

Svår sepsis/septisk chock 2016 Sverige

Inledning

Patienter med svår sepsis eller septisk chock är relativt vanliga på våra sjukhus och framförallt på våra intensivvårdsavdelningar. I det här registret har vi registrerat patienter med samhällsförvärd 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.

Nyhet inkludering för registrering

Från 2017-03-13 har inmatningsformuläret uppdaterats. Det har fått en bättre design och alla patienter med samhällsförvärd svår sepsis och septisk chock kan nu registreras. Det gäller förutom som tidigare patienter som hamnar på IVA inom 24 timmar efter ankomst nu även patienter som hamnar på IVA >24 timmar efter ankomst till sjukhus, intermediärvårdade patienter samt patienter som vårdas på infektionsavdelning utan vare sig intermediärvård eller intensivvård. Syftet med denna utökade registreringsmöjlighet är att säkerställa kvaliteten på vården för fler patienter med svår sepsis och septisk chock.

De rapporter som visas för 2016 gäller dock som tidigare enbart fall som hamnat på IVA < 24 timmar!

Nyhet kriterier för definitioner av sepsis

Infektionsläkarföreningens programgrupp för sepsis har tillsammans med fler andra intresseföreningar bland annat SFAI, SWESEM OCH SIR diskuterat förslaget om nya sepsiskriterier för SEPSIS 3. Vi har tillsammans tagit beslut att SEPSIS 3 ska införas i Sverige. Det kommer dock att preliminärt bli möjligt att diagnos sätta efter kriterier för SEPSIS 3 först efter årsskiftet 2017/2018. Tills vidare diagnos sätts efter tidigare kriterier för svår sepsis och septisk chock. Så fort nya koder finns tillgängliga kommer kriterier för SEPSIS 3 också ligga till grund för registrering i Sepsisregistret.

Kvalitetsmål för 2016

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 som tidigare nämnts gjort rapporter för 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 infektionsavdelningar. Varje klinik kan nu från 2017-03-13 själv göra rapporter för de patienter som vårdas på IVA < 24 timmar efter ankomst, intermediärvårdspatienter samt patienter som vårdas på infektionsavdelning enbart. Kvalitetsmålen kan appliceras även för dessa patientgrupper.

Registrering

Med inskrivningsdatum 1/1 – 31/12 2016 har hittills 429 fall registrerats i landet, noterat 2017-05-31. Det är klart färre fall jämfört med 2015. 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 där hittas. En förklaring till att antalet registreringar nu minskat kan vara att införandet av nya kriterier för SEPSIS 3 ännu inte införts. Det kan också påverka att vi nu reviderat sepsis inmatningsformuläret.

Resultat

För kvalitetsmålen visas nu även resultat klinikvis. Det är det sammanlagda resultatet för 2015 och 2016 som presenteras klinikvis. Man får ta i beaktande att en del kliniker registrerar få fall.

Det har skett en förbättring i kontroll av andningsfrekvens de senaste åren. För 2016 saknades registrering av andningsfrekvens vid ankomst till sjukhus hos 17 % av patienterna (67/400). Då de flesta sjukhus har triagesystem 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 12% av patienterna (50/400) vid ankomst till sjukhus 2016. 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 41% (163/400) av patienterna fick första antibiotikados inom 60 minuter. Det är en marginell förbättring jämfört med 2015 då 39% 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 2015-2016 får drygt 50% 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 2015-2016 lyckades infektionsklinikerna i Sundsvall, Jönköping, Skövde, Helsingborg och Lund bäst där drygt 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 33% baserat på 1032 patientfall 2015-2016.

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. Faktum är att vi kan kalla sepsis för en bortglömd folksjukdom! Den önskade handläggningen av dessa patienter gäller även för övrigt svårt sjuka infektionspatienter. 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 akutmottagning 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!

Sepsislarm enligt "Malmömodellen" sprids nu över landet och det kan innebära en förbättring av handläggningens kvaliteten för många sepsispatienter.

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 katastroftillstånd" 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.

