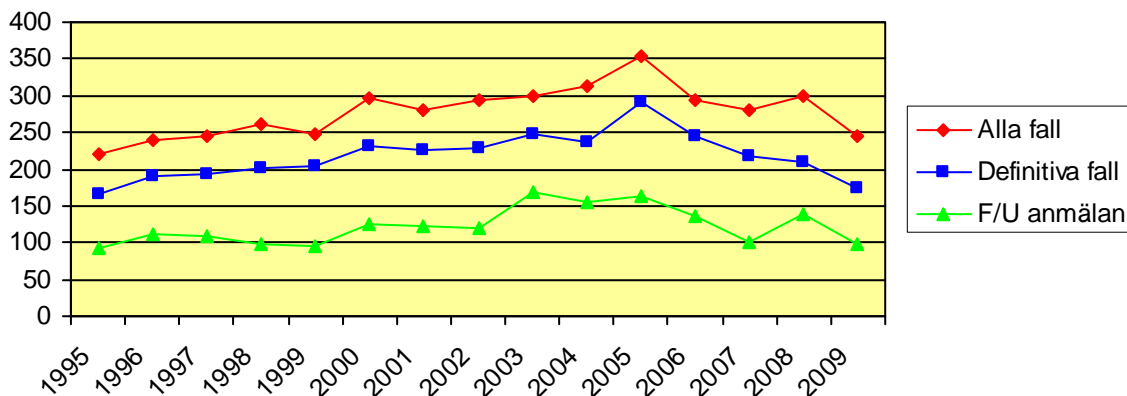


Rapport endokardit-registret 2009

Svenska endokardit-registret har existerat sedan 1995-01-01 med rapportering från samtliga svenska infektionskliniker. Rapportering har skett via Blankett 1 i samband med utskrivning samt Blankett 2 vid återbesök efter c:a 3 månader.

I samband med övergång från rapportering via blankett till internet-anmälan har anmälan skett parallellt via båda systemen från olika kliniker t o m 2009. Förhoppningsvis sker uteslutande internetanmälan fr o m 2010.

Figur 1. Rapportering enligt det äldre systemet med blanketter samt komplettering med internetanmälda fall fr o m 2008.



Internet-rapportering under de två första åren får bedömas som acceptabel, dock kan den förbättras. Med kännedom om tidigare fördröjning vid en del kliniker med samlad årsvis rapportering förväntas antalet anmälda fall för 2009 öka.

Ett datasystem för överföring mellan de två datasystemen - det äldre samt det nya internetbaserade - är under utarbetande. Först när detta är färdigställt kan mer genomgripande analyser genomföras. Detta beräknas vara klart under 2010.

Internetbaserad anmälan (574 fall)

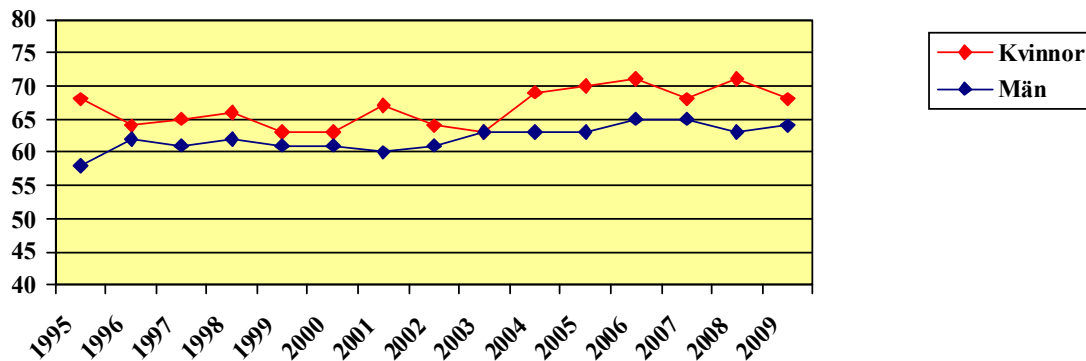
Behandlingsstart 2007 50 fall
2008 265 fall
2009 246 fall
2010 (t o m 100330) 13 fall

Rapportering har skett från 27/30 infektionskliniker med 1-59 fall per klinik. Tre kliniker har ännu ej påbörjat rapportering via internet (Eskilstuna, Uddevalla, Östersund).

