

## Rapport från Pneumoniregistret för år 2009

Det nationella kvalitetsregistret för patienter som vårdas för pneumoni på infektionsklinik skapades av Infektionsläkarföreningen för att öka kunskapen om vilka patienter som vårdas samt vilken diagnostik och behandling som genomförs på dessa.

Pneumoniregistret är sett till antalet inkluderade patienter det största av de kvalitetsregister som initierats av Infektionsläkarföreningen, och har de senaste två åren omfattat över 4500 patienter årligen. 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.

Vi (Infektionsläkarföreningens programgrupp för samhällsförvärvad pneumoni) redovisade en sammanfattning av utfallet i pneumoniregistret för det gångna året, i november 2009 på Läkaresällskapets Riksstämma i Stockholm.

Inför 2010 har vi lagt till 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%.

Beträffande kvalitetsmålen, ligger vi relativt nära målbilden avseende kvalitetsmål 1 och 2, men fortsatt långt ifrån målbilden avseende kvalitetsmål 3. Eftersom CRB-65 fortsatt korrelerar mycket väl till mortalitet och morbiditet, vill vi lägga stort fokus på denna punkt, och har därför valt att lägga ribban högt här. Det har tidigare framkommit synpunkter på att en del kliniker använder andra typer av score-system för allvarlighetsbedömning av pneumoni, och vi har därför lagt till alternativet ”annat score-system” i formuläret. Vi (Infektionsläkarföreningens programgrupp för pneumoni) anser dock att CRB-65 är det score-system som bör användas i första hand

### *Ålderssammansättning*

Medianåldern var 69 år, vilket är något lägre än tidigare sammanställningar. Likväl är många som vårdas multisjuka äldre med omfattande medicinering.

### *Antal inmatningar fördelade enligt kön*

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

### *Vårdtid*

Vårdtiden var relativt ofta lång, 21% vårdas 10 dagar eller mer, medan mediantiden endast var 5 dagar och således vårdades många bara 1-3 dygn. Dessa siffror var oförändrade jämfört med 2008.

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

Den direkta mortaliteten, dvs dödligheten under aktuell vårdtid var 4,7% vilket är i paritet med tidigare sammanställningar i Sverige, och internationellt. Det saknades mortalitetsuppgifter hos ca 5% av de registrerade patienterna.

### *Antal patienter övertagna från annan klinik (Bild 1)*

Andelen patienter som övertogs från annan klinik sjönk från 22% förra året till 18% i år. Att infektionsläkare handlägger patienterna primärt är med stor sannolikhet gynnsamt ur kvalitetssynpunkt, och även sannolikt en förutsättning för att uppnå de stipulerade kvalitetsmålen.

### *Antal inmatningar R: respiration $\geq 30$ /min (Bild 2)*

Registrering av andningsfrekvensen utfördes hos 85% av patienterna. Att så många som 15% av patienterna ej hade en registrerad andningsfrekvens är förvånande, och manar till fortsatt kvalitetsarbete och återkoppling. Andelen patienter som hade en noterad andningsfrekvens som översteg 30/minut vilket definieras som uttalad tachypné uppgår i år till 19% (för 2008 var siffran 20%).

### *Antal patienter med uppmätt syrgasmättnad (Bild 3)*

Syrgasmättnaden var uppmätt och registrerad hos 91% vilket är en hög siffra, men även här torde det vara möjligt med registreringsfrekvens framledes, då detta är en uppgift som noteras regelmässigt på de flesta patienter som söker akut oavsett tillstånd.

### *CRB-poäng för hela Sverige (Bild 4)*

22 % av patienterna hade definitionsmässigt en allvarlig pneumoni enligt CRB-65 (mer eller lika med 2 poäng). 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. Vi har tidigare visat att det föreligger en mycket hög korrelation mellan CRB-65 poäng och dödlig utgång (läkarstämman 2008 och 2009) även för svenska förhållanden. Detta noterades även i 2009 års pneumoniregistreringar, där mortaliteten för patienter med CRB-65 mer eller lika med 2

poäng hade en mortalitet på 12%, och de med 3-4 poäng hade en dödlig utgång i hela 23% av fallen.

