

Svår sepsis/septisk chock i Sverige 2015

Inledning

Patienter med svår sepsis eller septisk chock är relativt vanliga på våra sjukhus och framförallt på våra intensivvårdsavdelningar. I det här registret registrerar vi patienter med samhällsförvärvad svår sepsis/septisk chock som hamnar på IVA inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus. Vi vet att tiden till identifiering och behandling av dessa sjukdomstillstånd är avgörande för prognosen. Det är alltså viktigt att studera hur handläggningen har gått till redan i ambulans men framförallt på akutmottagningen. Infektionsläkarnas programgrupp för sepsis har satt upp nationella kvalitetsmål för dessa patienters handläggning.

Kvalitetsmål för 2015

1. Andningsfrekvens ska vara kontrollerad vid ankomst till sjukhuset.
2. Laktat ska vara kontrollerat inom 60 minuter efter ankomst till sjukhuset.
3. Adekvat intravenös antibiotika ska vara givet inom 60 minuter efter ankomst till sjukhuset.

Vi bör se till så att vi når dessa kvalitetsmål och genom sepsisregistret får vi svar på hur bra vi lyckats. Vi har valt att i ett första skede enbart inkludera de sepsispatienter som hamnar på IVA inom 24 timmar efter ankomst till sjukhus i registret. Avgörande för utgången är ofta att rätt behandling getts i rätt tid redan innan patienten hamnar på IVA. Vi är medvetna om att många fall av svår sepsis vårdas på andra avdelningar på sjukhusen, framförallt på infektions-avdelningar.

Registrering

Från 1/1 – 31/12 2015 har hittills 583 fall registrerats i landet, noterat 2016-07-19. Det är klart fler fall jämfört med 2014. Flera små och mellanstora kliniker har registrerat fler fall vilket är positivt.. Alla kliniker har inte rapporterat in fall. Tyvärr saknas uppgift från en del större kliniker. För att få bättre följsamhet i registreringen har vi rekommenderat verksamhetscheferna att utse en ansvarig läkare som ett par gånger/år registrerar fallen. Man bör samarbeta med IVA så att alla aktuella fall hittas.

Resultat

För kvalitetsmålen visas nu även resultat klinikvis. Det är det sammanlagda resultatet för 2014 och 2015 som presenteras klinikvis. Man får ta i beaktande att en del kliniker registrerar få fall.

Det har skett en förbättring i kontroll av andningsfrekvens för varje år. För 2015 saknades registrering av andningsfrekvens vid ankomst till sjukhus hos 13 % av patienterna (93/583). Då de flesta sjukhus har triage system där kontroll av andningsfrekvens ingår ska vi kunna nå målet att det ska finnas kontroll av andningsfrekvens hos 100 % av patienterna. Det finns en variation i resultaten mellan klinikerna där ett antal kliniker ligger nära kvalitetsmålet på 100 % registreringar.

Även för kontroll av laktat har det skett en förbättring för varje år. Vi saknar kontroll av laktat hos 14 % av patienterna (80/583) vid ankomst till sjukhus 2015. Det är en förbättring jämfört med 2010 då det saknades uppgift om initial laktat kontroll hos 45 % av patienterna. Även här föreligger en spridning mellan klinikerna där en del återigen ligger nära kvalitetsmålet på 100 % men där vissa inte uppvisar lika fina resultat. Det kan dock finnas en viss osäkerhet i registreringen då målet är att laktat ska kontrolleras inom 60 minuter efter ankomst till sjukhus oavsett var patienten befinner sig då. En del kliniker kan ha uppfattat att kontrollen måste ske på akutmottagningen enbart även om kontrollen görs inom 60 minuter till exempel inne på IVA.

Tid till första antibiotikados tar fortfarande för lång tid. Bara 40 % (231/583) av patienterna fick första antibiotikados inom 60 minuter. Det är en marginell förbättring jämfört med 2014 då 37 % fick första dos inom 60 minuter. Målet är att 100 % av patienterna ska få antibiotika inom 60 minuter. Ett realistiskt delmål är att 80 % av patienterna får antibiotika inom 60 minuter. För de kliniker som ligger bäst till under 2014-2015 får 60 % av patienterna första antibiotikados inom 60 minuter.

En rapport visar också hur klinikerna når upp till samtliga tre kvalitetsmål. En så kallad ”sepsis bundle”. Även här bör man väga in hur många fall man registrerar. För åren 2014-2015 lyckades infektionsklinikerna i Skövde, Kristianstad, Jönköping, Kalmar och Sundsvall bäst där cirka 50 % av patienterna uppfyllde alla tre kvalitetsmålen: kontroll av andningsfrekvens vid ankomst till sjukhus, laktatkontroll inom 60 minuter efter ankomst samt första antibiotikados inom 60 minuter! För Sverige totalt var siffran 31 % baserat på 1110 patientfall 2014-2015.

Sammanfattning

Sepsisregistret är av stort värde då vi här registrerar handläggningen av en icke ovanlig patientgrupp med hög dödlighet och där vi ser en klar förbättringspotential. Den önskade handläggningen av dessa patienter gäller även för övrigt svårt sjuka infektionsspatienter. En ansvarig läkare på infektionskliniken som registrerar fallen kan göra att följsamhet att fylla i registret blir bättre. Att resultaten nu presenteras klinikvis kan förhoppningsvis sporra till ytterligare förbättring.

Förbättringsmöjligheter

Det är viktigt att återkoppla resultaten från sepsisregistret till kollegor på den egna infektionskliniken samt till personal och ansvariga chefer på akutmottagningen. Man kan med fördel jämföra sina egna resultat över tid men också jämföra sig med andra kliniker med en målsättning att ständigt förbättra sina resultat.

Sepsislarm

Triage sker redan i ambulansen. De flesta av de patienter som hamnar på IVA inom 24 timmar med svår sepsis eller septisk chock kommer att få hög prioritet vid triagering. Vid ett av de mest använda triage systemen, RETTS(Rapid Emergency Triage and Treatment System) får patienterna en färg efter tolkning av symptom och vitala parametrar. Den högst prioriterade patienten får röd färg och sedan följer orange, gul, grön och blå. De flesta av de patienter som registreras i sepsis registret får färgen orange eller röd. Det är bra om misstanken om svår sepsis väcks redan i ambulans så att ett ”sepsislarm” utgår till akutmottagningen så att man kan förbereda en snabb och korrekt handläggning där närvaro på akutmottaning av infektionsläkare är önskvärd och att man har en låg tröskel att kalla på anestesiläkare för en tidig bedömning. Man kan också införa att laktat tas som rutinprov på akutmottagningen i sitt sepsis-PM. En stor utmaning är att få all personal att förstå att många av de patienter som triageras som ”RÖD” eller ”ORANGE” eller som har ett högt laktat mycket väl kan ha en svår sepsis även i frånvaro av feber!

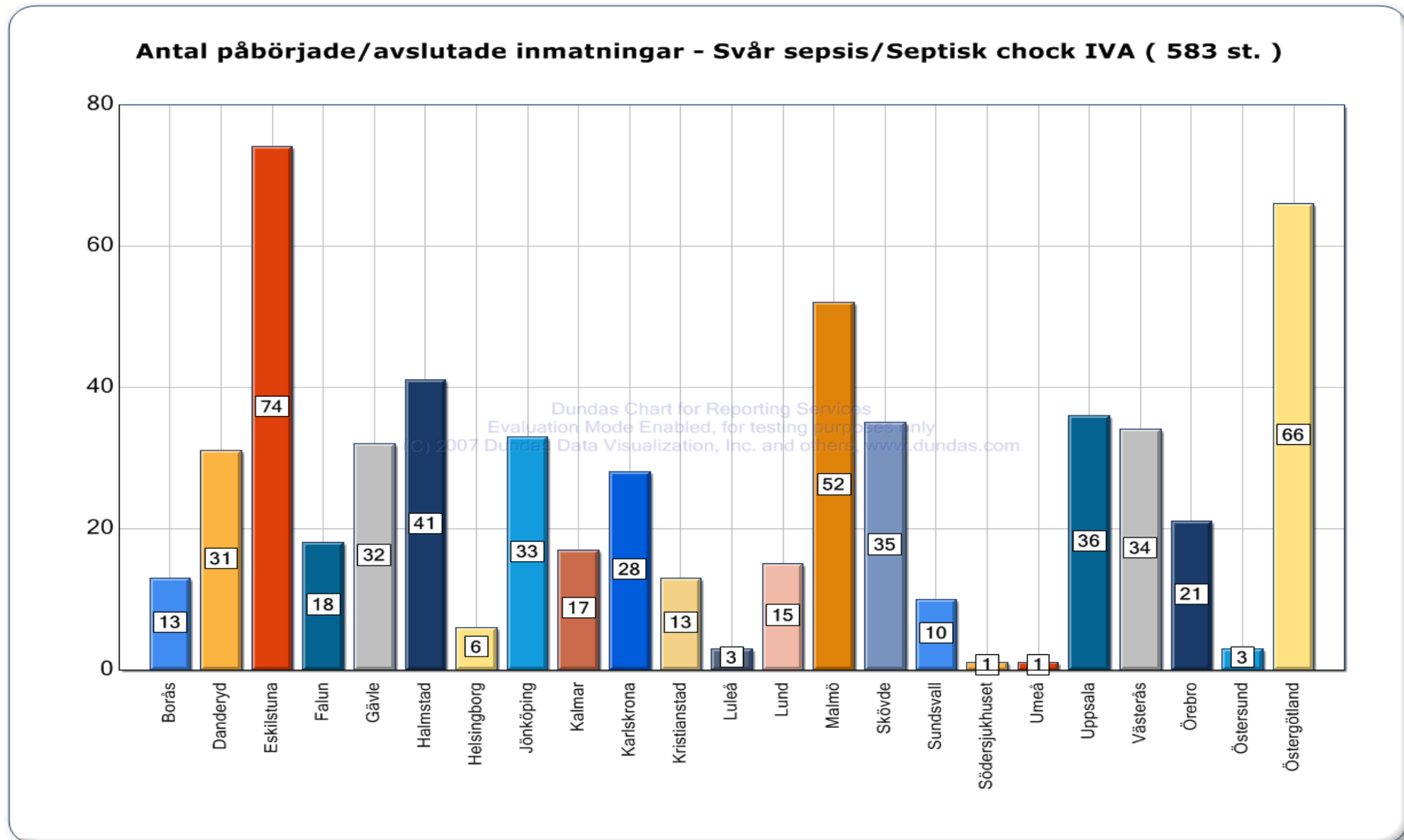
Ska vi kunna förbättra målet att betydligt fler patienter ska få första antibiotikados inom 60 minuter behövs en medvetenhet om att sepsispatienten är vanligt förekommande på akutmottagningarna och att vi måste betrakta svår sepsis och septisk chock som ett ”medicinskt katastrofstillstånd” och arbeta upp sepsislarm, checklistor där man sätter upp tidsmål, till exempel första antibiotikados inom 60 minuter efter ankomst till sjukhus. Mortaliteten ökar med 8 % för varje timmes fördröjning av första antibiotikados vid septisk chock.

