

Kvalitetsregistret för svår sepsis/septisk chock

Årsrapport för 2013

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 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.

Kvalitetsmål för 2013

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 givits 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 2013 har hittills 476 fall registrerats i landet. Det har legat på ungefär samma nivå de tre senaste åren. Nästan alla kliniker har 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.

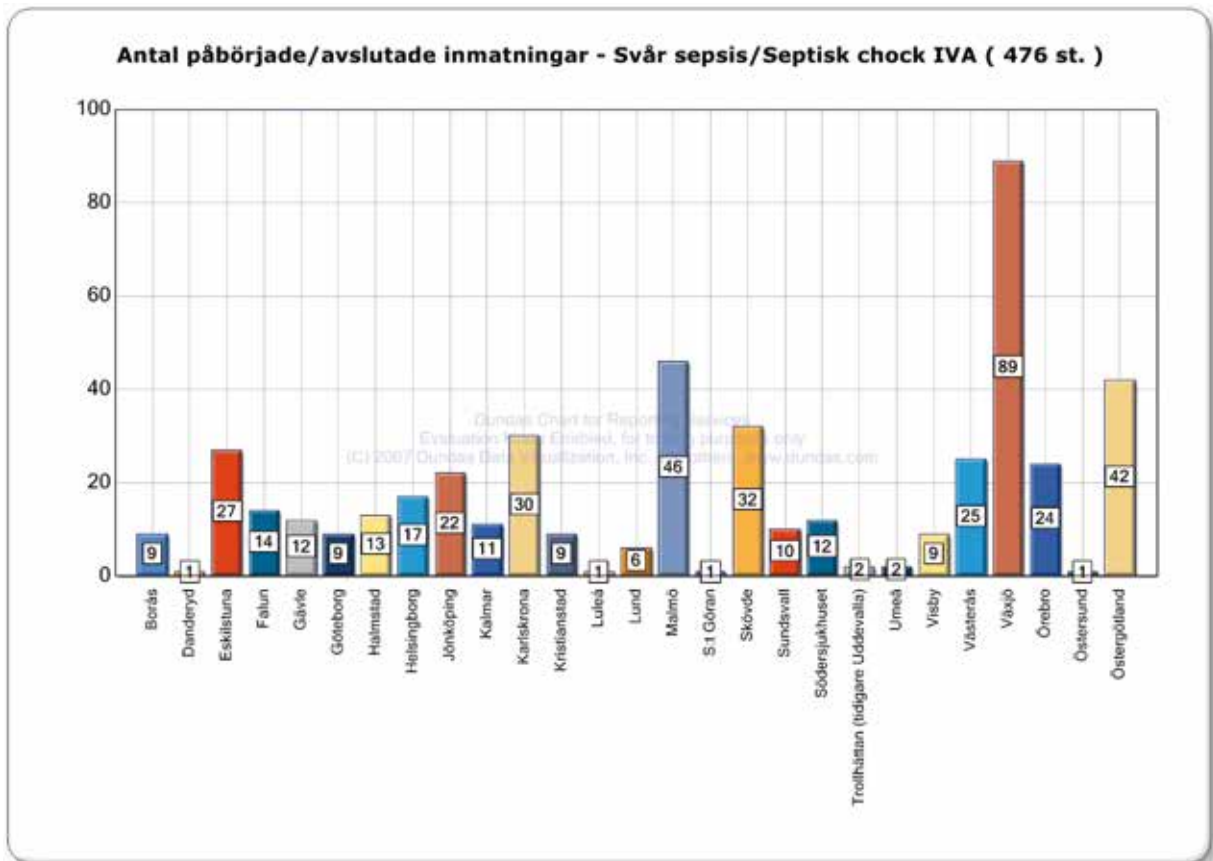
Resultat

Vi ser stora förbättringsmöjligheter där bland annat kontroll av andningsfrekvens på akutmottagning fortfarande inte registreras hos alla patienter. Hos denna mycket svårt sjuka patientgrupp saknas registrering av andningsfrekvens i 16 % av fallen! (77/476). Målet är förstås att andningsfrekvens ska var kontrollerad hos 100 % av patienterna. Då nästan alla sjukhus nu har triage är det ett realistiskt mål att nå upp till. Det har dock skett en förbättring jämfört med 2010 då uppgift om andningsfrekvens saknades hos 23 % av patienterna.