För 2009 noterades även en lätt ökning av antalet patienter med icke allvarlig pneumoni dvs CRB-65 0-1 poäng som uppgick till 29%. (26% 2008). Vår tolkning av detta är att många patienter har bakomliggande faktorer som gör att de måste läggas in på sjukhus trots frånvaro av de parametrar som ingår i CRB-65. Vi vill också återigen påpeka att CRB-65 endast är ett hjälpmedel för handläggning av pneumonipatienter och därför aldrig kan ersätta en individuell klinisk bedömning.

#### *Nämns CRB-65 summan i inskrivningsjournalen (Bild 5)*

I nästan 90% av registreringarna var det möjligt att räkna ut en summa för CRB-65. Endast i 5% av fallen var denna summa dock kommenterad i inskrivningsjournalen. Vi har som mål för 2010 att denna summa ska vara uträknad och kommenterad i alla inskrivningsjournaler. Här finns således en stor förbättringspotential.

#### *Initialt antibiotikaval (Bild 6)*

Andelen patienter som fick cefalosporin som initial behandling fortsatte att minska (från 33% 2008 till 26% 2009), vilket är glädjande. Vi kunde dock för 2009 inte se att detta innebar en motsvarande ökning av andelen patienter som fick PcG/PcV som primär behandling. Sannolikt ökade val av andra preparatgrupper såsom Piperacillin/Tazobactam på bekostnad av cefalosporinerna.

I vårdprogrammet för samhällsförvärd pneumoni (2007) rekommenderas primär behandling med PcV/PcG för de flesta patienterna. När det gäller patienter med låga CRB-65 poäng får PcV/PcG med CRB-65 anses som ett säkert val om det inte föreligger uppenbar misstanke om atypisk genes till pneumonin. Trots detta fick bara 46% av patienterna med CRB-65 0-2 PcV/PcG som primär behandling (Bild 7). Det förelåg mycket stora lokala skillnader i valet av primär behandling, så det finns sannolikt stora möjligheter till förbättringar och självrannsakan!

Trots allt var det glädjande att >50% av patienterna erhöll PcV eller amoxicillin som avslutande behandling

.

Vi kan också 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. Detta kan möjligen förklaras av att många patienter hade komplicerande faktorer som

tarvade längre behandlingstider, men sannolikt kan behandlingstiden kortas för många pneumonipatienter.

### *Angivet agens*

Mikrobiologisk diagnostik är oerhört viktig för att kunna motivera en smal antibiotikabehandling. Vi vet från tidigare stora studier att pneumokocker orsakar minst hälften av all samhällsförvärd pneumoni. Det faktum att vi under 2009 liksom under 2008 endast hittade pneumokocker i 15-19%, torde indikera att vi inte odlade patienterna i tillräckligt stor omfattning. Det är dock glädjande att andelen etiologiskt helt negativa pneumonier sjönk något jämfört med föregående år (61% 2009, 64% 2008). Liksom tidigare år fanns det stora lokala skillnader i hur ofta luftvägsodlingar togs (Bild 8). Under 2009 utökade vi registret med några frågor kring vilka diagnostiska analysmetoder som används för att försöka sätta fokus på frågan om etiologisk diagnostik, och i förlängningen också om antibiotikaanvändningen vid pneumoni.

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. Vi har också infört ett antal ändringar i registret under åren för att bättre kunna belysa specifika frågeställningar. Tanken är att försöka implementera dessa slutsatser i vår kommande revision av vårdprogrammet för samhällsförvärd pneumoni.

