

Kritisk sygdom og måling af vitalparametre hos indlagte patienter

Hos indlagte patienter kan der forekomme udvikling af livstruende forværring i tilstanden med f.eks. hjertestop eller behov for indlæggelse på intensivafdeling. Det antages, at der ofte er afvigelser i en eller flere vitalparametre i timerne op til sådanne hændelser, og man har derfor indført såkaldt *track and trigger* (TAT)-systemer på mange hospitaler til monitorering af indlagte patienter [1]. Systemerne består af måling af vitalparametre som f.eks. blodtryk, puls og iltmætning (*track*-delen) og en protokol, der foreskriver, hvilke handlinger der skal foretages, når værdierne afviger fra et prædefineret normalområde (*trigger*-delen).

Lønnee *et al* gør i dette nummer af Ugeskrift for Læger status over evidensen for disse systemer og brugen af dem i Danmark [2]. Vi er enige i forfatterens konklusion, at et standardiseret nationalt system ville være hensigtsmæssig for at kunne fremme tværregionale forskningsinitiativer. Specielt mangler der viden om ældre, skrøbelige og kronisk syge patienter. Murray *et al* fandt i et retrospektivt studie med ca. 45.000 medicinske patienter, at 18% af de patienter, der døde under indlæggelse, havde en lav initialscore, og at der i ca. 5% af dødsfaldene fandtes en lav score umiddelbart forud for dødstidspunktet [3]. Disse resultater tyder på, at der er patientpopulationer med nedsat fysiologisk reserve og kronisk påvirkede vitalværdier, hvor der ikke ses den forventede ændring ved kritisk sygdom. Derudover er der en risiko for, at man fokuserer på at symptombehandle ved at korrigerer abnorme vitalværdier frem for at udføre diagnostik og behandle de udløsende årsager. Der vil desuden også forekomme pludselige dødsfald blandt kronisk svært syge patienter, hos hvem det ikke giver mening at intervenere.

Derimod er vi ikke enige i, at der er brug for flere cost-benefit-analyser eller mere viden om personalets (manglende) brug af systemerne, da der foreligger en lang række danske og internationale studier, hvori årsagerne til samt omfanget og konsekvenserne af, at protokollerne ikke er blevet fulgt, er belyst. I et kvalitativt studie blandt sygeplejersker på kirurgisk og medicinsk akutmodtagelse viste det sig, at kravene til monitoreringshyppighed og tilkald af stamafdelingens læge blev anset for uforenelige med travlheden i den kliniske hverdag. Derudover blev protokollen opfattet som vejledende frem for bindende, og der var mange kliniske,

organisatoriske og personlige faktorer, heriblandt samarbejdet med mobilt akutteam, der var medbestemmende for, hvornår og hvordan monitorerings- og behandlingsniveauet blev eskaleret [4]. Det er indlysende, at der ikke er nogen effekt af TAT-systemer, hvis de ikke bliver brugt, og der er evidens for, at de redder liv, hvor de anvendes korrekt. Der er sket store fremskridt inden for patientsikkerheden igennem de seneste år, men der forekommer stadigvæk uventede dødsfald og andre kritiske hændelser på danske hospitaler. Spørgsmålet er, om dette kan undgås fuldstændigt; TAT-systemerne er på nuværende tidspunkt det bedste bud på at screene for kritisk sygdom, men de er virkningsløse, hvis de ikke kommer i spil i klinikken. Det er en organisatorisk og i sidste ende ledelsesmæssig opgave at sørge for, at personalet har den rette viden og de fornødne ressourcer til at følge vejledningerne. Dermed ikke sagt, at de ikke også har deres begrænsninger. TAT-systemer reducerer komplekse kliniske problemstillinger til enkle talværdier med risiko for, at man overser andre vigtige kliniske tegn og subtile ændringer i patientens tilstand. Det kliniske skøn er fortsat vigtigt, og målinger af vitalparametre skal altid vurderes i sammenhæng med patientens anamnese, diagnose og behandlingsrespons. Men det er på tide at anerkende systemernes værdi for patientsikkerheden og gøre en ihærdig indsats for at implementere og bruge dem korrekt på alle danske hospitaler. På længere sigt kan biomarkører og kontinuerlig fysiologisk monitorering måske udgøre et meningsfyldt bidrag, men det må fremtiden vise.

LITTERATUR

1. Petersen JA, Bunkenborg G, Lund C. Mobilt akutteam. Ugeskr Læger 2008;170:2661-3
2. Lønnee M, Bukan RB, Waldau T *et al*. Stor variation i anvendelsen af track and trigger-systemer i Danmark. Ugeskr Læger 2018;180:V09170641.
3. Murray A, Kellett J, Huang W *et al*. Trajectories of the averaged abbreviated vitalpac early warning score (AbEWS) and clinical course of 44,531 consecutive admissions hospitalized for acute medical illness. Resuscitation 2014;85:544-8.
4. Petersen JA, Rasmussen LS, Rydahl-Hansen S. Barriers and facilitating factors related to use of early warning score among acute care nurses: a qualitative study. BMC Emerg Med 2017;17:36.

LEDER

John Asger Petersen &
Lars Simon
Rasmussen

Ugeskr Læger
2018;180:V69796

KORRESPONDANCE:

Lars Simon Rasmussen,
Anæstesi- og operations-
klinikken, HovedOrtoCen-
tret, Rigshospitalet.
E mail: lars.simon.rasmus-
sen.01@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

Forfatterens ICMJE-formu-
larer er tilgængelige sam-
men med lederen på Uge-
skriftet.dk