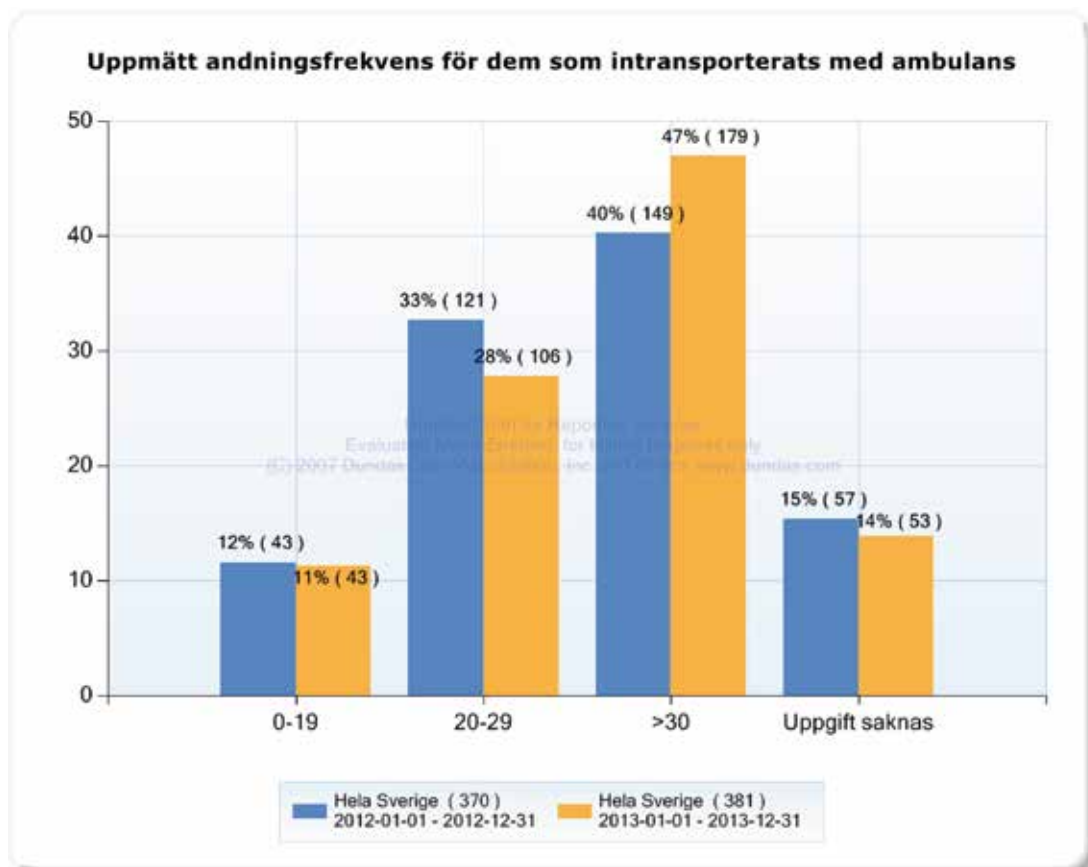
Tid till första antibiotikados på sjukhus tar ofta för lång tid. Bara 39 % (184/476) av patienterna får antibiotika inom 60 minuter. 2012 fick 34 % och 2010 29 % första antibiotikados inom 60 minuter. Målet är att 100 % av patienterna ska ha antibiotika inom 60 minuter och ett realistiskt delmål kan vara 80 % inom 60 minuter. Hos 59 patienter (12 %) saknas uppgift om när första antibiotikados gavs (för 2010: 19 %). Det är viktigt att man kan hitta denna uppgift i journalen.

Även det viktiga blodprovet blodgas med laktat tas för sällan initialt och det saknas provtagning i 24 % av fallen på akutmottagningen för dessa patienter. Det är dock en klar förbättring även här då 45 % saknade laktat provtagning 2010.