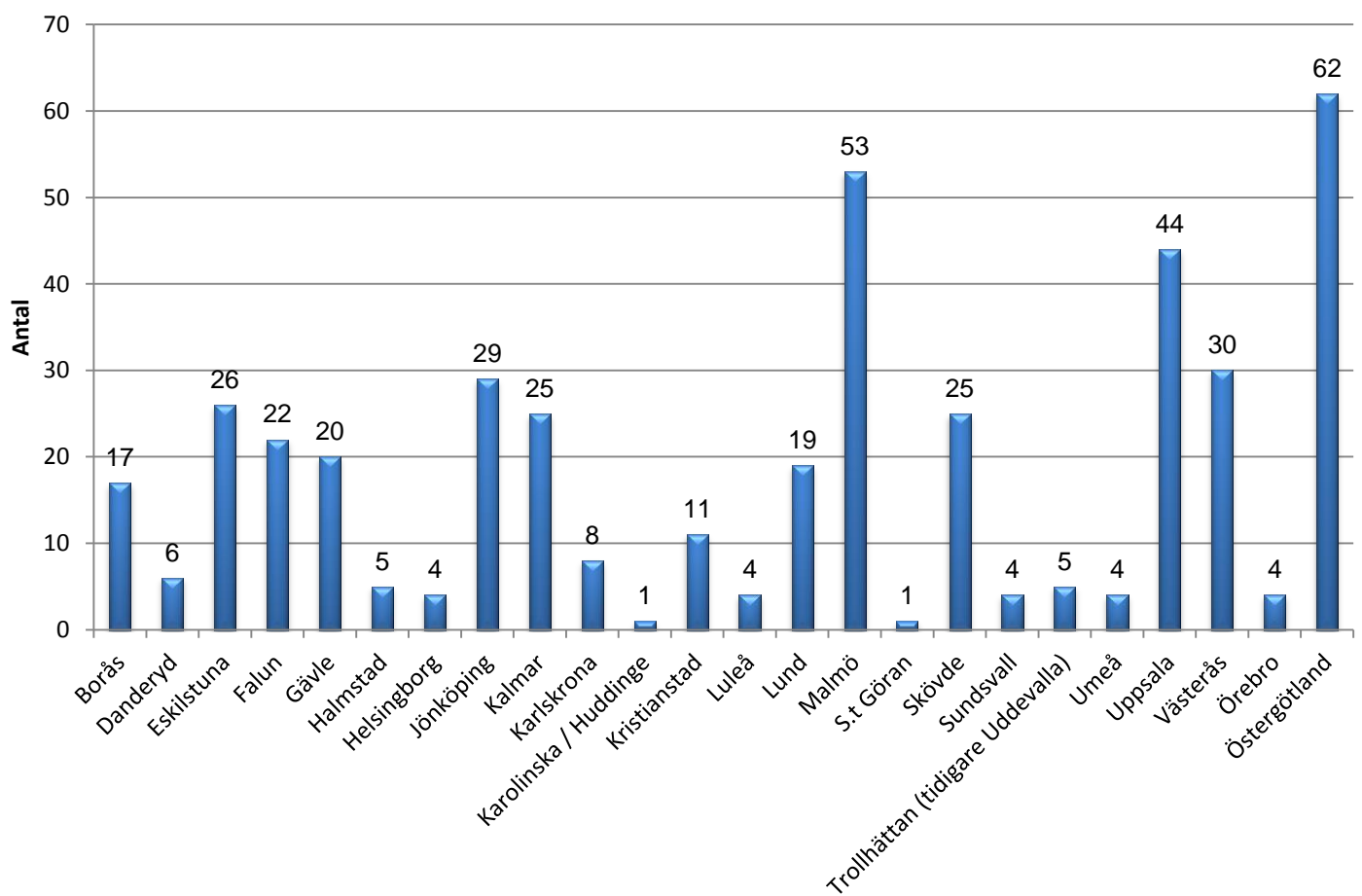
Information

Vi måste göra sepsis mer känt för allmänheten och för politiker. Sepsis är den nya stora vårdkedjan i Sverige!

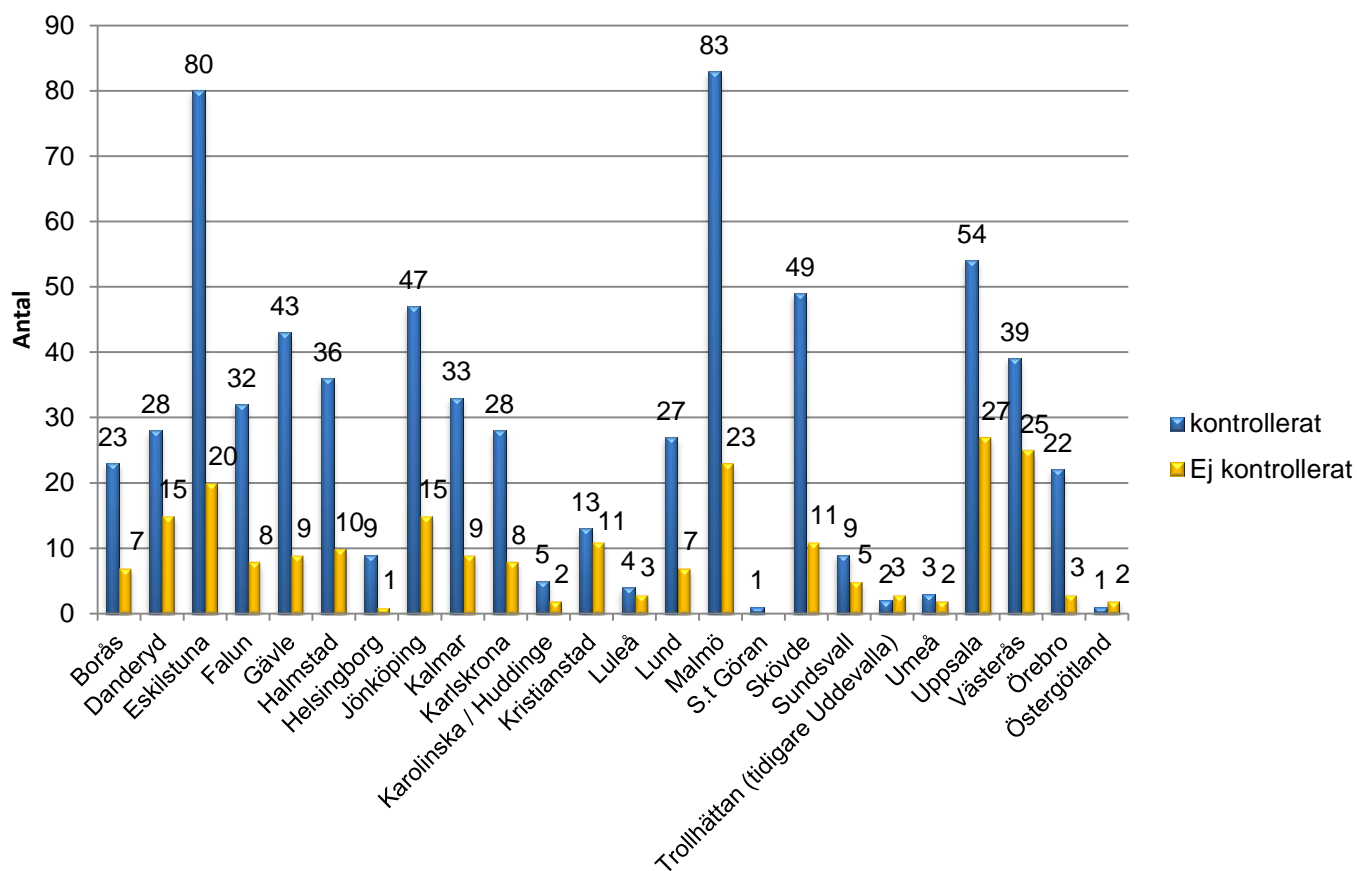
Kvalitetsgranskning säker sepsisvård

Vi hoppas att sepsis blir utvald för projekt säker vård. Flera andra stora vårdkedjor som säker förlossning och säker traumavård har redan granskats i samarbete med LÖF. Resultat från sepsisregistret kan vara en del i granskningen av sepsis i Sverige.

