

**NOTAT - UTILSIGTEDE HÆNDELSEDER DER
OMHANDLER MENINGITIS/MENINGOKOKSEPSIS**Til: **Analyseteamet****Opgang** B
Telefon 3866 6000
Direkte 38665367
Mail csu@regionh.dk

Dato: 31. maj 2017

Utilsigtede hændelser der omhandler meningitis/meningokoksepsis**Indledning**

Der har været flere dødsfald på grund af meningitis og meningokoksepsis i de seneste år. På den baggrund har Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed i Region Hovedstaden gennemgået 76 utilsigtede hændelser, der omhandler disse sygdomme, og som er rapporteret i regionen fra 2015- 2017.

Formålet med opgørelsen er at få et kvalitativt indblik i problemstillinger, der vedrører behandling af meningitis og meningokoksepsis samt et indblik i det regionale lærings-potentiale.

Konklusionen af gennemgangen er beskrevet i dette notat. Notatet er tiltænkt det team, der er udpeget til at analysere, om Region Hovedstadens håndtering af disse sygdomme kan bedres.

Metode

Region Hovedstaden ved Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed har søgt og identificeret hændelser relateret til meningitis/meningokoksygdom rapporteret i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Søgningen omfatter Region Hovedstaden og er for perioden 1. januar 2015 – 28. marts 2017. Hændelserne er hentet i DPSD ved en ret omfattende fritekstsøgning på ord som hjernehindebetændelse, meningitis, meningokok, pettekkier. Herefter er alle hændelser blevet gennemlæst, og hændelser, der ikke omhandlede meningitis eller meningokoksygdom, er sorteret fra.

Det skal understreges, at rapportering af utilsigtede hændelser sker mhp. læring og forbedring af sundhedsvæsenet. Data fra DPSD giver et værdifuldt indblik i behandlingsforløb – typisk beskrevet af det personale, patient eller pårørende, som selv var til stede.

Data fra DPSD er ikke velegnet til kvantitative opgørelser (at forholde sig til antal), og utilsigtede hændelser kan ikke anvendes som mål for kvalitet. Rapporter om utilsigte-

de hændelser er ikke klager, men er et læringssystem, der skal være med til at forbedre sundhedsvæsenet, og er dermed væsentlige i et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv.

Problemområder

Ved gennemlæsning af de ovennævnte utilsigtede hændelser blev det fundet, at problemområderne falder i følgende hovedkategorier:

- Uhensigtsmæssig visitation
- Forsinket erkendelse af diagnose
- Forsinket prøvetagning eller behandling (når diagnosen er kendt/mistænkt)
- Problemer i forbindelse med prøvetagning
- Problemer i forbindelse med medicingivning
- Manglende hygiejniske forholdsregler

Nedenfor bliver hver kategori beskrevet lidt nærmere, og der gives et eksempel på en utilsigtet hændelse, der på en typisk måde illustrerer problemområdet. Eksemplerne er redigeret både sprogligt og i forhold til at anonymiserer hændelserne. Flere hændelser indeholder flere problemområder.

Uhensigtsmæssig visitation: Utilsigtede hændelser, der omhandler visitation af patienter, der ifølge rapportøren burde have været tilset eller transporteret hurtigere eller et andet sted hen med henblik på vurdering af symptomer, som kunne være forenelige med meningitis.

Eksempel:

16-årig mand med feber, udslæt og er alment medtaget. Mor ringer 1813, spørges ind til om pt. kan bukke nakken, det kan han. Har udslæt på det meste af kroppen. Da han er febril, bevidsthedspåvirket med udslæt sender 1813 en kørsel 1. Denne vurderes, at der godt kunne være tale om petekkier og således mistanke om meningit. Pt. sendes imidlertid til akutmodtagelsen på et hospital og modtages her i stedet for at blive visiteret direkte til infektionsmedicinsk afdeling, som retningslinjerne foreskriver. Central Visitationen er ikke informeret om pt.

Denne pt. viste sig ikke at have meningitis, hvorfor det ikke fik konsekvenser.

Forslag til forebyggelse: Bakteriel meningitis skal visiteres direkte til infektionsmedicinsk afd. for at sikre, at korrekt isolation, udredning og behandling iværksættes hurtigt og korrekt.

