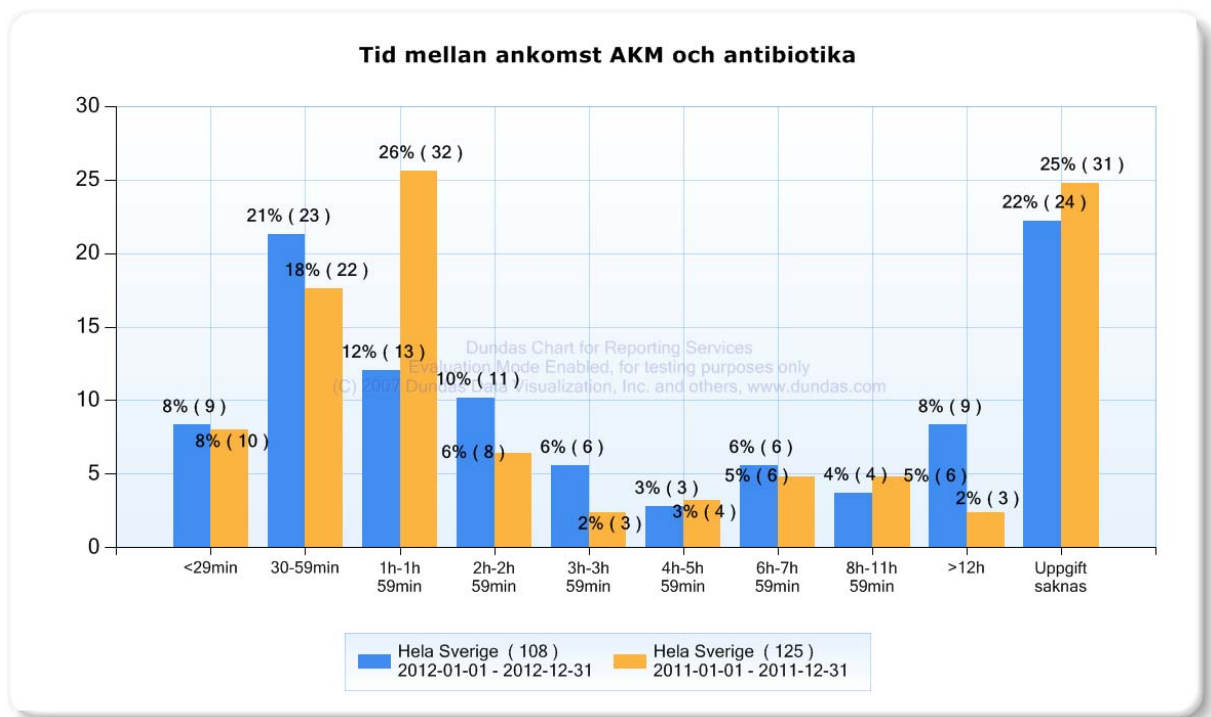


Årsberättelse avseende Kvalitetsregistret 2012; Bakteriell meningit

Martin Glimåker 120327

- 1) Hittills har 108 patienter med akut bakteriell meningit under år 2012 registrerats jämfört med 99 registrerade fall under 2011 enligt årsrapporten mars 2012. Rapporteringsgraden verkar alltså ha ökat något men 26 fall har rapporterats i efterhand avseende 2011. Således föreligger här en eftersläpning när det gäller registreringen i en del fall. Detta innebär att täckningsgraden är bättre än vad årsrapporterna anger. Det är nu viktigare att rapportera in fallen kontinuerligt utan fördröjning med tanke på den nyligen introducerade patientenkäten. Detta bör påpekas på klinikerna. Enligt Socialstyrelsen och förväntade incidenskalkyler brukar antalet fall med samhällsförvärd akut bakteriell meningit vara 130-140 per år hos vuxna i Sverige. Således ter sig täckningsgraden för 2011 nu betydligt bättre, c:a 90%, jämfört med vad som rapporterades i mars 2012. Förhoppningsvis kan täckningsgraden för 2012, nu beräknad till knappt 80%, också förbättras beroende på sen rapportering men det är alltså inte optimalt med att vänta med registreringarna.
- 2) Relativt kraftigt mentalt påverkade; RLS >2 rapporterades i 34% av fallen vilket är ungefär som 2011 (30%). Detta visar att bakteriell meningit är en svår sjukdom med medvetandepåverkan i många fall vilket är i linje med tidigare rapporter och internationella studier.
- 3) Andelen patienter som behandlades adekvat inom 1 timme från inkomsten har ökat något till 38% under 2012 jämfört med 34% under 2011. Bortfallen, det vill säga antalet fall där denna uppgift inte noterats, är dock 22-25% vilket innebär att siffrorna är lite osäkra. Detta bortfall har dock tidigare varit ännu större vilket innebär att registret nu är mer adekvat ifyllt avseende denna viktiga parameter jämfört med tidigare år. Det är också glädjande att trenden med allt tidigare behandling verkar hålla i sig. Däremot har andelen behandlade inom 2 timmar minskat under 2012 jämfört med 2011; 54% vs 68% 2011 (fig. 1). Adekvat behandling mot akut bakteriell meningit bör sättas in inom 1 h från inkomst. Således startades adekvat behandling senare än vad som rekommenderas i en majoritet av fallen vilket inte är optimalt men mediantiden till behandlingsstart är nu stabilt <2 h vilket är bättre än flera internationella rapporter med behandlingsstart i median 3-4 h från inkomsten. Således ser vi nu en kontinuerlig förbättring avseende denna viktiga parameter men vi har ännu inte uppnått kvalitetsmålet på att >50% av fallen ska behandlas adekvat inom 1 h från ankomst till sjukhus.