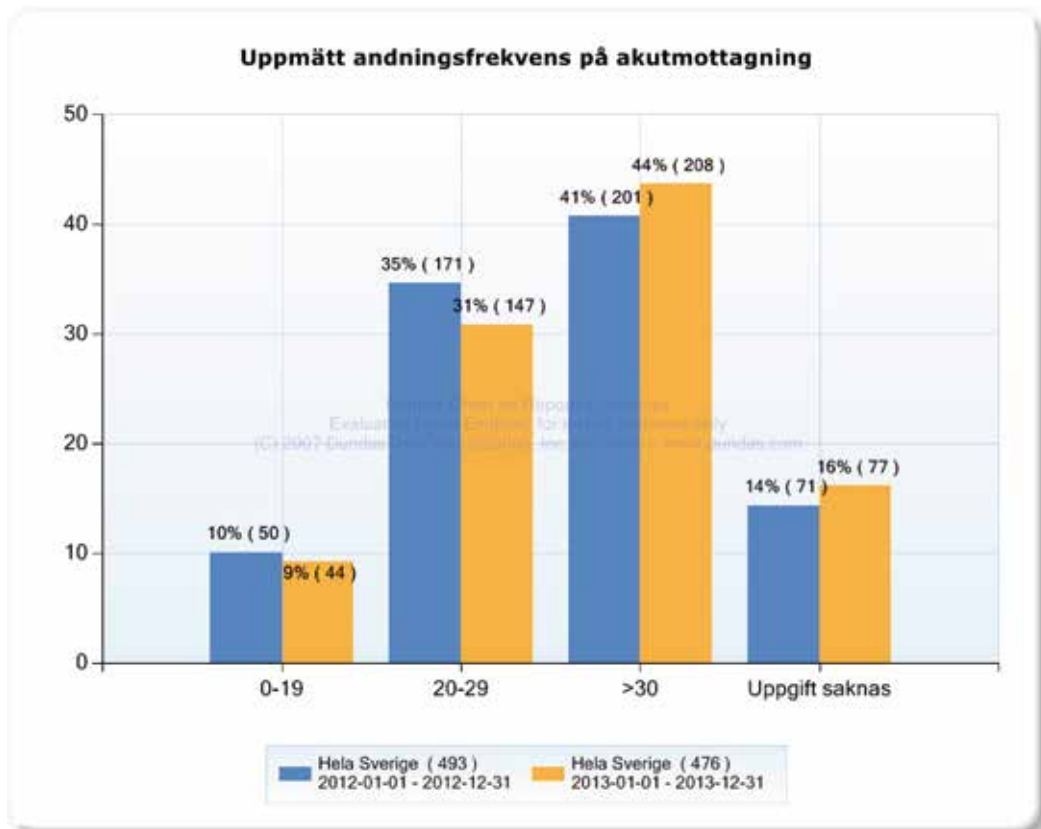
På kommande sidor visas 8 rapporter för olika kvalitetsparametrar samt täckningsgraden för 2013. En jämförelse med 2012 görs och för vissa kvalitetsrapporter görs även jämförelse med 2010. Det kan fortfarande komma till fall för 2013 som ännu inte registrerats.



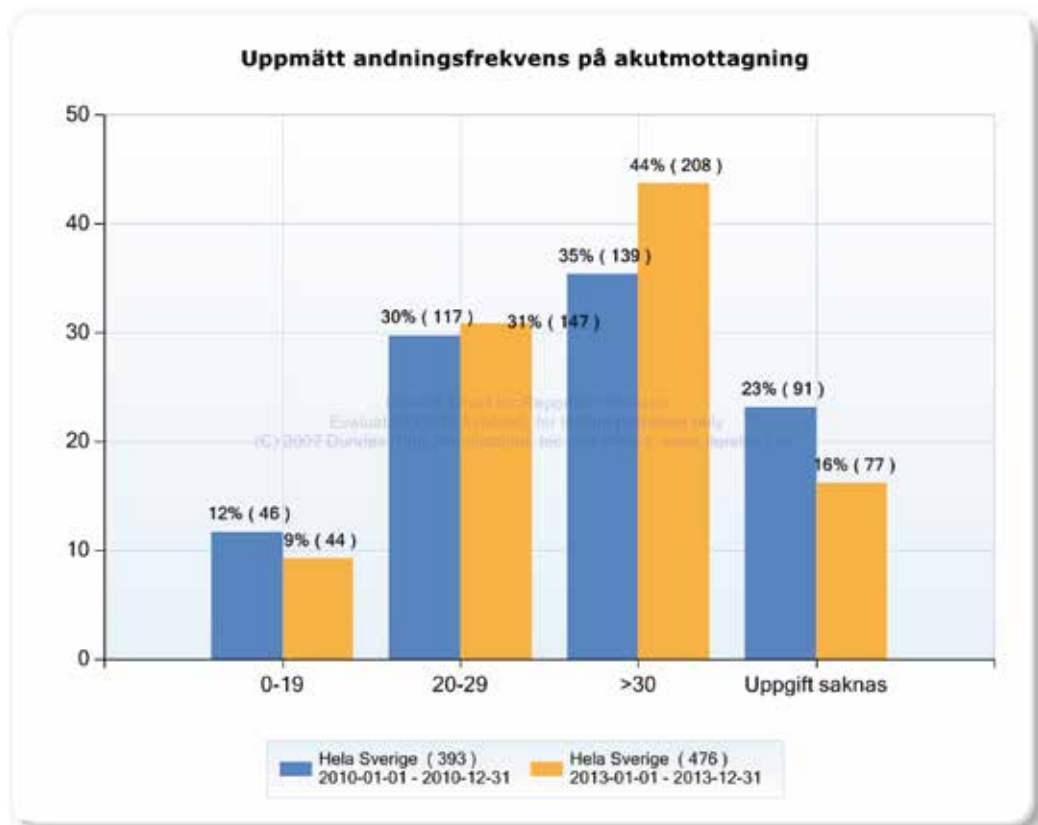
Täckningsgraden för 2013 (noterat 2014-04-15). Det saknas uppgift om registrering från Karolinska/Huddinge, Karolinska/ Solna samt från Karlstad och Uppsala.



