



TEMA:

Observation af patienter på sygehuse

Titel: Temarapport om observation af patienter på sygehuse

© Patientombuddet, 2014. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Patientombuddet

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg

URL: <http://www.patientombuddet.dk>

URL: <http://www.dpsd.dk>

Format: pdf

Kontaktperson:

Oversygeplejerske Martin E. Bommersholdt

mebo@patientombuddet.dk

Tak til:

- Regionerne
- Danske regioner
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS)
- Sundhedsstyrelsen

for velvilligt at bidrage med viden og erfaring til temarapporten

INDHOLD

1	FORORD	4
2	INDLEDNING	5
	2.1 Systematik omkring observation og opfølgning	5
3	OBSERVATION AF PATIENTER PÅ SYGEHUSE	6
4	REGIONERNE	9
	4.1 Korrekt brug af observationsdata	9
	4.2 Udfordringer ved brug af observationsmetoder	10
	4.3 IT	11
	4.4 Kommunikation	11
	4.5 Organisering og ressourcer	12
	4.6 Observation i psykiatrien	12
	4.7 Regionernes forslag til forbedringer af observationspraksis	13
5	PATIENTOMBUDET:	14
	5.1 Viden fra utilsigtede hændelser	14
	5.2 Sagsbehandling af utilsigtede hændelser	15
	5.3 Sagsopfølgningen	18
	5.4 Viden fra patientklager	19
	5.5 Viden fra forsikringsankesager	22
6	INSTITUT FOR KVALITET OG AKKREDITERING I SUNDHEDSVÆSENET	24
	6.1 Viden fra den danske kvalitetsmodel	24
	6.2 Erfaringer fra surveys	24
	6.3 Erfaringer fra anvenderne af standarden	25
7	SUNDHEDSSTYRELSENS TILSYN	26
	7.1 Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder	26
	7.2 Resultater af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn	28
8	DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED	28
	8.1 Erfaringer fra Operation Life	28
	8.2 Erfaringer fra Patientsikkert Sygehus	29
	8.3 Forbedringsmetoder og brug af lokale, tidstro målinger af procesdata	30
	8.4 Resultater fra Patientsikkert Sygehus	31
9	SAMMENFATNING	32
10	KONKLUSION	36
11	LITTERATUR	38
12	BILAG: Ordforklaring	40

1 FORORD

Nationalt Forum, der består af ledelsesrepræsentanter fra sundhedsvæsenet, de faglige organisationer og patientorganisationer, rådgav i 2013 Patientombuddet om at sætte fokus på systematisk observation. Der var enighed om, at tidlig opsporing af/opmærksomhed på patienter, der er på vej til at udvikle kritisk sygdom, er et relevant emne, hvor patienternes sikkerhed kan forbedres.

Temarapporten er udarbejdet af Patientombuddets Læringsenhed i samarbejde med:

- Patientombuddets klagecenter
- Patientombuddets erstatningscenter
- Dansk Patientsikkerhedsdatabase
- Danske Regioner
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet (IKAS)
- Sundhedsstyrelsen

Danske Patienter og Patienterstatningen har været inviteret til at bidrage til temarapporten.

Denne temarapport beskriver nogle af de processer, problemer og årsager, der medvirker til utilstrækkelig observation af vitale værdier og opfølgningen på disse. Herudover giver rapporten eksempler på indsatser, der har forbedret patientsikkerheden omkring tidlig opsporing af/opmærksomhed på patienter, der er på vej til at udvikle kritisk sygdom.

Formålet med temarapporten er at samle og formidle den viden, Patientombuddet, regionerne, Sundhedsstyrelsen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) har i forhold til det fælles mål at forbedre patientsikkerheden på de danske sygehuse.

2 INDLEDNING

Der er årligt omkring 1,1 millioner indlæggelser på danske sygehuse. Langt de fleste indlæggelser forløber uden nogen form for problemer.

Selv om der i flere år har været stort fokus på at sikre, at patienter bliver observeret fagligt forsvarligt, og at der sker opfølgning, når der er behov for det, viser undersøgelser store forskelle i monitoreringspraksis.

Det er kendt fra adskillige udenlandske undersøgelser, at en del patienter på sengeafdelinger (uden for intensiv afdeling) har uopdaget eller underbehandlet akut kritisk sygdom.^{1, 2, 3} Danske undersøgelser viser det samme.^{4, 5}

Desuden viser nogle af undersøgelserne, at det hos en stor del af patienterne er muligt at observere tidlige advarselssignaler, såkaldte "early warning signs", altså tegn på fysiologisk ustabilitet, mindst seks-otte timer før et hjertestop. Den fysiologiske ustabilitet viser sig i afvigelser i vitalværdier som puls, blodtryk, temperatur, vejrtrækningsfrekvens, iltmætning i blodet og bevidsthedsniveau.

En britisk undersøgelse fra 2012⁶ konkluderede, at der hos 75 procent af patienterne havde været advarselssignaler, fx afvigelser i puls, blodtryk, respirationsfrekvens eller bevidsthedsniveau, inden for de sidste 48 timer inden patienterne fik hjertestop. Hos to tredjedele havde advarselstegnene været til stede i mere end seks timer. Det blev vurderet, at det havde været muligt at forudsige hjertestoppet i 63 procent af tilfældene, og at 38 procent af hjertestoppene potentielt kunne forebygges.

Med en systematisk observation af vitalværdier hos indlagte patienter, skulle det derfor være muligt at identificere en stor del af de kritisk syge patienter så tidligt i forløbet, at der bliver tid til at handle, inden sygdommen udvikler sig livstruende.

Når en kritisk tilstand ikke opdages og behandles i tide, kan det medføre, at patienten udvikler hjertestop eller svær sygdom med organsvigt. Det fører igen til højere mortalitet eller længerevarende sygdomsforløb på intensivafdeling. I en amerikansk undersøgelse var det færre end 20 procent, der overlevede til udskrivelse efter et hjertestop på hospitalet.⁷

Selvom der i alle regioner er implementeret redskaber til systematisk observation, oplever regionerne en række udfordringer, der hindrer, at den fulde effekt af indsatsen opnås.

2.1 Systematik omkring observation og opfølgning

Selv om måling af vitalværdier gennem mange år har været brugt som et vigtigt redskab til at bedømme patienters tilstand, sker målingerne ikke altid systematisk. I den ovenfor nævnte britiske undersøgelse opstod problemerne således, på trods af at næsten samtlige sygehuse (99%) oplyste, at de havde et early warning system, samt en retningslinje for hvordan der skulle handles på kritiske observationer (98%).

I et dansk studie fra 2009 viste det sig, at 18 procent af patienterne på medicinske sengeafdelinger havde mindst én alvorlig afvigelse i deres vitale værdier. Mere end halvdelen af patienterne med afvigende værdier var ikke erkendt af personalet, fordi værdierne ikke var blevet målt. ⁸

En anden undersøgelse fra en dansk hospitalsafdeling ⁹, offentliggjort i 2012, viser store forskelle i monitoreringspraksis hos sygeplejerskerne på afdelingen. Det til trods for, at der var retningslinjer på området, og at afdelingen gennem flere år havde haft adgang til et mobilt akutsystem med faste kaldekriterier, der blandt andet byggede på vitalværdierne.



At patienter ikke altid får den behandling, der er beskrevet i retningslinjer, er ikke et ukendt fænomen. Dette "knowing-doing gap" viser sig f.eks. i Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD), hvor en stor del af de indrapporterede utilsigtede hændelser netop handler om retningslinjer, der ikke er blevet fulgt, og observationer der ikke er foretaget, registreret eller reageret på.

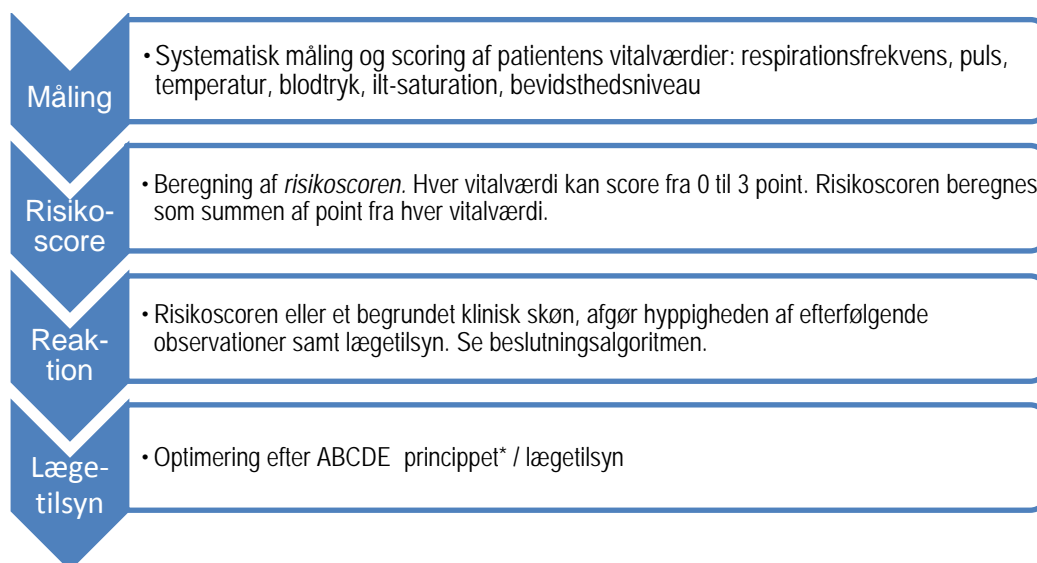
Der er således et stort potentiale i at arbejde systematisk med observationer af patienter på sygehuse i forhold til at opspore tidlige tegn på kritisk sygdom og dermed forbedre patientsikkerheden.

3 OBSERVATION AF PATIENTER PÅ SYGEHUSE

I dette afsnit beskrives kort de overordnede metoder ved tidlig opsporing af/opmærksomhed på patienter, der er på vej til at udvikle kritisk sygdom på sygehuse.

Der er i forbindelse med indførelsen af Den Danske Kvalitetsmodel på de danske sygehuse udarbejdet flere standarder, der beskriver systematisk observation af indlagte patienters vitalværdier. Nogle regioner har valgt at tage udgangspunkt i en klinisk retningslinje udgivet i 2010 af Center for Kliniske Retningslinjer, der handler om tidlig opsporing af kritisk sygdom hos voksne patienter indlagt på et sengeafsnit ¹⁰. Andre har valgt at tage udgangspunkt i internationale litteraturstudier. Hver region har udarbejdet en regional retningslinje, som består af en systematisk observationsdel og en fastlagt handlingsalgoritme. Redskaberne har forskellige navne som "Early Warning Score" (EWS), "Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom" (TOKS) og Basisobservationsskema (BOS). Rapporten beskriver disse redskaber under ét som observationssystemer.

Figuren herunder beskriver arbejdsgangen i et observationssystem.



* ABCDE: Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure/Environment

Sundhedspersonen skal derfor først måle vitalværdier og beregne en risikoscore og herefter ud fra en fastlagt beslutningsalgoritme følge den angivne observationshyppighed og tage stilling til evt. tilkald af læge. Viden om særlige observationsforhold hos f.eks. patienter med diabetes, forhold ved hjertesygdomme, observationer efter kirurgi, indgår ikke nødvendigvis som en del af risikoscoren, men indgår i den samlede vurdering af patienten, f.eks. sammen med andre kliniske og parakliniske undersøgelser. I forhold til observation af børn er der udviklet PEWS, som er aldersbetinget.

De målte vitalværdier skrives ind i et observationsskema, hvorefter den sammenlagte risikoscore beregnes. På nogle afdelinger foregår det automatisk, når vitalværdierne indtastes i den elektroniske patientjournal. Derefter sammenholdes risikoscoren med en beslutningsalgoritme, som i tabellen nedenfor.



