

		Generelle prosedyrer		Kliniske fagprosedyrer
SEPSIS - Prosedyre for mistenkt sepsis i akuttmottak i SSHF				Side 1 av 2
Dokument ID: 1.2.11-27		Godkjent dato: 15.06.2022	Gyldig til: 15.06.2024	Revisjon: 3.00

Generelle prosedyrer/Andre tverrgående prosedyrer/retningslinjer

Omfang

Prosedyren gjelder for alle sykepleiere og leger som behandler pasienter med sepsis. Denne prosedyren gjelder for alle pasienter >18 år, mens de er i akuttmottaket. Se egne prosedyrer for sepsis etter overflytting til post/intensiv.

Hensikt

Hensikten med prosedyren er å sikre at alle pasienter med mistanke om sepsis oppdages tidlig og får antibiotika innen 60 min.

Ansvar

Seksjonsleder og fagutviklingssykepleier har ansvar for at prosedyren til enhver tid er kjent for personalet. Sykepleiere og leger har ansvar for å følge prosedyren.

Bakgrunn

Sepsis defineres som tegn på infeksjon + livstruende organdysfunksjon.

qSOFA er egnet til å screene pasienter for sepsis prehospitalt og i akuttmottak, men 0 poeng på qSOFA utelukker **ikke** sepsis. Pasienter med mistenkt sepsis skal behandles etter sepsisprosedyre, da sepsis har **høy dødelighet** ved forsinket behandling.

1. Initial vurdering

- Pasienter med mistenkt infeksjon/sepsis triageres etter RETTS innen 10 min etter ankomst og det beregnes qSOFA-score: RF ≥ 22 , sBT ≤ 100 , nyoppstått endret bevissthet.
- Ved qSOFA ≥ 2 (eller NEWS2 ≥ 5) og mistenkt infeksjon triageres pasienten rød og lege varsles umiddelbart.
- Ved feber $>38,5$ /frostrier de første 14 dagene postoperativt, triageres pasienten rød uavhengig av qSOFA
- Pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn og monitorering av erfarent helsepersonell.
- Vær oppmerksom på immunsupprimerte pasienter da vanlige infeksjonstegn kan mangle.
- Ingen risikoscore kan/bør erstatte klinisk skjønn!

2. Oksygen

- **Mål for SpO2 ved sepsis er 94-98 % for lungefriske.**
- Ved kjent respirasjonssvikt type 2/KOLS er målet **88-92 %**.
- Titrer mengde oksygen opp til målet er nådd.
- Sikring av luftvei og intubasjon vurderes av anestesilege ved GCS < 8 eller alvorlig hypoksi.

3. Prøvetaking

- Laktat tas straks ved mistenkt sepsis. Ta arteriell (eventuelt venøs) blodgass.
- Blodkultur (minst 2 sett) tas så raskt som mulig etter at mistanken om sepsis er reist.
- Bestill medisinsk innkomst/sepsisprofil.
- Vurder annen adekvat prøvetaking: Urin stix + dyrkning, evt pneumokokk/legionella antigen. Ekspektorat, sårsekret, dyrkning/PCR fra hals/nasopharynx, spinalvæske, fæces.
- Prøvetaking skal ikke forsinke oppstart av antibiotika mer enn 20 min.

Utarbeidet av: Line Pedersen/Benedicte Severinsen	Fagansvarlig: Overlege Ulf Köpp	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	
---	---	--	--

 SØRLANDET SYKEHUS		SEPSIS - Prosedyre for mistenkt sepsis i akuttmottak i SSHF			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.2.11-27	Utarbeidet av: Line Pedersen/Benedicte Severinsen	Fagansvarlig: Overlege Ulf Köpp	Godkjent dato: 15.06.2022	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 3.00

Generelle prosedyrer/Andre tverrgående prosedyrer/retningslinjer

4. Pasientnær behandling

- Vurder bytte av urinkateter
 - Dialog med lege ang. fokus på mistenkt sepsis
- Vurder antall tilgjengelige PVK
 - Hemodynamisk ustabil pasienter tilstrebt minst 2 PVK

5. Intravenøs væskebehandling

- Mål for MAP er > 65 mmHG.
- Ved sBT <90 mmHg gis væskestøt med Ringer/Plasmalyte 500 ml over 10-15 min.
- Ved fortsatt sBT <90 mmHg (> 70 år ved <100 mmHg) gis ny væskebolus 500 ml inntil totalt 1500 ml og/eller albumin 20% 100 ml x 1-2 i.v.
- Persisterende sBT <90-100 mmHg tross denne væskebehandling skal vurderes for tidlig oppstart av noradrenalin og overvåking på intensiv. Kirurgisk intra-abdominale katastrofer og dehydrerte pas kan ha behov for mer væske før start av noradrenalin.
- Diastolisk BT <50-55 mmHg indikerer vasoplegi, lavt MAP og alvorlig sepsis tross sBT >90-100.

6. Antibiotika – skal gis *innen 1 time* etter ankomst

- Antibiotika gis empirisk på bakgrunn av sannsynlig fokus. Ved kjent fokus/mikrobe, bruk [den nasjonale antibiotikaveilederen](#).
- Ukjent fokus: **Penicillin 3 g (5mLE) x 4 + Gentamicin 5-7 mg/kg iv** er standardregime.
- Startdose gis uavhengig av nyre/leverfunksjon. Bruk doseringskalkulator «Gentacalc» i EkWeb.
- Vurder faren for resistente bakterier og behov for bredere antimikrobiell dekning (utenlandsreise, nylig innleggelse i institusjon, tidligere AB-behandling) og kontraindikasjoner mot standardregimet (allergi, nyresvikt, nyretoksiske medikamenter, hørselshemmede)
- Pas med sepsis har ofte økt distribusjonsvolum og forhøyet GFR pga hyperdynamisk sirkulasjon, kapillærlekkasje og hemodilusjon. Spesielt for antibiotika med lavt proteinbinding (β -laktamer og aninoglykosider) er det stor fare for subterapeutiske plasmakonsentrasjoner.

7. Monitorering/plassering og videre undersøkelser

- Ta EKG. Ta rtg thorax i akuttmottaket ved respirasjonsbesvær. Andre radiologiske undersøkelser ved behov. Konferer andre spesialiteter ved behov mtp drenasje og sanering av infeksjonsfokus (nefrostomikateter, abcesser, septisk artritt osv.) Ordiner observasjon og monitorering (NEWS2) på sengepost. Vurder om pasienten trenger et høyere overvåkningsnivå (intermediær/intensiv).

Se forøvrig fullstendig sepsisprosedyre for SSA og SSK under kryssreferanser.

Kryssreferanser

[II.SOA.AIO.SSA.2.a-16](#)

[Sepsis - Diagnostikk, monitorering og behandling, SSA](#)

Eksterne referanser

Norsk legemiddelhåndbok (<http://legemiddelhandboka.no/terapi/1780>)

Surviving sepsis campaign (<http://www.survivingsepsis.org/guidelines/Pages/default.aspx>)

Vårdprogram för sepsis i Sverige:

[http://www.infektion.net/sites/default/files/Svår sepsis och septisk chock dec 2013 new.pdf](http://www.infektion.net/sites/default/files/Svår%20sepsis%20och%20septisk%20chock%20dec%202013%20new.pdf)