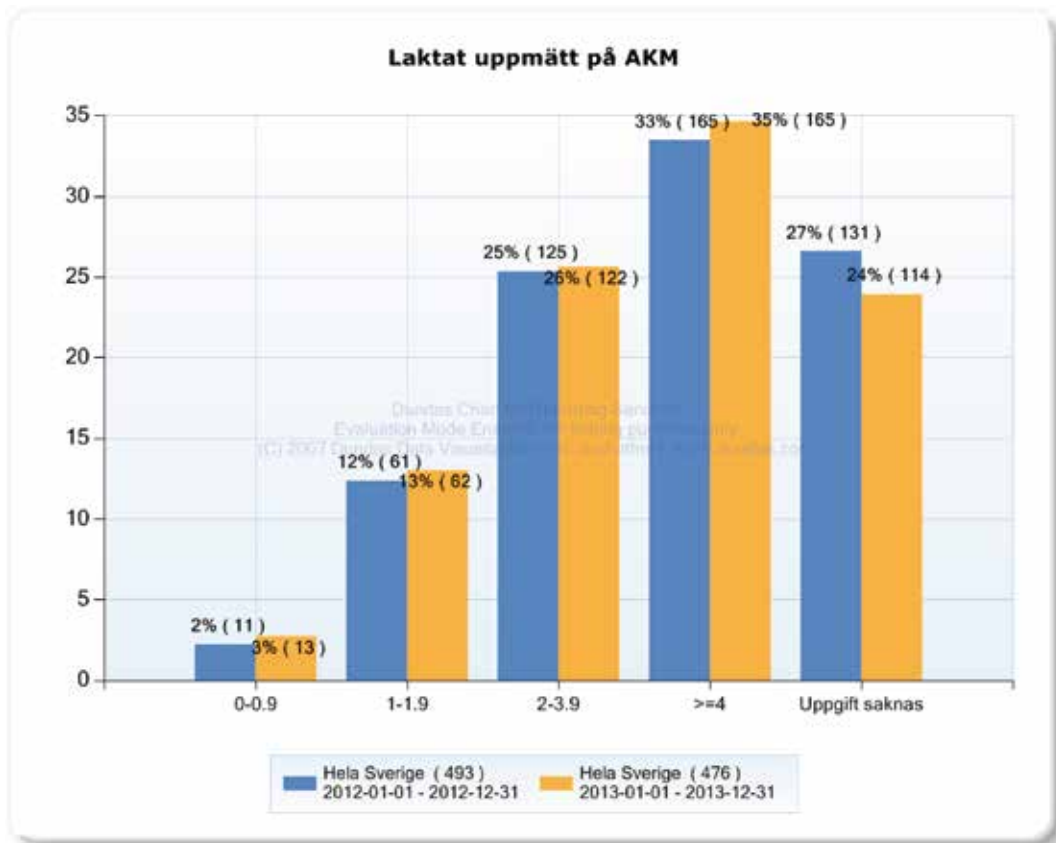
Många patienter kommer via ambulans. Det är vanligt med andningsfrekvens > 30 i ambulansen.



Det är vanligt med andningsfrekvens > 30 på akutmottagning. Det saknas uppgift andningsfrekvens hos 16% av patienterna 2013. 2012 saknades uppgift om andningsfrekvens hos 14% av patienterna.