Tabel 1 beslutningsalgoritme ifølge den kliniske retningslinje¹⁰.

Risikoscore	Observationshyppighed og tilladelig score	Handlinger
0	Vitalværdier måles 1 gang i døgnet.	
1	Vitalværdier måles 3 gange i døgnet.	Plejepersonalet ABCDE optimerer.
2	Vitalværdier måles igen efter 1 time.	Plejepersonalet ABCDE optimerer.
3-4, eller enkelt score ≥ 2	Læge anfører observationshyppighed og tilladelig score på observationsskemaet.	Tilsyn af læge / forvagt. I journalen dokumenteres baggrund for ændring og tidsafgrænset plan.
≥ 5	Læge anfører observationshyppighed og tilladelig score på observationsskemaet.	Tilsyn af speciallæge/bagvagt. I journalen dokumenteres baggrund for ændring og tidsafgrænset plan.

På de fleste sygehuse er der indført et særligt mobilt akutteam (MAT). Det består typisk af et hold specialuddannede sygeplejersker og/eller læger fra intensiv afsnittet, som personalet på resten af hospitalet kan tilkalde ved bekymring eller behov for hjælp. Tilkald af MAT sker jf. tabel 2.

Tabel 2 Kaldekriterier Mobilt akut team (MAT). Kun ét kriterium skal være opfyldt for at tilkalde MAT.

Akutte ændringer	Parametre
Bekymring	Plejepersonalet oplever en ændring i patientens tilstand, som foruroliger dem
Respiration	Frekvens < 8 eller > 30
Saturation	$< 90\%$ trods iltbehandling
Cirkulation	puls < 40 eller > 130 Systolisk BT < 90
Renalt	Samlet diurese < 50 ml i løbet af 4 timer
Neurologisk	Ændring i bevidsthedsniveau

Kilde: e-dok, Region Nordjylland.

4 REGIONERNE

Alle fem regioner i Danmark har udarbejdet et bidrag til denne temarapport på baggrund af de aktiviteter, sygehusene har i gang om observation af patienter. Danske Regioner har skrevet bidragene sammen.

Der arbejdes i alle regioner med forskellige former for forbedringer i forhold til observation af patienter på sygehuse. Fælles for indsatserne er et ønske om at opspore tidlige tegn på kritisk sygdom og undgå utilsigtede hændelser og derved forbedre behandlingskvaliteten og styrke patientsikkerheden.

Nedenfor bliver de væsentligste udfordringer præsenteret samt forslag til løsninger og eksempler på projekter med systematisk observation, der kan tjene som inspiration. Det er vigtigt at understrege, at de beskrevne projekter kun er et udvalg af de mange aktiviteter, der foregår i regionerne med hensyn til observation.

4.1 Korrekt brug af observationsdata

Det er selvsagt essentielt, at oplysninger om observationer bruges korrekt i forhold til at opdage kritisk sygdom i tide og iværksætte korrekt behandling. Korrekt brug af observationsdata kan være en udfordring, der optræder på forskellig vis i regionernes beskrivelser.

Korrekt brug af observationsdata kan blandt andet være en udfordring, når patienter overflyttes fra en afdeling til en anden, eller når patientens tilstand ændrer sig. Uanset, hvilken metode der anvendes til observation, kan de enkelte risikoscorer ikke stå alene, men skal sammenholdes med en konkret klinisk vurdering. Det er med andre ord nødvendigt med en samlet vurdering af patienten for at kunne træffe de rette beslutninger.

En lignende udfordring knytter sig til at omsætte oplysninger fra observationsskemaerne til ABCDE-optimering. Problemet opstår ved, at personalet på sengeafdelingen ikke nødvendigvis er fortroligt med ABCDE-optimering og dermed ikke kan omsætte risikoscoren korrekt.

Fagligt ledelsesfokus, løbende monitorering (herunder direkte opfølgning på resultaterne) og hyppig undervisning er mulige løsninger på ovenstående udfordringer. Undervisning i observationsmetoden kan f.eks. indføres som et obligatorisk element i introduktionsprogrammer – også til læger. Derudover kan interne audits på afdelingerne give god indsigt i, hvilke forhold der er brug for at arbejde med lokalt. Det er vigtigt, at implementering af observationsindsatsen ikke betragtes som fuldført, før det er en naturlig ting at give og efterspørge oplysninger om observationsscorer af patienten f.eks. ved tilsyn, på stuegang og i vagtskifte.

Eksempel fra den kliniske hverdag:

For at optimere håndteringen af risikopatienter har en region indført ensartede procedurer omkring opsporing og behandling af risikopatienter i form af Early Warning Score (EWS) med tilhørende handlingsalgoritme og mulighed for tilkald af mobilt akutteam (MAT).

Der udføres journalaudit på seks indikatorer i forhold til EWS. Desuden monitoreres antallet af uventede hjertestop på det enkelte sygehus. Dokumentation af alle hjertestop sker ved indtastning i en hjertestopdatabase.

Der udføres audit på uventede hjertestop. Data vedrørende forekomst, ugedag, tid på døgnet samt outcome i forbindelse med hjertestopbehandling trækkes fra databasen. Data, der vedrører de seneste 12 timer inden hjertestop, findes i den elektroniske patientjournal og vurderes i forhold til:

- Har patienten været indlagt mindre end 24 timer, da hjertestop indtræder?
- Er patienten observeret rettidigt på alle vitalparametre? (EWS)
- Er der handlet korrekt i forhold til lægekald? (EWS)
- Er der accepteret forekomst af kroniske værdier i EWS-scoring?
- Er der handlet rettidigt på prøvesvar?

4.2 Udfordringer ved brug af observationsmetoder

De indsatser, der gøres i regionerne vedrørende observation af indlagte patienter, er naturligvis afhængige af, at observationerne foretages konsekvent, og at beslutningsalgoritmerne i de forskelle observationsmetoder følges.

Udfordringer med konsekvent brug af observationsmetoder kan skyldes forhold som utilstrækkelig uddannelse og/eller ledelsesopfølgning. Det kan imidlertid også skyldes uforudsete konsekvenser af brugen af observationsmetoderne.

Flere regioner påpeger, at brugen af observationsredskaber har givet anledning til for mange unødvendige optrapninger af målinger og unødvendige lægetilsyn til patienter, der ikke var eller blev kritisk syge.

I Region Midtjylland havde man f.eks. fra begyndelsen en øvre normalgrænse på vejrtrækninger på 16 respirationer i minuttet. En evaluering af anvendelsen af observationsretningslinjen i sengeafsnittene afslørede, at der på flere afdelinger havde udviklet sig lokale handlemåder, der ofte blev forklaret med henvisning til travlhed og manglende overvågningskapacitet og den erfaring, at lægerne fandt, at de bestilte tilsyn i mange tilfælde ikke gav mening. Derfor undlod sygeplejerskerne at følge algoritmens handlingsanvisninger, mens læger på tilsyn eller stuegang tilpassede scoringsalgoritmen ved at ændre normalområderne for respiration, puls, blodtryk eller temperatur. Det viste sig altså, at vitalværdierne, scoringsalgoritmen og de afledte handlinger, som alle ansatte oprindeligt var meget indstillede på at følge, ikke havde tilstrækkelig mening i den praktiske klinik på sengeafsnittene.

Observationsalgoritmen blev i juni 2014 derfor tilpasset med en ny grænse for respiration ved 20 vejrtrækninger i minuttet. Forud for tilpasningen gik en større litteraturgennemgang og erfaringsindsamling. Ifølge en anden region er det vigtigt at påpege, at sådanne tilpasninger sker på et evidensbaseret grundlag og ikke af praktiske hensyn til personalet.

4.3 IT

Hvis ikke IT i nødvendigt omfang understøtter observationsindsatsen, bliver IT en udfordring, der skal overvindes. Personalet oplever blandt andet, at det er nødvendigt at trække oplysninger om patienter fra flere forskellige IT-systemer for at få overblik over patientens samlede situation og derved lægge en plan for observationen.

En anden udfordring er, at der ofte bliver anvendt særlige IT-systemer på operationsafsnit, opvågnings- og intensivafdelingen. Det kan føre til, at oplysninger om forløbet på de pågældende afdelinger ikke umiddelbart er til rådighed for personalet på sengeafdelingen, når patienten flyttes tilbage dertil.

Samtidig har en evaluering i en af regionerne vist, at IT-understøttelsen af registrering af observationer kun var egnet til at modtage dokumentation af vitalværdier, mens den elektroniske patientjournal ikke gav personalet den fornødne hjælp til hurtig vurdering og klinisk styring.

IT kan imidlertid også være en løsning på en række problemer.

En løsning på ovennævnte problemer er, at der arbejdes med at videreudvikle eksisterende IT-systemer, eller at der udvikles nye systemer, der giver den nødvendige understøttelse af det kliniske arbejde. I en region indeholder IT-systemet f.eks. ordinationsstøtte i form af en handlingsalgoritme for aktuel risikoscore.

Elektroniske oversigtstavler, hvor patientens vitale værdier vises, kan gøre det lettere for personalet at opdage ændringer og reagere hurtigt på disse. Ligeledes kan advarsler i elektronisk sygeplejedokumentation minde personalet om at måle og indtaste alle vitale værdier hver gang. IT kan således understøtte korrekt brug af observationsdata og konsekvent registrering.

4.4 Kommunikation

Videregivelse af mundtlig information mellem eksempelvis sygeplejerske og indlæggende læge kan gøre, at der går information tabt, og at der ikke sættes den nødvendige observation i gang. Travlhed nævnes som en mulig årsag til kommunikationsbrist. Sikring af hensigtsmæssige arbejdsgange og adgang til nødvendige ressourcer (herunder bemanning) vil være mulige løsninger.

Mangelfuld kommunikation til vikarer om ansvar og opgaver kan ligeledes føre til, at patienten ikke observeres korrekt. Uddannelse og klare retningslinjer er angivet som

mulige løsninger. Projekt "Sikker Mundtlig Kommunikation" er nævnt som metode til at sikre kommunikationen, herunder brug af *Closed Loop Communication (ISBAR)*.¹¹

4.5 Organisering og ressourcer

Sikre og gennemarbejdede arbejdsgange i forhold til de patienter, der med sikkerhed har brug for observation, er nødvendige. Som eksempel kan nævnes arbejdsgange i forbindelse med telemetri, journaloptagelse, ordinationer m.m.

Travlhed kan imidlertid gøre, at arbejdsgange ikke bliver fulgt, og at observationerne af patienterne derfor ikke foretages konsekvent, eller at der ikke sker en korrekt opfølgning på observationsdata.

4.6 Observation i psykiatrien

Psykiatriske patienter har en overdødelighed, som svarer til, at psykiatriske patienter lever 20 år kortere end ikke psykisk syge. Der er i disse år særligt fokus på både at forebygge, opspore og behandle somatisk sygdom hos psykiatriske patienter.

I psykiatrien er ikke erkendt somatisk sygdom (samt ikke erkendt høj sværhedsgrad af erkendt somatisk sygdom) særlig vigtig som kilde til utilsigtede hændelser. Dertil kommer, at der flere steder ikke er mulighed for somatisk lægetilsyn, hvilket gør, at problematikken i høj grad går på at få opsporet de patienter, der er så somatisk syge, at overflytning til somatisk afdeling er påkrævet.

Ved erkendt somatisk sygdom hos psykiatriske patienter er der eksempler på, at der ikke foretages tilstrækkelig udredning, undersøgelse og/eller opfølgning på patientens somatiske tilstand, hvorfor symptomerne kan blive fejlfortolkede.

