

Regional medicinsk riktlinje

Sepsis

- Tillämpning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Innehåll

Syfte.....	2
Bakgrund.....	2
Förändringar sedan föregående version	2
Beskrivning	2
Inklusionskriterier PSV sepsis.....	2
Utgång ur PSV sepsis kan ske på något av följande sätt:	3
Åtgärder för patienter som ingår i PSV sepsis	3
Sepsislarm.....	4
Korrekt kodning av sepsis i samband med utskrivning från sjukhus.....	4
Kvalitetsindikatorer	4
Resultatmått	4
Processmått.....	4
Plan för införande och drift	5
Tabell 1. Åtgärder vid sepsislarm enligt PSV sepsis	6
Referenser	6
Innehållsansvarig.....	6

Syfte

Syftet är att med utgångspunkt från Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Sepsis [1] säkerställa ett enhetligt och strukturerat omhändertagande av patienter med allvarlig sepsis på alla akutsjukhus i Västra Götalandsregionen.

Bakgrund

Sepsis är en allvarlig komplikation till infektionssjukdomar som kan resultera i död eller sjuklighet med långvarigt försämrad funktionsnivå. Den årliga incidensen i Sverige för samhällsförvärvad allvarlig sepsis uppskattas till cirka 130 fall per 100 000 vuxna invånare. För Västra Götalandsregionen (1,3 miljoner vuxna) motsvarar detta cirka 1 700 fall per år. Sjukhusmortalitet vid allvarlig sepsis uppskattas till 15–25 %. Tidig adekvat handläggning har betydelse för överlevnaden hos de svårast sjuka patienterna med sepsis, de med septisk chock. Trots det varierar omhändertagandet av patienter med sepsis i landet, exempelvis avseende identifiering och tidig behandling. Det finns även brister i diagnossättning och kodning av sepsis vilket försvårar epidemiologisk kartläggning och utvärdering av sepsisvården. Med syfte att uppnå ökad jämlikhet och kvalitet i sepsisvården fick en nationell arbetsgrupp uppdraget att ta fram PSV sepsis. Införande och upprätthållande av PSV sepsis i VGR leds av regionalt processteam (RPT sepsis).

Nytt sedan föregående version

Telefonuppföljning har utgått ur vårdförloppet. I övrigt redaktionella förändringar.

Beskrivning

Inklusionskriterier PSV sepsis

Vårdförloppet omfattar vuxna patienter (≥ 18 år) som på akutmottagningen uppfyller följande kriterier:

- Infektionsmisstanke (till exempel feber, anamnes på feber, akut påkommen allmänpåverkan, hosta, hudrodnad, eller akut påkomna urinvägsbesvär eller mag-tarmbesvär)
- WEST röd, NEWS2 ≥ 7 eller motsvarande nivå med annat triagesystem i ambulans eller på akutmottagning.

Tillstånd som uppfyller ovanstående kriterier benämns i vårdförloppet allvarlig sepsis.

Inklusionskriterierna för PSV sepsis är nationella och kan inte ändras på regional eller lokal nivå.

Utgång ur PSV sepsis kan ske på något av följande sätt:

- Kriterier för sepsislarm uppfylls inte på akutmottagningen eller i ambulans.
 - Kvalitetsdata ska ej registreras.
- Sepsislarm aktiverat, men patienten bedöms inte ha allvarlig sepsis vid medicinsk bedömning på akutmottagningen.
 - Larmet ska registreras men övriga kvalitetsdata ska ej registreras.
- Sepsislarm aktiverat, men vid utskrivning bedöms patienten inte ha haft sepsis.
 - Kvalitetsdata för aktiviteter på akutmottagningen ska registreras.
- Sepsislarm aktiverat, patienten bedöms ha haft sepsis och har avlidit under vårdtiden.
 - Kvalitetsdata exklusive uppföljning ska registreras.
- Sepsislarm aktiverat, patienten bedöms ha haft sepsis, har skrivits ut.
 - Kvalitetsdata inklusive uppföljning ska registreras.

Åtgärder för patienter som ingår i PSV sepsis

- Sepsislarm
- Korrekt sepsiskod enligt Socialstyrelsens anvisningar (Sepsis-3) samt information till patienten i samband med utskrivning från sjukhus.

PSV sepsis omfattar inte prehospital vård och inte heller sjukhusvården efter det initiala omhändertagandet på akutmottagningen.

Sepsisinsjuknande under pågående sjukhusvård omfattas inte av PSV sepsis men ett separat nationellt vårdförlopp kommer att tas fram för denna patientgrupp.

