

## **Rapport från Pneumoniregistret för år 2008**

### *Inledning*

Det nationella kvalitetsregistret för pneumonier vårdade på infektionsklinik skapades av infektionsläkarföreningen för att öka kunskapen om vilka patienter som vårdas samt vilken diagnostik och behandling som genomförs på en till antalet mycket stor patientgrupp.

Registret måste därför vara relativt kort för att få acceptans och det målet har vi uppnått anser vi med tanke på det stora antal patienter som registrerades under 2008.

Vi (Pneumonigruppen för Infektionsläkarföreningen) redovisade en sammanställning av patienterna registrerade från oktober 2007 tom september 2008 vid Läkarsammanställningen i Göteborg november 2008 ("Fria föredrag") och vi har på så sätt till våra kollegor återfört hur vi tycks handlägga denna diagnosgrupp på infektionskliniker i Sverige. Var klinik kan också enkelt se hur de gör jämfört med alla andra kliniker tillsammans vilket också utnyttjas på många kliniker.

Totalt har 4501 patienter med pneumoni registrerats under 2008. Inrapporteringen har succesivt ökat från klinikerna men vi vet för närvarande inte hur stort bortfallet varit under 2008. 2009 kommer fokus ligga på att få med så många patienter som möjligt.

### *Ålderssammansättning*

Median åldern var 72 vilket stämmer med tidigare sammanställningar. Många som vårdas är således multisyjuka äldre med omfattande medicineringsbehov.

### *Antal inmatningar fördelade enligt kön*

Männen är som brukligt i pneumonisammanhang något fler till antalet, 52%, en skillnad som kanske håller på att jämnas ut pga ändrade rökvanor.

### *Vårdtid*

Vårdtiden är relativt ofta lång, 21% vårdas 10 dagar eller mer, medan mediantiden endast är 5 dagar och således vårdas många bara 2-3 dygn.

### *Antal levande/avlidna patienter under vårdtiden*

Den direkta mortaliteten dvs dödligheten under aktuell vårdtid är 5% vilket är något lägre än förväntat (drygt 6% är noterat från tidigare sammanställningar i Sverige) men det saknas mortalitetsuppgifter i några registreringar. Pneumoni är således en ofta botbar sjukdom som

även mycket gamla patienter överlever. Ibland avlider dock även unga personer trots mycket intensivvård.

#### *Antal patienter övertagna från annan klinik*

22% av patienterna är övertagna från andra kliniker vilket påverkar det initiala omhändertagandet och därmed de parametrar som kan hänföras till kvalitet, se nedan.

#### *Antal inmatningar R: respiration $\geq 30$ min*

20% hade en noterad andningsfrekvens som översteg 30/minut vilket definieras som en rejäl andfåddhet vanligtvis beroende på att lungorna har svårt att ta upp syre. Registrering saknades tyvärr hos 16%. Här finns ett förbättringsutrymme som vi tror kommer att uppnås per automatik då det blir så tydligt att dessa uppgifter saknas i journalen i samband med inmatningen i registret.

#### *Antal patienter med uppmätt syrgasmättnad*

Syrgasmättnaden var uppmätt och registrerad hos 91% vilket får anses vara en glädjande hög siffra som kan bli ännu högre.

#### *CRB-poäng för hela Sverige*

Den allvarlighetsmarkör, (= prognostiskt index) CRB-65 (Nyttillkommen Confusion, Respiration rate  $>30$ /min, Blood pressure  $<90$  mmHg och ålder  $\geq 65$ ) som vi vill föra fram och fokusera på, visar att 25% av patienterna hade  $\geq 2$  poäng vilket brukar definieras som en potentiellt allvarlig pneumoni. Detta skall påverka den diagnostiska intensiteten (dvs fler analyser för att finna den bakomliggande bakterien eller viruspartikeln bör göras) men också ge en förväntat högre mortaliteten. I den sammanställning vi gjorde för okt-2007 tom sept 2008 och som redovisades vid Läkarstämman i Göteborg nov 2008 ("Fritt föredrag") förelåg en mycket hög korrelation mellan antalet poäng i CRB-65 och intensivvård samt CRB-65 och död vilket således ger ett starkt stöd för att detta nu internationellt använda prognostiska index stämmer med svenska förhållanden. 6% av patienterna hade 3-4 poäng och hos dessa var mortaliteten över 20%.