Forsinket erkendelse af diagnose:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der har meningitis, hvor rapportøren har oplevet, at der er gået for lang tid, før diagnosen blev mistænkt. Blandt disse hændelser findes også patienter, der som komplikation til operationer i hjerne eller spinalanæstesi (bedøvelsesform, som indebærer, at bedøvelsen sprøjtes ind i rygmærskanalen ved siden af rygmærven) udvikler meningitis.

Eksempel:

Pt indlægges efter fald i eget hjem. Normalt velfungerende ældre herre med hjemmehjælp to gange dagligt. Ikke kendt med afasi (nedsat evne til at tale), parese (lammelser) eller andre neurologiske symptomer. Bliver set af læge kl. 17, meget smerteklagende, ikke helt hukommelsesrelevant – husker ikke alle personlige data i detaljer. Det undersøges og afkræftes, at der er et brud på hofte, blodprøver ses ikke. Pt bliver igen tilset om natten, her opdages at blodprøven CRP er over 400, men læge mistænker ikke pågående infektion. Om morgen er pt mere konfus. Intet tiltag. Pt begynder behandling med antibiotika (pip-tazo), og overflyttes til anden afdeling. Der går 3 timer før en læge tilser pt. på den nye afdeling. Det skyldes både travlhed og at sygeplejersken har fået ham meldt som lidt konfus, træt og som en pt, der skal overflyttes til geriatrisk. Pt udvikler afasi. Pt's vitale parametre (EWS) ligger hele tiden pænt. Pt's søster pointerer, at pt normalt ikke har afasi og normalt kan bevæge sig frit rundt derhjemme. Tilses af læge kl 16:30. Der har pt kraftigt udtalt nakkestivhed, kan ikke følge fingre med blikket og ikke tale mere. Akut CT-scanning og lumbalpunktur (udtager lidt af den væske, der omgiver hjernen og rygmarven for at undersøge, om der er tegn på fx hjernehindebetændelse) sker indenfor 30 min, og pt sættes i relevant IV-antibiotikabehandling. Det viser sig pt har pneumokokmeningitis. Pt afgår ved døden senere på aftenen.

Forsinket prøvetagning eller behandling (når diagnosen er kendt/mistænkt):

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der mistænkes for mulig meningitis, men som har ventet på relevant undersøgelse eller behandling.

Eksempel:

Der rejses mistanke om pt kunne have meningitis i dagtiden under stuegang. Der forsøges lumbalpunktur til diagnostik først ved forvagt og herefter ved stuegangsgående overlæge, begge mislykkes. Herefter tages ca. kl. 13.30 kontakt til forvagt på anden afdeling med henblik på assistance til lumbal punktur. Opkaldet modtages, men prioriteres ikke. Der rykkes for lumbalpunktur kl. 14.45 og kl. 18, men igen er beskeden, at man ikke kan prioritere patienten. Patienten får først lavet lumbalpunktur kl. 22.00.

Der er ikke sket skade for patienten, da hun ikke havde meningitis, men hændelsen er med potentielt alvorlig udgang.

Forslag til forebyggelse: Undervisning i og opfriskning af instrukser og guidelines til ALLE læger løbende under ansættelse. F.eks. årlig træning på samme måde som hjertestop undervisning.

Problemer i forbindelse med prøvetagning:

Utilsigtede hændelser, der omhandler problemer i forbindelse med prøvetagning. I forbindelse med at diagnosen for meningitis skal stilles eller afkræftes, skal der tages flere prøver – både blodprøver og prøver fra spinalvæske. Prøverne skal analyseres forskellige steder (nogle skal undersøges for bakterier på en mikrobiologisk afdeling, nogle analyseres på en klinisk biokemisk afdeling). Det kan være vanskeligt at tage spinalvæskeprøven. Det kræver det rette udstyr, og prøverne skal analyseres akut. På

nogle hospitaler skal prøverne sendes med taxa til et andet hospital til analyse. I disse processer opleves der uhensigtsmæssig forløb, hvor eksempelvis prøverne sendes til en forkert afdeling, bliver glemt i et køleskab eller lignende.

Eksempel:

Der laves lumbalpunktur efter instruks. Mikrobiologisk vagthavende kontaktes, informeres om prøve til mikroskopi samt dyrkning og resistens. Mikrobiolog angiver, at det er meget vigtigt at taxachauffør kun afleverer prøven til en bioanalytiker, som venter den, og at prøven skal afleveres på mikrobiologisk afd. Dette understreges af sygeplejeske til chauffør. Taxachauffør får et nummer, han kan ringe til, hvis han ikke kan finde det rigtige sted. Sygeplejeske ringer til bioanalytiker, da prøven kører afsted. Efter 1,5 time kontaktes bioanalytiker, har endnu ikke modtaget prøver. Det viser sig, at prøven er afleveret på klinisk biokemisk. De har desværre lavet fornyet celletælling og dermed kontamineret prøven med pipette.