100225

Pneumoniregisteransvarig

Carl Spindler

Infektionskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Bild 1

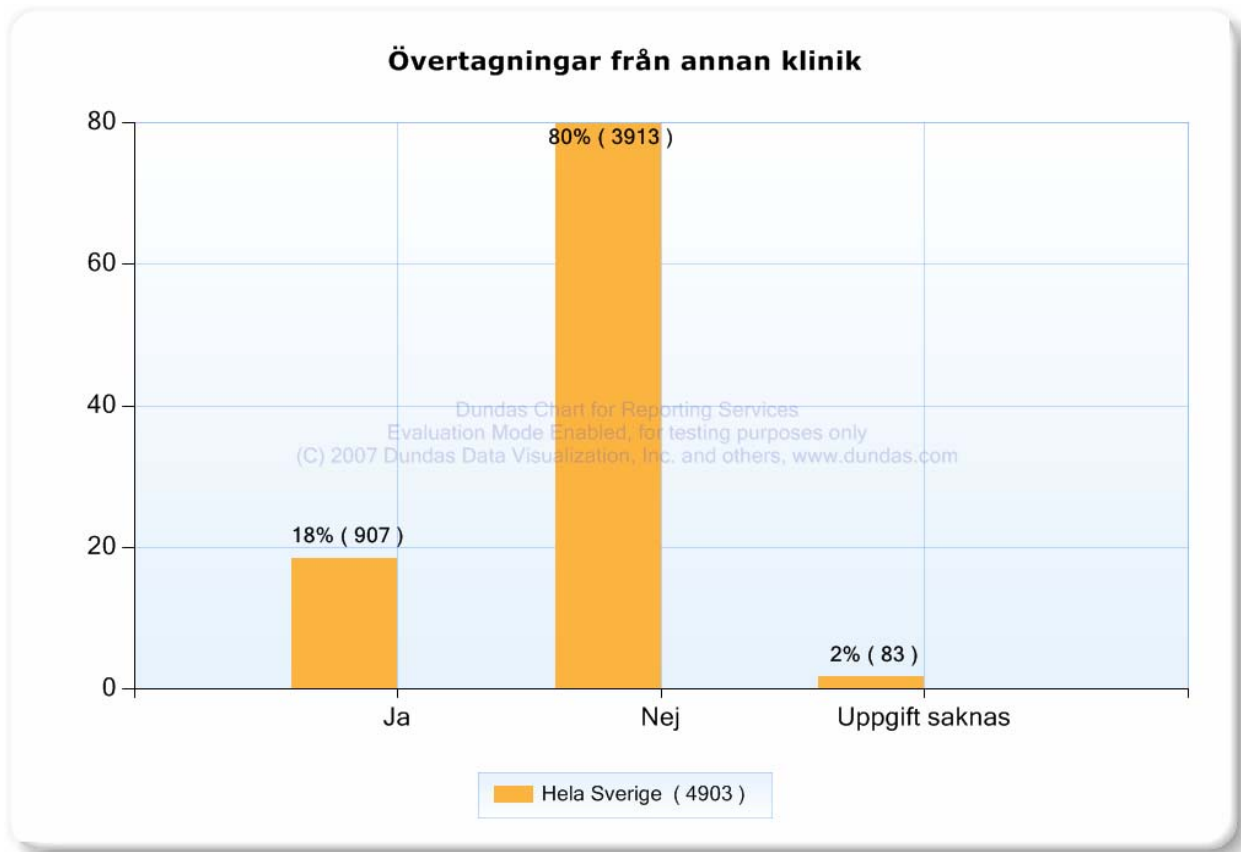


Bild 2

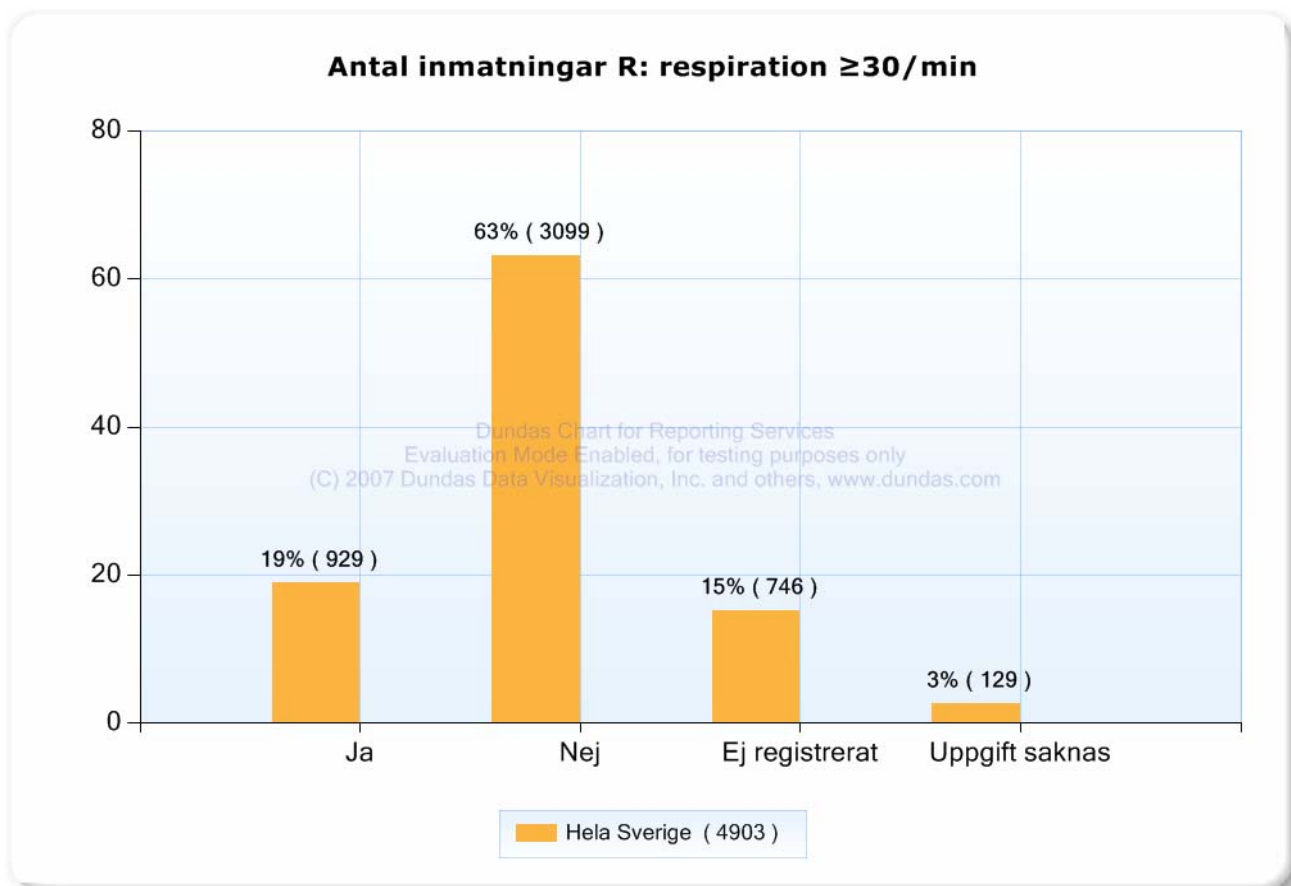