Hela 26% hade 0 poäng i CRB-65 vilket får tolkas så att många patienter har en lindrig pneumoni men är så gamla och sjuka för övrigt, att de inkommer akut och måste vårdas på sjukhus en tid vilket gärna blir en infektionsklinik om en sådan finns tillgänglig.

### *Initialt antibiotikaval*

Alla patienter som inkommer med pneumoni bör få antibiotika. Däremot bör vi minska användningen av bredspektrumantibiotika såsom cefalosporiner då dessa ofta är onödigt breda i sin påverkan på tex tarmfloran med ökad risk för diarrébesvär och resistensutveckling. Det är därför glädjande att fler patienter (47%) får penicillin G eller V än tex cefalosporiner (33%). Andelen penicillinbehandlade bör vara ännu större.

### *Angivet agens*

Man erhåller inte en så kallad etiologisk diagnos dvs hittar inte angivet agens om man inte tar odlingar och /eller utnyttjar andra analysmetoder. Vi vet från stora studier att pneumokocker är orsak i minst 50% men i vårt register hittas denna bakterie bara hos 19% och okänd etiologi gäller för så många som 64%.

Huvudskälet är att respektive bakteriologiskt laboratorium behöver göra analyser på bästa tänkbara sätt för att man skall kunna lita på resultaten samt att dessa analyser kostar pengar. Några kliniker tar överhuvudtaget inte odlingar på luftvägssekret, detta varierar från 10-90% (data som inte återfinns i figurer). Kostnaden för dylika analyser är dock marginella jämfört med kostnaden för omvårdnaden. För att våga ge smalare antibiotika såsom penicillin G och V (som är mycket billiga antibiotika) behöver vi ta luftvägsodlingar och blododlingar, och ibland göra antigen analyser på urin samt använda oss av genteknologi på luftvägssekret för att påvisa bakterier eller virus som av olika skäl, tex redan insatt antibiotikabehandling, inte kan framodlas. Dessa analyser är delvis dyra men bör alla användas på svårt sjuka och komplicerade patienter.

Vi har därför per 1 januari 2009 utökat registret med några frågor kring vilka diagnostiska analysmetoder som används samt frågor kring avslutande antibiotika samt behandlingstidens längd. Detta för att få reda på hur vi faktiskt gör nationellt men också för att försöka påverka klinikerna att tänka efter hur man hanterar antibiotika, en med tanke på befarad resistensutveckling mycket angelägen fråga.

090215

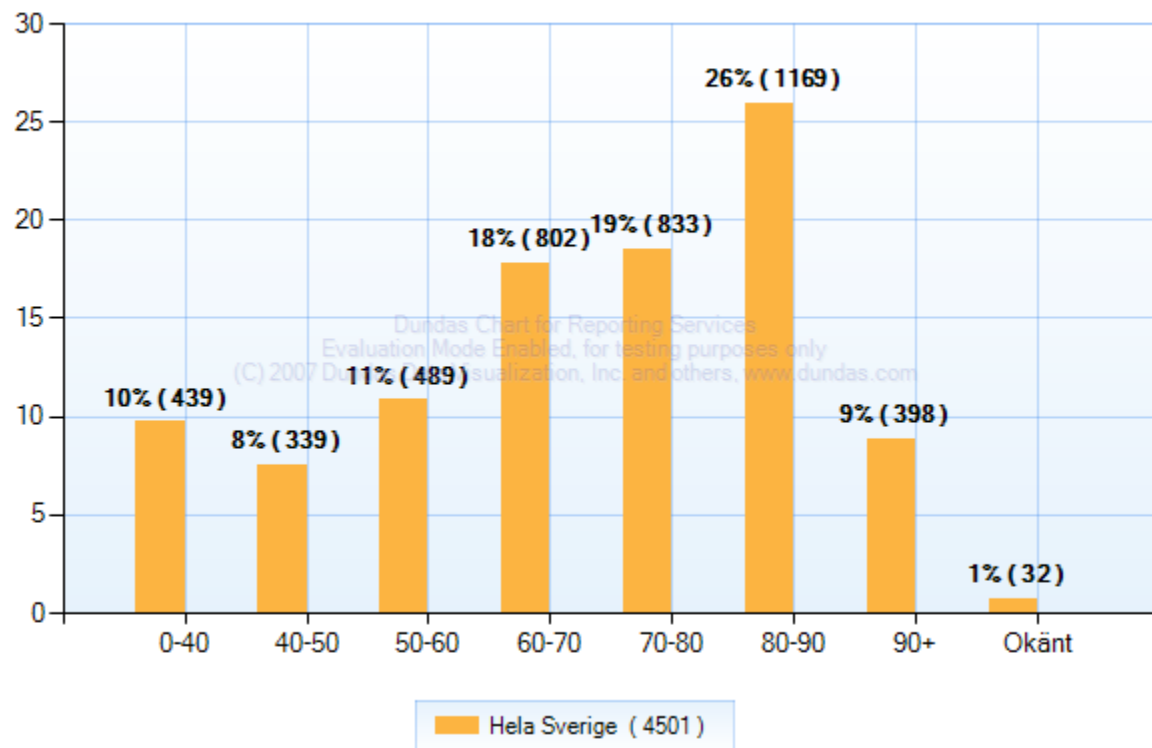
Pneumoniregisteransvarig

Hans Holmberg

Docent, överläkare

Infektionskliniken Örebro

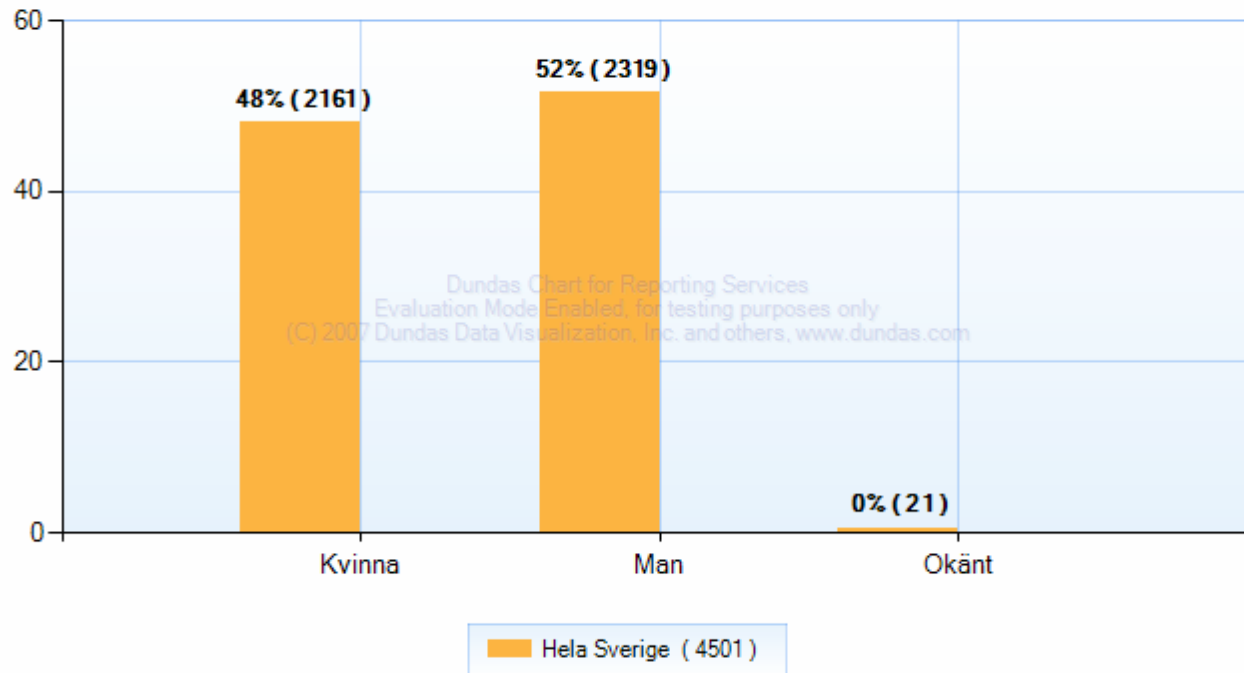
## Ålderssammansättning



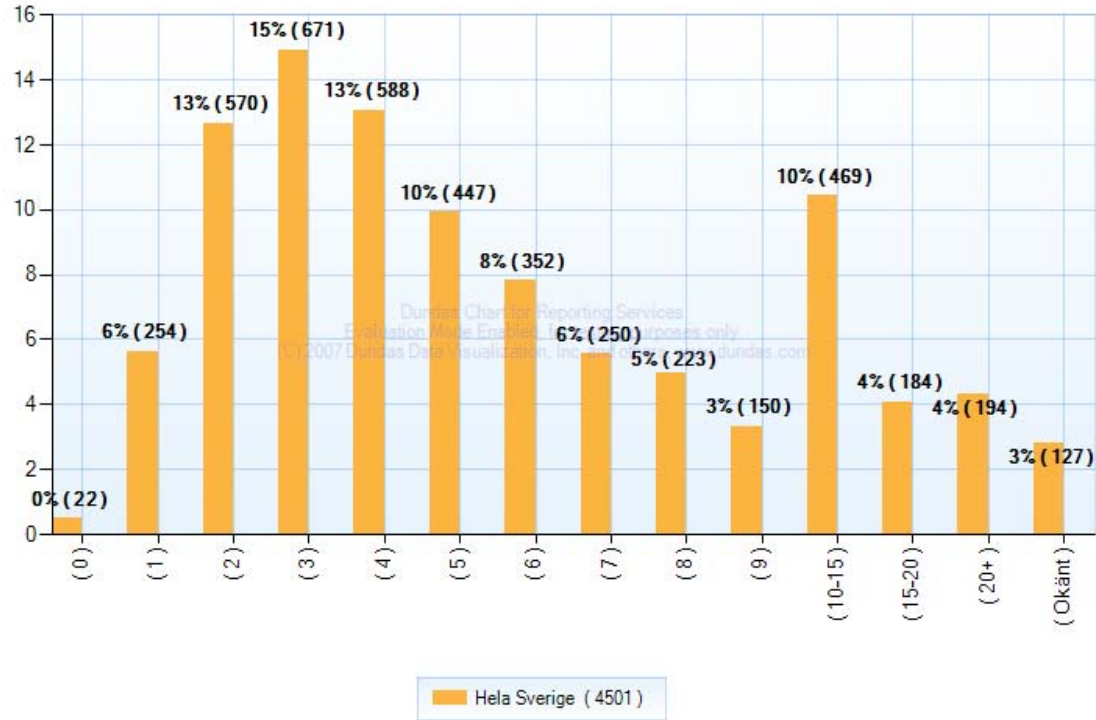
### Statistik för hela Sverige

Min:	3
Max:	103
Median:	72
Medelvärde:	68

### Antal inmatningar fördelade enligt kön



### Vårdtid



#### Statistik för hela Sverige

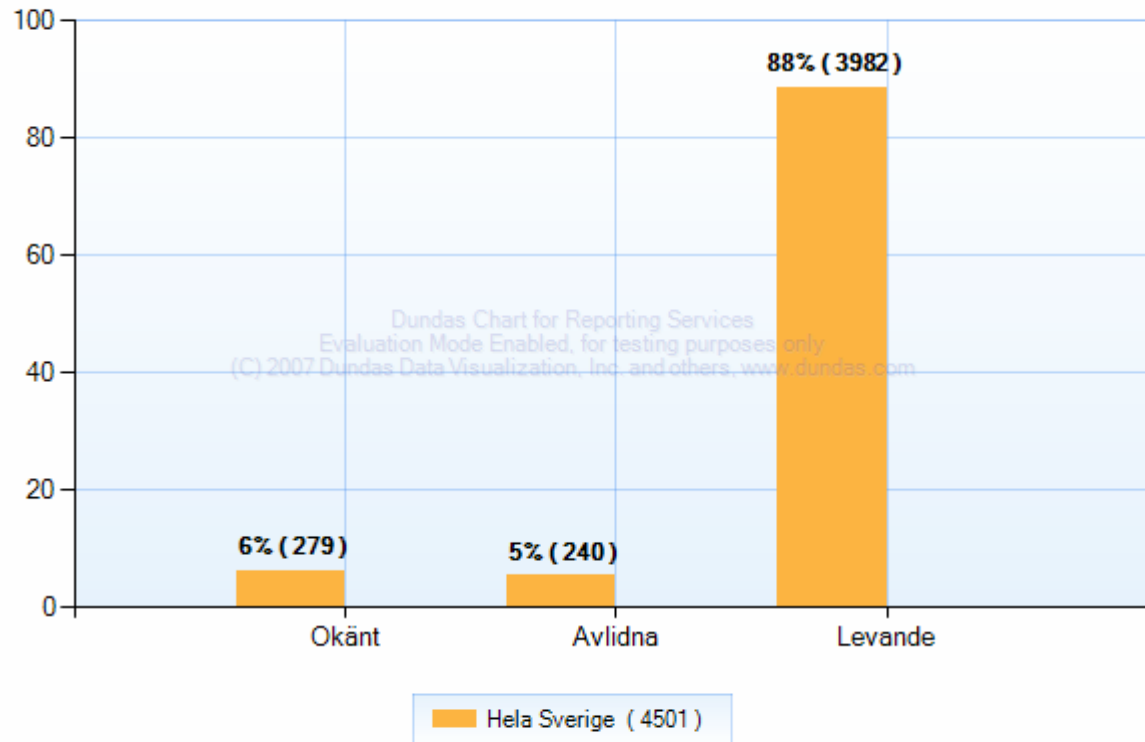
Min: -4257

Max: 81011

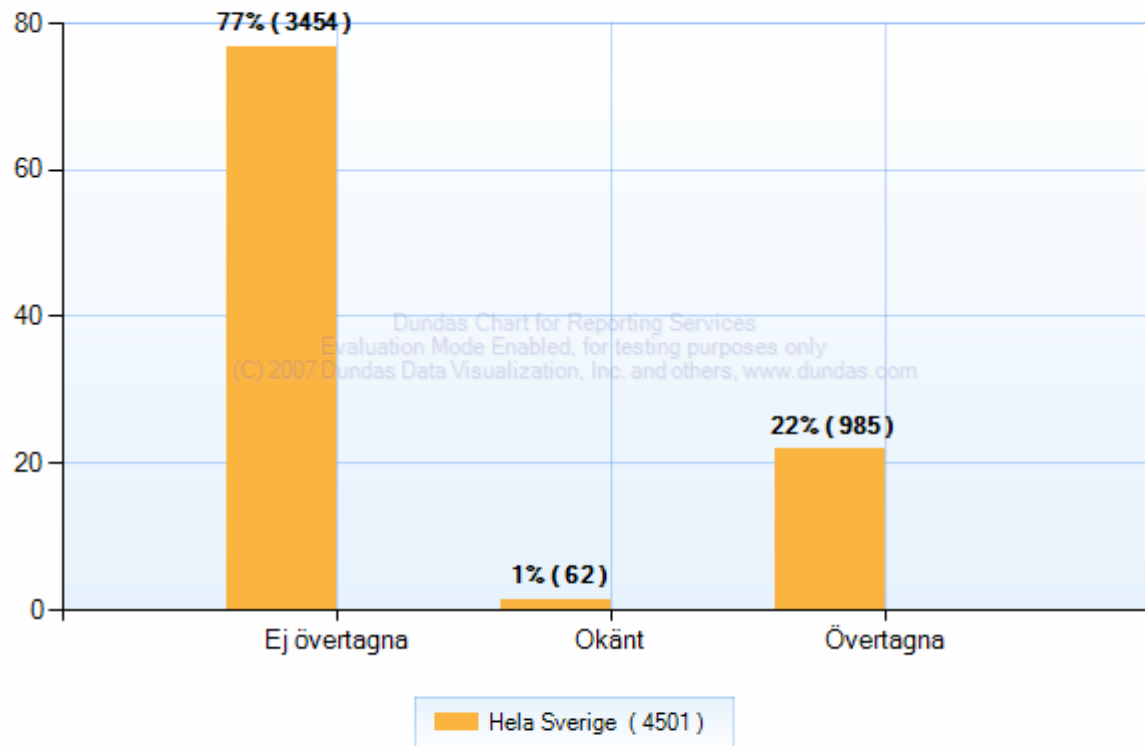
Median: 5

Medelvärde: 53

### Antal levande/avlidna patienter under vårdtiden

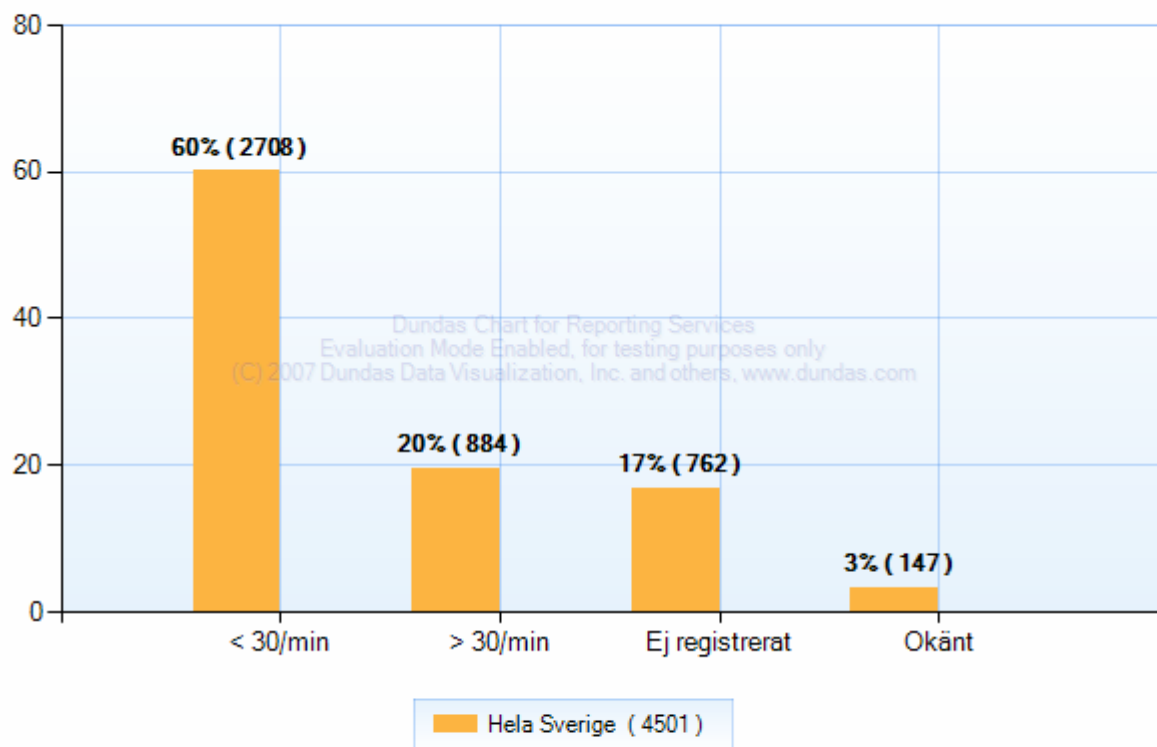


### Antal patienter övertagna från annan klinik

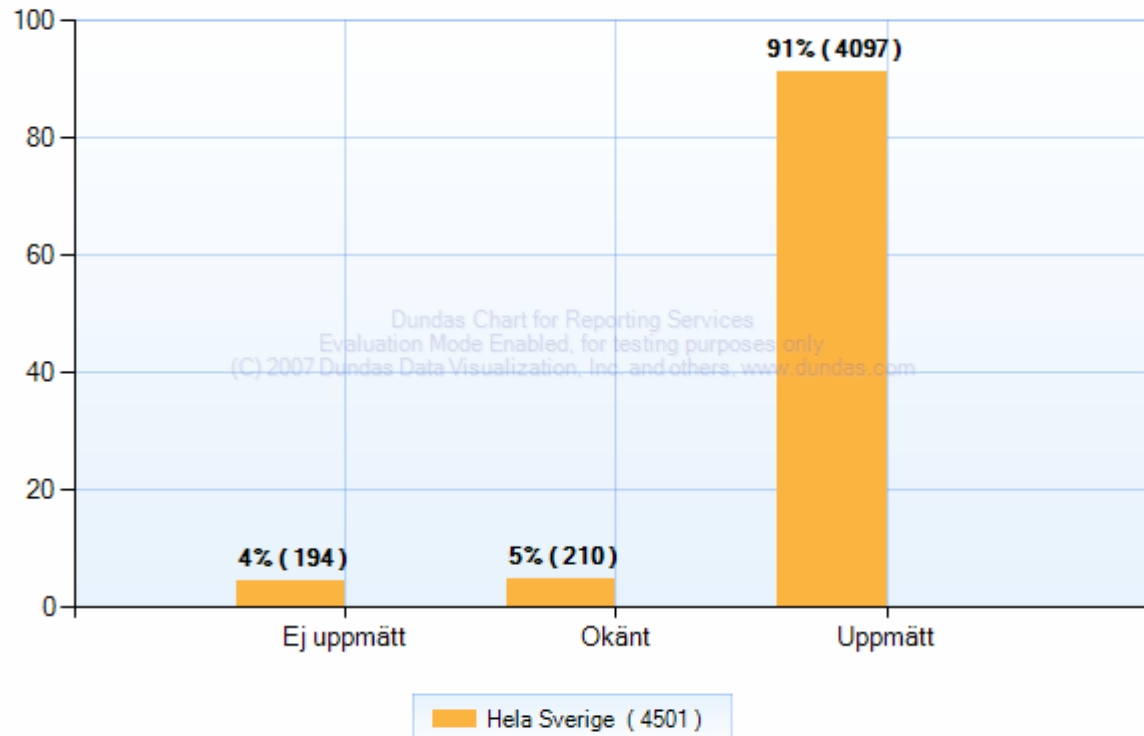




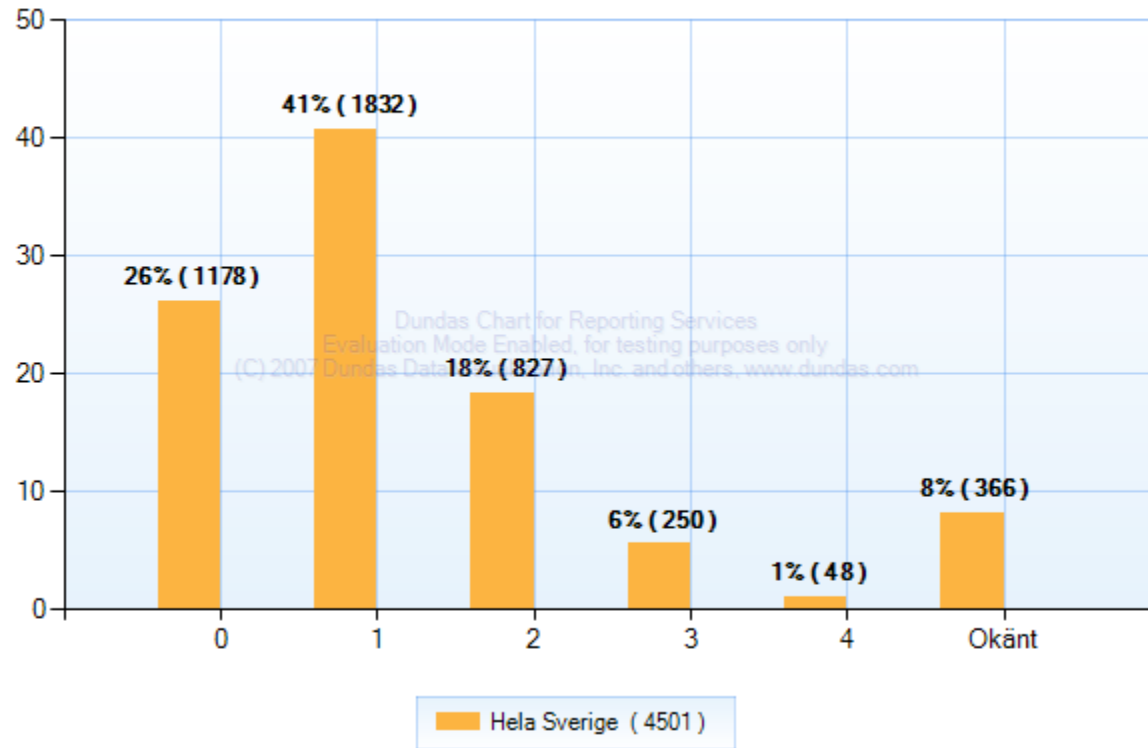
### Antal inmatningar R: respiration $\geq 30$ /min



### Antal patienter med uppmätt syrgasmättnad



### CRB-poäng för hela Sverige



#### Statistik för hela Sverige

Min:

0

Max:

4

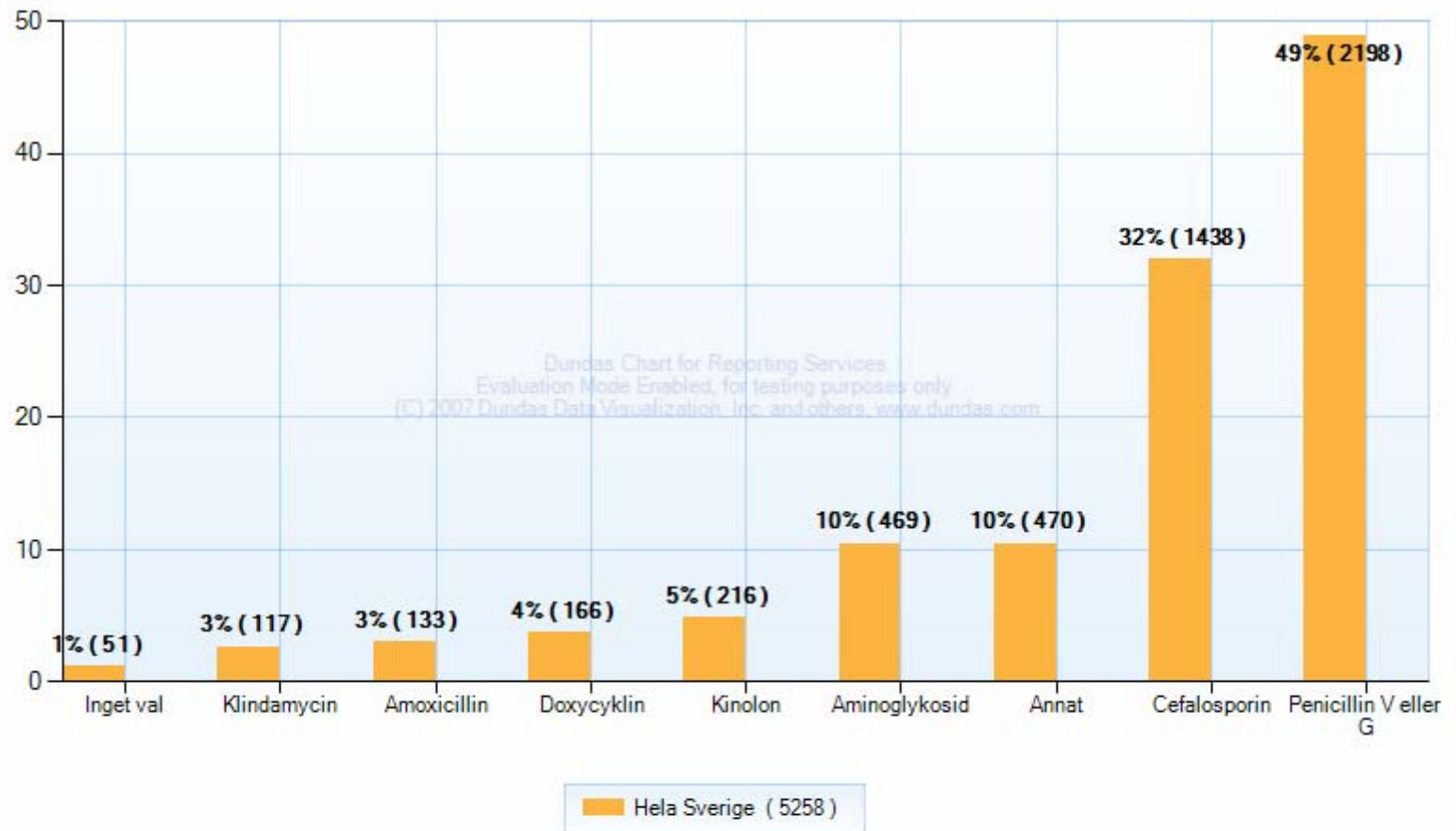
Median:

1

Medelvärde:

1,07

### Initialt antibiotikaval



### Angivet agens

