

Årsrapportering

2025

LAG Sepsis

LPO/LAG sammansättning

Beskriv gruppens sammansättning av ledamöter

Namn	Yrke/funktion	Verksamhetsområde
Anna Lange	Överläkare	VO infektion
Sara Cajander	-"-	-"-
Anna Wadman	Specialistläkare	-"-
Niklas Steger	ST-läkare	-"-
Eva-Marie Olsson	MVA	-"-
Wiebke Falk	Överläkare	ANIVA
Jan Stepniewski	Specialistläkare, MLA	Ambulansen
Daniel Gustafsson	Sjuksköterska	AKM USÖ
Sofie Ragén	ST-läkare	Kliniken för Med/Ger Kga
Liselott Ståhlberg	Sjuksköterska	AKM Kga
Stefan Branth	Överläkare, MLA	AKM Lindesberg
Louise Andersson	Verksamhetsutvecklare	Utvecklingsenheten HS

Syfte

Att skapa en jämlik fungerande vårdkedja kring patienter som inkommer som sepsislarm på Regionens tre sjukhus.

Att öka kunskapen om sepsis hos personal som möter/vårdar patienter med sepsis för att säkerställa tidig identifiering och adekvat tidig handläggning på VC-mottagningar, akutmottagningar och vårdavdelningar.

Att kontinuerligt utvärdera hur sepsisvården fungerar i Region Örebro län.

Mål

Under 2025 var det huvudsakliga målet att genomföra LÖF-granskningen Säker Sepsisvård samt att genomföra utbildningsinsatser.

Utvärdering - mått

Målet är att mäta Vårdförlopp sepsis indikatorer (se nedanstående tabell). I nuläget är detta inte möjligt men begäran om datauttag är skickad till produktionsenheten.

Vi utförde en mindre mätning av indikatorn "Andel patienter där infektionsläkare är involverad på akutmottagningen" genom att titta på patienter som IVA-vårdats under första kvartalet 2025. Vi kunde där se att följsamheten var god på USÖ om patienten inkom som sepsislarm, men om det inte initialt fanns en sepsismisstanke, eller om patienten sjuknat på vårdavdelning så hade infektionsläkare sällan kontaktats. Detsamma gällde på akutmottagningarna på Karlskoga och Lindesbergs lasarett, även i samband med sepsislarm.



Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter med allvarlig sepsis som lever 30 dagar respektive 90 dagar efter ankomst till sjukhus	Överlevnad av patienter med sepsis med RETTS röd som identifierats med sepsislarm var 85% vid 28 dagar och 77% vid 90 dagar i en aktuell svensk studie [20])	Årlig	Nationell datakälla saknas
Antal dagar vid liv utanför sjukhus (rehab/geriatrik inräknat) från ankomst (dag 0) till dag 90	Oklart*	Årlig	Nationell datakälla saknas

Tabell 3. Processmått

Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Andel patienter med blododling tagen före påbörjad antibiotikabehandling	100 procent [6]	Årlig	Nationell datakälla saknas
Andel patienter med laktat taget inom 1 timme från ankomst	100 procent [6]	Årlig	Nationell datakälla saknas
Andel patienter med antibiotikabehandling påbörjad inom 1 timme från ankomst	Oklart*	Årlig	Nationell datakälla saknas
Andel patienter där infektionsläkare var involverad på akutmottagningen	Oklart*	Årlig	Nationell datakälla saknas
Andel utskrivna vårdförloppspatienter med uppföljning genomförd	Oklart*	Samtal eller telefonkontakt	Nationell datakälla saknas
Andel patienter med ICD-10-kod R65.1 eller R57.2 satt som tilläggskod	100 procent av patienter med sepsis (av patienter med sepsis och RETTS röd fick 10 procent ICD-10 kod för sepsis i en svensk studie [20])	Årlig	Nationell datakälla saknas
Andel patienter med någon behandlingsbegränsning satt inom 36 timmar från ankomst	Deskriptivt mått	Årlig	Nationell datakälla saknas
Inläggning på intensivvårdsavdelning inom 36 timmar från sjukhusankomst	Deskriptivt mått	Årlig	Nationell datakälla saknas
Vasopressor-behandling påbörjad inom 36 timmar från sjukhusankomst	Deskriptivt mått	Årlig	Nationell datakälla saknas

* Planen är att nivån ska sättas efter 1 års observation

Beskriv hur ni ska mäta. Vilka mått vill ni följa (exempel indikatorer, antal nätverksträffar, genomförda utbildningar, hur har ni nått ut med information, o.s.v.). Beskriv hur ni planerar att arbeta med resultaten från det ni mäter och följer.

Lägesrapport

September-December genomfördes granskning Säker Sepsisvård på Regionens tre akutsjukhus. Denna utmynnade i separata återrapporter åtgärdsöverenskommelser för USÖ, Karlskoga lasarett och Lindesbergslasarett.

Det framkom bland annat att det finns flera lokala rutiner kring hantering av NEWS-kontroller och misstänkt sepsis. En åtgärds punkt som betonades var att det behövs ett övergripande system för sepsis-utbildning av all vårdpersonal, där man föreslår scenarioträning som modell.

Vi kommer vi att arbeta med de överenskomna åtgärds punkterna fram till avstämning med granskningsteamet i september 2026, se bifogade bilagor.

I samband med World Sepsis Day i september hölls föreläsning på Fredagsforum om Sepsis på akuten och IVA. Förutom detta har följande utbildningsinsatser genomförts på önskemål från mottagande verksamheter: Bakjournskurs för ÖNH-läkare, ANIVA-klinikens utbildningsdagar samt på ortopedkliniken.

Kommentarer

Det som har fungerat mindre bra är vissa rutiner vid sepsisalarm, särskilt bristande följsamhet till kontakt med infektionsbakjour enligt ovanstående beskrivning. Vi hoppas att införande av Cosmics aktivitetspaket för sepsis i samband med sepsisalarm kan förbättra detta och även möjliggöra mätning av process- och kvalitetsindikatorer.




Årsrapport – LPO/LAG

LPO/LAG:

Ansvarig för handlingsplanen:

Datum:

 Påbörjad  Klar  Försenad

Nr	Huvudåtgärder	Status	Lägesrapport
1.	Granskning säker sepsisvård		Uppföljning i September
2.	Utbildningsinsatser		Detta är ett arbete som måste fortgå kontinuerligt och där vi måste hitta en form för årshjul med utbildning
3.	Mätning av Vårdförlopp sepsis indikatorer		Rapport beställd
4.			
5.			