Figur 1. Tid från ankomst till akutmottagningen (AKM) till insatt adekvat behandling hos vuxna med samhällsförvärd akut bakteriell meningit. Vid beräkningar av andelen behandlade inom en respektive två timmar har patienterna där uppgift saknas tagits bort.



- 5) Under 2012 angavs att behandlingen startades innan datortomografi (DT)-hjärna i 41% medan 31% av fallen fick behandling först efter DT-hjärna. Denna uppgift sänkades i 28% vilket kan innebära att DT-hjärna inte utfördes i dessa fall men det är osäkert. Under 2011 var dessa siffror 52% innan DT och 28% efter DT vilket är bättre siffror eftersom DT-undersökning aldrig bör orsaka försenad behandling mot bakteriell meningit. Således ser vi här en tendens till sämre initial handläggning vilket möjligen återspeglas i att färre patienter startats på behandling inom två timmar från ankomst. Däremot tycks alltså inte andelen behandlade inom en timme påverkas av beslutet att utföra DT innan behandling startas eftersom andelen behandlade inom en timme ökat under 2012 (figur 1).

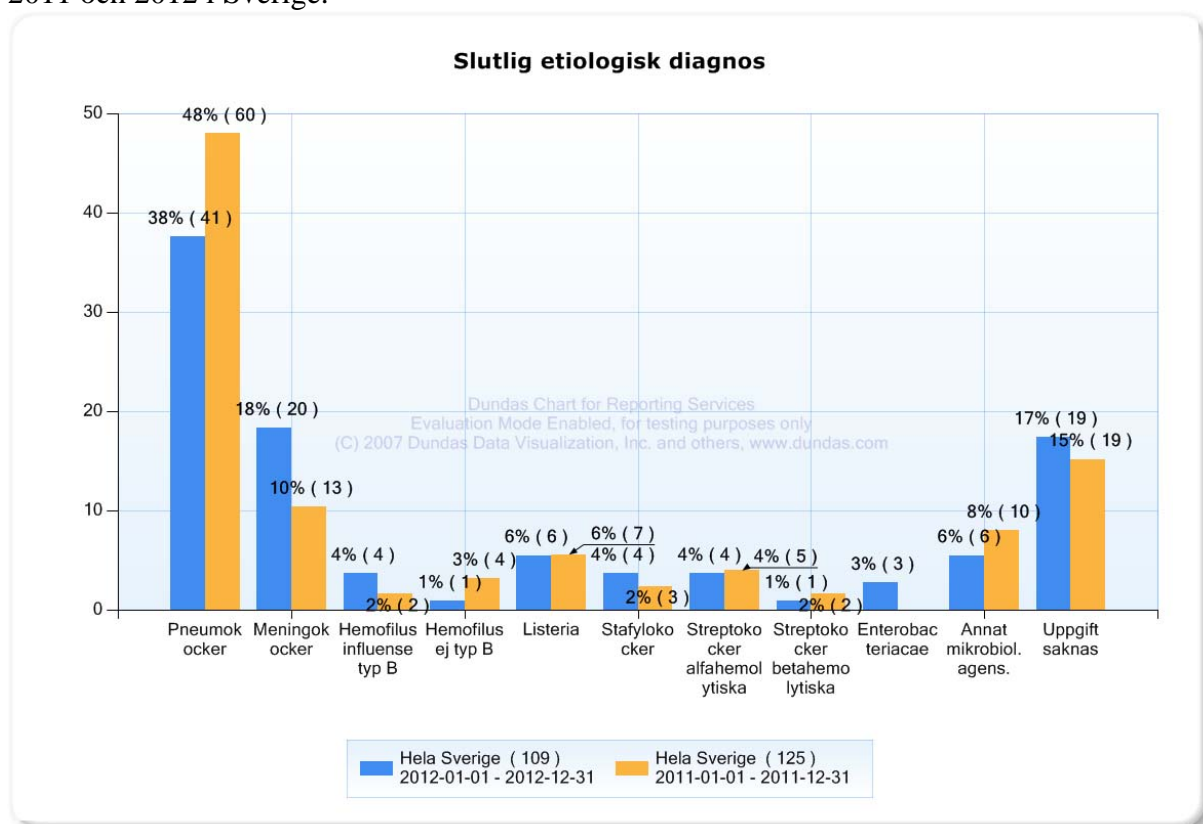
Diagnosen erhålls genom lumbalpunktion (LP) vilket utfördes i 85% vilket är lite fler än 2011 (77%); alltså en tendens till förbättrad diagnostik. Det föreligger fortfarande dock sannolikt en obefogad rädsla att utföra LP utan föregående DT-hjärna men här ses en förbättring jämfört med tidigare då c:a hälften fick antibiotika först efter DT-hjärna. Andelen positiva likvorodlingar har också stigit något på senare år och ligger de senaste tre åren stabilt över 60% (64% 2012, 62% 2011 och 68% 2010). Dessa siffror är högre än internationella studier visat på senare år.