Der kan være flere årsager til, at somatisk sygdom ikke erkendes, f.eks. at psykiatrisk klinisk personale ikke har rutine i og ressourcer til observation af somatisk sygdom, men også at nogle psykiatriske patienter kan have svært ved dels at mærke kropslige symptomer og dels at italesætte dem.

En region foreslår, at tilsynsgående læger er særligt opmærksomme på ovennævnte problemstillinger, når der anmodes om somatisk lægetilsyn til en psykiatrisk patient, og generelt når patienterne har erkendt somatisk sygdom.

Nedenfor er beskrevet to konkrete tiltag, der aktuelt arbejdes med lokalt.

Triage i psykiatriske akutmodtagelser

I en region er standardiseret triagering blevet implementeret på alle psykiatriske akutmodtagelser for at sikre en ensartet indledende sygeplejevurdering af alle patienter. Ved triageringen måles patientens vitalværdier, samtidig med at patientens psykiatriske og somatiske symptomer vurderes. Et tilhørende beslutningsstøtteredskab angiver en anbefalet reaktion på baggrund af patientens samlede tilstand. Regionen forventer, at den standardiserede triagering vil skærpe fokus på patientens fysiske tilstand under indlæggelsen.

En region pointerer, at det er vigtigt også at være opmærksom på tiden efter første lægevurdering samt øvrige patientkategorier f.eks. ikke akut indlagte patienter, og patienter overflyttet fra somatisk afdeling.

Psykiatrien i en region er ved at afprøve en primær somatisk screening, som er meget simpel og bygger på elementerne: Respirationsfrekvens, puls, hudens farve og kapillærrespons. Screeningen forventes anvendt i hver vagt i de første tre dage af patientens indlæggelse. Ved et positivt fund på et af elementerne gennemføres en risikovurdering.

4.7 Regionernes forslag til forbedringer af observationspraksis

Regionernes egne forslag til forbedringer af observationspraksis	
Pårørende	Pårørende kender oftest patienten bedst. Det er vigtigt at efterspørge deres observation af patientens tilstand, da de ofte kan være de første, der er i stand til at observere en ændring.
Udstyr	Apparatur til måling af vitalværdier ved hver seng kunne gøre det nemmere for personalet at måle og registrere vitale værdier.
Uddannelse	Kun nyansatte introduceres til observationssystemet på sygehusene i regionen. Der bør være tilbud om vedligeholdelsesundervisning i observation og tegn på kritisk sygdom for alt plejepersonalet.
Blødningsrisiko	Flere af de dødelige utilsigtede hændelser skyldes, at patienterne er forblødt. Især ved blødninger i mave og tarm kan det gå meget hurtigt. Cerebrale blødninger efter fald og ulykker kan ligeledes have alvorlige følger, hvis de ikke bliver erkendt i tide. Der bør altid være særlig opmærksomhed på patienter med blødningsrisiko. Dvs. patienter i anti-koagulationsbehandling, patienter med lav eller faldende blodprocent, patienter med erkendt blødning men med stabile værdier, samt patienter der har været udsat for et fald eller ulykke i anamnesen.

Ledsagelse ved overflytning	Ved overlevering/overflytning af kritisk syge patienter bør patienterne ledsages af en sundhedsperson.
Særlige patientgrupper	<p>Nogle patientgrupper giver anledning til særlige udfordringer i forbindelse med observation for kritisk sygdom. Eksempelvis vil nogle patienter have en habituel høj risikoscore i observationssystemerne. F.eks. kan nogle patienter med KOL have habituel lav saturation og høj respirationsfrekvens. I disse tilfælde er det nødvendigt, at der lægefagligt tages stilling til situationen og ordineres en tilladelig risikoscore, hvilket ikke altid sker. I en region skrives den tilladelige risikoscore i det elektroniske skema, hvorved der korrigeres, i forhold til den tilstand som er kendt hos patienten.</p> <p>Endelig kan der være en tendens til, at personalet undervurderer alvorligheden af symptomer hos patienter med stof- og/eller alkoholmisbrug. Det er vigtigt, at der generelt etableres en praksis, så alle patienter uanset køn, race, alder, social status etc. observeres med samme opmærksomhed.</p>

5 PATIENTOMBUDDET:

Patientombuddet er en statslig styrelse under Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, som blandt andet tager sig af patientklage- og erstatningsankesager og sikrer patienters rettigheder.

Utilsigtede hændelser, klagesager og erstatningssager behandles uafhængigt af hinanden i Patientombuddet. Patientombuddets læringsenhed har adgang til materiale fra de tre datakilder og kan samle og formidle viden og på den måde bidrage til læring i sundhedsvæsenet.

5.1 Viden fra utilsigtede hændelser

Der er de seneste år rapporteret over 1.200 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase ¹² om året i relation til observation og monitorering af patienter på sygehuse. Antallet af utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase afspejler ikke nødvendigvis det korrekte antal af utilsigtede hændelser, der sker. Antallet er påvirkeligt af en række faktorer, eksempelvis periodevise fokusområder i sundhedsvæsenet, at omfanget af rapporteringspligten er forskellig i sundhedssektorerne, og at visse typer hændelser er underrapporteret. Derfor kan aggregerede data hovedsagelig anvendes til kvalitative analyser af mønstre i hændelserne.

Patientombuddets Læringsenhed har undersøgt rapporter fra august og september måned i 2013. I denne periode er der rapporteret 238 utilsigtede hændelser om observation og opfølgning af kritisk sygdom på sygehuse.

Der er søgt på afsluttede sager på tekstkombinationer af BOS, TOKS, EWS, `observation` og `risikoscore` i hændelsesbeskrivelsen. Hændelser, der kan relateres til måling af vitalværdier, overvågning af f.eks. trombocytal, blodsukker, væske, afføring og vandladning, er taget med. Endelig er hændelser relateret til manglende vejning i forbindelse med ernæring, manglende blodprøver ved indlæggelsen og mangelfuld monitorering med A-punktur også taget med. Tabellen herunder viser antallet af rapporterede utilsigtede hændelser fordelt på alvorlighed.

Tabel 3. UTH med relation til observation i august og september 2013, fordelt på alvorlighed.

Alvorlighed	Antal rapporter	Forklaring
Ingen skade	138	Ingen skade
Mild	30	Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats
Moderat	28	Forbigående skade, som kræver øget behandling.
Alvorlig	30	Permanente skader, som kræver øget behandling, samt andre skader som kræver akut livreddende behandling.
Dødelig	12	Dødelig

5.2 Sagsbehandling af utilsigtede hændelser

Når de indrapporterede hændelser sagsbehandles, bliver de enkelte hændelser blandt andet klassificeret ud fra type af hændelse og de angivne medvirkende årsager, så det senere er muligt at fremsøge hændelser med bestemte kriterier.

Årsagerne, der klassificeres i hændelserne, udmærker sig ved, at de ofte giver et billede af, hvordan hændelsen skal forebygges. Denne type information findes ikke i mange andre kvalitets- eller patientsikkerhedsdata.

5.2.1 Årsager blandt plejepersonale

Blandt de 238 utilsigtede hændelser, der er gennemgået om observation og opfølgning på kritisk sygdom, beskriver en fjerdedel af hændelserne travlhed blandt plejepersonalet som en medvirkende årsag til hændelsen. Det kan være i tilfælde, hvor en sengeafdeling modtager en kritisk syg patient fra akutmodtagelsen, eller intensivafsnittet som har behov for et højere observations- og plejeniveau, end afdelingen normalt varetager. Dette kan både påvirke den observation og pleje personalet kan tilbyde patienten og de øvrige patienter. Andre hændelser handler om patienter, der må vente længe på akutmodtagelser uden at blive observeret i overensstemmelse med afdelingens retningslinjer.

I fem hændelser angives personalets utilstrækkelige viden som årsagen til, at der mangler observation. Det beskrives i flere utilsigtede hændelser, at viden om potentielle komplikationer eller symptomer, udover ændringer i vitalværdier, ikke har været kendt og derfor ikke er observeret eller dokumenteret i journalen.

Et eksempel på dette er utilsigtede hændelser, der handler om observation af patienter med abstinenser, hvor patienterne ikke er blevet observeret tilstrækkeligt, f.eks. i forhold til urinproduktion. På den baggrund valgte en afdelingsledelse at skrive en mail til personalet om øget fokus på gældende retningslinjer og specielt opmærksomhed på observation af vandladning hos abstinenspatienter. Herudover gjorde man opmærksom på, at observation og reaktion på vitale parametre var et indsatsområde i hele afdelingen.

Væskemangel blev overset

En hændelse handlede om en ældre patient, der faldt i hjemmet og brækkede lårbenet. Patienten havde ligget på gulvet i mindst 6-8 timer i hjemmet, inden patienten blev fundet og indlagt på hospitalet.

Ved indlæggelsen på akutmodtagelsen var der fokus på det brækkede lårben. Der blev ikke tænkt nærmere over, at patienten kunne være dehydreret efter at have ligget 6-8 timer på gulvet i hjemmet. Der blev derfor ikke ordineret væsketerapi.

Efter overflytning til sengeafsnittet blev der ikke fulgt op på de forhøjede blodprøver, der viste tegn på lungebetændelse og væskemangel. Det var ikke rutine at føre væskeskema, med mindre der var et erkendt væskeproblem. Sengeafsnittet førte derfor ikke et væskeskema til kontrol af væske ind- og udgift.

Patienten blev dårligere, og der blev tilkaldt mobilt akut team (MAT). Ved MAT-tilsynet blev det heller ikke overvejet, om patienten kunne være dehydreret. Patienten lå således 1½ døgn på sengeafsnittet, uden at der blev iværksat behandling af dehydreringen eller lungebetændelsen. Patienten blev dårligere og blev senere overflyttet til intensiv afsnittet.

Af den efterfølgende analyse af hændelsen fremgik det, at der var reageret på vitalværdierne, men at opfølgningen havde været utilstrækkelig. Der blev aldrig udarbejdet en tilstrækkelig behandlingsplan, hverken i akutmodtagelsen eller efterfølgende i sengeafsnittet. Derfor fik patienten ikke tilstrækkelig behandling.

Patienter, der af forskellige årsager ikke er observeret i overensstemmelse med retningslinjerne om natten, er en anden kilde til utilsigtede hændelser. Ofte er der ikke angivet en årsag til afvigelsen, men blot en konstatering af at retningslinjen ikke er fulgt.

Trombolysepatient blev ikke observeret i fem timer midt om natten. Retningslinjen blev ikke fulgt.

En patient i akutmodtagelsen blev risikoscoret til 6 klokken kl. 19.30 og fik to inhalationer med lungemedicin. Klokken 4.50 om natten blev patienten overflyttet til sengeafdelingen, hvor patienten blev risikoscoret til 5. Det fremgik af sygeplejejournalen, at patienten blev risikoscoret til 1 i akutmodtagelsen klokken 4.00 inden overflyttelsen. Patienten var således ikke observeret mellem klokken 19.30 og klokken 4 om natten. Retningslinjen om observation blev ikke fulgt af personalet.

5.2.2 Årsager blandt læger

I 12 hændelser er travlhed blandt læger beskrevet som årsag til, at patienten ikke blev tilset rettidigt. Særligt i kirurgiske afdelinger, hvor lægerne ofte kan være optagede af operationer, beskrives det, at det kan være en udfordring for plejepersonalet at få et akut lægetilsyn til en dårlig patient. Der er på nogle hospitaler lavet aftaler med medicinske læger om tilsyn, når de kirurgiske læger f.eks. er optagede af operationer.

Et antal hændelser handler om uenighed om, hvilket sengeafsnit patienten skulle indlægges på, og derfor også om, hvem der skulle tilse patienten og følge op på behandlingen. Det kan dreje sig om patienter i en akutmodtagelse, der skulle indlægges på et sengeafsnit på sygehuset, eller patienter som skulle overflyttes fra et sengeafsnit til et andet afsnit eller til intensivafsnittet.