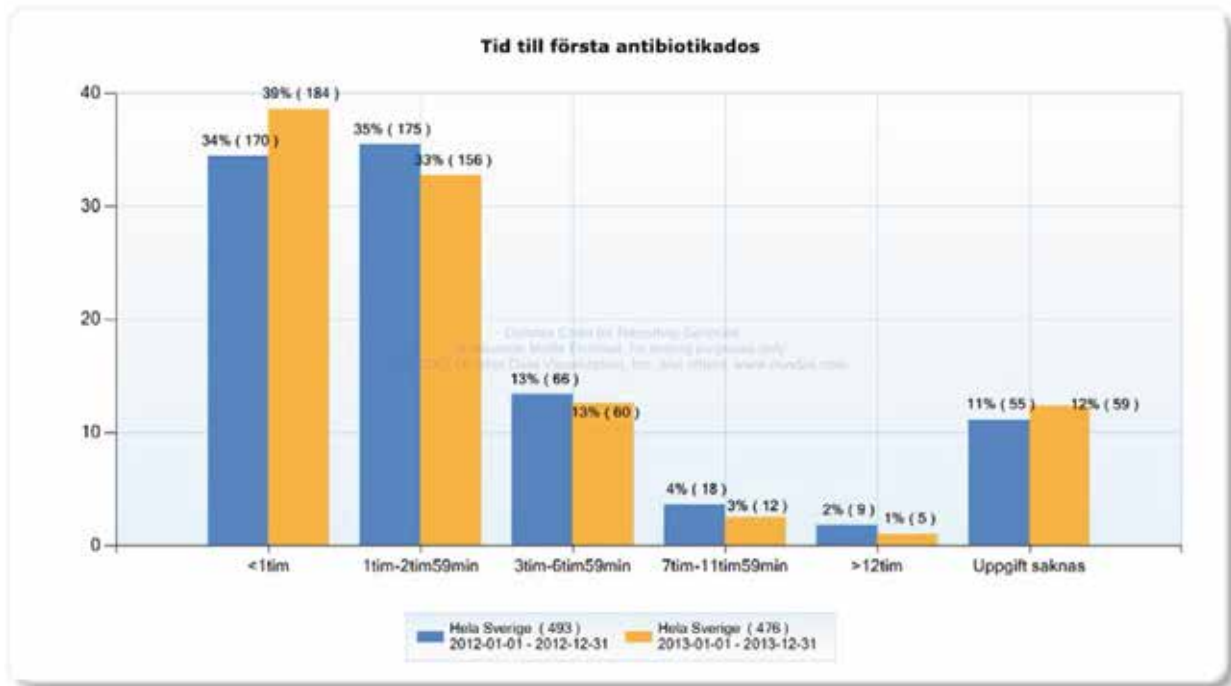
Det saknas uppgift om andningsfrekvens hos 16% av patienterna på akutmottagning 2013. Det är en förbättring jämfört med 2010 då uppgift om andningsfrekvens saknades hos 23% av patienterna.



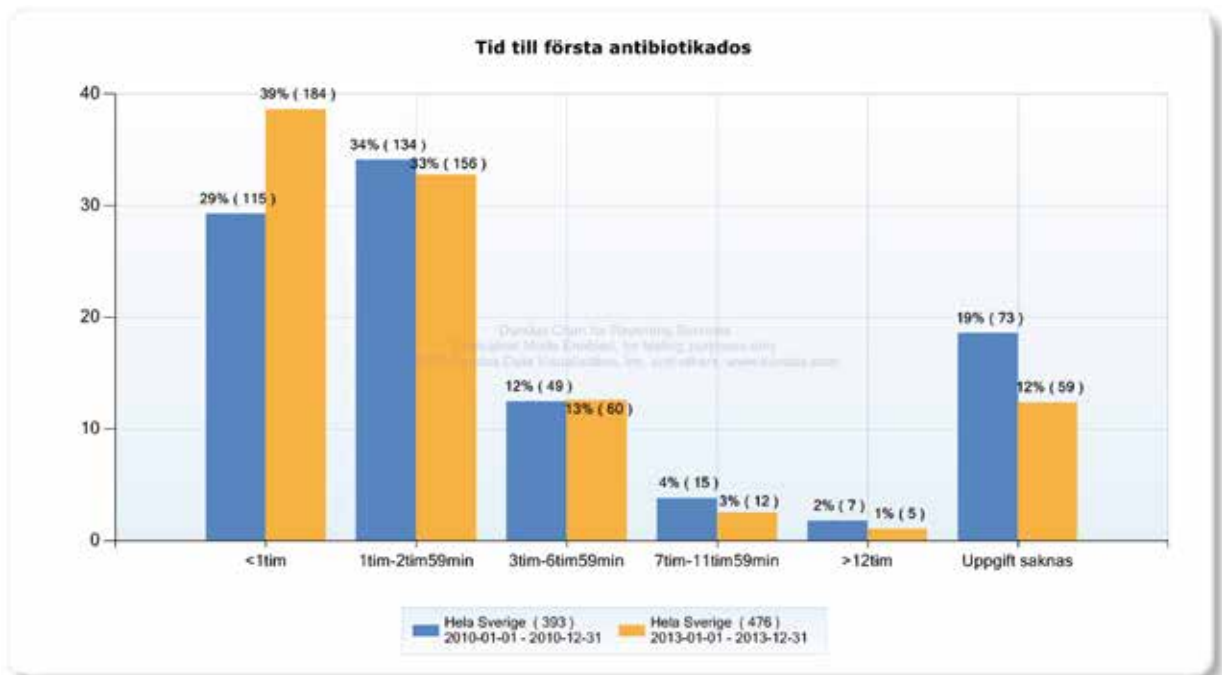
Det är vanligt med laktat nivå > 4. Det saknas initial laktat kontroll hos 24% av patienterna 2013. 2012 saknades uppgift om laktat hos 27% av patienterna.