Utbildning

Man bör erbjuda utbildning till ambulanspersonal samt för både sköterskor och läkare på akutmottagningarna. AT och ST-läkare och vid förekommande fall Akutläkare är särskilt viktiga grupper att nå fram till. En viktig lärdom är att svår sepsis är en mycket vanlig bakomliggande orsak till utfall i vitala parametrar på akuten men även på vårdavdelningar.

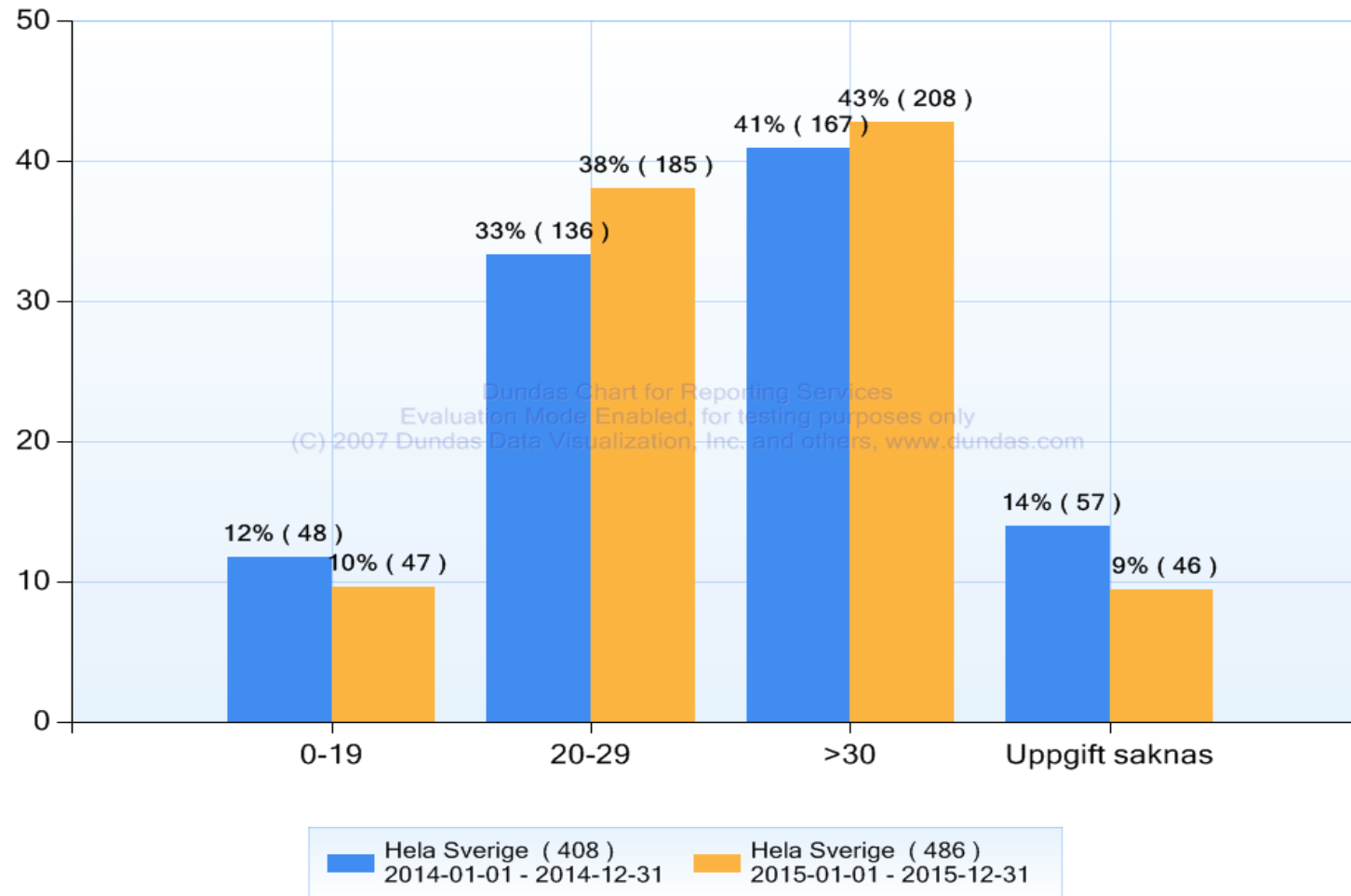
2016-07-27

Jesper Svefors
Registeransvarig sepsisregistret