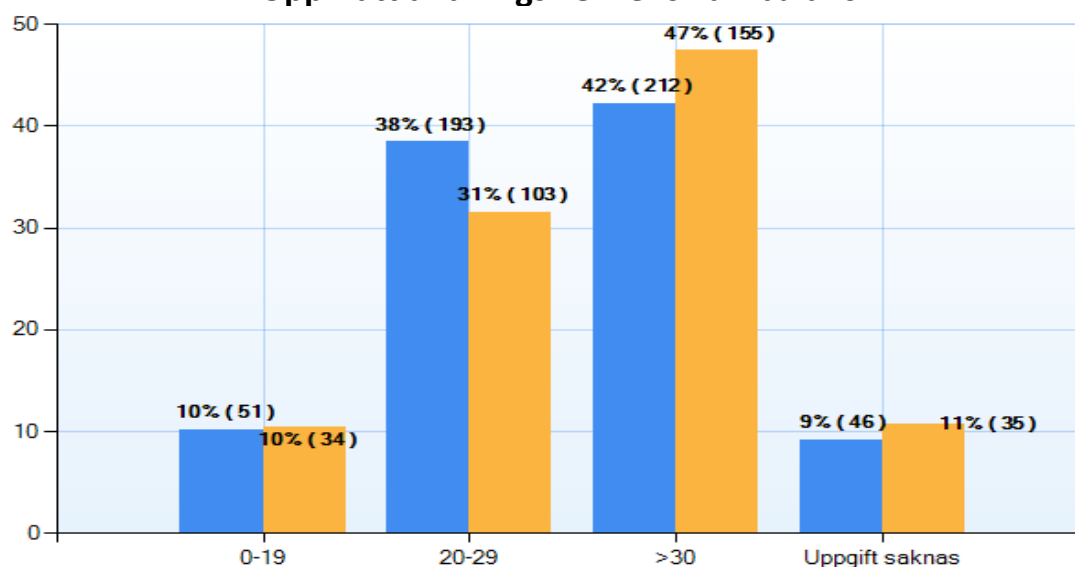
Antal påbörjade / avslutade inmatningar - svår sepsis / septisk chock IVA <24 h (429 st) 2016