Bild 3

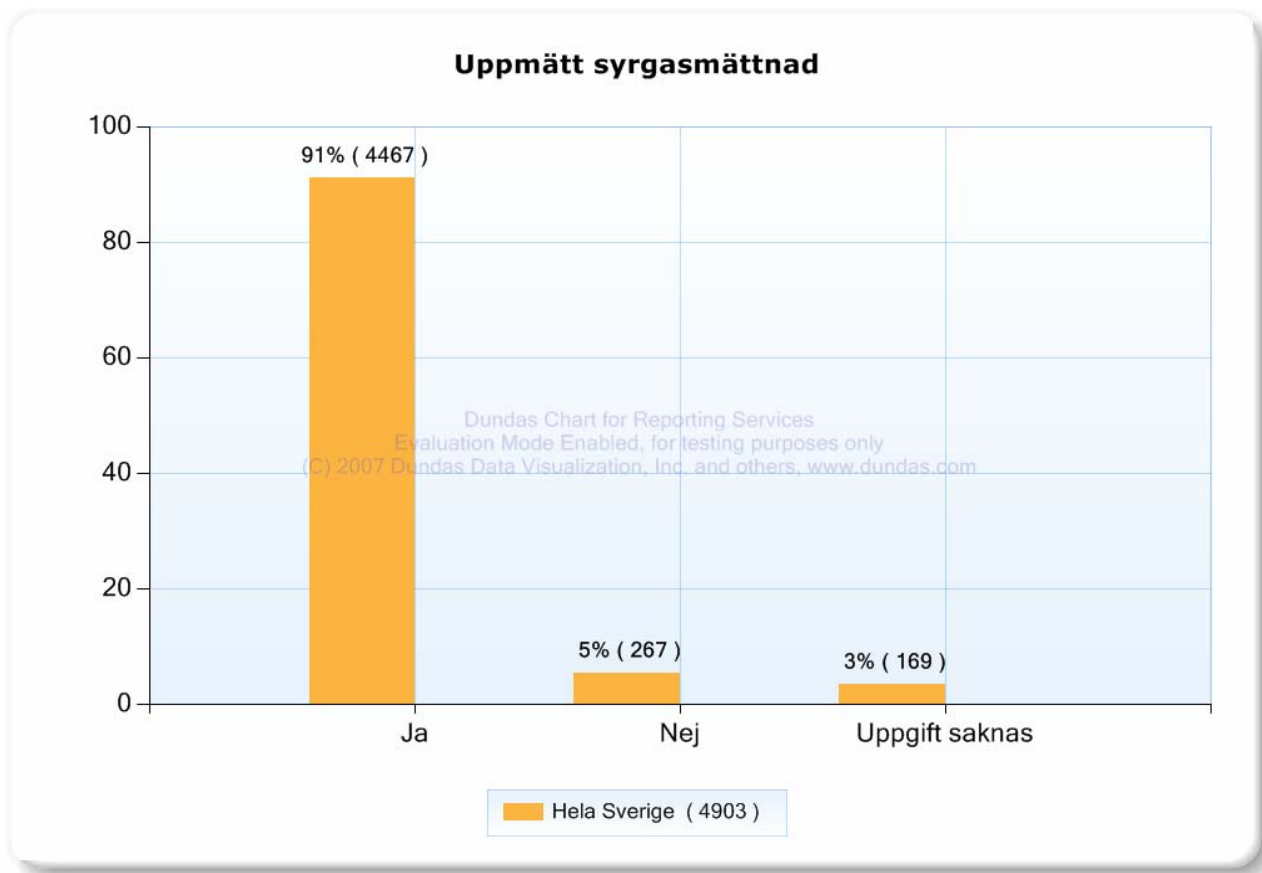
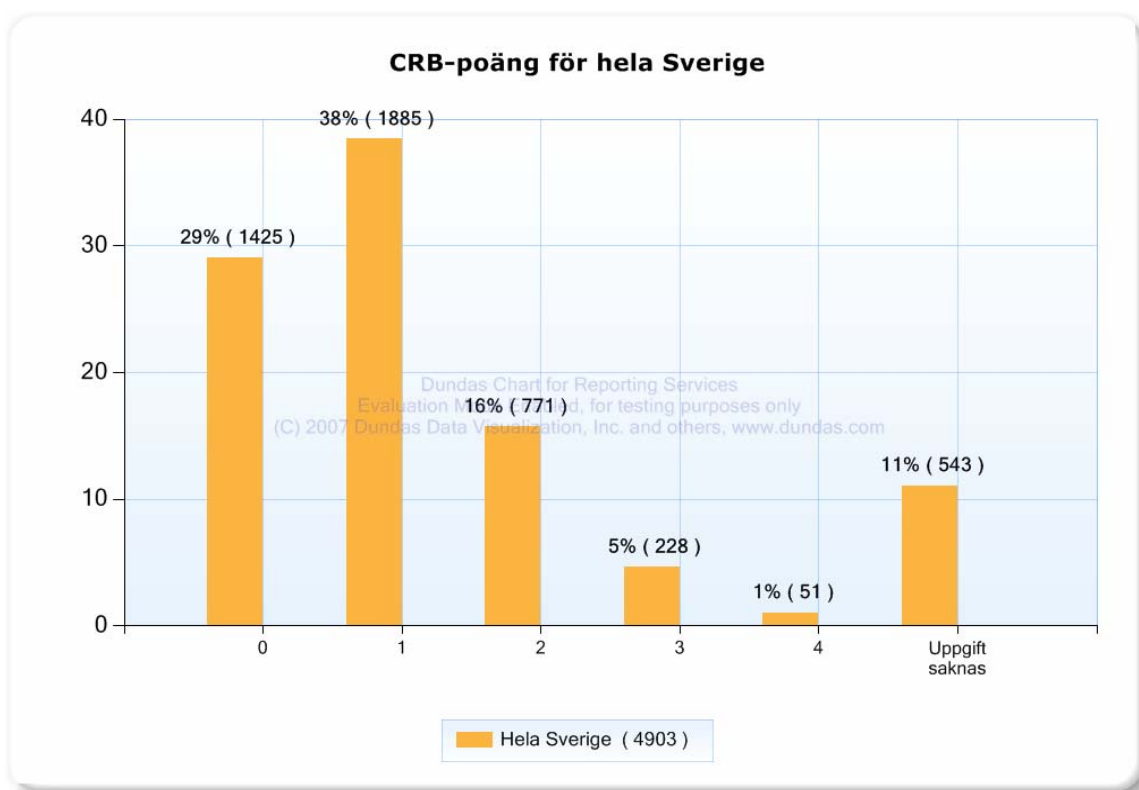