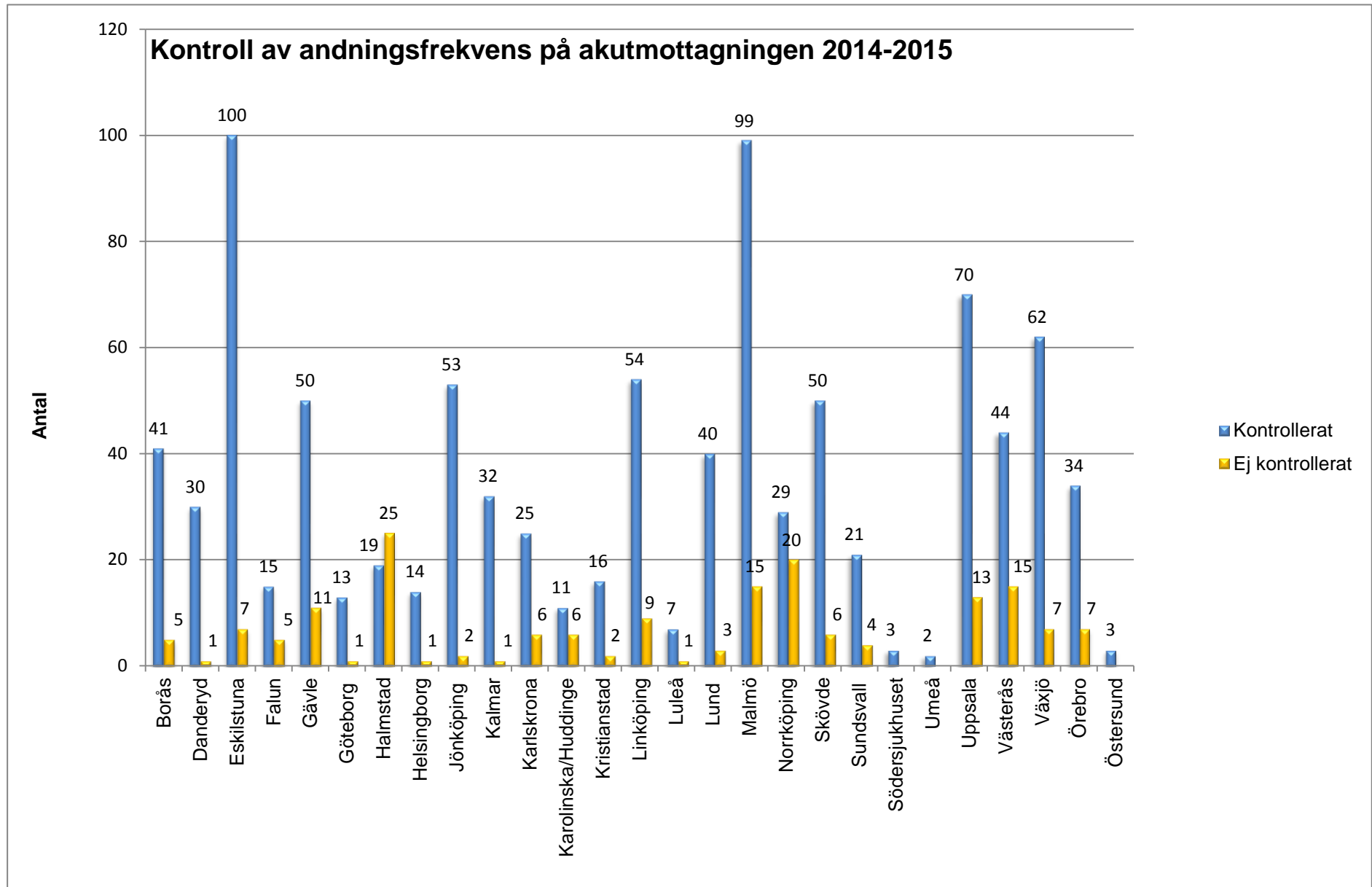


Täckningsgraden 2015 (noterat 2016-07-19). Det saknas uppgift om registrering från Göteborg, Karolinska/Huddinge, Karolinska/Solna, Karlstad, St:Göran, Trollhättan, Växjö och Visby.

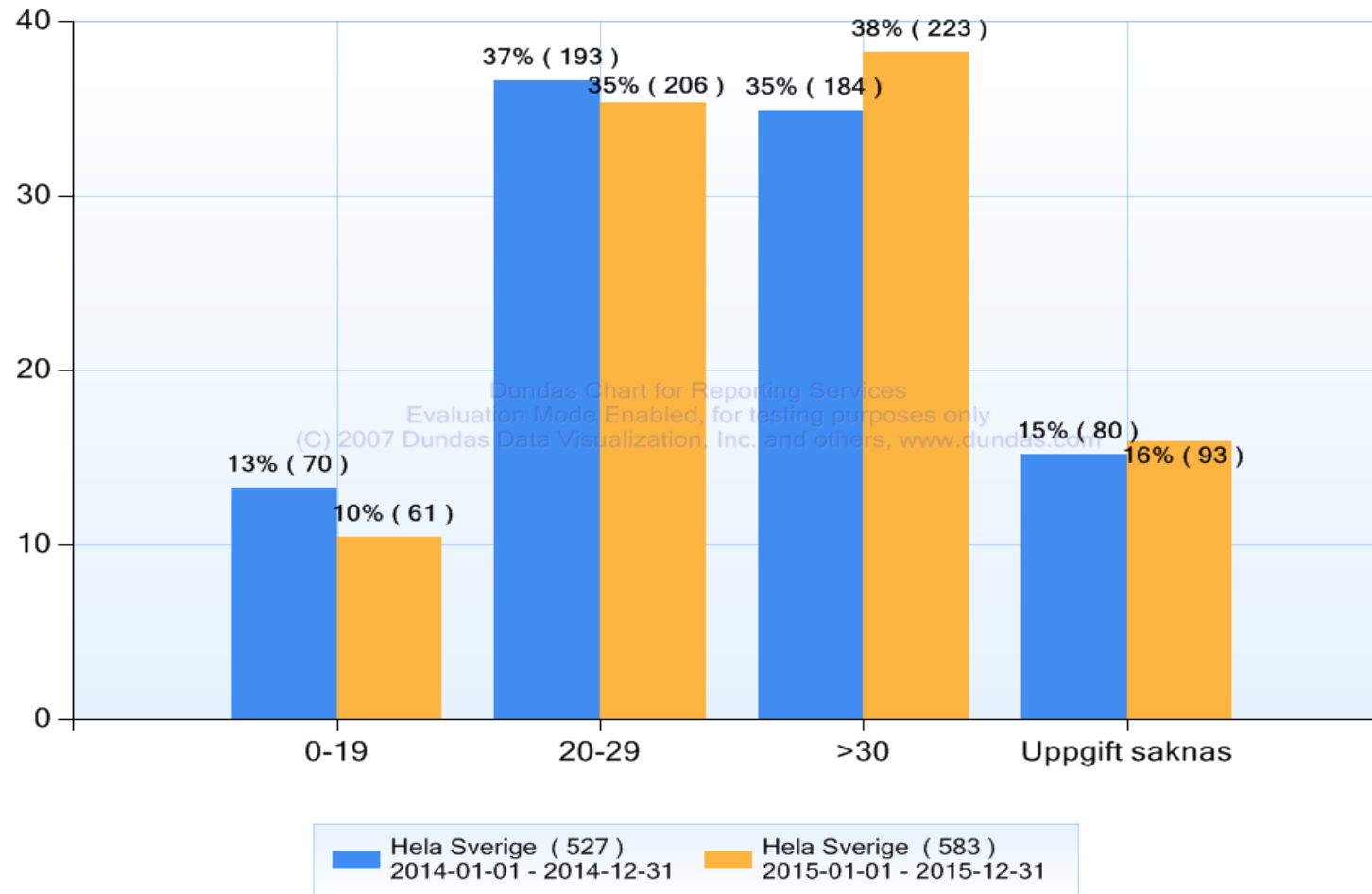
Uppmätt andningsfrekvens för dem som intransporterats med ambulans



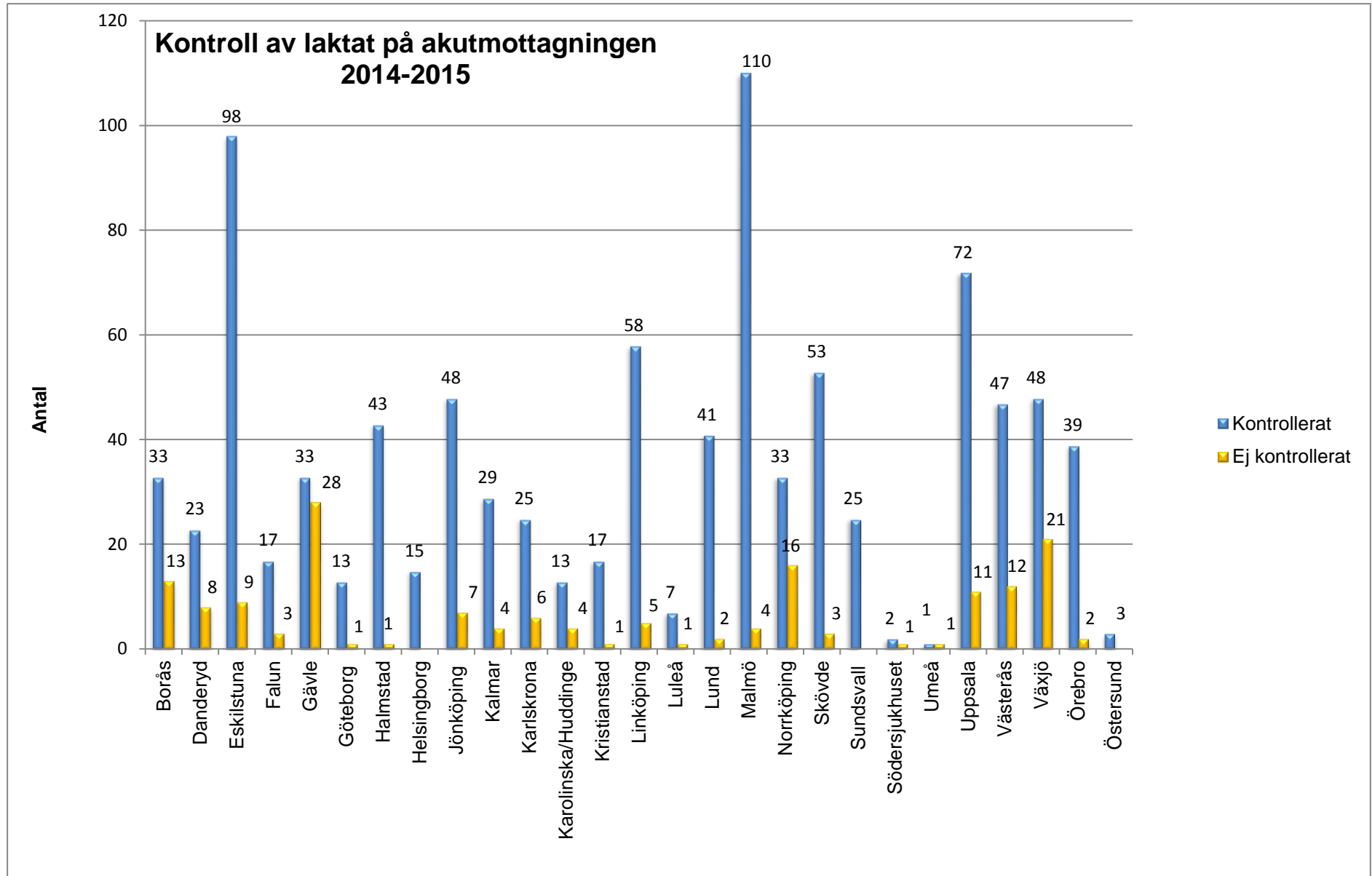
Triagering med kontroll av andningsfrekvens görs redan i ambulansen. Hög andningsfrekvens är vanligt vid svår sepsi

