

Rapport från Pneumoniregistret för år 2010

Det nationella kvalitetsregistret för patienter som vårdas för pneumoni på infektionsklinik skapades av Infektionsläkarföreningen för att öka kunskapen om vilka patienter vi vårdar och hur vi tar hand om dessa.

Pneumoniregistret är sett till antalet inkluderade patienter det största av de kvalitetsregister som initierats av Infektionsläkarföreningen, och har de senaste två åren omfattat ca 4500 patienter per år. Under 2010 registrerades totalt 4353 patienter som hade utskrivningsdatum mellan 2010-01-01 och 2010-12-31.

Åtterrapporing till klinikerna sker genom lokala registeransvariga som beskriver utfallet för den egna kliniken gentemot resten av landet för sina kollegor. Vidare får samtliga klinikchefer kvartalsrapporter från samtliga register.

Inför 2010 beslutade vi om ett antal kvalitetsmål. Dessa är:

- 1) 100% av patienterna skall vara luftvägsodlade med någon teknik.
- 2) 75% av patienterna med CRB-65 0-2 poäng skall ha penicillin G/V som primär behandling.
- 3) CRB-65 summan skall vara uträknad och kommenterad vid inskrivningen hos 100%.

Som framgår nedan, har vi en bit kvar till dess att kvalitetsmålen är uppfyllda. För alla tre stipulerade mål finns klar förbättringspotential och vad gäller mål nummer tre så har förra årets mycket dåliga siffra inte blivit bättre i år. Vi är medvetna om att vissa kliniker föredrar andra typer av score-system än CRB-65 för allvarlighetsbedömning av pneumoni och det finns också sedan förra året alternativet "annat score-system" att kryssa för i formuläret.

I nuläget har vi valt att inte ändra på detta kvalitetsmål, och hoppas att bättre kunskap om hur vi kan använda CRB-65 på sikt kommer att leda till bättre resultat. Liksom tidigare år korrelerar mortalitetsdata i vårt register mycket väl med internationella siffror avseende CRB-65 och mortalitet.

Inför 2011 har vi planerat att lägga till ett antal frågor i kvalitetsregistret. Vi har velat utvidga delen som rör den mikrobiologiska diagnostiken, då den mikrobiologiska arsenalen för provtagning av pneumonipatienter har förändrats de sista åren. Vidare har vi lagt till ett antal frågor kring bl.a. bakomliggande sjukdomar hos pneumonipatienter, detta för att underlätta för forskning på registret.

Demografiska data

Medianåldern var 69 år, vilket är exakt samma siffra som föregående år.

Männen var även i år som vanligt i pneumonisammanhang något fler till antalet, 53%.

Vårdtid

Median-vårdtiden var 4 dygn, vilket är något lägre än tidigare år. Detta avspeglas framför allt i att de längre vårdtiderna (10 dygn eller mer) sjönk till 16% från 21% året innan.

Antal levande/avlidna patienter under vårdtiden

Den direkta mortaliteten, dvs dödligheten under aktuell vårdtid, var 4,4 % vilket är något lägre jämfört med tidigare sammanställningar i Sverige, och internationellt. Det saknades mortalitetsuppgifter hos ca 7% av de registrerade patienterna.

Antal patienter övertagna från annan klinik

Andelen patienter som övertogs från annan klinik fortsatte att sjunka till 13%. Motsvarande siffra förra året var 18%, och året dessförinnan 22%. Att infektionsläkare handlägger patienterna primärt är med stor sannolikhet gynnsamt ur kvalitetssynpunkt. Huruvida denna siffra tyder på att fler patienter handläggs primärt av oss eller om vi inte tar över pneumonipatienter från andra kliniker i samma omfattning som tidigare är oklart.

Andningsfrekvens och saturation

Registrering av andningsfrekvensen utfördes hos 86% av patienterna. Liksom föregående år har alltså en förvånande hög andel patienter ej en registrerad andningsfrekvens (räknat som notat "ej registrerade" eller ej ifyllda). Denna siffra tyder på bristande kvaliteter i det akuta omhändertagandet av pneumonipatienter, och att lyfta denna siffra till nästa år bör bli en prioriterad fråga.

Andelen patienter som hade en noterad andningsfrekvens som översteg 30/minut vilket definieras som uttalad tachypné uppgår i år till 20%, och är väsentligen oförändrat jämfört med de senaste åren.

Syrgasmättnaden var uppmätt och registrerad hos 93%, vilket är en ökning med ett par procent jämfört med de senaste åren, och således glädjande.