5.2.3 Tekniske årsager

I nogle tilfælde er tekniske årsager medvirkende til hændelserne. Det kan f.eks. være manglende eller afladte batterier til f.eks. telemetri (trådløs hjerteovervågning), forkert kodede telemetrier, forkert stue eller patient.

Når nogle telemetrier nulstilles efter brug, slettes alle gemte oplysninger om patienten. Derfor skal personalet huske at udskrive eller gemme en rapport over hjerterytmen, inden telemetrisystemet slukkes. Der er hændelser, hvor der ikke er blevet udskrevet eller gemt oplysninger om hjerterytmen.

Der er flere utilsigtede hændelser, der handler om personsøgere, der ikke blev besvaret af lægen. Årsagerne angives som dels svigt i telefon-/netværkssystemet,

men også som følge af at nogle læger og sygeplejersker lægger personsøgeren fra sig uden for f.eks. operations- eller isolationsstuen (hygiejnehensyn).

5.2.4 Andre årsager

Af andre årsager kan nævnes, at personalet på en afdeling ikke var informeret om, at patienten havde fået foretaget en anden undersøgelse end planlagt. Personalet i afdelingen havde fået oplyst, at der blev udført en nyrebiopsi, men undersøgelsen blev ændret, og patienten fik foretaget en leverbiopsi, som kræver en anden observation efterfølgende.

Et andet eksempel er en hændelse, hvor værdien for puls blev fejltolket som iltmætning på monitoreringsudstyret.

Flere hændelser beskriver at resultatet af blodprøver og andre parakliniske undersøgelser ikke blev set af lægen, og derfor ikke blev behandlet korrekt.

Glemte koder til IT-systemer udgør et andet problem. Et eksempel på det er en jordemoder, der ikke havde sin IT-kode på sig og derfor ikke kunne logge ind på systemet. Der var derfor en risiko for, at jordemoderen ikke havde det fulde billede af patienten, inden fødslen gik i gang.

Travlhed bliver i mange utilsigtede hændelser beskrevet som en medvirkende årsag til hændelsen. Dansk Selskab For Patientsikkerhed beskriver, at travlhed efterhånden bliver betragtet som et grundvilkår i sundhedsvæsenet. Det er derfor vigtigt, at arbejdsgange og retningslinjer hjælper personalet til at prioritere opgaverne.

5.3 Sagsopfølgningen

Som følge af de utilsigtede hændelser er der beskrevet en række tiltag, som enten er blevet implementeret, eller som overvejes implementeret. Eksempler på tiltag vil blive beskrevet i det følgende.

Eksempler på opfølgning af utilsigtede hændelser
Patienter, der har slået hovedet og er i blodfortyndende behandling, skal scannes eller være indlagt i minimum 24 timer.
Nye læger introduceres til, at alle patienter, som er mistænkt for hjertesygdom, flyttes med lægeledsagelse til kardiologisk afdeling direkte fra modtagelsen eller hurtigst muligt fra stationær afdeling.
Information og opfølgning i forhold til personalets viden om telemetri og overvågningsudstyr. F.eks. at udstyret kan sættes på pause i en forud defineret periode, i stedet for at slukke udstyret, når patienten skal til undersøgelser etc. ude af afdelingen.
Udbrede kendskab til, at når der én gang er kvitteret for alarmerne for udløbet af batterikapacitet på trådløst overvågningsudstyr, alarmeres der ikke yderligere, og patienten kan dermed risikere at være umonitoret.
Telemetrirapport skal udskrives og scannes ind i journalen, ved overflytning til anden afdeling.
I en akutmodtageafdeling arbejdes der på at ændre aftaler, så alle patienter, der

genindlægges inden for 24 timer, får målt vitale parametre og bliver triageret. Det gøres med henblik på, at ingen patienter med behov for akut stabilisering bliver udskrevet eller overflyttet.

Vejledningen for ketoacidose er revideret, så den er mere overskuelig. I en del af sagsopfølgningerne er det beskrevet, at der vil være undervisning, og at hændelserne vil indgå som casebeskrivelser i forhold til læring. I én sagsopfølgning er det f.eks. beskrevet, at der vil blive planlagt en fokusuge, hvor der vil være morgenundervisning i ketoacidose hele ugen.

Hyppigheden af observationer skrives på dagsedlen, som personalet går med i lommen.

Der er behov for at øge personalets opmærksomhed på instruksen, der beskriver, at patienter skal ses af medicinsk vagthold, hvis patienten ikke kan ses af det kirurgiske vagthold inden for tidsrammen.

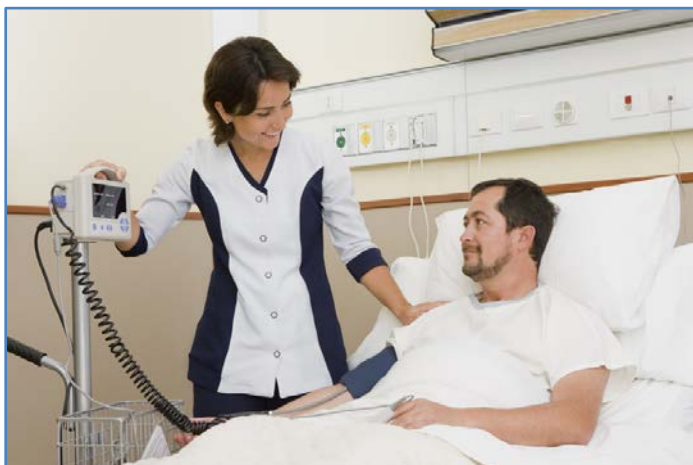
Ved anmodning om kirurgisk tilsyn fra akutafdelingen, skal kirurgen svare på, hvor længe det cirka varer, inden vedkommende kan komme.

5.4 Viden fra patientklager

Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn behandler klager over sundhedsfaglig behandling i sundhedsvæsenet. Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn tager stilling til, om et behandlingssted eller en sundhedsperson har handlet i overensstemmelse med 'normen for almindelig anerkendt faglig standard', og tager således ikke stilling til, om en patient har modtaget den bedst mulige behandling.

Klagesager, der vedrører observationer, favner bredt. Under en indlæggelse er det den enkelte patients diagnose og symptomer, der afgør, hvordan og hvor tit patienten skal observeres. Derudover er der nogle særlige situationer, f.eks. efter en operation, hvor det er kritisk, hvis patienten ikke bliver observeret korrekt.

I vurderingen af klagesager der vedrører observation, er det ofte centralt, om der er foretaget relevante observationer, og om der er reageret relevant på en forværring i patientens tilstand. Er patienten blevet observeret efter gældende retningslinjer? Er lægen eller det medicinske akut team (MAT-team) blevet tilkaldt efter gældende retningslinjer? Har lægen reageret relevant ved tilkald?



5.4.1 Afgørelser

Nedenstående er et udpluk af afgørelser fra Patientombuddet og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn, der vedrører observation. Der er lagt vægt på afgørelser, der vedrører observation efter operation.

Symptomer efter en knæoperation blev ikke taget alvorligt

En yngre kvinde blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling med henblik på operation af venstre knæ. Efter operationen klagede kvinden over smerter, nedsat bevægelighed, følelsesløshed samt kulde- og brændende fornemmelser i venstre ben og fod. Hun bad om at blive tilset af en læge, hvilket blev afvist af sygeplejerskerne, da de ikke fandt det nødvendigt at kontakte en bagvagt. Dagen efter operationen bemærkede en fysioterapeut, at der var nedsat bevægelighed, følelsesløshed og smerter i kvindens venstre underben og fod. Kvinden blev senere samme dag tilset af en læge til stuegang. Lægen fandt venstre fod følelsesløs og med nedsat bevægelighed, men varm og med normale farver. Blodforsyningen til foden blev ikke nærmere undersøgt, og årsagerne til smerterne og følelsesløsheden blev ikke nærmere udredt. Den efterfølgende nat havde kvinden fortsat smerter og kontaktede en sygeplejerske, idet hun kunne mærke, at hendes fod var kold. Sygeplejersken gav hende en strømpe på foden. Det blev efterfølgende konstateret, at kvinden havde et såkaldt kompartmentsyndrom, og en blodprop i pulsåren til venstre underben. Benet blev efterfølgende amputeret under knæniveau.

Disciplinærnævnet fandt grundlag for at kritisere en overlæge og flere sygeplejersker, der havde været involveret i behandlingsforløbet, idet behandlingen var under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Det var Disciplinærnævnets vurdering, at den stuegangsgående læge burde have foretaget en grundigere undersøgelse af blodforsyningen til foden, og at sygeplejerskerne burde have været lydhøre over for patientens ønske om at se en læge, da patientens symptomer afveg fra det normale.

Lejret forkert efter plastikkirurgisk operation

En patient blev indlagt på plastikkirurgisk afdeling og opereret for en kræftsvulst på næsen.

Ved operationen blev svulsten fjernet, og der blev lagt et fuldhudstransplantat med en såkaldt stillet lap med blodforsyning. Den opererende læge havde noteret, hvilke forholdsregler der skulle tages ved den postoperative observation og pleje, herunder at manden skulle lejres med oprejst hovedgærde. Derudover var der nedskrevet forholdsregler for håndtering af hudtransplantatet, hvis der skulle fremkomme tegn på iltmangel. Den opererende læge tilså manden på opvågningsafsnittet 1½ time efter operationen. Her lå manden på sin venstre side, med hovedet nede ved maven og transplantatet trykket ned mod lejret. Transplantatet var misfarvet og med tegn på iltmangel. Trods forsøg på at mobilisere manden og øge ilttilførslen til transplantatet, stod lappen ikke til at redde.

Patientombuddet fandt grundlag for at kritisere behandlingen på opvågningsafsnittet, da denne var under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Det var Patientombuddets vurdering, at den observation og pleje, som plejepersonalet på opvågningsafsnittet ydede manden, ikke var tilstrækkelig.

Manglende reaktion på forværring af patientens tilstand og stigning i risikoscore

En patient blev indlagt til en planlagt operation, hvor galdeblæren skulle fjernes. Under operation havde der været et mindre galdespild og let blødning fra leveren, der blev relevant behandlet. Dagen efter operationen blev mandens vitale værdier målt, og han havde en risikoscore på 0 og 1. Manden havde smerter og fik morfin herfor. To dage efter operationen var mandens risikoscore steget til 3 på grund af hurtig vejrtrækning, hurtig puls og dårlig iltning af blodet, og senere til 4 på grund af faldende blodtryk og stigende temperatur. Sygeplejersken konfererede mandens risikoscore med bagvagten og fortalte, at manden var utilpas. Bagvagten besluttede, at der ikke skulle gøres nogle tiltag. Der blev givet yderligere morfin. Tre dage efter operationen blev det tidligt om morgenen noteret, at manden havde været meget tørstig om natten. Senere samme morgen blev manden fundet død i sengen.

Patientombuddet fandt grundlag for at kritisere behandlingen, da denne var under normen for almindelig anerkendt faglig standard.

Det var Patientombuddets vurdering, at manden burde være tilset af en læge, og at der burde være fulgt op på den stigende risikoscore.

Manglende relevant opfølgning på lavt blodtryk

En patient blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling med brud på venstre underbensknogle. Han blev indlagt til konservativ behandling af bruddet med smertedækning og genoptræning.