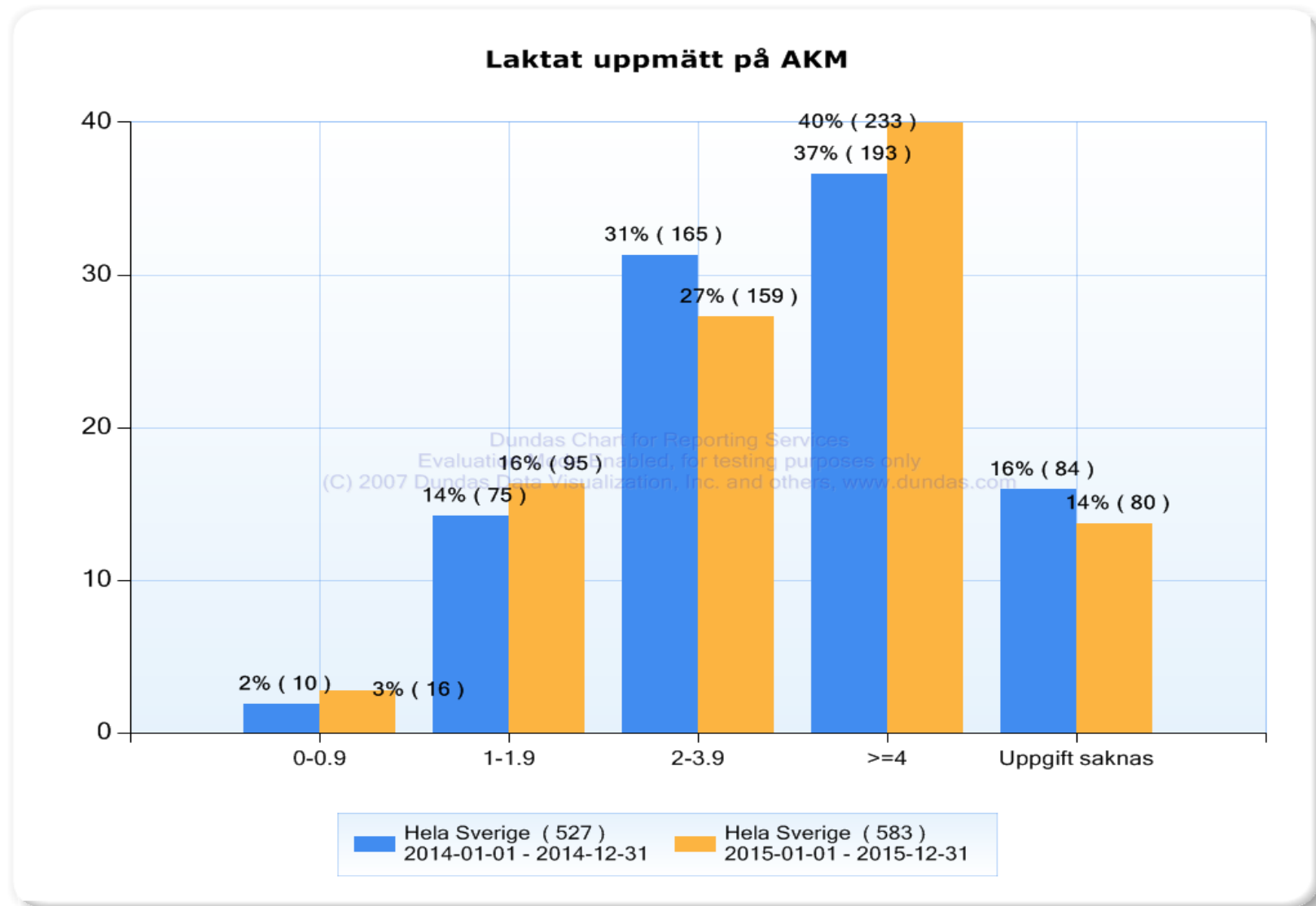


Uppmätt andningsfrekvens på akutmottagning



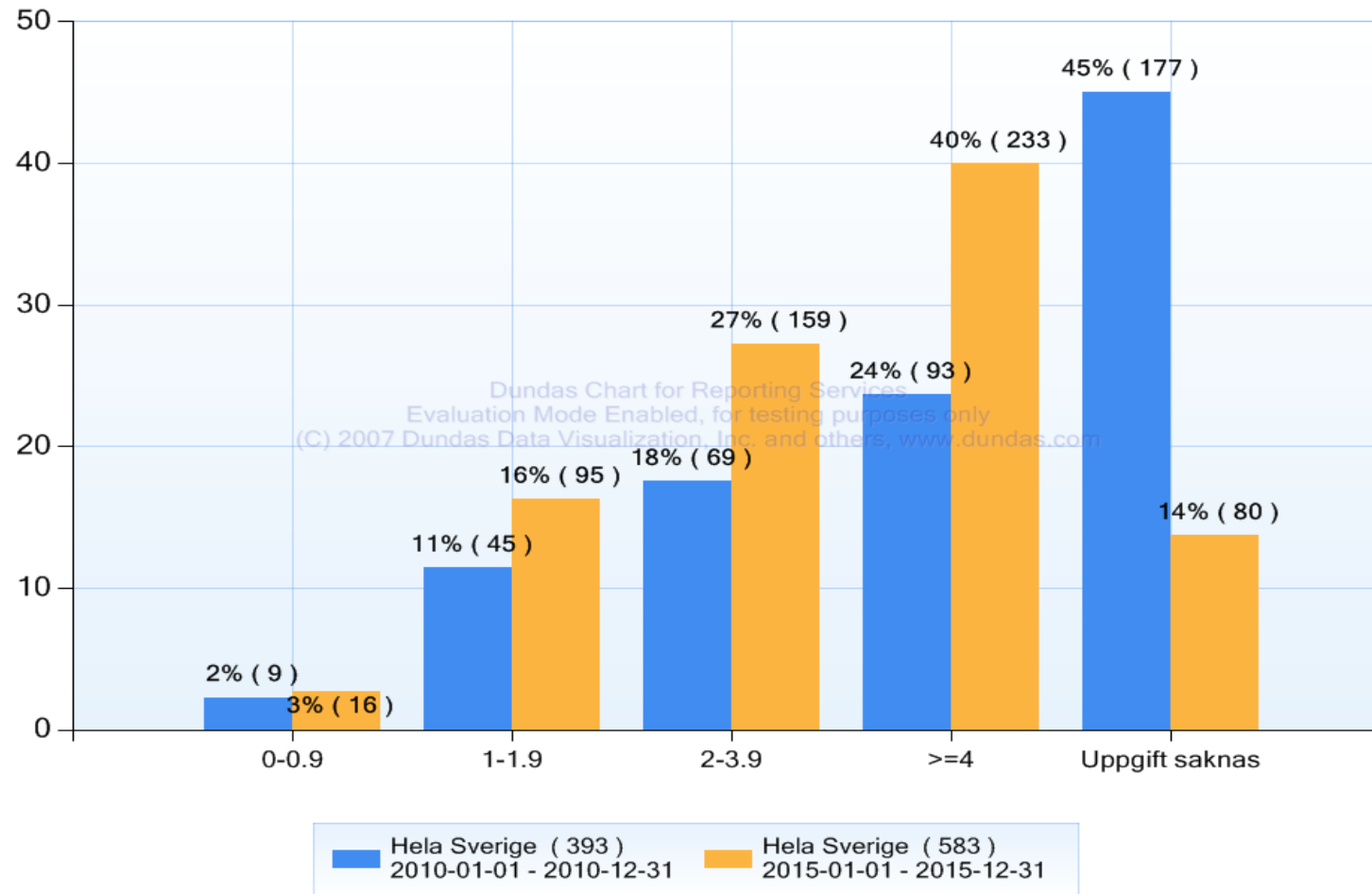
Det är vanligt med hög andningsfrekvens på akutmottagningen. Det saknas uppgift om andningsfrekvens hos 16 % av patienterna 2015. Det är på samma nivå som 2014.