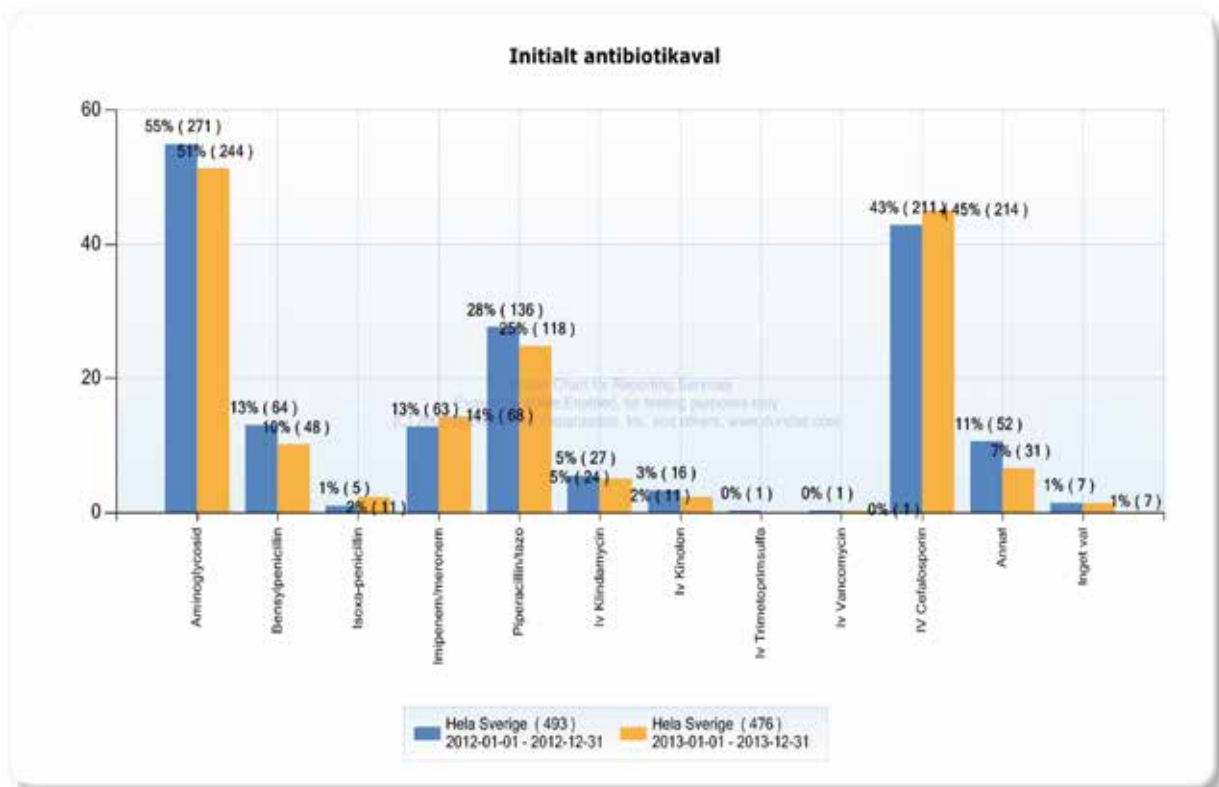
Det saknas ett laktatvärde hos 24% av patienterna 2013. Det är en klar förbättring jämfört med 2010 då det saknades laktat kontroll hos 45% av patienterna.



