

Läkares engagemang avgörande för kritiskt sjuka patienter

Rutiner för övervakning av vitala funktioner på vårdavdelning måste skärpas



ANDREAS HVARFNER, med dr, överläkare, intensiv- och perioperativ vård, Skånes universitetssjukhus, Lund
andreas.hvarfner@skane.se

I en artikel i detta nummer av Läkartidningen beskriver Thomas Fridén och Åke Andrén-Sandberg flera fall av kritiska och dödliga situationer på akutvårdsavdelningar, där det brustit i uppmärksamhet och agerande från sjuksköterskor och läkare. Vitala parametrar har inte registrerats i rimlig omfattning, och när så skett har de i många fall inte tolkats rätt.

Både sjuksköterskor och läkare har varit alltför passiva, trots utbildningar enligt ALERT (acute life-threatening events, recognition and treatment), rutiner för hur vitala parametrar ska värderas enligt poängsystemet MEWS (modified early warning score) och kriterier för när man ska kalla på MIG (mobil intensivvårdsgrupp).

ALERT-utbildningen ger grunden

ALERT är en endagsutbildning för vårdpersonal, från undersköterska till överläkare, som syftar till att svikt i vitala funktioner ska upptäckas och åtgärdas tidigt. Utbildningen består av föreläsningar om ABCDE (airway, breathing, circulation, disability, exposure), dvs den ordning i vilken en akut sjuk patient bör bedömas oavsett grundorsak/diagnos.

I ALERT presenteras MEWS som ett sätt att skapa rutiner för hur ofta vitala funktioner ska kontrolleras. Det bygger på kontroller av andningsfrekvens, puls, systoliskt blodtryck, temperatur och vakenhetsgrad. Avvikande värden genererar högre poäng ju mer de avviker, och då ska övervakningsfrekvensen öka, och vid vissa tröskelnivåer ska läkare och MIG tillkallas. Det betonas att »allvarlig oro« för patientens tillstånd är tillräckligt för att kontakta MIG oavsett MEWS-poäng.

För att förkorta ledtider anges att sjuksköterskan på vårdavdelningen själv kan kontakta MIG samtidigt som hon kallar på sin läkare.

En viktig del av kursdagen är gruppvärksamhet, där deltagarna får tillämpa

ABCDE i simulerade situationer för att på ett systematiskt sätt såväl undersöka och åtgärda patientens svikt som kalla på hjälp vid behov.

MIG är läkare och sjuksköterska från intensivvården som vid begäran kommer till vårdavdelningen för att tillsammans med läkare och sjuksköterska där bedöma vad som behöver göras för att stabilisera patientens vitala funktioner, på vårdavdelningen eller intensivvårdsavdelningen. En viktig fråga som ofta väcks i dessa situationer är om det av etiska skäl är önskvärt med intensivvård.

Alltför vanlig bild

Men är det nu så illa som det kan framstå när två inspektörer på Socialstyrelsen, Thomas Fridén och Åke Andrén-Sandberg, drar fram 21 anmälningar, varav 19 enligt lex Maria? Är det inte ett hopskrap av eländiga undantagssituationer?

Erfarenheten från strukturerad journalgranskning av hjärtstopp på vårdavdelningar och av vad som föregår inläggning på intensivvårdsavdelning i Lund talar för att den bild som Thomas Fridén och Åke Andrén-Sandberg visar upp är alltför vanlig. Jag tror att situationen är likartad på andra sjukhus. Systematiska kontroller av vitala funktioner och tidiga åtgärder av svikt i vitala funktioner är ofta försummade.

»Läkarna lyser med sin frånvaro«

Inte minst är det ett problem med vår subspecialisering, som ofta tas till inräkning för att inte underhålla en rimlig kompetens i akut sjukvård. När vi bjuder in till ALERT-kurser, och sjukhusledningen anbefaller alla yrkeskategorier att gå utbildningen, kommer undersköterskor och sjuksköterskor i stora skaror. Läkarna lyser med sin frånvaro, med några få undantag. Sköterskorna lär sig agera strukturerat och har sedan att vända sig till läkare som inte är på banan.

Det är ett återkommande tema att läkare inte deltar i denna typ av aktiviteter, och det talar för problem med både ledningsstrukturer och vår egen profession. Utbildningens värde för patienter

och sköterskor står och faller med att vi läkare ser oss som en del av ett team och samverkar. Med detta sagt: det finns undantag.

Allvarlig kvalitetsbrist i svensk vård

Thomas Fridén och Åke Andrén-Sandberg visar på allvarliga kvalitetsbrister i svensk sjukvård. Det räcker inte med kurser, MEWS och MIG om dessa system inte tas i bruk och tillämpas. Det är dags att definiera den basala nivån för övervakning av vitala funktioner på svenska sjukhus – och när den ska intensifieras.

Till det kan knytas anvisningar om när läkare och MIG ska kallas till patienten för att analysera vad som behöver göras och var det ska ske. Ett sådant nationellt initiativ togs förra året i Storbritannien [1].

Men utan läkarnas engagemang i dessa frågor kommer vi inte långt.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Författaren har ett övergripande ansvar för ALERT-kursverksamheterna i Sverige och Norge.*

REFERENSER

- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS): Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. 2012. <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/national-early-warning-score-standardising-assessment-acute-illness-severity-nhs.pdf>

SAMMANFATTAT

Övervakningen av patienters vitala funktioner är bristfällig.

När patienten blir kritiskt sjuk måste det både uppmärksammas och åtgärdas.

Det bör skapas tydliga rutiner för hur patienters vitala funktioner ska kontrolleras och åtgärdas.

Läkares engagemang är avgörande för att kritiskt sjuka patienter ska få ett bra omhändertagande.