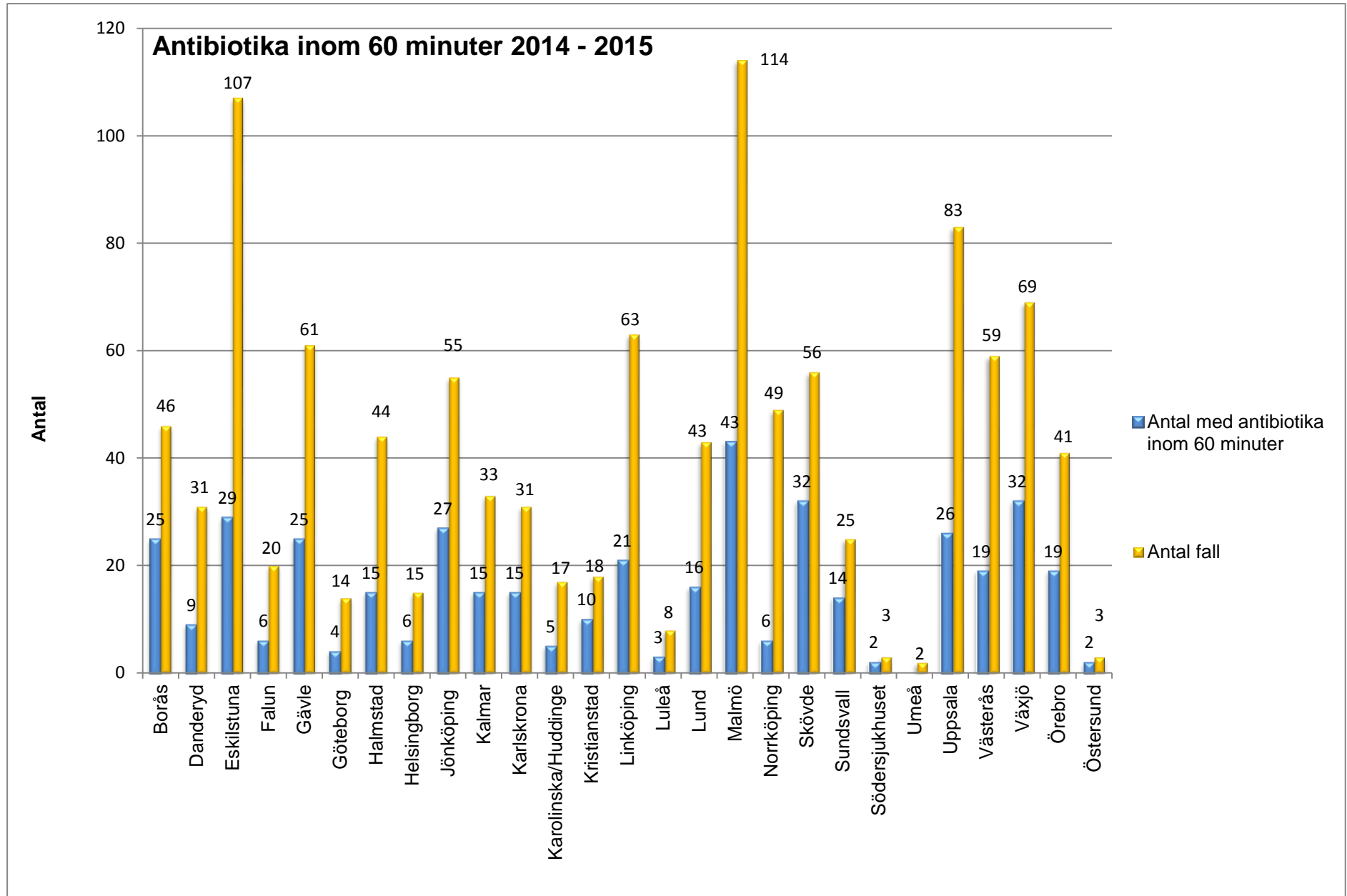


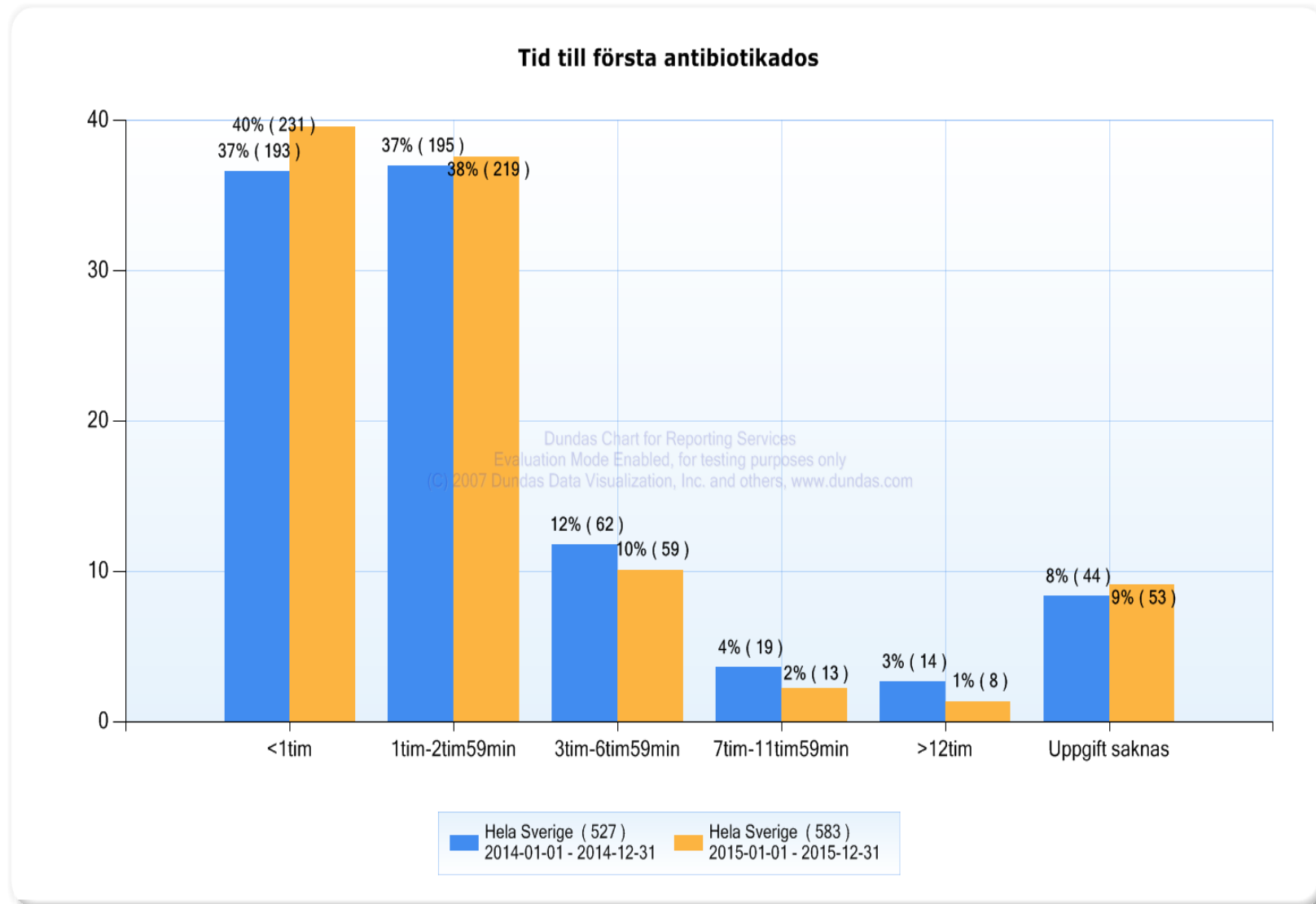
2014 jmf med 2015. Det är vanligt med laktatnivå > 4. Det saknas laktat kontroll hos 14 % av patienterna 2015. Det är i nivå med 2014.