Bild 4



| Statistik för hela Sverige |      |
|----------------------------|------|
| Min                        | 0    |
| Max                        | 4    |
| Median                     | 1    |
| Medelvärde                 | 0,99 |

Bild 5

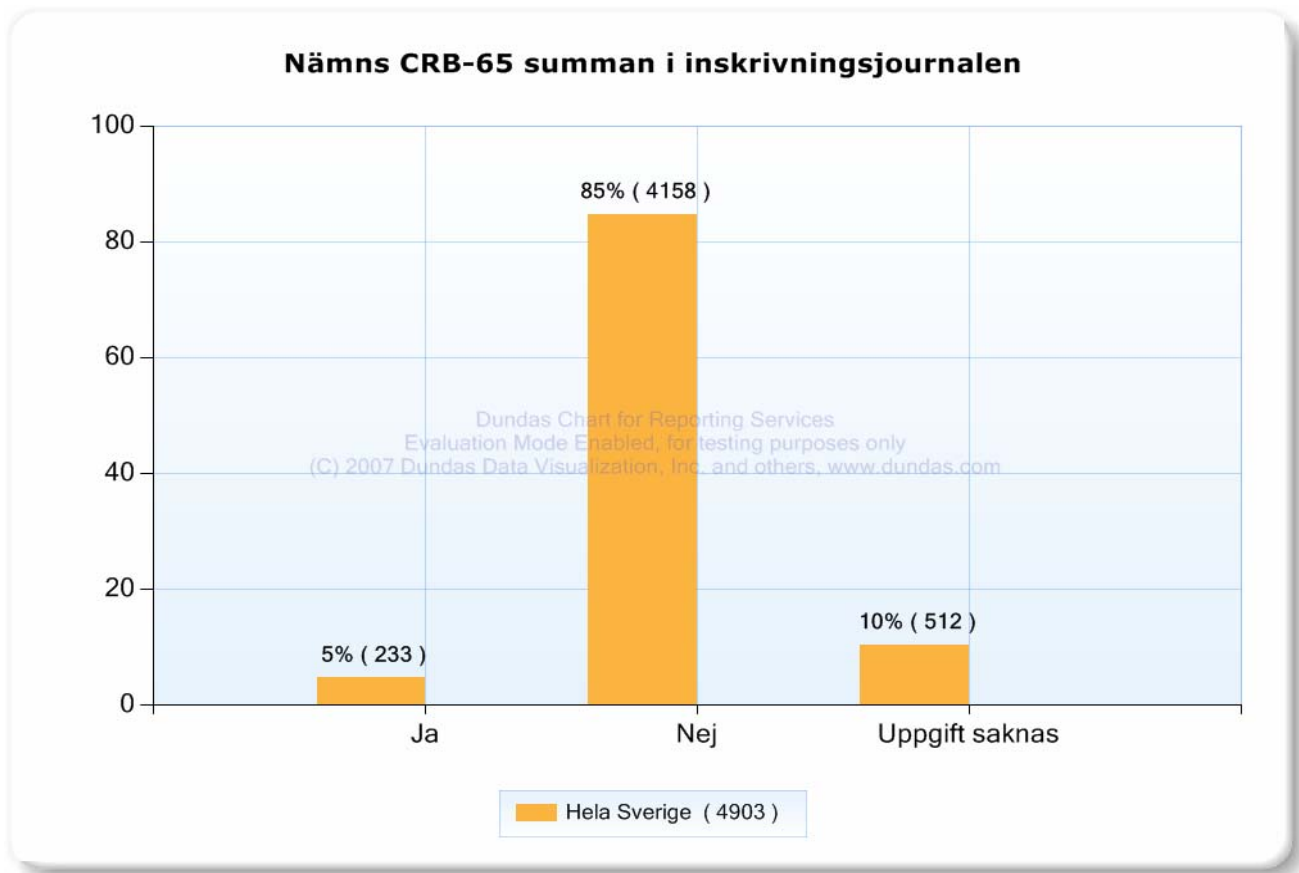
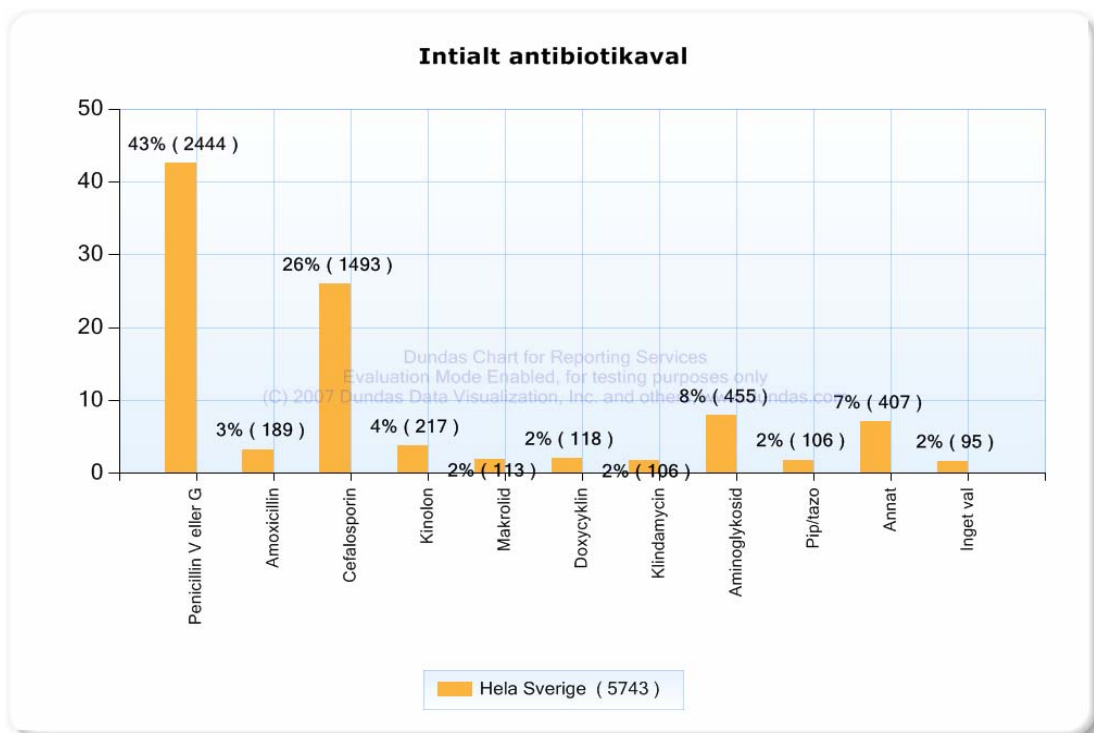