Under indlæggelsen udviklede manden blærebetændelse med svært forhøjede infektionstal, hvorfor han fik antibiotisk behandling. Trods den antibiotiske behandling steg mandens infektionstal, og man forsøgte at behandle ham med flere forskellige slags antibiotika. En aften, flere dage efter indlæggelsesdatoen, målte en sygeplejerske flere blodtryk, der var væsentligt for lave klokken 18, klokken 22 og klokken 22.30. Klokken 23 kontaktede sygeplejersken i aftenvagten den vagthavende læge. Den vagthavende læge var i gang med at behandle en anden og dårligere patient og ordinerede derfor telefonisk, at manden skulle have intravenøs væske. Klokken 00.30 kontaktede sygeplejersken i nattevagten lægen, idet manden var blevet tiltagende dårlig med påvirket vejrtrækning og lavt blodtryk. Klokken 01.00 ankom lægen til afdelingen, og fandt manden med hjertestop. Det fremgik af journalmaterialet, at der ikke blev målt blodtryk mellem klokken 22.30 og klokken 00.30. Det fremgik endvidere af udtalelse fra sygehuset, at der fandtes et såkaldt MAT-team (Medicinsk Akut Team), der kunne tilkaldes ved kritisk sygdom. Afdelingens medarbejdere var nøje blevet undervist i kaldekriterierne. Mandens værdier opfyldte kaldekriterierne, men MAT-teamet var ikke blevet tilkaldt.

Disciplinærnævnet fandt grundlag for at kritisere sygeplejersken i aftenvagten, da hendes behandling af manden var under normen for almindelig anerkendt faglig

standard. Det var Disciplinærnævnets vurdering, at sygeplejersken i aftenvagten burde have foretaget et såkaldt MAT-kald, da mandens værdier opfyldte kaldekriterierne. Derudover burde sygeplejersken i aftenvagten have iværksat en tæt observation af manden med hyppigere blodtryksmålinger.

Manglende observation af urinproduktion efter operation i underlivet

En kvinde blev indlagt på et hospital med henblik på operation for nedsunken livmoder. Selve operationen blev udført inden for normen for almindelig anerkendt faglig standard, og kvinden overnattede på hospitalet. Den efterfølgende morgen blev det konstateret, at kvinden ikke havde produceret urin i ca. 20 timer, og havde lavt blodtryk. Ved urinkateteranlæggelse kom der ingen urin. Det blev senere konstateret, at forbindelsen til blæren var blevet afbrudt ved operationen. Man forsøgte ved kikkertoperation at genskabe passagen uden held. Om eftermiddagen blev hun overflyttet til en intensiv afdeling.

Patientombuddet fandt grundlag for at kritisere behandlingen på hospitalet, da den var under normen for almindelig anerkendt faglig standard. Patientombuddet vurderede, at behandlingsstedet burde have observeret patienten tættere, så den manglende urinproduktion var opdaget tidligere.

5.5 Viden fra forsikringsankesager

Patientombuddet samarbejder med *Patienterstatningen (tidligere Patientforsikringen)*, om analyser og læring af data. Patientskadeankenævnet er ankeinstans for Patienterstatningen.

Det er ikke muligt at opgøre, hvor mange af erstatningssagerne, der vedrører observation eller mangel på samme. Det skyldes primært, at observationsspørgsmålet indgår i nævnets vurdering af, om patienten er påført en skade, og om det samlede behandlingsforløb har været i overensstemmelse med den erfarne specialists standard.

Spørgsmålet om, hvorvidt man har ydet den fornødne observation med en patient, er derfor som regel en integreret del af en samlet vurdering, hvor også en række andre elementer indgår.

Nedenstående afgørelse er et eksempel på en afgørelse truffet af Patientskadeankenævnet, hvor observation har været et centralt spørgsmål.

Manglende reaktion på tarmslyng

En patient blev indlagt kl. 03.10 som følge af pludseligt indsættende mavesmerter, der var opstået aftenen forinden. Patienten havde op til indlæggelsen haft gullig-grøn afføring uden blod og følte sig udspilet. Patienten blev første gang undersøgt kl. 7.20. Man syntes, at hendes tilstand var svær at vurdere, og patienten blev herefter igen vurderet kl. 11.40. Patienten selv mente, at mavens omfang var øget, og at smerterne var taget til. Man kunne mærke en udfyldning i maven og vurderede, at patienten skulle CT-skannes. Skanningen viste tarmslyng, og patienten blev opereret senere samme dag. Under operationen fandt man vævsdød i en del af tyndtarmen. Man fjernede derfor 2,5 meter tyndtarm, og syede tarmenderne sammen. Da patienten efterfølgende fik et væggtab på ca. 10 kilo, vekslende afføringsmønster, ringe appetit og smerter efter måltider, blev patienten henvist til et abdominalcenter på mistanke om korttarmsyndrom og med henblik på videre udredning. Patienten søgte om erstatning, idet hun mente, at hun ikke var blevet behandlet rettidigt for tarmslyng, og at hun som følge heraf mistede 2,5 meter tyndtarm. Efterfølgende havde patienten gener i form af smerter, diarré og træthed.

Patientforsikringen vurderede, at en erfaren specialist ved patientens ankomst til skadestuen ville have foretaget undersøgelse tidligere end kl. 7.20. Patientforsikringen vurderede dog, at en sådan undersøgelse med overvejende sandsynlighed ikke ville have ændret det efterfølgende behandlingsforløb eller patientens slutresultat.

Patientskadeankenævnet ændrede afgørelsen og anerkendte, at patienten var blevet påført en erstatningsberettigende patientskade i form af tarmiskæmi, der medførte, at 2,5 meter tyndtarm blev fjernet samt efterfølgende gener.

Det var nævnets vurdering, at en erfaren specialist på det pågældende område, under de i øvrigt givne forhold, ville have handlet anderledes, end man gjorde ved behandlingen. Nævnet lagde vægt på, at patienten blev indlagt kl. 3.10, men at der først blev foretaget en lægelig undersøgelse ca. fire timer senere kl. 7.20, og at der ikke blev foretaget en objektiv undersøgelse af patientens mave ved undersøgelsen, og at der gik ca. 17 timer fra ankomsten, til patienten blev opereret.

Såfremt man i overensstemmelse med den erfarne specialists standard havde foretaget en lægelig vurdering af patienten, herunder en objektiv undersøgelse af hendes mave i umiddelbar forlængelse af ankomsten kl. 3.10, ville man med overvejende sandsynlighed have iværksat akut CT-scanning af maven. Det blev vurderet, at rettidig udredning med overvejende sandsynlighed ville have medført, at operationen var blevet foretaget mindst 12 timer hurtigere.

Det var videre nævnets vurdering, at et hurtigere udrednings- og behandlingsforløb med overvejende sandsynlighed ville have medført, at patientens tyndtarm havde været så levedygtig, at den kunne have været reddet.

6 INSTITUT FOR KVALITET OG AKKREDITERING I SUNDHEDSVÆSENET, IKAS

6.1 Viden fra den danske kvalitetsmodel

Observation af patienten og rettidig og hensigtsmæssig reaktion på tegn på forværring i patientens tilstand er et tema, der genfindes i flere standarder i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse.

Én af DDKM-standarderne "Observation og opfølgning på kritiske observationsfund" handler specifikt om observation. Hensigten med denne standard er at understrege, at observation med henblik på at opdage kritisk forværring ikke kun er relevant for bestemte patientgrupper eller på bestemte tidspunkter i patientforløbet, men for alle patienter. Det er dermed ikke sagt, at alle patienter skal observeres på samme måde. Det er ikke tanken med DDKM, at bestemte procedurer rutinemæssigt skal anvendes over for alle patienter. Standarden giver plads for fagligt begrundet differentiering af overvågningsindsatsen. Den giver også mulighed for at konkludere, at der er patientgrupper, hvor risikoen for kritisk forværring er så lille, at det ikke giver mening at dokumentere systematisk overvågning. Det er ligeledes vigtigt, at systematisk observation skal understøtte den kliniske vurdering, ikke erstatte den. Scoringssystemer indeholder da også typisk et kriterium af typen: "Jeg er bekymret over patientens tilstand".

Det er væsentligt, at standarden ikke kun handler om observation, men også om reaktion på observationsfund.

Nedenfor præsenteres de væsentligste erfaringer omkring observationer, der er gjort i forbindelse med de to første akkrediteringsrunder på de danske sygehuse.

6.2 Erfaringer fra surveys

Under det eksterne survey bliver det vurderet, om der foreligger retningslinjer, og om arbejdsgangene er implementeret. Implementeringen vurderes ved, at personalet interviewes om deres opgaver og kan demonstrere, hvorledes de løses. Der suppleres med stikprøvevise opslag i journaler og observationsskemaer, evt. interviews med patienter. Den metode kan afdække, om systematisk observation er en del af personalets forestilling om de opgaver, der skal løses, og kan i nogen grad efterprøve, om det også sker i praksis. Det er imidlertid ikke muligt at afgøre, om dækningsgraden er 100 procent. Surveymetoden kan afdække, om der er systemer til at følge op, når kritiske afvigelser ses, og om personalet ved, hvad der skal gøres. Men den kan ikke afdække kvaliteten i den faktiske opfølgingsindsats.

I første akkrediteringsrunde (2010-2012) vurderede man ved første surveybesøg opfyldelsen af IKAS standard 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund på følgende måde:

Tabel 4 Resultater af survey i 2010-2012.

	Offentlige sygehuse	Privathospitaler
Helt opfyldt	36	33
Delvist opfyldt, opfølgning ikke påkrævet	0	1
Delvist opfyldt, opfølgning påkrævet	1	0
Ikke opfyldt	2	2

Ved den efterfølgende opfølgning (5 sygehuse) fandt man i alle tilfælde, at standarden nu var helt opfyldt.

I anden akkrediteringsrunde (2013-2015) er standarden indtil september 2014 vurderet på 22 privathospitaler og 17 offentlige sygehuse. I denne runde afgives ikke en vurdering af standarden som helhed, men af hver indikator. Man har på fem sygehuse (to private og tre offentlige) fundet i alt syv eksempler på indikatorer, der ikke kunne vurderes som værende helt opfyldt. Fire vedrører observation (indikator 2), to vedrører reaktion ved kritisk forværring (indikator 3), og en vedrører retningslinjer (indikator 1). På opgørelsestidspunktet har fire af de fem sygehuse haft opfølgning, og i alle fire tilfælde er der fundet tilfredsstillende opfyldelse af standarden.

I anden akkrediteringsrunde ligger standarden midt i feltet af de patientsikkerhedskritiske standarder, for så vidt angår opfyldelsen. Flest mangler findes på medicineringsstandarderne og på rettidig reaktion på prøvesvar.

Det forhold, at man i anden akkrediteringsrunde fandt mangler hos sygehuse, der i første runde demonstrerede fuld opfyldelse af standarden, kan være udtryk for tilbagefald, men kan også skyldes, at vurderingsmetoden er blevet skærpet.

6.3 Erfaringer fra anvenderne af standarden

Standarden har ikke voldt de store forståelsesproblemer, og det har ikke været nødvendigt at supplere den med FAQ's (Frequently Asked Questions) eller vejledninger. Der er dog, som med alle akkrediteringsstandarder, en risiko for, at den implementeres overbureaukratisk, så bestemte procedurer kræves fulgt universelt uden hensyntagen til relevansen. Der er også en risiko for, at forberedelsen til akkreditering har for meget fokus på dokumentation af observationer og overser handlingen, der følger af observationen.

IKAS har modtaget enkelte forespørgsler om, hvorvidt specifikke patienter/patientgrupper skal risikoscores. Som tidligere nævnt, er det ikke meningen, at alle patienter skal observeres på samme måde, men at der er indbygget plads til lægefagligt begrundet differentiering af observationsniveauet.