Laktat uppmätt på AKM

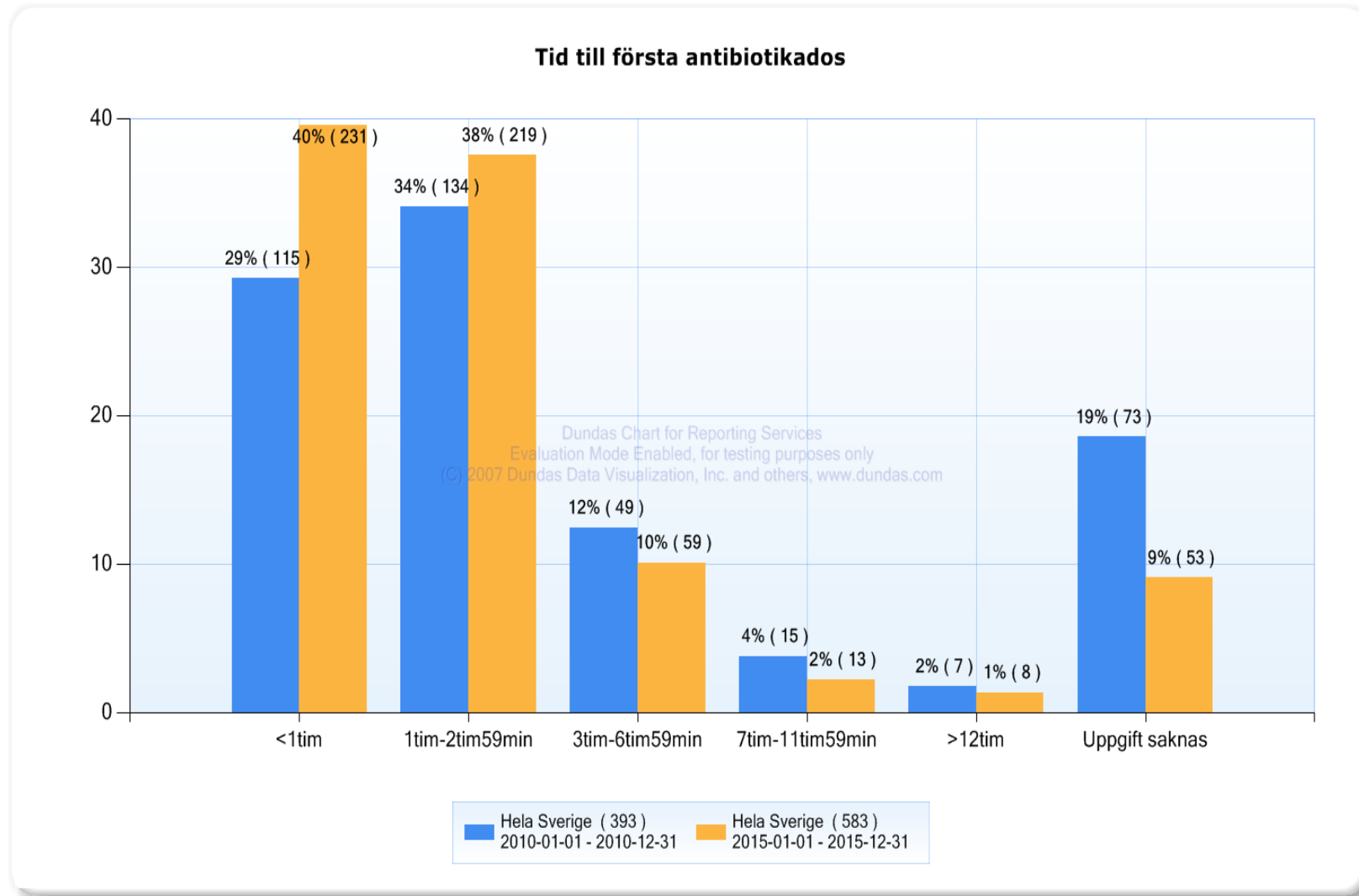


2010 jmf med 2015. Det saknas laktatkontroll hos 14 % av patienterna 2015. Det är en stor förbättring jämfört med 2010 då det saknades laktatkontroll hos 45 % av patienterna.