Bild 6



#### Notering till diagrammet

Märk väl att det totala antalet ej nödvändigtvis stämmer överens med antal behandlade patienter då flera parametrar kan vara representerade för en och samma patient

Bild 7

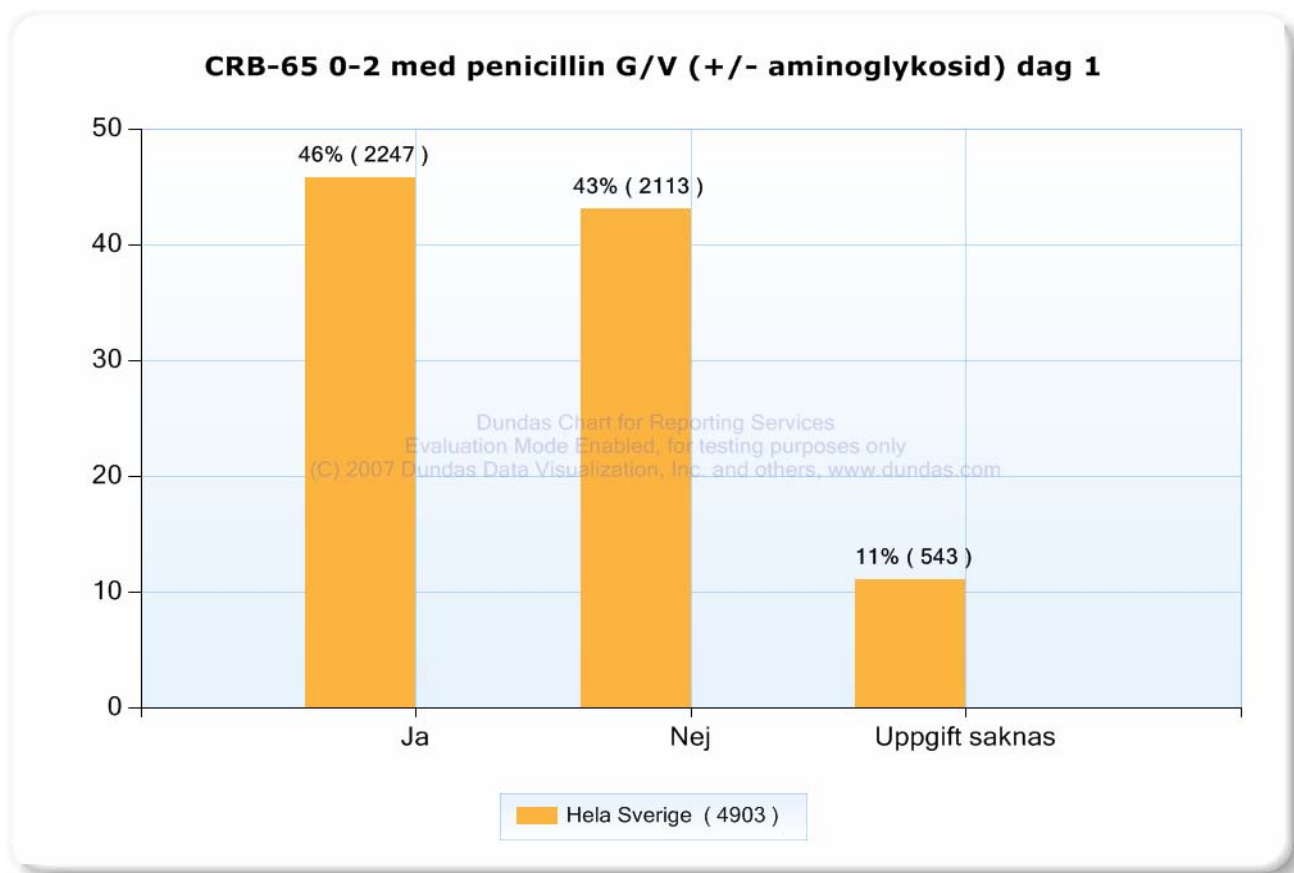


Bild 8