CRB-65

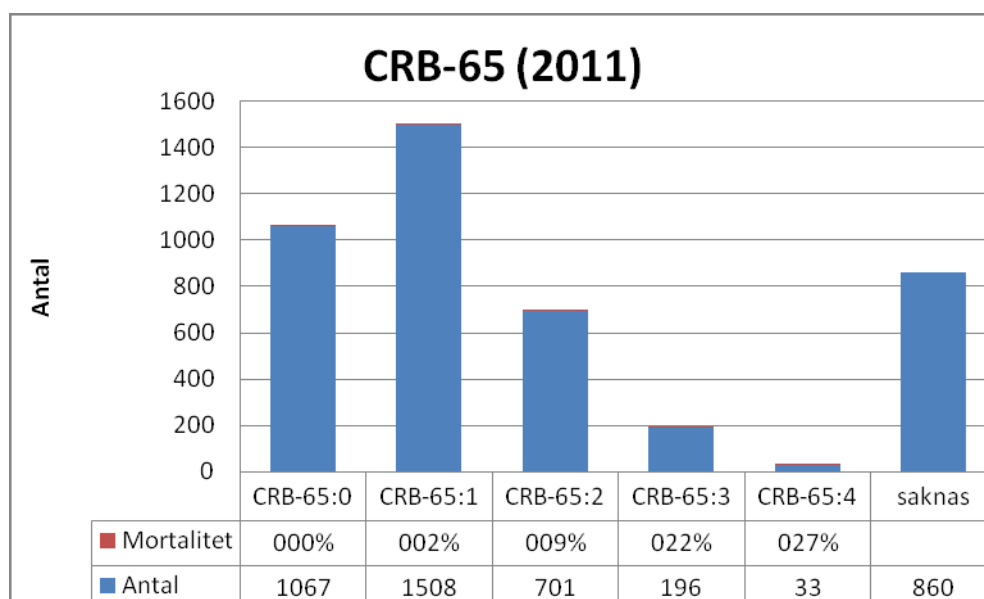
21% av patienterna hade definitionsmässigt en allvarlig pneumoni enligt CRB-65 (mer eller lika med 2 poäng). Denna siffra är ungefär densamma som tidigare år. Förutom uppenbara konsekvenser med val av vårdnivå och monitorering av patienterna med allvarlig pneumoni, är också tanken med denna klassificering att vägleda den diagnostiska intensiteten, och påverka val av primär antibiotikabehandling.

I hela 19% av fallen var dock en CRB-65 poäng ej möjlig att räkna ut, då värden på en eller flera variabler saknades.

Liksom tidigare visar registrets mortalitetsdata i relation till CRB-65 poäng en kongruens med tidigare år och internationella data.

I drygt 80% av registreringarna var det möjligt att räkna ut en summa för CRB-65. Endast i 4% av fallen var denna summa dock kommenterad i inskrivningsjournalen (5% 2009). Det är mycket möjligt att många använder resultatet av CRB-65 i den kliniska bedömningen av patienter, men det är naturligtvis omöjligt att veta detta då siffran kommenteras i så pass låg utsträckning.

Att CRB-65 skall vara uträknat och kommenterat vid det primära omhändertagandet av alla pneumonipatienter som läggs in på infektionsklinik är ett kvarstående kvalitetsmål.



Antibiotikabehandling

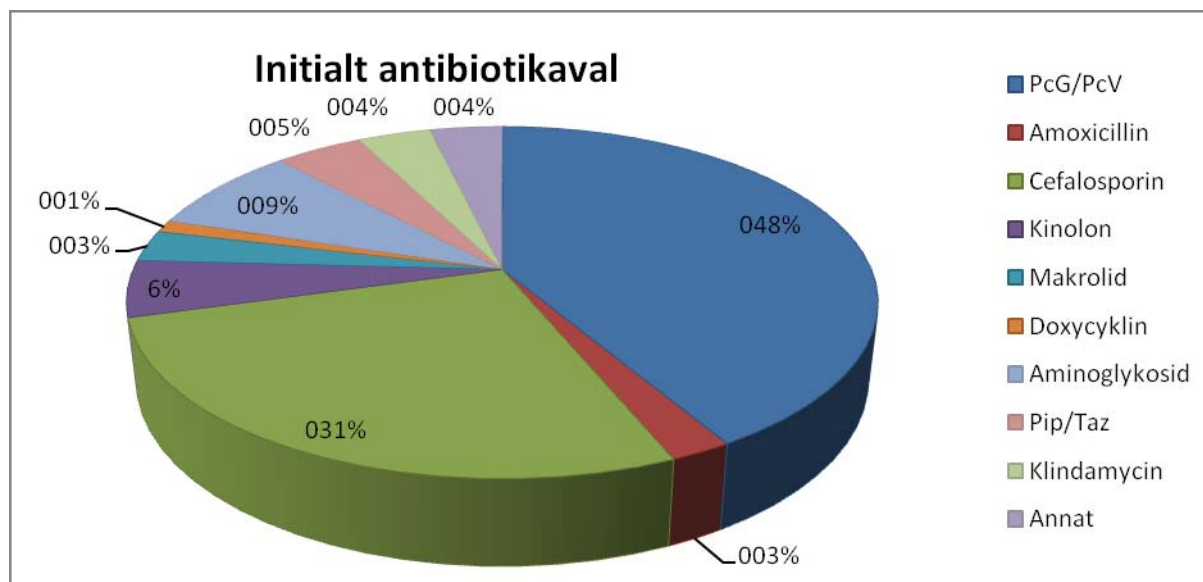
Den minskning av andelen patienter som fick cefalosporin som initial behandling som vi noterat de senaste åren, avstannade under 2010, då knappt 31% av patienterna erhöll cefalosporin vid inläggningen. Motsvarande siffra från föregående år var 26%. Glädjande är dock att andelen patienter som fick PcG/PcV eller amoxicillin som primär behandling ökade till strax över 50%. Samtidigt är det något förvånande att det initiala antibiotikavalet inte verkar påverkas i så hög utsträckning av vilken CRB-65 poäng som patienten har. I gruppen av patienter med CRB-65 0-2 poäng erhöll endast 52% PcG/PcV eller amoxicillin som primär behandling.