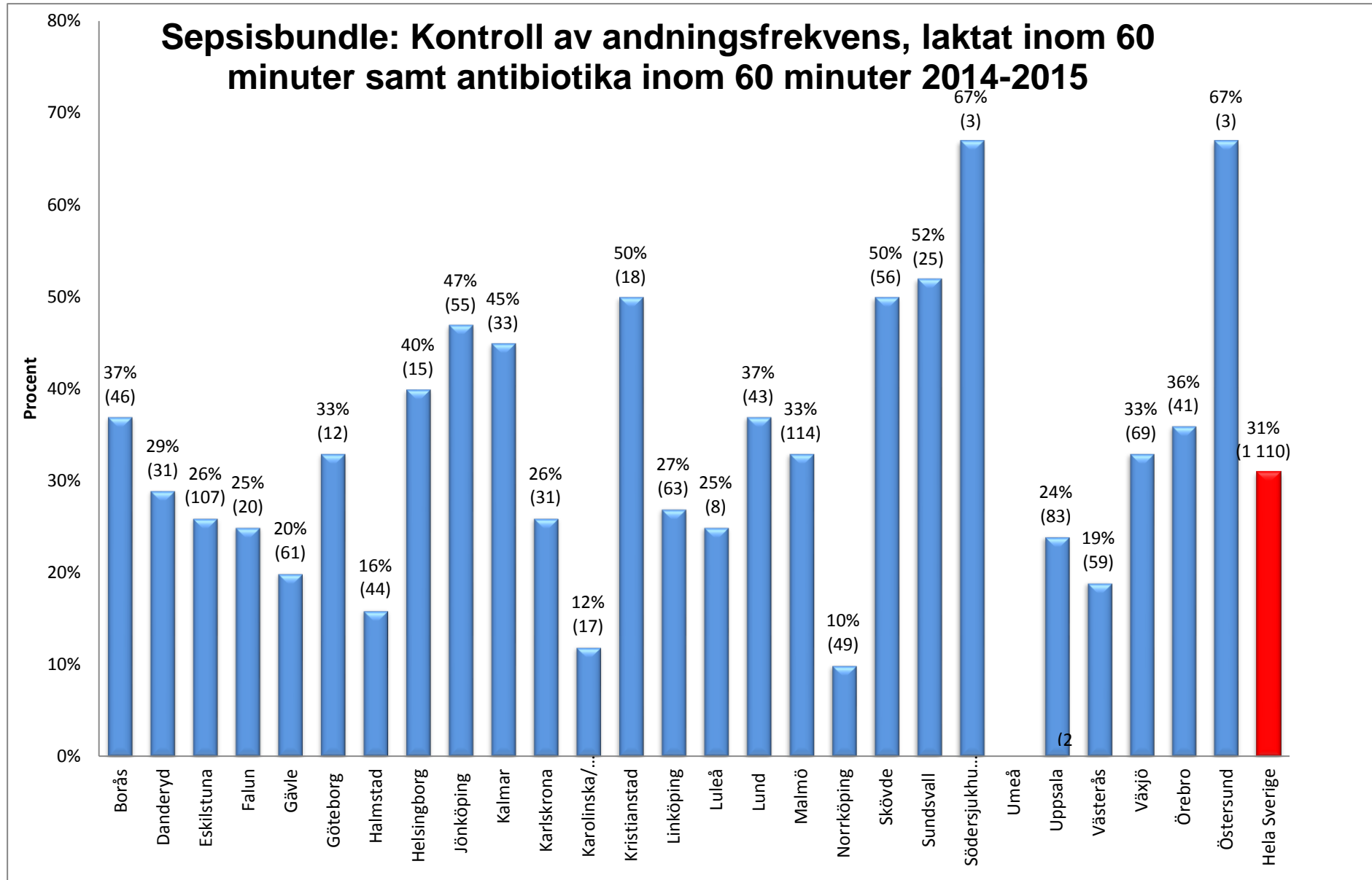


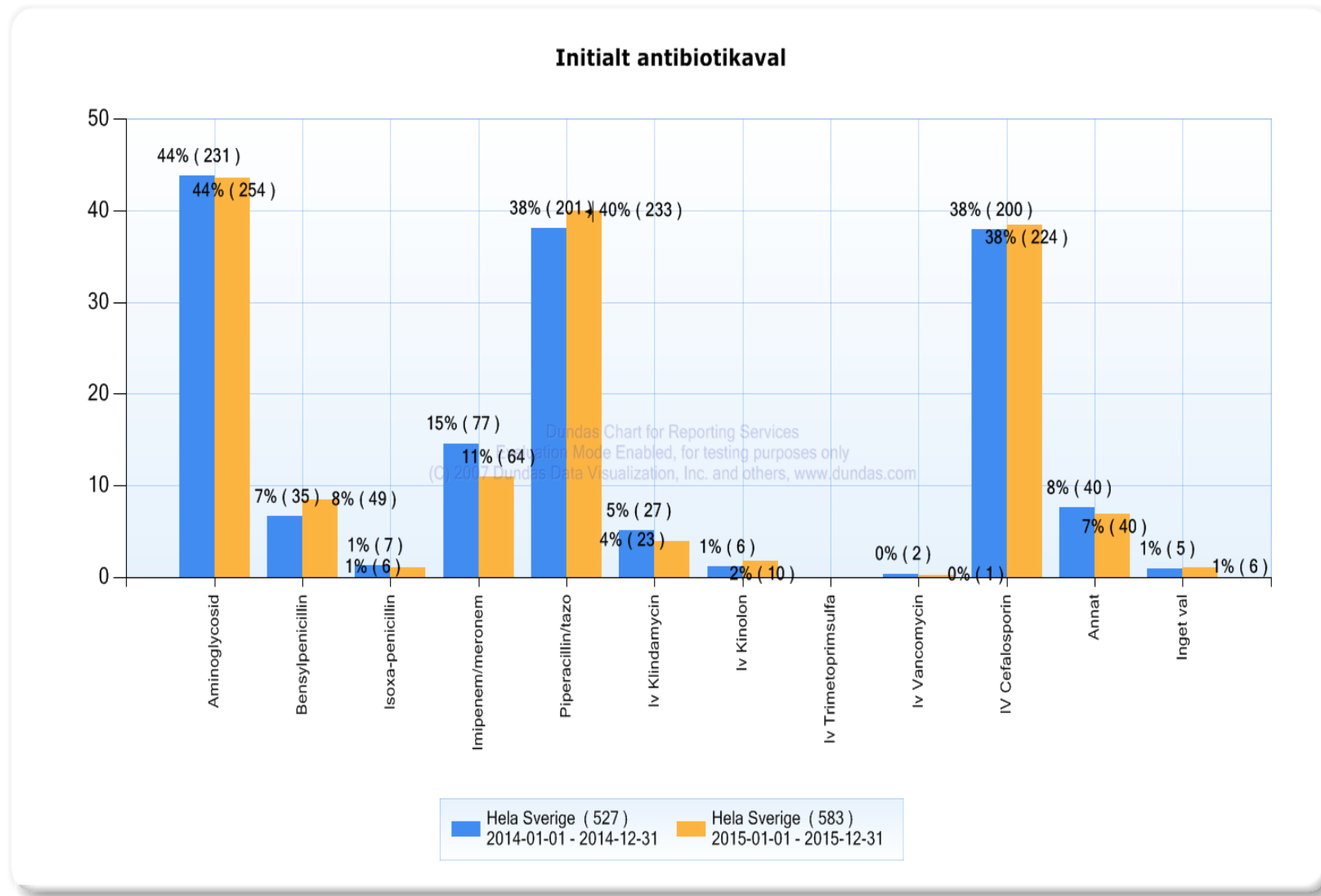


2014 jmf med 2015. 40 % av patienterna får första antibiotikados inom 60 minuter 2015. Det är en marginell förbättring jämfört med 2014 då 37 % av patienterna fick antibiotika inom 60 minuter.

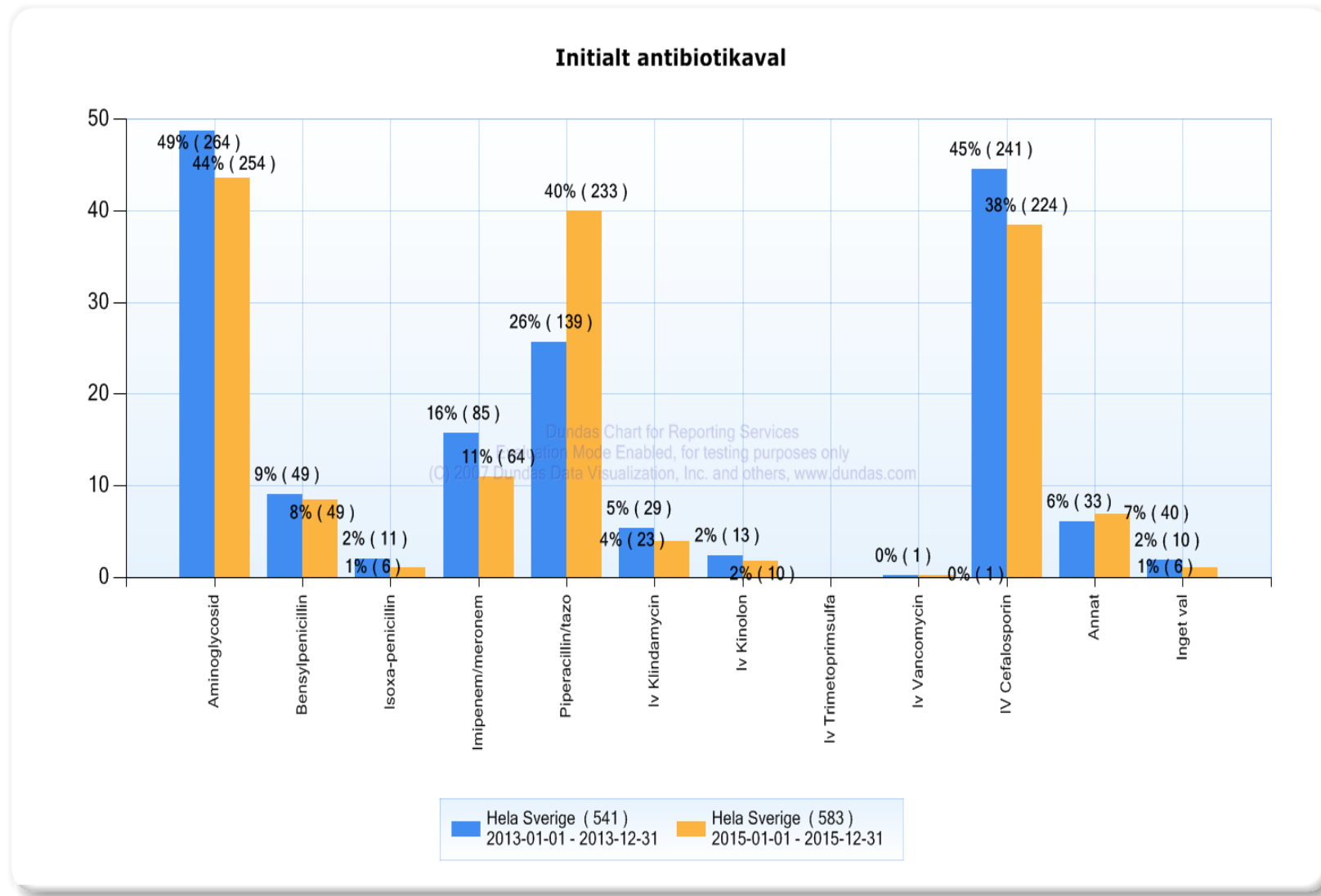


2010 jmf med 2015. 40% av patienterna får första antibiotikados inom 60 minuter efter ankomst till sjukhus 2015. En ökning jämfört med 2010 då bara 29 % fick första dos inom 60 minuter. Uppgift om tid till första antibiotikados saknades hos 9 % av patienterna 2015 och det är en förbättring jämfört med 2010 då uppgift saknades hos 19 % av patienterna.



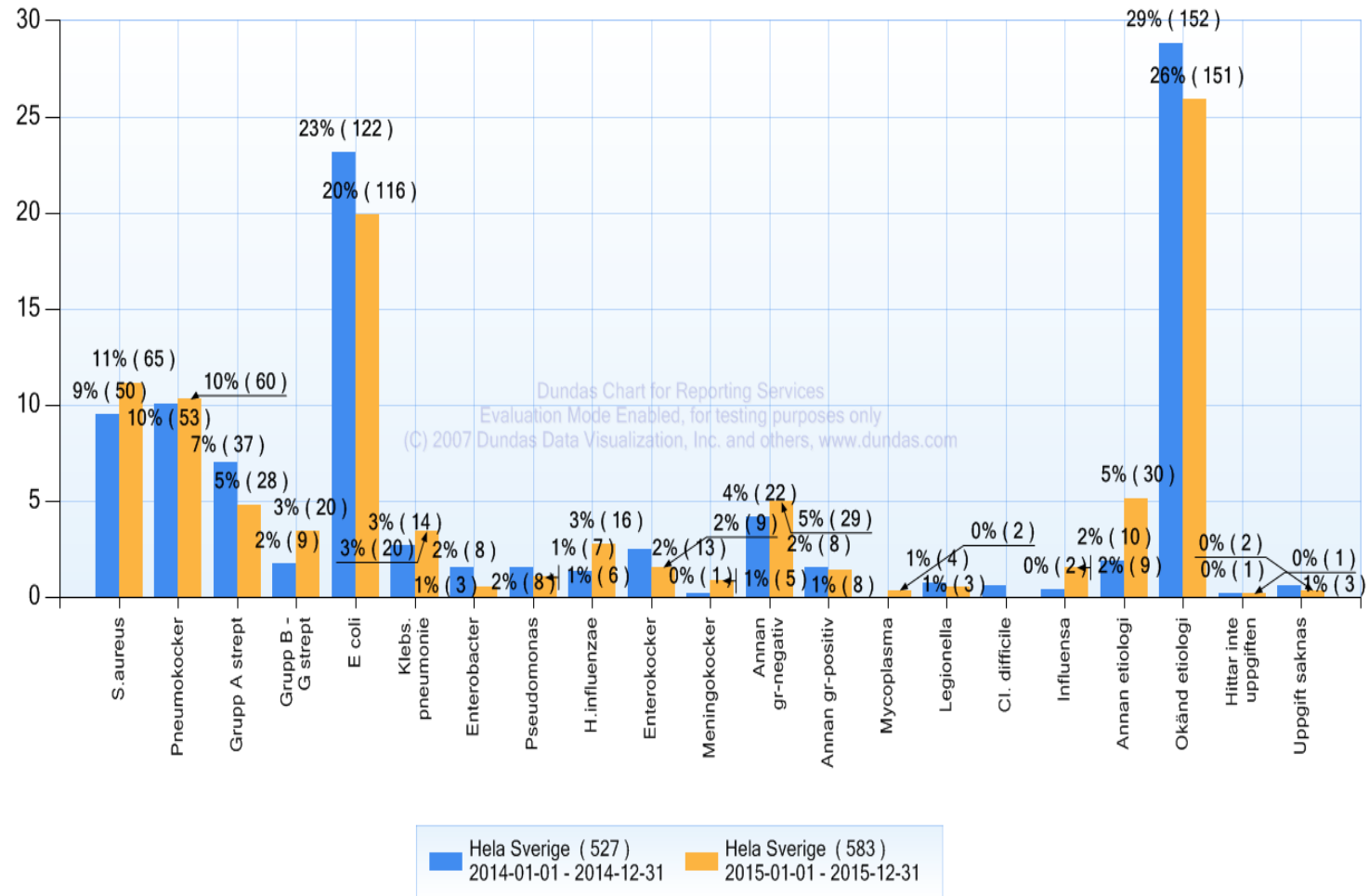


Liknande resultat ses 2014 jämfört med 2015. Det är Tazocin eller en Cefalosporin som väljs som första dos. Andelen som får en Aminoglykosiddos är oförändrat på 44 %.