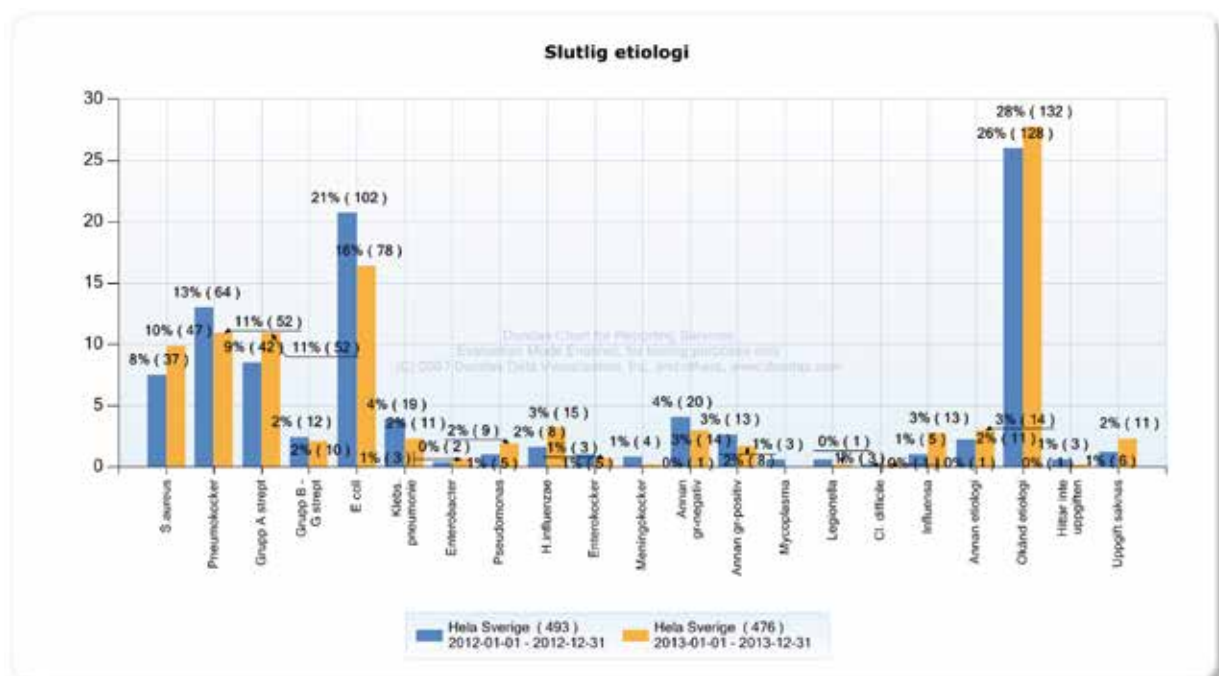
39% får första antibiotikados inom 60 minuter 2013. En liten förbättring jämfört med 2012 då 34% fick första dos inom 60 minuter.



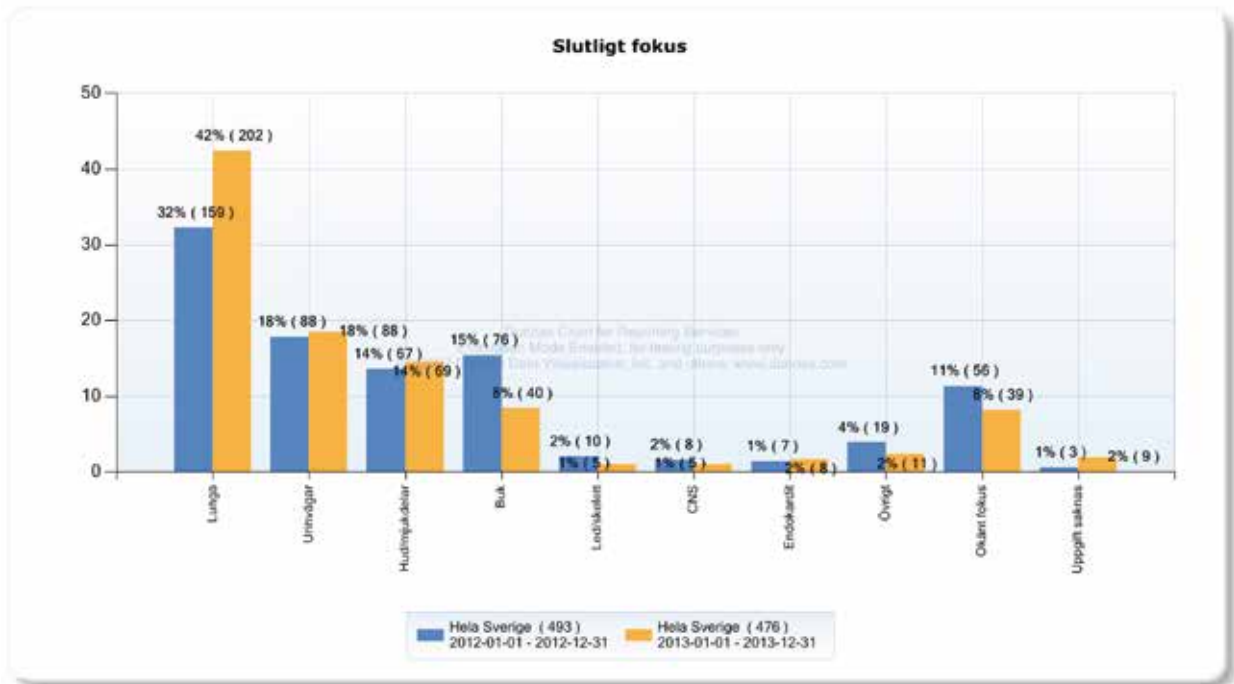
39% av patienterna får första antibiotikados inom 60 minuter efter ankomst till sjukhus 2013. En ökning från 2010 då bara 29% fick första dos inom 60 minuter. Uppgift om tid till första antibiotikados saknades hos 12% 2013 och det är också en förbättring jämfört med 2010 då uppgift saknades hos 19% av patienterna.