Kontroll av andningsfrekvens i ambulans 2015 – 2016



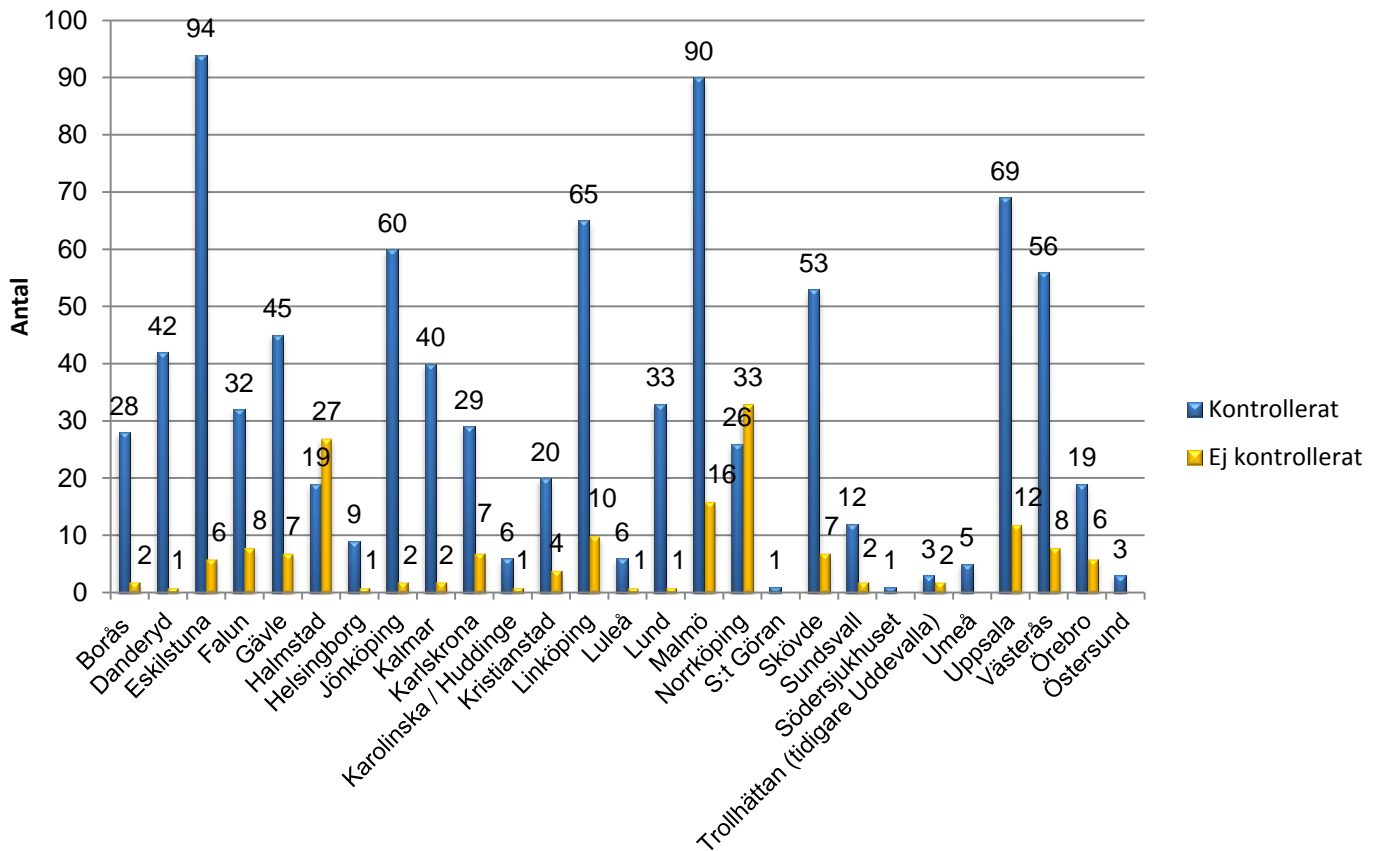
Uppmätt andningsfrekvens i ambulans



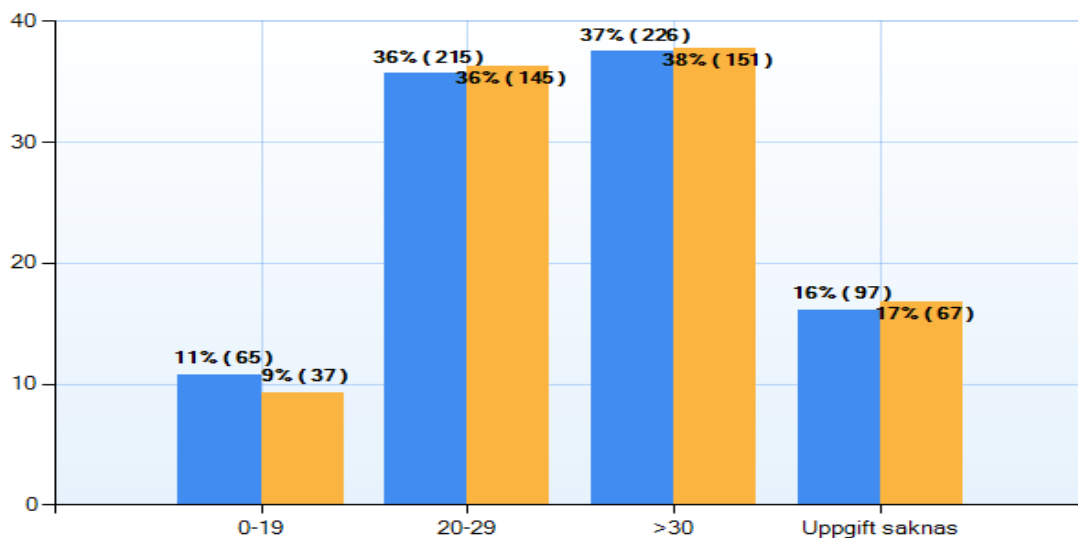
Blå = 2015. Gul = 2016

Nästan hälften av patienterna har andningsfrekvens >30 i ambulans 2016

Kontroll av andningsfrekvens på akutmottagning



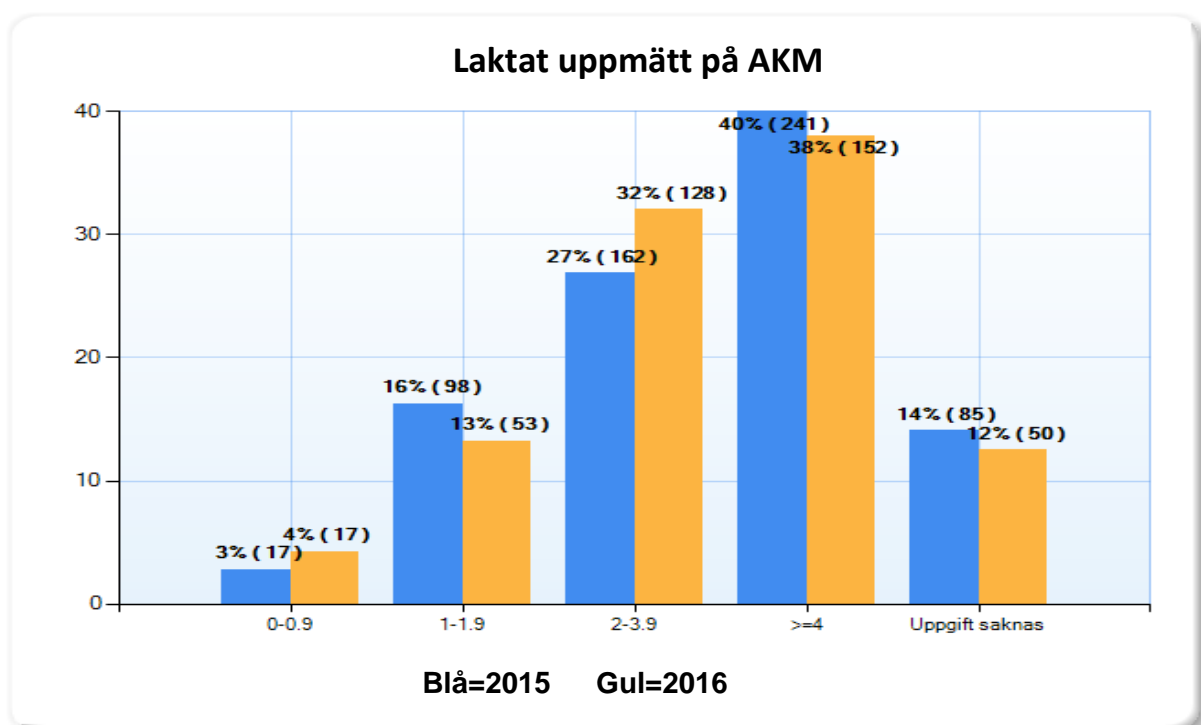
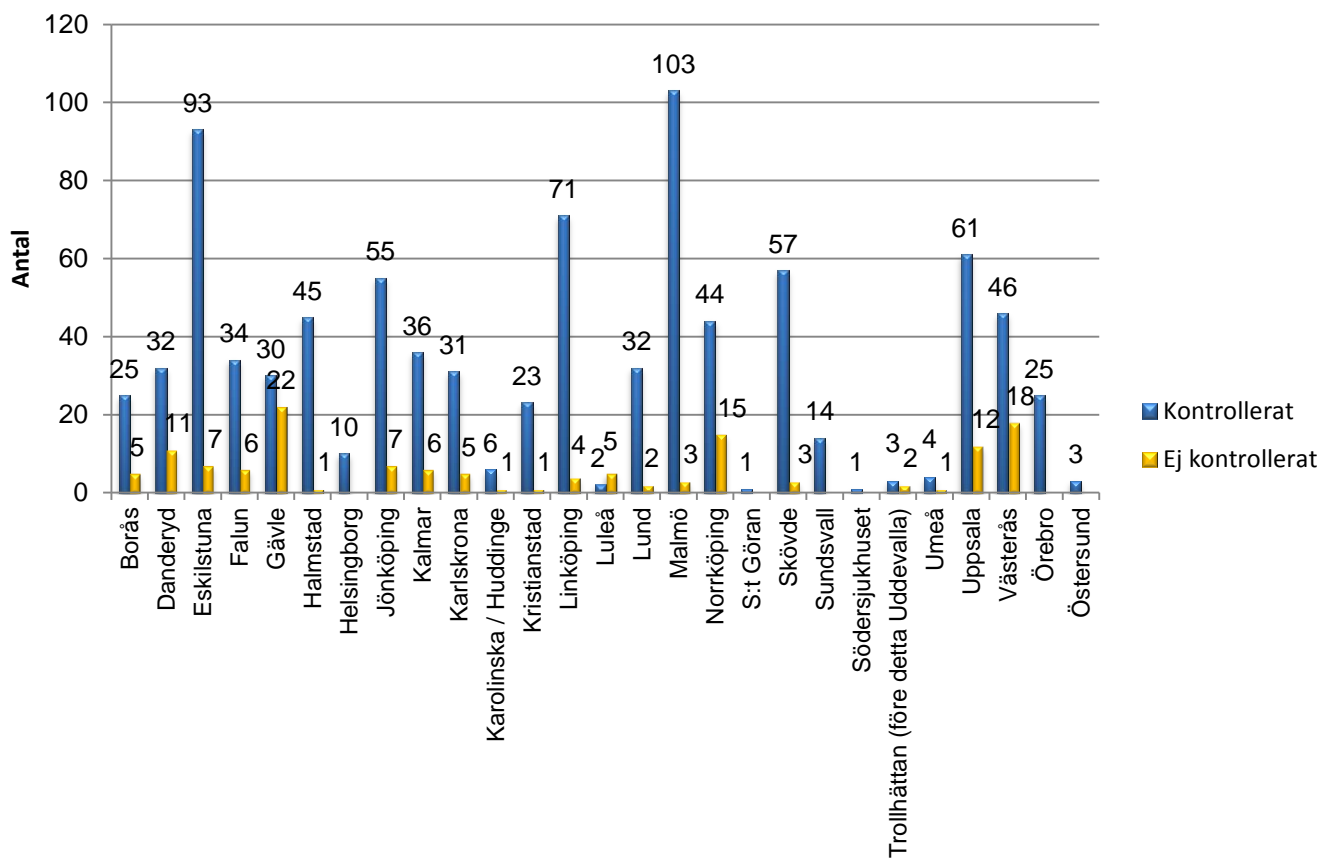
Uppmätt andningsfrekvens på akutmottagning