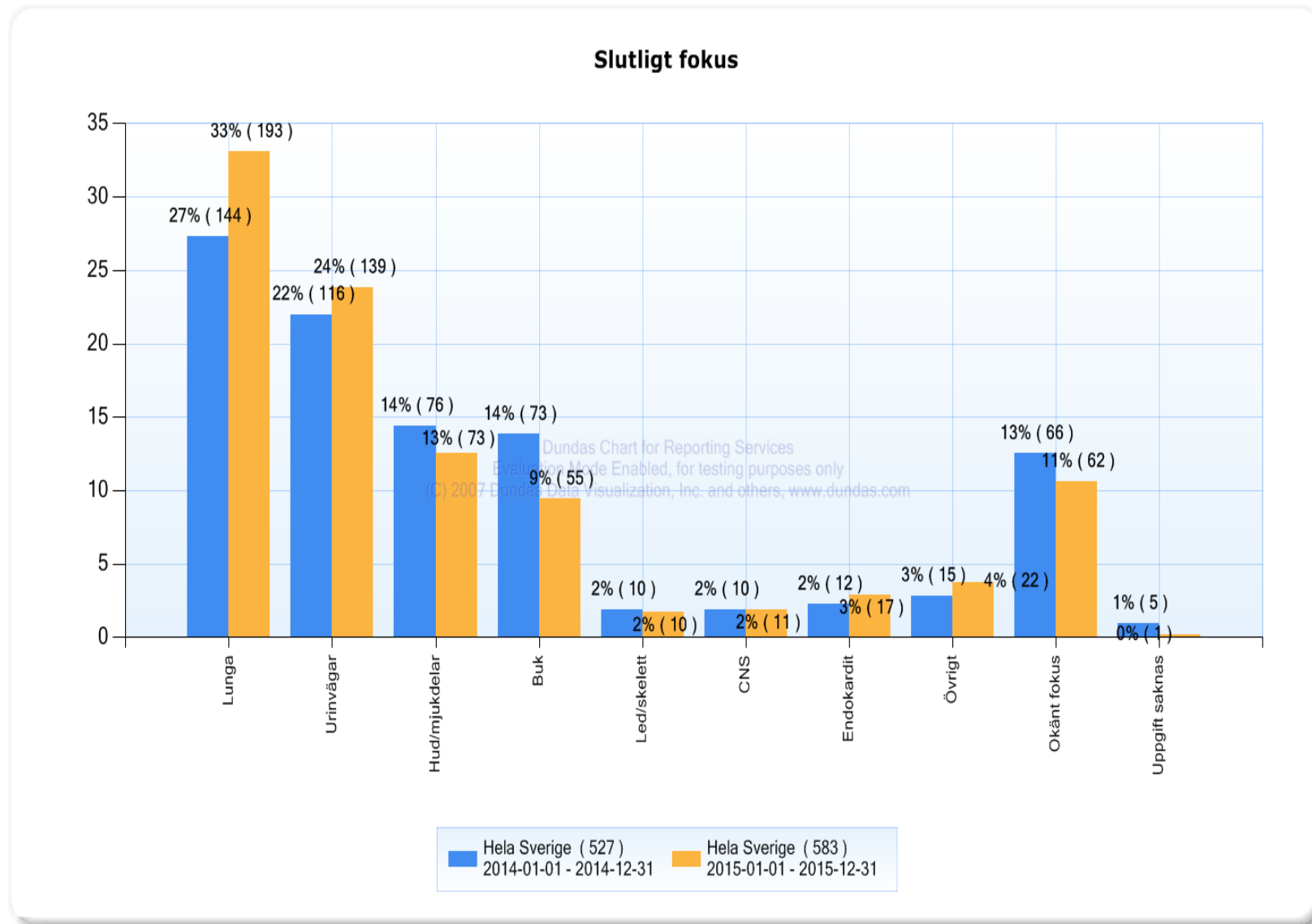


Användningen av Tazocin ökade från 26 % 2013 till 40 % 2015. Samtidigt minskade användningen av Cefalosporin från 45 % 2013 till 38 % 2015. Något färre patienter fick en initial Aminoglykosiddos 2015 jämfört med 2013.

Slutlig etiologi

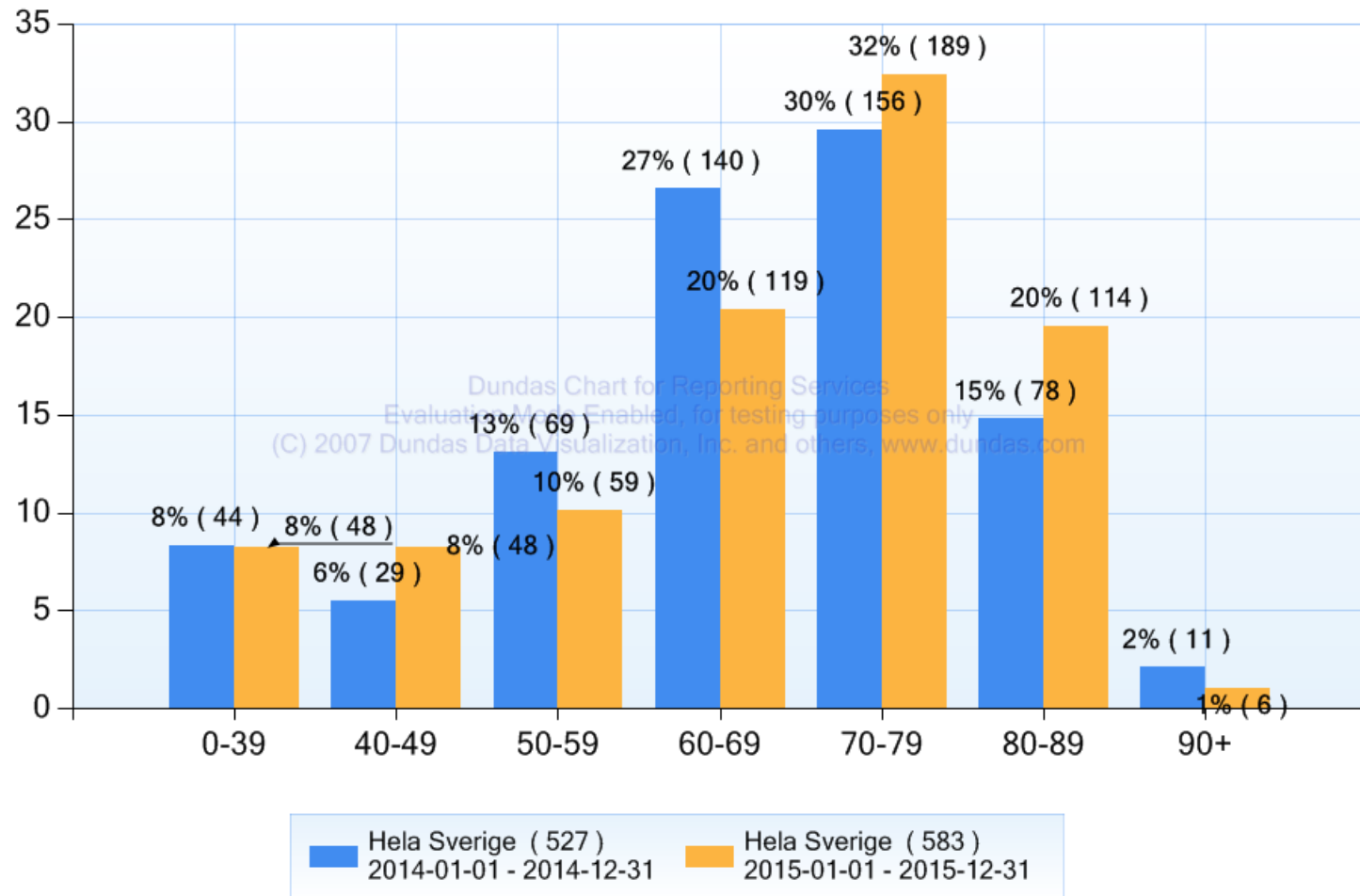


Liknande bakteriologiska fynd 2015 jämfört med 2014.



Det var något fler luftvägsinfektioner registrerade 2015 jämfört med 2014.

Ålderssammansättning



Något fler patienter i åldrarna 80-89 registrerades 2015 jämfört med 2014.