Liksom vid tidigare år förelåg mycket stora regionala (och lokala!) skillnader i valet av primär antibiotikabehandling.

I 17% av de patienter som erhöll annan initial behandling än PcV/PcG, byttes behandlingen till PcV/PcG dag 3.

Över 60% av alla patienterna som erhöll någon avslutande antibiotikabehandling, fick PcV/amoxicillin som avslutande behandling.

Vi kan också för 2010 notera att behandlingstiden med antibiotika för de flesta pneumonipatienter överskred de föreslagna 7 dagarna, 89% av patienterna behandlades med antibiotika i mer än 7 dagar.

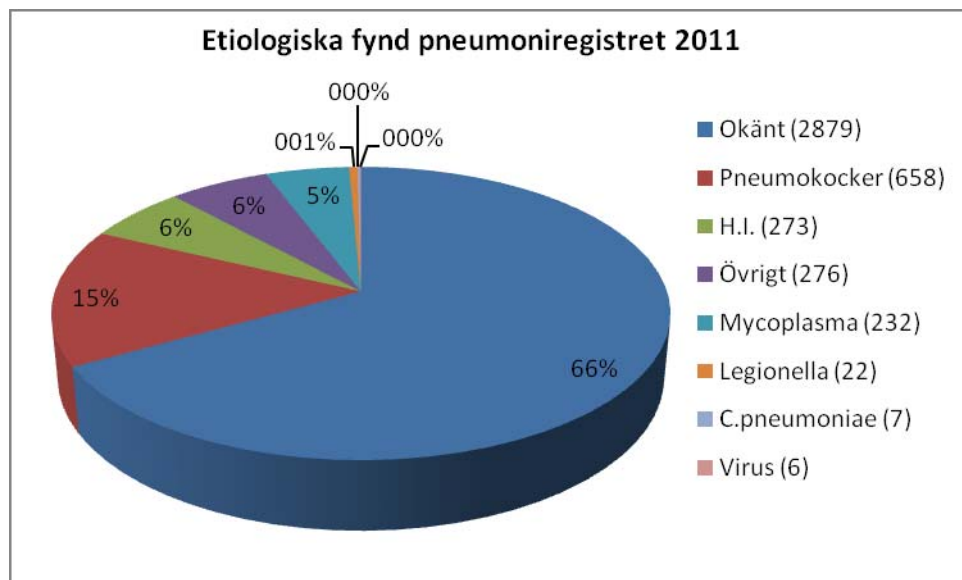


Mikrobiologiska tester

Blododlingar tas på 93% av alla pneumonipatienter som läggs in, vilket får anses som en acceptabel siffra. Endast 2/3 av alla pneumonipatienter provtas med någon typ av luftvägsodling, vilket är en förvånande låg siffra, även med hänsyn taget till att det finns regionala skillnader i hur man ser på luftvägsodlingar. Av de patienter som ej är provtagna med vanliga luftvägsodlingar, tillkommer dock ytterligare 126 patienter där man enbart tagit PCR-diagnostik för någon luftvägsagens. Glädjande är att pneumokockantigen verkar ha fått mer genomslag, 36% av alla patienter var provtagna för pneumokockantigen i urin.

Angiven agens

Mikrobiologiskt agens som orsak till pneumonin hittades i 34% av fallen. Som väntat utgjorde pneumokocker ca hälften av all verifierad etiologi. Något oväntat är att virus endast ansågs vara den etiologiska förklaringen i 0,1% av alla pneumonier, och sannolikt har influensapatienter av oklar anledning ej blivit inkluderade i registret.



Intensivvård

Totalt 6,7% av alla pneumonipatienter vårdades inom intensivvården. Noterbart är att 1/3 av dessa patienter var registrerade som CRB-65 0 eller 1. Lite drygt 42% av alla patienter som vårdades inom intensivvården erhöll respiratorbehandling

De senaste årens insamling av uppgifter i pneumoniregistret har inneburit att vi nu börjar få tillräcklig mängd data för att kunna dra slutsatser av hur vi gör och bör handlägga våra patienter med pneumoni. Registret har successivt utökats med ett antal frågor i takt med att nya diagnostiska metoder och behandlingar blivit aktuella.

Ett antal konklusioner och frågeställningar från registret har implementerats i det reviderade vårdprogrammet för samhällsförvärvad pneumoni som kommer under 2011.

110227

Pneumoniregisteransvarig

Carl Spindler

Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna