydig mundtlig kommunikation. En særlig problemstilling er kommunikation ved patienters overflytning fra en afdeling til en anden.

Visitation

Hændelserne tyder på, at nogle svært syge sepsispatienter behandles på afdelinger, som ikke har de fornødne ressourcer eller den fornødne ekspertise. Ved sepsis ledsaget af organsvigt er der behov for tæt observation og tværfaglig indsats, der sædvanligvis ikke er mulig på almindelige sengeafsnit og nogle typer specialiserede afdelinger.

Der bør derfor være planer for revisitation af patienter med sværere sepsis. Hændelserne viser, at nogle afdelinger handler relevant ved at anmode om at få patienterne overflyttet til eksempelvis intensivafdelinger. I nogle tilfælde forsinkes overflytningen, fordi der bruges lang tid på at konferere om det, eller den kan umiddelbart ikke gennemføres, da der ikke er det tilstrækkelige antal intensive sengepladser.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 en rapport: "Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsproblemer. Rapporten findes på:

www.sst.dk

Rapporten anbefaler bl.a.

- at der er visitationsretningslinier til intensiv medicinsk terapi på det enkelte sygehus baseret på faste visitationskriterier
- at visitation drøftes mellem stamafdeling og intensiv afdeling på speciallægeniveau

- at der er lokale retningslinier for akutte situationer, hvor kapaciteten på intensiv afdeling er overskredet, herunder
- at det er den intensive afdelings vagthavende speciallæge, som har ansvaret for, at intensiv terapi iværksættes på stamafdelingen, hvis intensiv afdeling ikke kan modtage patienten.

Sundhedsstyrelsen 15. december 2009