Blå = 2015. Gul = 2016

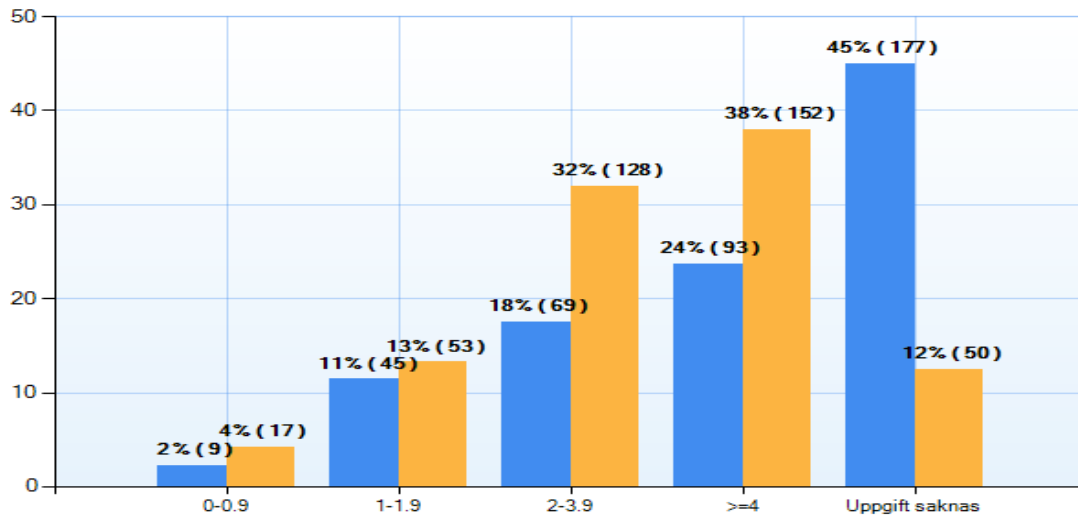
Det saknas uppgift om registrering av andningsfrekvens hos 17% av patienterna på akutmottagningen 2016.

Kontroll av laktat på akutmottagning 2015 – 2016



70% av patienterna har laktat > 2 2016. Det saknas uppgift om laktat inom 60 minuter hos 12% av patienterna. Man ser en fortsatt förbättring av initial laktatkontroll.