7 SUNDHEDSSTYRELSENS TILSYN

7.1 Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder

Sundhedsstyrelsen står bl.a. for lovbestemte tilsyn med private sygehuse, klinikker, privatpraktiserende læger og kosmetiske behandlere. Loven indebærer, at private behandlingssteder skal registreres i Sundhedsstyrelsen, og at Sundhedsstyrelsen skal føre tilsyn med behandlingsstederne. Tilsynene skal øge patientsikkerheden og foregår ved, at Sundhedsstyrelsen hvert tredje år aflægger et tilsynsbesøg på behandlingsstedet. Tilsynsbesøgene varsles på forhånd.

Hvis Sundhedsstyrelsen ved et tilsynsbesøg finder væsentlige problemer med patientsikkerheden på et behandlingssted, vil det blive bedt om at rette fejl og mangler. Sundhedsstyrelsen kan så vælge at besøge behandlingsstedet igen, til patientsikkerheden er bragt i orden. Rapporterne fra tilsynsbesøgene bliver offentliggjort på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, efter de har været til partshøring hos behandlingsstedet.

Vurderingen af behandlingsstederne sker på baggrund af en række generelle og specialespecifikke målepunkter, som omfatter de aspekter ved behandlingen, der er mest kritiske for patientsikkerheden.¹³

Behovet for retningslinjer vil bl.a. være betinget af den enkelte afdelings speciale, specialiseringsgrad, størrelse, personalemæssige sammensætning og samarbejde med andre afdelinger.

Sundhedsstyrelsen undersøger ved tilsyn, om der foreligger skriftlige instrukser til personalet om:

- Lægekontakt, overflytning af dårlige patienter, alarmering (1-1-2) samt genoplivning.
- Peroperativ overvågning.
- Postoperativ overvågning.
- Udskrivelse.

Tilsynet inkluderer interview med personalet om kendskabet til retningslinjerne, og der gennemgås et antal journaler for at vurdere, om patienterne er blevet relevant overvåget.

Nedenfor følger et par eksempler på generiske målepunkter i forhold til Sundhedsstyrelsens tilsyn.

7.1.1 Observation under anæstesi eller sedation

Relevant overvågning **under** anæstesi/sedation omfatter som minimum følgende:

Ved sedation og ved generel anæstesi i form af simpel inhalationsanæstesi med forventet samlet varighed på mindre end 30 minutter:

- Klinisk observation af patienten
- Kontinuerlig monitorering af puls og iltmætning med pulsoximeter

Ved alle andre former for generel anæstesi og centrale blokader (spinal- og epidural anæstesi) desuden:

- Kontinuerlig monitorering af puls og iltmætning med krav om journalføring af det målte blodtryk og puls mindst hvert 5. minut
- Kontinuerlig EKG
- Måling af end-tidal CO₂
- Kontrol af temperaturen ved anæstesivarighed over 2 timer

7.1.2 Postoperativ observation

Relevant overvågning **efter** kirurgiske indgreb omfatter som minimum følgende:

Ved generel anæstesi i form af simpel inhalationsanæstesi med forventet samlet varighed på mindre end 30 minutter

- Klinisk observation af patienten
- Patienten overvåges med pulsoximetri, til patienten er vågen og relevant
- Patienten skal være vågen, klar og relevant ved afslutningen af den postoperative overvågning/udskrivelsen.
- Det er som hovedregel tilstrækkeligt med et kort udskrivningsnotat, f.eks. "vågen, klar og relevant, udskrevet", uden at der er anført eventuelt målte vitalværdier.

Ved alle andre former for generel anæstesi, centrale blokader (spinal- og epidural anæstesi) samt moderat og svær sedation:

- Patienten overvåges med klinisk observation, der omfatter vurdering af bevidsthedsniveau, operationsfelt / forbindelse, dræn samt smerte- og kvalmestatus
- Den postoperative overvågning omfatter også puls, blodtryk, respirationsfrekvens og iltmætning.

7.2 Resultater af Sundhedsstyrelsens generelle tilsyn

Rapporter fra Sundhedsstyrelsens tilsyn viser, at mangelfulde observationer i flere konkrete forløb har været en risiko for patientsikkerheden.

- Der er eksempler fra tilsynssager på, at patienten ikke blev observeret, men blev sendt hjem – f.eks. hurtig udskrivelse efter en større operation, afslutning fra skadestuen, inden tilstanden var afklaret eller stabil, eller patienter der blev efterladt uden observation i akut modtagelse eller på en afdeling.
- Der er også eksempler fra tilsynssager på, at observationer var mangelfuldt udført - f.eks. patienter, der blev observeret to gange i vagten, men skulle være observeret hver anden time, eller hvor observationen ikke var tilstrækkeligt omfattende, f.eks. observation af patientens respiration, men ikke observation af de øvrige vitale parametre.
- Derudover er der eksempler på, at plejepersonalet ikke informerede lægen om observationerne, eller at lægen ikke reagerede forsvarligt på information fra plejepersonalet om det observerede.

Der er krav om, at de foretagne observationer, som må antages at være af betydning for diagnose, behandling og prognose, skal fremgå af patientens journal.

Det er Sundhedsstyrelsens erfaring, at det altid primært skal afklares, om problemet med den mangelfulde observation skyldes faglige svigt hos en enkelt/enkelte sundhedspersoner eller svigt i organisationen. Det skal også vurderes, om der er risiko for patientsikkerheden fremadrettet.

8 DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED

I de to store initiativer for patientsikkerhed Operation Life (2007-2010) og Patientsikkert Sygehus (2010-2013) har tidlig opsporing og behandling af patienter med tegn på kritisk sygdom været blandt indsatsområderne.

I Operation Life blev der hovedsagelig fokuseret på at etablere mobile akutteam, der kunne tilkaldes ved tegn på kritisk sygdom. Kriterierne for tilkald af teamet bygger på observationer af patienternes vitalværdier. Erfaringerne fra kampagnen var bl.a., at observation af alle vitalværdier ikke blev gennemført systematisk og konsekvent, og der var behov for mere systematiske basisobservationer.

I Patientsikkert Sygehus er der derfor lagt betydelig vægt på at etablere arbejdsgange, der sikrer måling af vitalværdier.

8.1 Erfaringer fra Operation Life

I forbindelse med patientsikkerhedskampagnen Operation Life var der 14 sygehuse, der etablerede et mobilt akutteam (MAT). I juni 2008 blev de første erfaringer med

teamene samlet i en rapport fra Operation Life.¹⁴ Næsten alle de sygehuse, der var begyndt at drage erfaringer af ordningen, var enige om, at den havde potentiale til at redde liv og forebygge indlæggelser på intensivafdeling. De fleste af sygehuse mente desuden, at et mobilt akutteam var med til at forbedre arbejdsmiljøet. Samarbejdet mellem sengeafdelingerne og intensivafdeling var blevet bedre, og personalet på sengeafdelingerne oplevede større tryghed og mindre stress, når de havde mulighed for at tilkalde MAT. Der var i 2008 sporadiske meldinger fra sygehuse, der havde registreret, at perioden mellem hjertestop-kaldene var blevet længere.

I forbindelse med Operation Life var der hovedsagelig fokus på det udgående udrykningsteam, mens det først i løbet af kampagnen blev klart, hvor vigtigt det er at registrere patienternes vitalværdier systematisk. Ganske vist byggede tilkaldekriterierne for det mobile akutteam bl.a. på afvigelser i vitalværdierne, som der var retningslinjer for at måle, og på mange af sygehuse blev personalet undervist og vejledt af det mobile akutteam i, hvordan kritisk syge patienter identificeres. Desuden blev der udviklet hjælpemidler i form af f.eks. lommekort, plakater osv. Disse tiltag kan være nødvendige, men erfaring fra Operation Life viser, at de ikke i sig selv sikrer, at det mobile akutteam tilkaldes til relevante patienter.

Denne erfaring dannede grundlag for Mobilt akutsystem-pakken, der blev introduceret med Patientsikkert Sygehus i 2010.

8.2 Erfaringer fra Patientsikkert Sygehus

Patientsikkert Sygehus fandt sted på fem sygehuse (Hillerød, Næstved, Kolding, Horsens og Thy-Mors) i perioden 2010-2013. Formålet var at reducere forebyggelige dødsfald og skader ved at implementere 12 pakker, der sammen dækker et bredt klinisk felt. En af pakkerne var Mobilt akutsystem, som indebærer, at et systematisk observations- og opfølgingsredskab blev implementeret. Et akutteam blev også oprettet. Dette team kunne efter nærmere fastlagte kriterier, tilkaldes ved behov for akut vurdering og behandling af patienter uden for intensivafdeling (MAT).

Sygehuse måler på to procesindikatorer, der viser, om basisobservationerne udføres som planlagt, og om der handles relevant på afvigende værdier. Det sker ved hyppige målinger på afsnits-, afdelings- og sygehusniveau af andelen af korrekt udførte basisobservationer og andelen af korrekte reaktioner på afvigende værdier.

Desuden måles på en resultatindikator, nemlig hjertestop-kald uden for intensiv, hjerteafdeling og skadestue. Antallet af hjertestop-kald er et groft mål for antallet af uventede hjertestop, som afspejler sygehusets evne til at opspore og behandle kritisk syge patienter, inden hjertestop opstår. Hjertestop-kald anvendes også internationalt som indikator for effekten af mobilt akutsystem.

8.3 Forbedringsmetoder og brug af lokale, tidstro målinger af procesdata

Tidligere blev patienternes vitale værdier også målt og brugt som grundlag for handling. Men først med Patientsikkert Sygehus begyndte man systematisk at holde øje med, om det i praksis lykkes at gennemføre basisobservationerne som planlagt, og om man får handlet på dem. Procesindikatorer følges med hyppige målinger både på sygehusniveau og lokalt på den enkelte sengeafdelinger. Der anvendes statistisk processtyring med seriediagrammer, som gør det muligt hurtigt at konstatere, om der sker forandring over tid.¹⁵

Den systematiske overvågning af egne processer har været en øjenåbner såvel på sygehusniveau som på de enkelte afdelinger. Selv om personalet tror, at der måles og handles korrekt, bliver man ofte overrasket over resultatet af procesmålingerne. Det gælder ikke kun for Mobilt akutsystem-pakken, men er et fænomen, der gælder for alle de kliniske områder i Patientsikkert Sygehus. Når man begynder procesmålingerne, viser det sig ofte, at det kun er omkring halvdelen af patienterne, der modtager den behandling, man har intention om at give, selv om den er beskrevet i retningslinjer, vejledninger og instrukser.

Sygehus Thy-Mors etablerede i 2008 et mobilt akutteam med kaldekriterier, der hovedsagelig var baseret på basisobservationer, som på forskellig vis blev formidlet ud i organisationen. En journalaudit gennemført i januar-marts 2011 viste imidlertid, at kun 40 procent af patienterne havde fået målt et fuldt sæt vitalværdier. Først da man i 2012 introducerede det vægtede risikoscoringsystem og samtidig begyndte at holde løbende øje med procesmål, blev det muligt at skabe en sikker proces.

En af de vigtigste erfaringer fra Operation Life og Patientsikkert Sygehus er derfor at udmeldinger i organisationen i form af retningslinjer og vejledninger om basisobservationer – eller lanceringen af et mobilt akutteam, kombineret med undervisning af personalet – *ikke* er tilstrækkeligt til at sikre, at basisobservationer sker systematisk hos alle patienter.

Først når man på lokalt niveau – afsnit og afdelinger – og på sygehusniveau begynder at holde øje med sine processer ved hjælp af hyppige tidstro data og brug af seriediagrammer, bliver der grundlag for at skabe reelle forbedringer, dvs. skabe sikkerhed i de daglige rutiner, så vitalværdier måles konsekvent på alle patienter.¹⁶

Det konkrete arbejde med at forbedre arbejdsgangene på afdelinger og på sygehusniveau sker i Patientsikkert Sygehus ved brug af Forbedringsmodellen. Modellen har vist sig meget brugbar, bl.a. fordi den sikrer, at forandringerne indlejres i de daglige arbejdsgange og tilpasses lokale forhold på afdelingerne. Der er i forbindelse med Patientsikkert Sygehus sket en omfattende opbygning af kompetencer i forbedringsarbejde både hos personale og sygehusledelser.