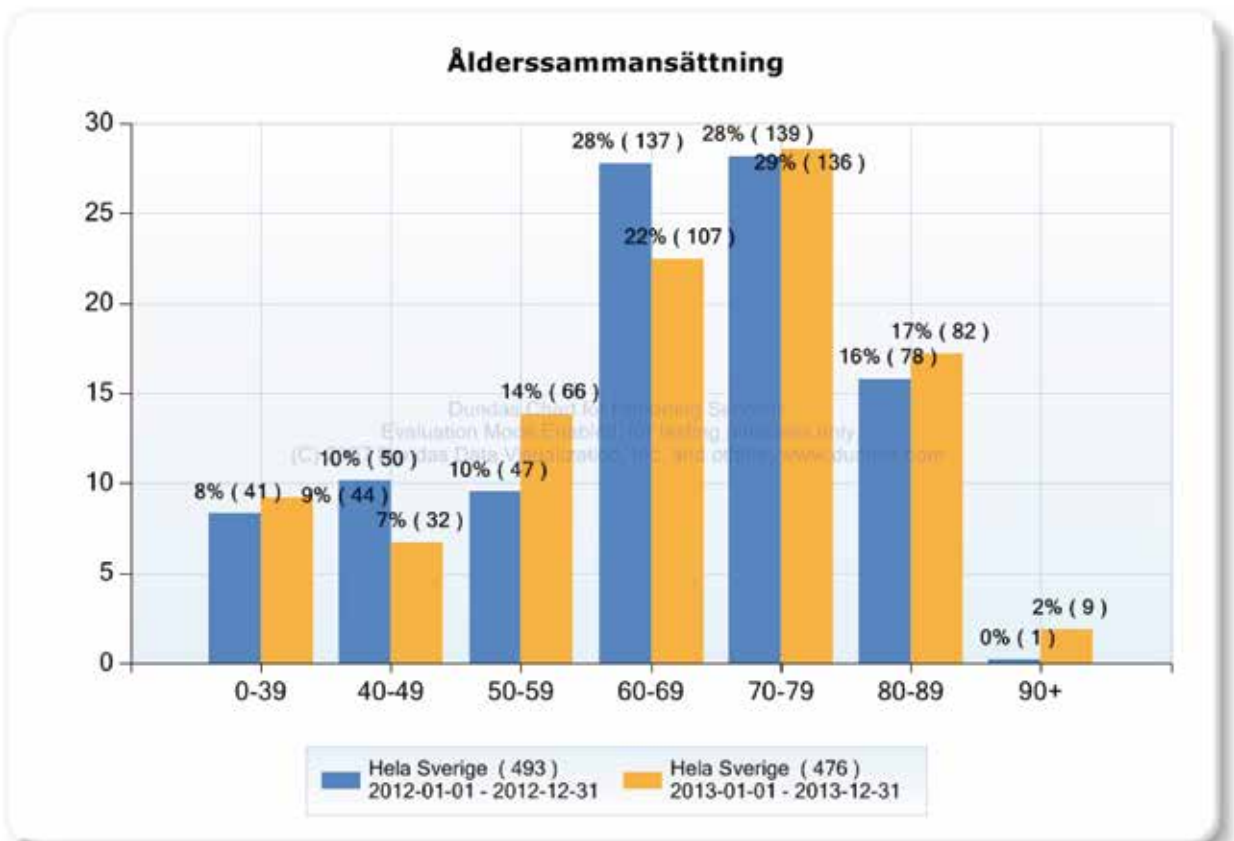
Små skillnader i antibiotikaval.



Andel E.coli och pneumokock-fynd minskade 2013 jämfört med 2012. Ökningen av grupp A-streptococ fynd fortsatte även under 2013.



Det var fler pneumonier och färre bukinfektioner registrerade 2013 jämfört med 2012.



Några 90+ patienter IVA vårdades för svår sepsis.

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 infektionspatienter. En ansvarig läkare på infektionskliniken som registrerar fallen kan göra att följsamhet att fylla i registret blir bättre. Att resultaten presenteras klinikvis kan 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. För akutmottagningen bör man erbjuda utbildning för både sköterskor och läkare om handläggning av svår sepsis. AT och ST-läkare är särskilt viktiga grupper att nå fram till. För att påskynda handläggningen kan man införa sepsislarm där infektionsläkare och narkosläkare tillkallas för en snabb gemensam bedömning av en patient med svår sepsis. Man kan också införa att laktat tas som rutinprov på akutmottagningen. Man bör också försöka minska tid till första antibiotikados på akutmottagning då mortaliteten ökar med 8 % för varje timmes fördröjning vid septisk chock. En viktig lärdom är att svår sepsis är en mycket vanlig bakomliggande orsak till utfall i vitala parametrar på akuten men även på vårdavdelningar.

2014-04-15

JESPER SVEFORS