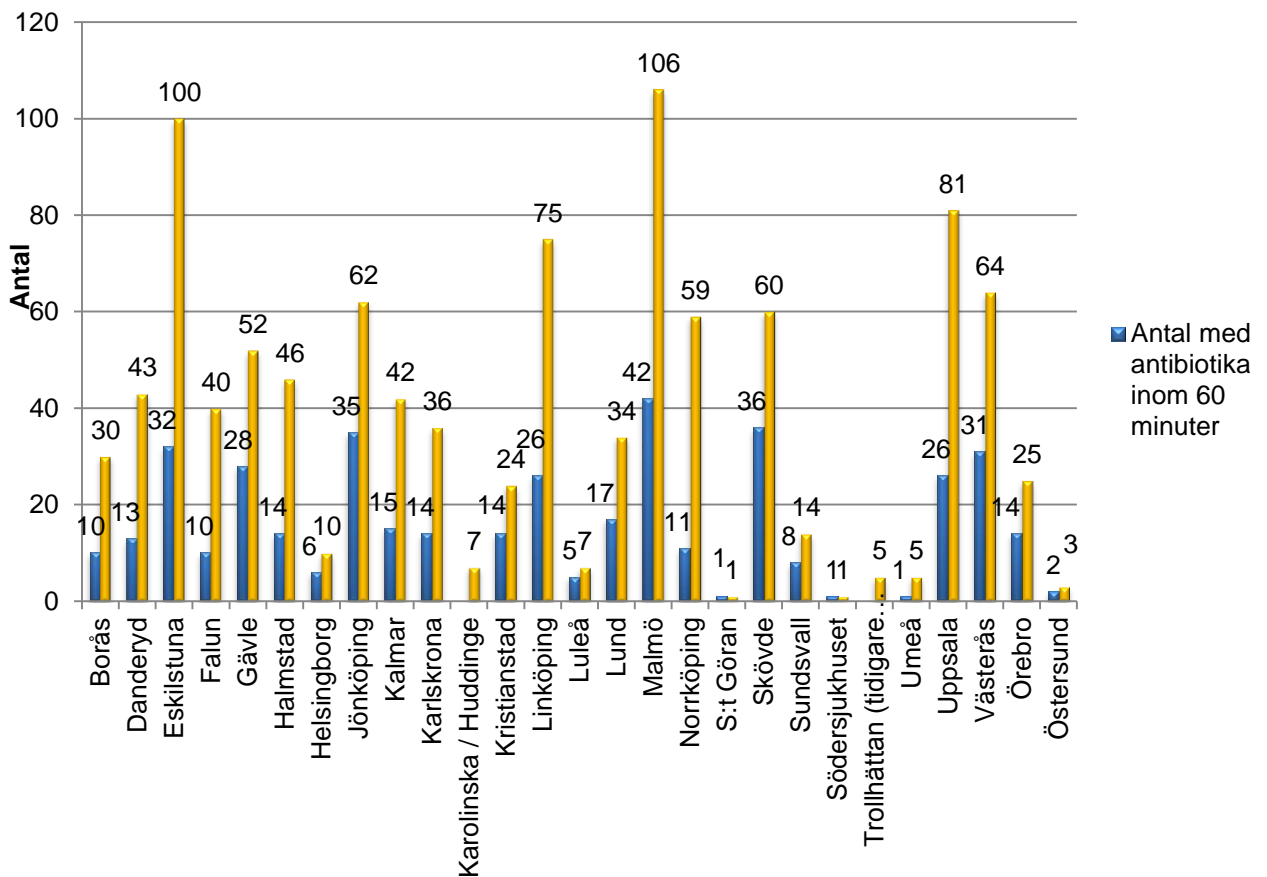
Laktat uppmätt på AKM



Blå=2010 Gul=2016

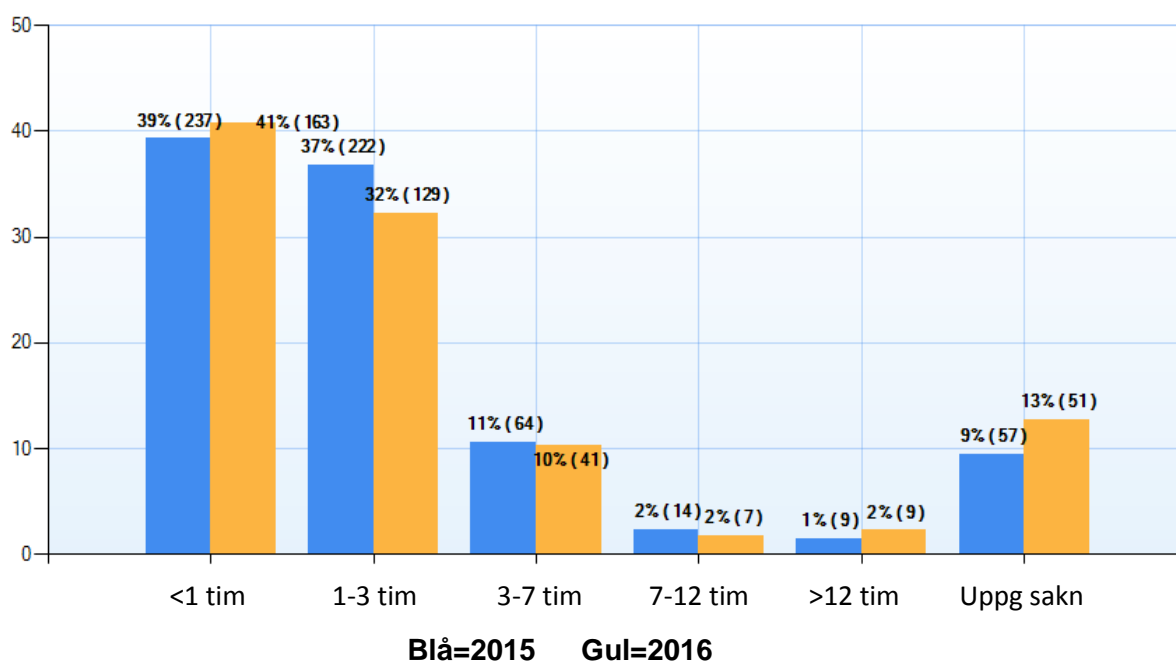
En klar förbättring ses för laktatkontroll 2016 jmf med 2010. 2010 saknades uppgift om laktat hos 45 % av patienterna. 2016 hos 12