I dette tilfælde ingen konsekvenser, da pt. ikke havde meningitis, og fordi afdelingen havde et ekstra glas.

Der er i afdelingen analyseret på hændelsen, hvor der i et læringsperspektiv er udarbejdet procedurer i en skemaform, således at det giver en bedre guidning /overblik af prøveforsendelser. Skemaet vil blive lagt på " lumbalbakkerne" samt som en lokaltilføjelse på VIP dokumentet " Lumbalpunktur".

Problemer i forbindelse med medicingivning:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter, der er i behandling for meningitis, hvor medicingivning har været forsinket eller i forkert dosis.

Eksempel:

Patient skulle have 600 mg aciclovir på mistanke om viral meningit. Ved en fejl blev der ordineret 60 mg. Der blev også kun trukket den lille mængde op og givet patienten. En sygeplejerske på sengeafsnittet fandt dosis besynderlig lille, kontaktede vagthavende læge og dosis blev rettet i EPM og en ny engangsordination blev givet.

Manglende hygiejniske forholdsregler:

Utilsigtede hændelser, der omhandler patienter mistænkt for meningitis, som ikke er blevet isoleret efter forskrifterne.

Eksempel.

Patient under udredning for cerebral infektion, enten viral eller bakteriel meningit bliver ikke isoleret, men forbliver på 4 sengs stue i mere end 10 timer fra mistanken er rejst, til den er afkræftet. Der var ingen reel konsekvens, da hun ikke havde cerebral infektion.

Vurdering af hændelsernes alvorlighed

Den mulige alvor for patienterne er vurderet ud fra teksten i de rapporterede hændelser. Ved flertallet af de utilsigtede hændelser, der er blevet gennemgået i forbindelse med denne opgørelse, var den mulige alvor minimal. Enten fordi patienten viste sig ikke at have meningitis, eller fordi hændelsen var af en karakter, der havde ingen eller beskedne betydning for behandlingen.

Personalet har dog alligevel valgt at rapportere hændelsen, typisk fordi de har oplevet, at arbejdsgangene omkring håndtering af patienter mistænkt for meningitis har været uhensigtsmæssige. Der har været en oplevelse af, at de utilsigtede hændelser potentielt kunne være alvorlige og et ønske om at lære af disse hændelser uanset, at de i den konkrete situation ikke medførte skade. Dette er helt i tråd med Region Hovedstadens ønske om at understøtte en god patientsikkerhedskultur og en læringskultur.

Kategorien, der antalsvist fylder mest, omhandler forskellige typer af problemer i forbindelse med prøvetagning, men de beskrevne utilsigtede hændelser har typisk beskedne konsekvens for patientens behandling og medfører dermed sjældent mulig alvorlig konsekvens.

De utilsigtede hændelser, hvor den mulige konsekvens blev vurderet som alvorlig falder hovedsagligt inden for kategorierne forsinket erkendelse af diagnose og forsinket prøvetagning eller behandling. I nogle enkelte af disse hændelser ender patienten med at dø af meningitis eller meningokoksygdom.

De utilsigtede hændelser, hvor den mulige konsekvens blev vurderet som alvorlig kan opdeles i 3 grupper:

- **Unge mennesker (unge mænd) med meningokoksepsis.** Disse hændelser falder hovedsagligt inden for kategorien forsinket erkendelse af diagnosen og visitation. I flere af forløbene udvikles hudblødninger, nogle i form af petekier, nogle i form af større blødninger (beskrevet som sorte eller blå mærker). I flere af forløbene er der ved kontakt til sundhedsvæsenet ikke pågående feber. I flere af forløbene bliver de unge mænd ikke opfattet som værende akut alvorligt syge. I et af forløbene ses der ved første kontakt normale blodprøver (infektionstal).
- **Ældre mennesker (+56 år) med meningitis forårsaget af bakterier.** I flere af tilfældene drejer det sig om meningitis med bakterien pneumokokker. Der ses indlæggelser af patienter, hvor indlæggelsesårsagen er uspecifik (fald, dehydrering, konfusion) og hvor patientens vitale parametre (Early Warning Score) ikke er voldsomt højt, hvilket gør, at de ikke tilses akut af læge. Ved lægeligt tilsyn (typisk efter nogle timer) findes patienterne oftest nakkerygstive, og herefter iværksættes relevant behandling. I denne gruppe findes også en hændelse med en kvinde, der ses hos egen læge på grund af øresmerter og almen utilpashed. Egen læge tolker det som mellemørebetændelse og ordinerer

rer penicillin. Kvinden findes død af pneumokokmeningitis nogle dage senere. I enkelte af disse hændelser bliver meningitis diagnosen mistænkt, men udredning og behandling bliver forsinket.