Sepsislarm

Samtliga akutsjukhus ska ha infört sepsislarm på akutmottagningen. Varje akutmottagning ansvarar för att utarbeta lokala rutiner för sepsislarmets organisation och medicinska åtgärder på detaljnivå. Utförliga evidensbaserade nationella rekommendationer för den medicinska handläggningen återfinns i Svenska Infektionsläkarföreningens vårdprogram för sepsis och septisk chock [2].

Sepsislarm ska omfatta patienter med inklusionskriterier enligt PSV sepsis. Enskilda sjukhus kan välja att även låta sepsislarm omfatta patientgrupper med andra kriterier (till exempel misstanke om bakteriell meningit oavsett triagenivå). Registrering och redovisning av vårdförloppets kvalitetsindikatorer ska dock enbart omfatta patienter som uppfyller inklusionskriterier för PSV sepsis.

Korrekt kodning av sepsis i samband med utskrivning från sjukhus

Vårdenheter som ansvarar för slutlig utskrivning av patienter med sepsis ska utveckla rutiner för korrekt diagnossättning och kodning av sepsis och septisk chock [3]. Det ingår i det lokala sepsisteamets arbetsuppgifter att verka för god följsamhet till korrekt sepsiskodning på det egna sjukhuset.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsdata kommer så långt som möjligt att hämtas från befintliga datakällor enligt automatiserad rutin. Vissa uppgifter måste dock registreras och kvalitetssäkras manuellt. För ändamålet finns en regional aktivitetsmall i Melior.

Resultatmått

- Andel patienter som lever 30 respektive 90 dagar efter ankomst till sjukhus.
- Antal dagar vid liv utanför sjukhus från ankomstdag till dag 90.

Processmått

- Andel patienter med blododling tagen före påbörjad antibiotikabehandling.
- Andel patienter med laktat taget inom 1 timme från ankomst till sjukhus.

- Andel patienter med antibiotikabehandling påbörjad inom 1 timme från ankomst till sjukhus
- Andel patienter där infektionsläkare var involverad på akutmottagningen.
- Andel levande utskrivna patienter med telefonuppföljning genomförd.
- Andel patienter med ICD-10-kod R65.1 eller R57.2 som tilläggskod.
- Andel patienter med någon behandlingsbegränsning satt inom 36 timmar från sjukhusankomst.
- Andel patienter inlagda på intensivvårdsavdelning inom 36 timmar från sjukhusankomst.
- Andel patienter med vasopressor-behandling påbörjad inom 36 timmar från sjukhusankomst.

Nationellt fastställda kvalitetsindikatorer får inte ändras regionalt eller lokalt. Sjukhus och regioner kan dock välja att lägga till ytterligare resultat- eller processmått.

Plan för införande och drift

Regionalt processteam (RPT) sepsis ansvarar för att i samråd med berörda förvaltningar leda införandet och upprätthållandet av PSV sepsis på regionens akutsjukhus.

RPT sepsis ansvarar för att utveckla och upprätthålla regionalt system för lagring, bearbetning och återföring av vårdförloppets kvalitetsindikatorer.

RPT sepsis ansvarar för gemensamt utbildningsmaterial om sepsislarm och kodning.

Inom respektive förvaltning finns en lokal organisation för införande och drift av PSV sepsis. Varje akutsjukhus bör ha ett lokalt processteam som i samverkan med RPT sepsis ansvarar för vårdförloppets införande och drift på det egna sjukhuset.

Tabell 1. Åtgärder vid sepsislarm enligt PSV sepsis

- Diagnos, behandling, vårdnivå, monitorering
 - Provtagning med laktat, blododling, riktade odlingar
 - Ställningstagande till antibiotika enligt svenska infektionsläkarföreningens rekommendationer [2]
 - Ställningstagande till intravenös vätska och syrgas
 - Bedömning av behov av akut bildiagnostik
 - Bedömning av behov av terapeutisk intervention mot infektionsfokus
 - Beslut om fortsatt vårdnivå
 - Övervägande av eventuellt beslut om behandlingsbegränsningar
 - Plan för monitorering och behandlingsmål
- Samråd med infektionsläkare
- Vid behov samråd med intensivvård eller intermediärvård

Referenser

1. [Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp sepsis](#)
2. [Svenska Infektionsläkarföreningens vårdprogram för sepsis och septisk chock](#)
3. [Kodningsanvisning vid sepsis och septisk chock](#) – Anvisningar för diagnos och åtgärdskodning med ICD-10-SE och KVÅ,
Artikelnummer: 2024-1-8487

Innehållsansvarig

Samordningsråd Infektion.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Johan Alfredsson Lindström, (johli50),
Överläkare

Granskad av: Magnus Brink, (magbr), Överläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-917

Version: 1.0

Giltig från: 2026-02-02

Giltig till: 2028-02-02