Det er helt centralt i forbedringsarbejdet, at ideer udvikles, afprøves og tilpasses løbende af de medarbejdere, som behandler og plejer patienter i det daglige. På den måde sikres det, at ideerne kan gennemføres og indarbejdes i de daglige rutiner.

Forandringerne testes først i det små, tilrettes, og testes derefter i større og større skala, til de virker i hele afdelingen/organisationen.

De tidstro procesdata er nødvendige for at styre arbejdet med at skabe forbedringer. Man kan hurtigt aflæse, om en ny ide eller et tiltag fører til de ønskede forandringer. Hvis man f.eks. ændrer skemaet for at gøre det nemmere at registrere vitalværdier, kan man hurtigt efter se, om det resulterer i, at en større procentdel af patienterne får målt værdier.

De enkelte afdelinger holder øje med deres egne procesdata og registrerer – nogle steder fra dag til dag – hvor stor en del af patienterne, der får målt værdier, og hvor ofte der reageres relevant på de afvigende værdier. Det har vist sig, at medarbejderne finder de tidstro data meningsfulde og motiverende. Efterhånden som arbejdsgangene omlægges og justeres, kan personalet se, at en større andel af patienter får korrekt behandling. Under processen opstår engagement, kreativitet, arbejdsglæde, kollegialt sammenhold og faglig stolthed, som igen bliver drivkraft for yderligere forbedringer.

8.4 Resultater fra Patientsikkert Sygehus

På tre af de fem sygehuse - Næstved, Kolding og Thy-Mors - er der sket et markant fald i antallet af hjertestop-kald i projektperioden. Det er sket synkront med, at der er opnået større pålidelighed i processerne, målt ved procesdata. På Næstved Sygehus var der f.eks. i 2010 ca. seks hjertestop pr. måned, hvilket nu er faldet til gennemsnitligt tre pr. måned. Det er sket samtidig med, at procesdata er forbedret fra, at ca. 80 procent af patienterne i 2011 fik målt et fuldt sæt vitalværdier, til at 93 procent får det ultimo 2013. Der er også sket en forbedring med hensyn til relevant reaktion på afvigende værdier, fra 60-80 procent i starten af projektperioden til 80-100 procent i slutningen.

Samme billede tegner sig på Sygehus Thy-Mors og Kolding Sygehus. Efterhånden som man får udført observationerne korrekt på en større andel af patienterne, sker der et fald i antallet af hjertestop-alarmer.

9 SAMMENFATNING

Selv om der i flere år har været stort fokus på at sikre, at patienter bliver observeret, og at der sker opfølgning, når der er behov for det, er der fortsat brug for at forbedre tidlig opsporing og iværksættelse af hurtig og effektiv behandling af kritisk syge patienter.

Der er store forskelle i monitoreringspraksis, hvilket kan have betydning for patienternes sikkerhed, men også føre unødige omkostninger for regionerne med sig i form af ekstra ressourcer til længerevarende og mere intensiv behandling, pleje m.v.

Når en patients kritiske tilstand ikke opdages og behandles i tide, kan det betyde, at patienten udvikler hjertestop eller svær sygdom med organsvigt. Undersøgelser viser, at det hos en stor del af patienterne er muligt at observere tidlige advarselssignaler, mindst seks-otte timer før et hjertestop.

Ved systematisk at observerevitalværdier hos indlagte patienter, skulle det derfor være muligt at identificere en stor del af de kritisk syge patienter så tidligt i forløbet, at der er tid til at handle, inden sygdommen udvikler sig livstruende.

Danske Regioner beskriver, at der foregår mange aktiviteter i regionerne, der har til formål at styrke observation af indlagte patienter og derved styrke patientsikkerheden og behandlingskvaliteten. Det fremgår dog af bidragene fra regionerne, at implementering af systematisk observation er en udfordrende opgave.

Når patientens tilstand skal optimeres, skal personalet arbejde efter ABCDE-principperne. Det nævnes af flere regioner, at plejepersonale i sengeafdelinger ikke er fortrolige med ABCDE-optimering. Det beskrives som en væsentlig udfordring i forhold til at få de ønskede resultater af indsatsen.

At overdrage observationsdata korrekt kan også være en udfordring, når patienter flyttes fra en afdeling til en anden, eller når patientens tilstand ændrer sig.

Regionerne angiver, at det er vigtigt, at indsætter vedrørende observation for kritisk sygdom tager højde for, at arbejdsgange, IT – f.eks. forskellige observationssystemer på akutmodtagelser, intensivafdelinger – og sengeafdelinger understøtter indsatsen.

Det er også vigtigt, at personalet foretager en samlet vurdering af patienten ud fra både en risikoscore og en konkret klinisk vurdering, og at oplysninger om f.eks. risikoscoren gives videre ved f.eks. tilsyn, vagtskifte og overdragelse af patienten.

Det er vigtigt med kontinuerligt ledelsesfokus, monitorering og undervisning af personalet samt fagligt ledelsesfokus, så indsatsen løbende kan tilpasses og forbedres. Undervisning i observationsmetoden kan f.eks. indføres som et obligatorisk element i introduktionsprogrammer.

Derudover kan interne audits på afdelingerne give god indsigt i, hvilke forhold der er brug for at arbejde med lokalt. En region beskriver f.eks., at personalet mente, at den indførte observationsmetode gav anledning til mange unødvendige lægetilsyn. Erkendelsen førte til en justering af kriterierne på baggrund af et grundigt litteraturstudie, så de passede bedre til den kliniske situation

Det er vigtigt, at implementering af en observationsmetode ikke betragtes som fuldført, før det bliver en naturlig ting at efterspørge og videregive observationsscorer i dialogen omkring patienten, f.eks. ved tilsyn, på stuegang og i vagtskiftet.

Regionerne angiver desuden, at der er særlige udfordringer i forhold til somatisk observation af patienter indlagt på psykiatrisk afdeling. Det har i nogle situationer vist sig at være svært for personalet at vurdere patientens somatiske symptomer. Regionerne foreslår, at psykiatriske patienter skal have ekstra opmærksomhed, når personalet anmoder om somatisk lægetilsyn, eller når en psykiatrisk patient har allerede erkendt somatisk sygdom.

En region efterlyser anbefalinger til, hvordan man i psykiatrien skal arbejde med at opspore patienter med uerkendt somatisk sygdom. De arbejder aktuelt med at udvikle et lettilgængeligt og hurtigt redskab til primær somatisk screening, som ved afvigelser kan følges op med monitorering med et af de systematiske observationsredskaber.

Patientombuddet beskriver, at rapporterede utilsigtede hændelser viser, at patienter ikke altid bliver tilstrækkelig observeret, og at opfølgningen ikke altid er i overensstemmelse med de gældende retningslinjer.

De rapporterede utilsigtede hændelser viser, at det ikke skyldes udformningen af selve observationssystemet, men f.eks. at personalet ikke altid har den fornødne viden om, hvorfor det er vigtigt at monitorere alle vitalværdier. Derudover kan der opstå utilsigtede hændelser, når personalet ikke kender eller forstår andre symptomer og vigtige observationer end vitalværdierne.

Herudover bliver organiseringen af arbejdet anført som hyppige årsager til utilsigtede hændelser. F.eks. beskrives travlhed, vikarer, bemanding, uklare ansvarsforhold og uklare retningslinjer for, hvilke vitalværdier der skal udløse f.eks. MAT kald som mulige årsager til utilsigtede hændelser. Herunder kan der opstå utilsigtede hændelser, når det er uklart, hvordan plejepersonalet kan tilkalde en læge til akutte tilstande, når den vagthavende er optaget af andre akut syge patienter.

Det fremgår af de utilsigtede hændelser, at sengeafdelinger oplever problemer i forhold til at modtage meget syge patienter fra intensivafsnittet, som f.eks. har behov for et højere observations- og plejeniveau, end afdelingen normalt tager sig af. Det kan både påvirke den observation og pleje, personalet kan tilbyde patienten, og de øvrige patienter.

Udstyr, der ikke virker, eller som personalet ikke håndterer korrekt, er endnu en årsag til utilsigtede hændelser. Telemetrier, der er sat forkert op eller mangler

batterier, eller vagttelefoner, der ikke er ladet op eller er lagt fra sig, ses også som årsager til utilsigtede hændelser.

Fra Patientombuddets klagecenter ses, at klager, som drejer sig om observation og opfølgning, favner bredt. Under en indlæggelse er det den enkelte patients diagnose og symptomer, der afgør, hvordan og hvor tit patienten skal observeres. Derudover er der nogle særlige situationer, f.eks. efter en operation, hvor det er kritisk, hvis patienten ikke bliver observeret korrekt. Utilstrækkelig postoperativ observation eller opfølgning er ofte et tema i klagesager om observation.

Der findes ikke én samlet vejledning fra **Sundhedsstyrelsen** med krav til observation af patienter. Forskellige vejledninger præciserer de krav, som har betydning for observation af patienter, f.eks. hvordan der skal følges op på parakliniske undersøgelser.

Sundhedsstyrelsen fører bl.a. tilsyn med private behandlingssteder. I forbindelse med disse tilsyn er der opstillet en række målepunkter om observation af patienter under og efter sedation og anæstesi. Målepunkterne er minimumskrav, som Sundhedsstyrelsen stiller til behandlingsstedernes lokale retningslinjer, dokumentation og journalføring samt til personalets viden.

Derudover har Sundhedsstyrelsen præciseret i Vejledning om opfølgning på parakliniske undersøgelser, at samarbejdet mellem parakliniske og kliniske afdelinger skal være afklaret, så det sikres, at manglende gennemførelse af parakliniske undersøgelser eller manglende opfølgning på undersøgelsesresultater, ikke forsinker diagnostik og behandling af akut kritisk sygdom.¹⁷

Sundhedsstyrelsen erfarer gennem tilsyn, at mangelfulde observationer i flere konkrete forløb har været en risiko for patientsikkerheden.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed beskriver, at det er muligt at opnå systematiske og dækkende observationer af patienters vitalværdier på sengeafdelinger og dermed fremme tidlig opsporing af kritisk sygdom. Det viser erfaringer fra Patientsikkert Sygehus. Her har man opnået, at over 90 % af patienterne får målt et fuldt sæt vitalværdier og en øget sikkerhed for relevant reaktion på afvigende værdier.

Tre af de fem sygehuse har i projektperioden opnået målbare resultater for patienterne, da antallet af hjertestop-kald er reduceret. Det er sket, fordi vitalværdierne nu faktisk bliver målt, og at der bliver handlet på afvigende værdier.

To parametre har været essentielle for resultaterne:

1) **Det målrettede arbejde med forbedringsmetoder**, hvor ideer udvikles, afprøves og tilpasses for at forbedre arbejdsgangene og dermed skabe mere sikre processer. At udsende vejledninger, at uddanne personalet, at udvikle kognitive hjælpemidler, f.eks. lommebøger, flowcharts, checklister m.v. kan være nødvendige trin i forbedringsprocessen, men er ikke i sig selv tilstrækkelige til at opnå systematiske og dækkende observationer.

2) **Måling af hyppige tidstro procesdata**. Procesdata er en øjenåbner, som gør det muligt at erkende, når de aktuelle arbejdsgange ikke er optimale. De hyppige, tidstro målinger af procesdata er nødvendige for at monitorere, om nye ideer og tiltag har den ønskede effekt, dvs. bidrager til mere sikre arbejdsgange. Desuden virker de tidstro data motiverende: Når de sundhedsprofessionelle kan se, at indsatsen for at forbedre bærer frugt, opstår faglig stolthed og engagement, som igen bliver drivkraft for at forbedre endnu mere.