Antibiotika inom 60 minuter 2015 - 2016



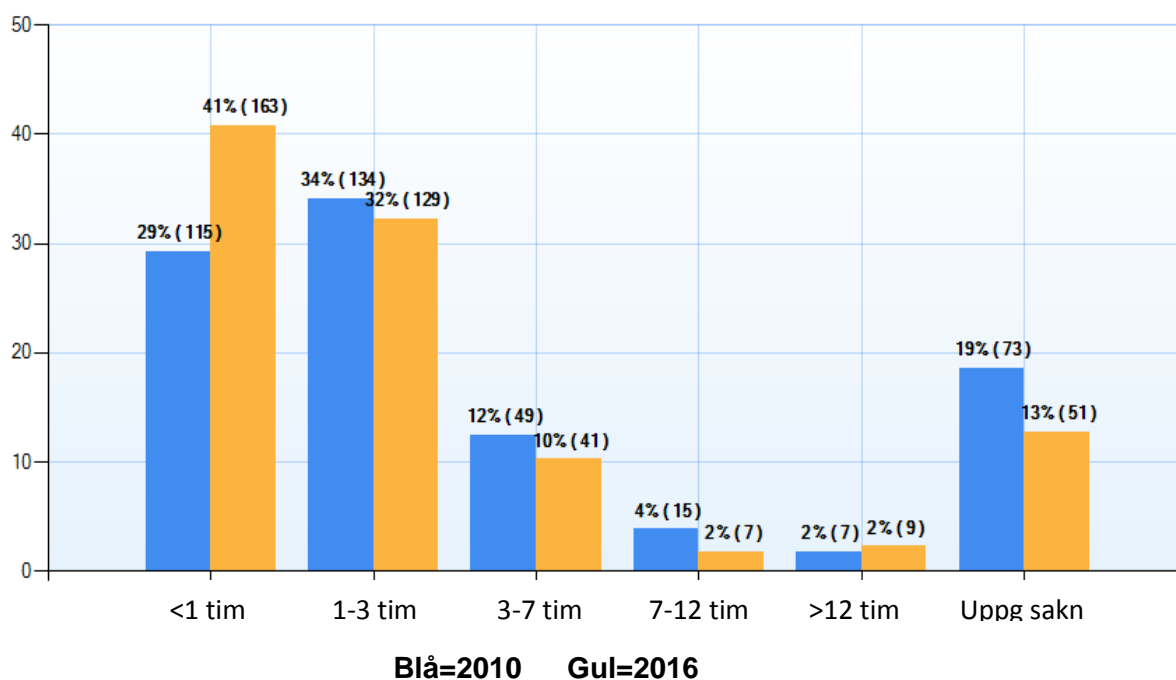
■ Antal med antibiotika inom 60 minuter

Tid till första antibiotikados



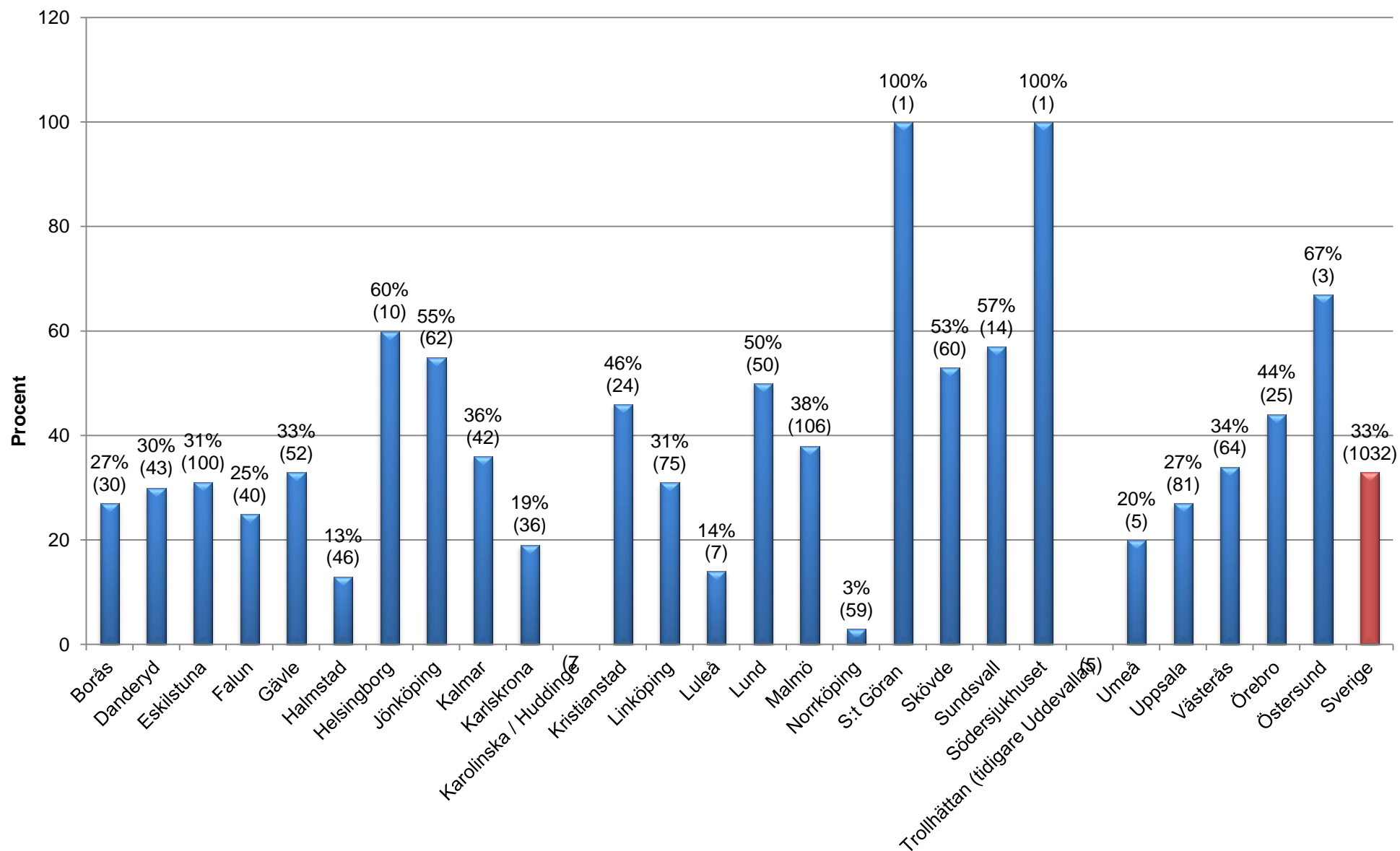
41% av patienterna fick första antibiotikados inom 60 minuter 2016. En marginell förbättring jämfört med 2015 då 39% fick första dos inom 60 minuter. Det saknas uppgift om första antibiotikados hos 13 % av patienterna 2016

Tid till första antibiotikados

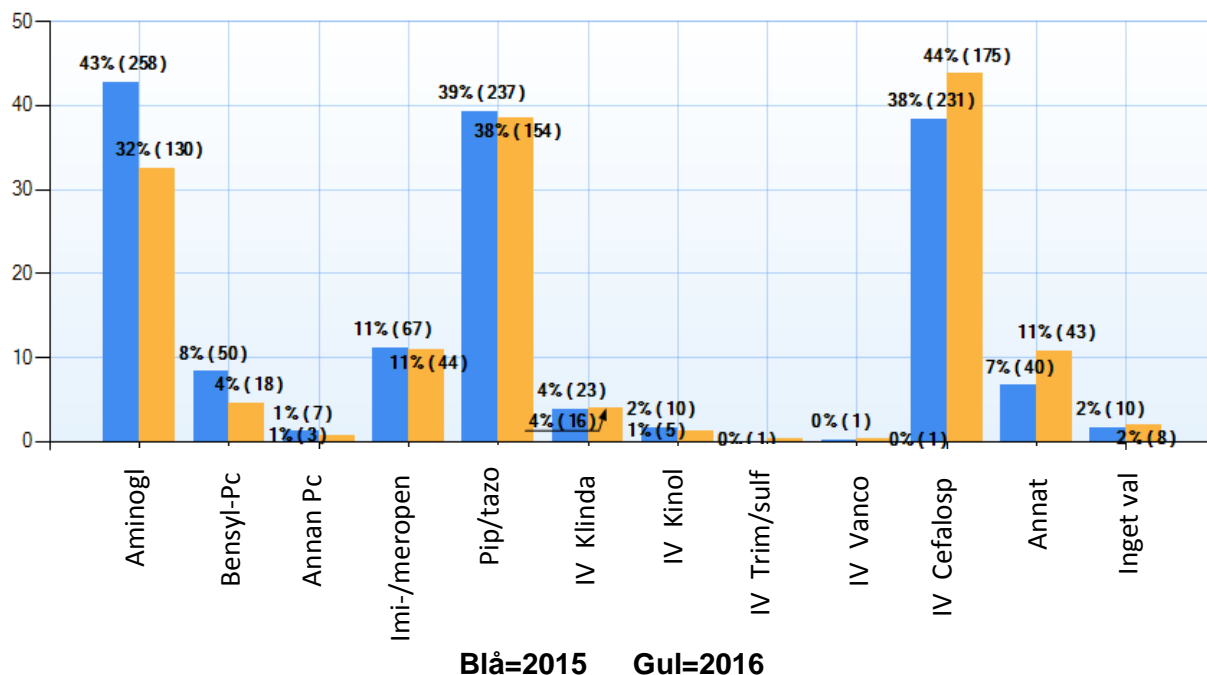


Mellan 2010 och 2016 har det skett en förbättring där första antibiotikados gavs till 29% av patienterna 2010 och 41% fick första dos inom 60 minuter 2016