- 6) Andelen positiva blododlingar var, liksom tidigare, c:a 70%.
- 7) Tendensen med ökande meropenemanvändning verkar nu ha brutits eftersom andelen med initial meropenembehandling minskade från 47% 2011 till 41% 2012 vilket bättre överensstämmer med rekommendationerna i Vårdprogrammet där cefotaxim + ampicillin rekommenderas i första hand. Denna kombination gavs initialt i 32% av fallen vilket är oförändrat jämfört med 2011 (33%). Enbart cefotaxim gavs initialt i 18% 2012 jämfört med 11% 2011; denna behandling är adekvat om Listeria inte bör

misstänkas. Behandlingen bedöms under 2012 varit adekvat i minst 91% av fallen vilket är oförändrat jämfört med 2011. I vårdprogrammet rekommenderas cefotaxim + ampicillin i första hand vilket innebär att meropenbehandlingen eller enbart cefotaxim inte är helt enligt vårdprogrammets intentioner.

- 8) Kortison gavs initialt i 67% vilket är som 2010-2011 då 64-70% av fallen fick steroider initialt.
- 9) Etiologisk diagnos erhöles i 92% av fallen, vilket är oförändrat jämfört med 2010-2011 (c:a 90%). Pneumokocker dominerade liksom tidigare år men inte lika kraftigt som tidigare år; 37% jämfört med c:a 50% tidigare. Däremot har andelen med meningokocketiologi ökat från 10-14% de senaste åren till 19% 2012. Listeria noterades i 6 fall (6%) under 2012 vilket är ungefär som tidigare år (Figur 2).

Figur 2. Etiologisk diagnos hos vuxna med samhällsförvärd akut bakteriell meningit under 2011 och 2012 i Sverige.



- 10) Knappt 60% av fallen vårdades, liksom 2010 och 2011, på intensivvårdsavdelning. Detta, tillsammans med tydligt sänkt vakenhetsgraden (RLS >2) i en tredjedel, indikerar att akut bakteriell meningit är en svår sjukdom.
- 11) Mortaliteten var 2012 endast 6% (7 patienter) vilket är oförändrat jämfört med 2010 och 2011. Således verkar denna, i internationell jämförelse, mycket låga mortalitetssiffror vara stabila på senare år vilket är glädjande. Orsaken till detta kan vara att behandlingen startas tidigare i Sverige jämfört med andra länder och att vi ibland behandlar svåra fall på neuro-intensivvårdsavdelning med intensiv terapi mot förhöjt intrakraniellt tryck.

12) Tyvärr noterades inte uppgift avseende utfall/slutresultat i drygt 50% av fallen varför mortalitetssiffran kan vara osäker. Dödsfallen inträffar dock oftast tidigt i förloppet vid akut bakteriell meningit och rapporteringen sker oftast i samband med utskrivning av patienterna varför mortalitetssiffran troligen är tillförlitlig. När man jämför mortalitetssiffror framtagna från kvalitetsregistret med siffror från socialstyrelsen under åren 1998-2010 framkommer en samstämmighet avseende mortalitet vid pneumokockmeningit. Detta talar också för att mortalitetssiffrorna i kvalitetsregistret är relevanta.

Ett kvalitetsmål är dock att samtliga patienter följs upp med återbesök efter 2-6 månader och att slutresultatet noteras i kvalitetsregistret. Här är det därför naturligt med en eftersläpning av rapporteringen och andelen fullständigt ifyllda registreringar förväntas öka avseende 2012 på samma sätt som det visade sig göra avseende 2011.

Sammantaget verkar kvalitetsregistret ha fungerat ungefär likvärdigt avseende täckningsgrad och bortfall under 2012 jämfört med under 2011 och det verkar bli successivt bättre jämfört med tidigare år. Dock föreligger betydande bortfall avseende vissa parametrar, främst gäller detta andelen uppföljda fall med slutresultat och GOS (Glasgow outcome score).

Resultaten pekar på en måttlig men successiv förbättring avseende tid till insatt behandling av denna svåra sjukdom. Detta kan vara ett resultat av ändrade rekommendationer i det reviderade vårdprogrammet 2009. Mest glädjande är naturligtvis att den låga mortaliteten på c:a 6% verkar vara stabil de senaste åren. Pneumokocker är fortfarande den klart dominerande etiologiska orsaken men under 2012 har vi sett en relativ ökning av antalet meningokock-orsakade meningiter vilket är viktigt med tanke på eventuellt införande av nya vaccinationer

Martin Glimåker
Registeransvarig
Bakteriella meningiter