Med procesdata menes hyppige (daglige, ugentlige) målinger af, hvor stor en procentdel af patienterne som får målt at fuldt sæt vitalværdier, og hvor ofte der iværksættes relevant handling på afvigende observationer.

Ifølge **Institut for kvalitet og akkreditering i sundhedsvæsenet**, IKAS, kan man ud fra de gennemførte surveys ved akkreditering se, at der er gjort en betydelig indsats for at sikre systematisk observation efter fastsatte kriterier på sygehusene. Samtlige sygehuse har arbejdet aktivt med implementere indsatsen. Det gælder også i forhold til at etablere systemer til at sikre, at der handles på kritiske observationer. Der er en høj grad af bevidsthed hos personalet om, hvad der forventes, om end der på en mindre del af de besøgte sygehuse stadig er svagheder i implementeringen.

IKAS fremhæver, at standarden for observation og opfølgning på kritiske observationsfund er relevant for alle patienter, men at det ikke betyder, at alle patienter skal observeres på samme måde. Observationsniveau og -opfølgning kan på baggrund af en lægefaglig vurdering differentieres i forhold til enkelte patienter eller hele patientgrupper.

I standarden om observation og opfølgning på kritiske observationsfund stilles der ikke specifikke krav til kvalitetsovervågning eller kvalitetsforbedring, selv om standarden hører til en af de få sikkerhedskritiske standarder. Det begrundes med, at mens procesovervågning er hensigtsmæssig, under implementeringen af en arbejdsgang, vil det ikke være formålstjenligt at kræve dette som en fast rutine. IKAS finder derfor, at det ikke er hensigtsmæssigt at kræve løbende overvågning af, om observation og opfølgning er gennemført som planlagt.

Et resultatmål er ønskeligt, men det kan diskuteres, hvad det optimale resultatmål vil være. Nogle anbefaler antal hjertestopkald eller antal akutte overførsler til intensivafdeling. Det er for nyligt foreslået, at failure to rescue kunne være et bedre egnet outcomemål.¹⁸ IKAS har vurderet, at evidensgrundlaget i dag ikke er tilstrækkeligt til at kræve overvågning af resultater som en national standard.

10 KONKLUSION

Det er vigtigt for patienternes sikkerhed, at de observeres fagligt forsvarligt under indlæggelse på sygehus. Flere undersøgelser viser, at bedre systematisk observation af vitalværdier hos indlagte patienter vil betyde, at det bliver muligt at identificere en større del af de kritisk syge patienter så tidligt i forløbet, at der er tid til at handle, inden sygdommen udvikler sig livstruende. God observation vil forbedre behandlingskvaliteten og patientsikkerheden.

Alle regioner i Danmark har udarbejdet retningslinjer for observation af patienterne, og der arbejdes med forskellige former for forbedringer i forhold til observation. Der gøres en stor indsats for at få omsat retningslinjerne til systematisk observation af patienterne. Rapporten beskriver dog også, at der er en række udfordringer for sygehusene med at forbedre tidlig opsporing og at sætte hurtig og effektiv behandling af kritisk syge patienter i værk.

Der er ofte mange sundhedspersoner involveret i behandlingen og observationen af en patient på et sygehus, og det er vigtigt, at personalet er uddannet til at bruge de valgte observationssystemer, og kan følge op de fundne observationer. Når et observationssystem er blevet indført, bør ledelsen følge op på, om systemet virker efter hensigten. Det kan f.eks. være ved audits eller ved målinger af hvor mange patienter, der rent faktisk bliver observeret som planlagt, og hvor mange der får den relevante opfølgning. Derudover har man nogle steder valgt at måle på antallet af hjertestop udenfor intensiv afdelingen som et resultatmål.

Ledelsesopfølgning kan også være relevant i forhold til, om det er nødvendigt at justere det valgte observationssystem, f.eks. hvis systemet giver mange unødvendige lægetilsyn. Det er vigtigt, at sådanne tilpasninger sker på et evidensbaseret grundlag.

Derudover er det vigtigt, at sundhedspersonalet ved, at et observationssystem ikke kan stå alene, men at der skal foretages en samlet klinisk vurdering af patientens tilstand.

Ledelsen bør desuden have særligt fokus på at sikre gennemarbejdede arbejdsprocesser for observation og opfølgning herpå. Det kan f.eks. være i forbindelse med, at der er forskellige IT systemer på afdelinger, der udveksler information om patienter, eller en afklaring af hvordan plejepersonalet er sikret

lægefaglig assistance, når en patient har brug for akut lægetilsyn. Nogle afdelinger har procedurer for hvilken læge, der skal træde til, hvis afdelingens egen læge er forhindret i at komme, mens andre afdelinger har valgt, at plejepersonalet kan tilkalde MAT, selv om afdelingens læge ikke kan komme.

Det er også vigtigt, at der mellem sengeafdelinger og parakliniske afdelinger er klare procedurer for, at afvigende prøveresultater videregives til de ansvarlige sundhedspersoner, som skal følge op på dem. Ligesom det kan være relevant at få afklaret afdelinger imellem, hvor lang tid der må gå, inden et bestilt tilsyn fra en anden afdeling udføres.

Der bør være særligt fokus på kommunikation af observationer mellem personalet. Implementering af en observationsindsats kan ikke betragtes fuldført, før end det er selvfølgelig at videregive oplysninger om observation ved tilsyn, på stuegang og i vagtskifte.

Patientombuddet håber, at temarapporten vil bidrage til det fremtidige arbejde med at forbedre sikkerheden for patienterne på landet sygehuse.

11 LITTERATUR

- 1 Schein RM, Hazday N, Pena M, et al. Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. Chest. 1990;98:1388-1392.
- 2 Franklin C, Mathew J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Crit Care Med. 1994;22(2):244-247.
- 3 McQuillan P, Pilkington S, Allan A. Confidential inquiry into the quality of care before intensive care unit admission. BMJ. 1998;316:1853-1858.
- 4 Fuhrmann L, Lippert A, Perner A et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. Resuscitation 2008; june: 77 (3): 325-30.
- 5 Engel C, Rasmussen LL, Nielsen JB et al. Potentielt forebyggelige dødsfald på et mellemstort centralsygehus. Ugeskr Læger 2007; 169:2630-2633
- 6 Time to Intervene A review of patients who underwent cardiopulmonary resuscitation as a result of an in-hospital cardiorespiratory arrestA report by the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (2012). <http://www.ncepod.org.uk/2012cap.htm>
- 7 Meaney PA, Nadkarni VM, Kern KB, Indik JH, Halperin HR, Berg RA. Rhythms and outcomes of adult in-hospital cardiac arrest. Crit Care Med 2010;38:101-8.
- 8 Fuhrmann L, Hesselfeldt R, Lippert A et al. Observation af kritisk syge patienter. Ugeskr Læger 2009; 171/,502-506.
- 9 Bunkenborg G, Samuelson K, Åkeson J, Poulsen I. Professionalism in Nursing: Its impact on nursing practice when monitoring vital parameters and securing in-patient safety. Journal of Advanced Nursing, 2012, 69 (7), 1466-77.
- 10 Bodil Sestoft m.fl. Tidlig opsporing af kritisk sygdom hos voksne patienter indlagt på et sengeafsnit, Center for kliniske retningslinjer 2010.
- 11 Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projekt Sikker Mundtlig Kommunikation.
- 12 Patientombuddet, Dansk Patientsikkerhedsdatabase, 2014 www.dpsd.dk
- 13 Sundhedsstyrelsen, Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder 2014. www.sst.dk
- 14 Mobilt akut-team. Identifikation og behandling af kritisk syge patienter uden for intensiv afdeling. Mini-rapport om de danske sygehuses første erfaringer. Operation Life, juni 2008.
- 15 Anhøj J, Bjørn B. Statistisk processtyring i sundhedsvæsenet. Ugeskr Læger 2009; 171(21):1801

16 Improving the Reliability of Health Care, Institute for Healthcare Improvement, 2004

17 Vejledning om håndtering af parakliniske undersøgelser, Sundhedsstyrelsen 2011

18 Moriarty JP et al. Evaluating implementation of a rapid response team: considering alternative outcome measures. Int J Qual Healthcare 2014; 26: 49-57

12 Bilag: Ordforklaring

Der anvendes en række udtryk og begreber i denne temarapport. De væsentligste begreber forklaret i dette afsnit. Begreberne er hovedsagelig gengivet fra den kliniske retningslinje om tidlig opsporing af kritisk sygdom hos voksne patienter indlagt på et sengeafsnit.

ABCDE princippet

ABCDE- princippet er en metode, der sikrer, at der hurtigt kan skabes overblik og ro ved hjælp af en systematisk tilgang til undersøgelse, behandling og sygepleje hos patienter med kritisk sygdom. ABCDE- princippet er baseret på de engelske begreber: Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure/ environment princip. Og beskriver den rækkefølge kritiske tilstande prioriteres.

Kritisk sygdom

Definition af begrebet kritisk sygdom er ikke entydig: "En entydig definition baseret på fysiologiske, målbare parametre kan ikke gives. Mere operationelt kan man beskrive svær akut sygdom som: En tilstand, der er opstået akut over timer eller få dage, og som ubehandlet kan føre til patientens død eller varige tab af fysisk og/eller mental funktionsevne."

I praksis vil patienten oftest blive betegnet som kritisk syg, hvis der er klinisk mistanke om, at udfaldet af sygdommen kan være død eller invaliditet.

Observations –system, -retningslinje eller -skema

Regionerne har forskellige navne til deres observations systemer, retningslinjer og tilhørende skemaer. EWS: Early Warning Score, TOKS: Tidlig opsporing af kritisk sygdom eller BOS: Basisobservationsskema. Alle er baseret på den kliniske retningslinje om tidlig opsporing af/opmærksomhed på patienter, der er på vej til at udvikle kritisk sygdom.

Standardiseret beslutningsstøtte

Standardiseret beslutningsstøtte er i denne rapport defineret som en anbefaling til klinikere for handlings- og beslutningstagning i relation til afvigende vitalværdier og er baseret på en kumuleret score af vitalværdierne.

Tidlig opsporing af kritisk sygdom

Tidlig opsporing af kritisk sygdom betyder i den kliniske retningslinie systematisk måling af vitalværdier og adækvat reaktion på afvigende vitale værdier.

Dette standardiserede system betegnes på engelsk som Early Warning System (EWS), Track & Trigger System (T&T) eller Rapid Response System (RRS).

Triage

Triage er et redskab til at sortere og prioritere patienter, således at de patienter med størst behov bliver behandlet først.

Flere Akutmodtagelser anvender DEPT (Danish Emergency Process Triage).

Ved triagering inddeles patienterne i kategorier alt efter deres sundhedsfaglige behov:

Vitalværdier

Fysiologiske vitale værdier (vitalværdier) er i den kliniske retningslinie defineret som respirationsfrekvens, iltmætning (saturation målt med pulsoximeter), blodtryk, puls, bevidsthed (Aware Verbal Pain Unresponsive – AVPU skala) og temperatur.

Disse vitalværdier er valgt, da det har vist sig, at afvigende værdier er associeret med øget mortalitet for indlagte patienter og mobil akut team (MAT-team) tilkaldes på baggrund af definerede afvigelser af de fem førstnævnte vitalværdier.

Temperatur indgår endvidere som vitalværdi, der skal måles, idet forhøjet temperatur har prædiktiv værdi i forhold til tidligt at opspore sepsis. Respirationsfrekvens og urinproduktion er begge tidlige markører for en ændring af tilstanden. Urinproduktion er svær at måle, hvor for denne ikke indgår som standard ved beregning af risikoscore.