Sepsisbundle: Kontroll av andningsfrekvens, laktat samt antibiotika <60 minuter

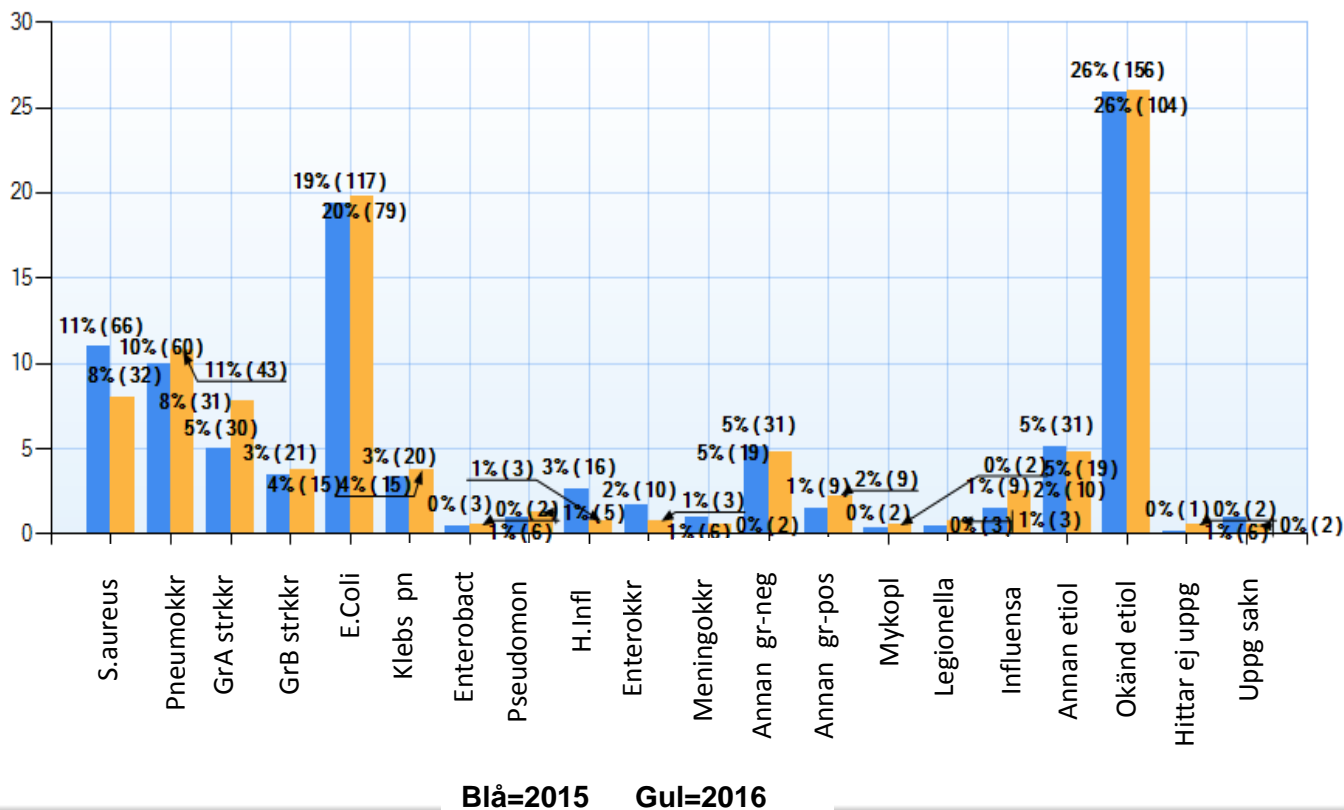


Initialt antibiotikaval

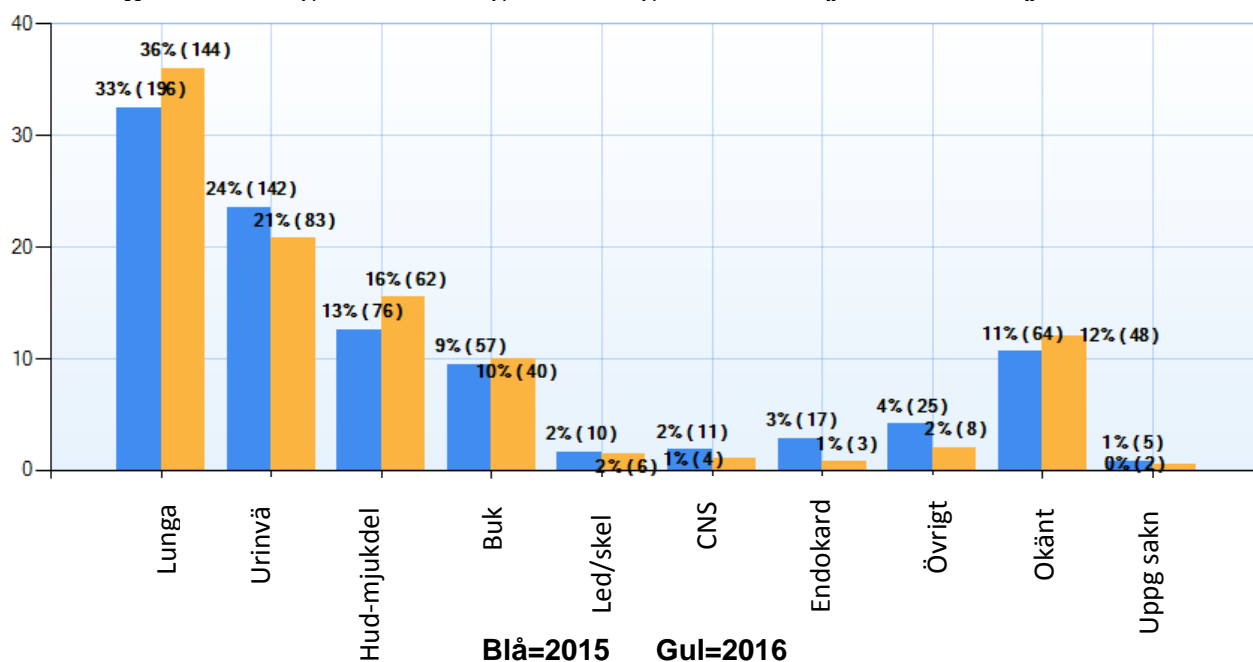


2016 fick 32% av patienterna en initial aminoglykosid dos. En minskning jämfört med 2015 då 43% fick aminoglykosid initialt

Påvisad etiologi: Liknande bakteriologiska fynd 2015 och 2016



Slutligt fokus. Något färre luftvägsinf och något fler hud/ mjukdelsinf 2016 jämfört med 2015



Åldersfördelning. 24 % var 80 + 2016, en ökning jämfört med 2015 då 20% var 80+