- **Mennesker der har fået foretaget et kirurgisk indgreb (eksempelvis operation i hjernen eller rygmarsbedøvelse).** I hændelserne beskrives at patienterne i efterforløbet af en operation udvikler meningitis forårsaget af bakterier. Der gives udtryk i hændelserne for, at udviklingen af meningitis er en kendt komplikation, men der stilles spørgsmål ved om diagnosen kunne være opfanget tidligere i forløbet.

Læring

Alle rapporterede utilsigtede hændelser analyseres lokalt i et patientsikkerhedsperspektiv for at forbedre systemet.

I det følgende gives eksempler på nogle af de lokale læringsinitiativer, som hændelserne har medført. Formålet er at give indblik i læringsaktiviteter og eventuelt tjene til inspiration i forhold til analysearbejdet:

- Opmærksomhed på tydelig kommunikation og ansvarsdeling: Alle prøver skal afleveres til en navngiven person, der påtager sig ansvaret for den pågældende opgave.
- Opmærksomhed på tydelig arbejdsdeling: At der er blevet lavet skemaer og tjeklister til lumbalpunkturbakke samt oversigt over hvilke glas, der skal sendes hvortil.
- Opmærksomhed på arbejdsgang og ændring af vejledninger: Ved hudblødninger (petekkier) afventes fremover altid svar på blodprøver, før pt. kan gå hjem. Dette tilføjes klinisk vejledning om "Schönlein Henochs Purpura" og "Idiopatisk Trombocytopenisk Purpura".
- Lettelse af arbejdsgang: Der sørges for, at der er laminerede kort med vægtafhængige udregnede doser for akutmedicinering på akutstuen for tilstande som Meningitis, Kramper og Anafylaksi. Med dette tiltag undgår man, at der skal udregnes doser i den akutte fase.
- Undervisning: Det sundhedsfaglige personale på afdelingen undervises med fokus på meningokoksygdommens til tider voldsomme forløb.
- Skærpet opmærksomhed: Alle medarbejdere på Akuttelefonen 1813 bliver orienteret om de nylige meningitistilfælde samt at de skal udvise opmærksomhed på meningitissymptomer. Der er blevet fulgt op på informationen ad flere omgange inkl. ved personalemøde.
- Ændring af visitationsguide: Der blev i visitationsguiden til 1813 (de sundhedsfaglige visitorers beslutningsstøtteværktøj) indsat tekst med skærpet opmærksomhed under bl.a. "uafklaret sygdom".
- Skærpet opmærksomhed: Information af Akutlægebilerne (ALB) og AMK-lægerne i forhold til symptomer på meningitis

Konklusion

Meningitis og meningokoksygdom er en sjælden og potentielt livsfarlig sygdom som kan føre til dødsfald og varige mén. Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed vurderer, at det på nuværende tidspunkt næppe er muligt helt at undgå dødsfald på baggrund af disse sygdomme. Gennemgangen af de utilsigtede hændelser viser dog, at der sker fejl i behandlingen af meningitis og meningokoksepsis, og der vurderes at være potentiale for forbedring af den tidlige diagnostik og behandling.

Behandling af meningitis og meningokoksepsis kræver, at mange faktorer går op i en højere enhed – der er mange processer fra visitation, erkendelse af diagnose, prøvetagning og behandling, der skal fungere. Det hele skal ske hurtigst muligt, da tiden er en afgørende faktor for overlevelse. Erfaringen fra de utilsigtede hændelser er, at der kan ske fejl i alle disse processer. Opgørelsen viser samtidig, at fejl med muligt alvorlige konsekvenser især findes i den forsinkede erkendelse af diagnosen.

Denne gennemgang vil blive anvendt i analysegruppens videre arbejde med problemstillinger omkring håndtering af meningitis og meningokoksepsis.