Ålder och kön

År 2009 var medelålder 65 år (median 68 år), högre för kvinnor jämfört med män (68 vs 64 år). Som alltid föreligger en övervikt med fler anmälda fall hos män jämfört med kvinnor (65% vs 35%). En långsamt stigande trend kan noteras med ökande medelålder för både män och kvinnor.

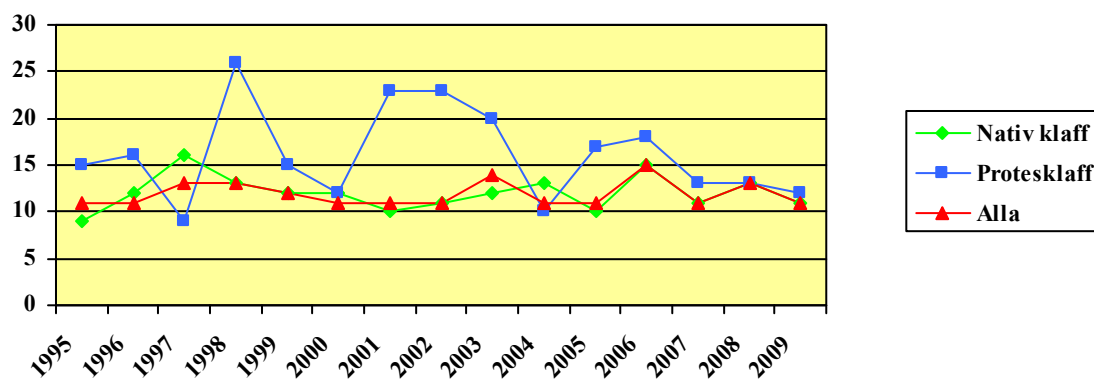
Medelålder för kvinnor resp män 1995 - 2009



Mortalitet

År 2009 noterades 11% mortalitet under behandling, för nativ klaffinfektion 11 % samt protesinfektion 12 %. Mortalitet för män var lägre än för kvinnor (8% vs 14%). I åldersgruppen < 70 år är mortalitet för män resp kvinnor (4% vs 8%), samt i åldersgruppen >70 år (16% vs 21 %). Således kan knappast kvinnornas högre medelålder förklara hela denna skillnad. En anmärkning är att behandlingsutfall under behandling ej är rapporterat för 13% av samtliga fall under året, beräkningar baseras på fall med rapporterat resultat. Fallen med protes-endokardit är så pass få att de bör bedömas över längre tidsperiod än ett år.

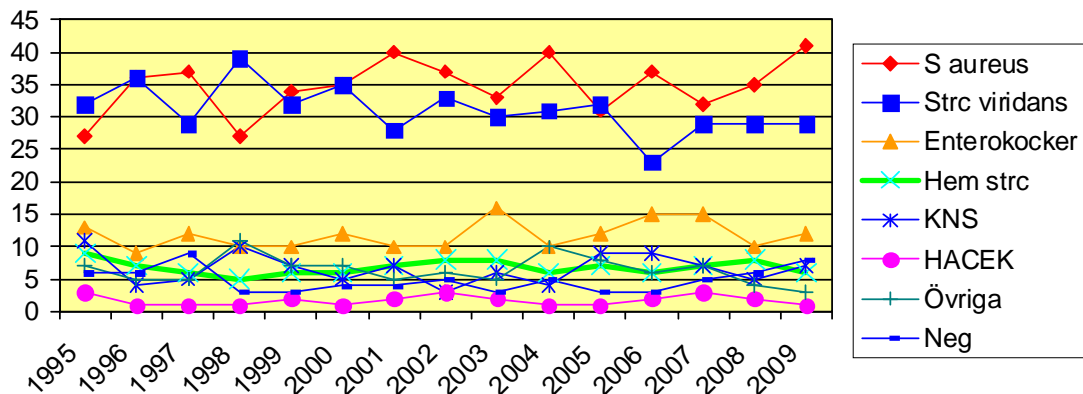
Mortalitet (%) 1995-2009.



Bakteriell etiologi

Under år 2009 har *S aureus* (41%) förstärkt förstaplatsen jämfört med alfa-streptokockgruppen (29%), enterokocker (12%), hemolytiska streptokocker grp A, B, C, G, F, pneumokock) (6%), koagulasnegativa stafylokocker (KNS) (7%), HACEK-gruppen (1%), övriga (3%) samt negativ odling (8%). En relativt låg andel med negativ odling får ses som en markör för god kvalitet i diagnostiken.

Mikrobiologisk etiologi (%) 1995 - 2009

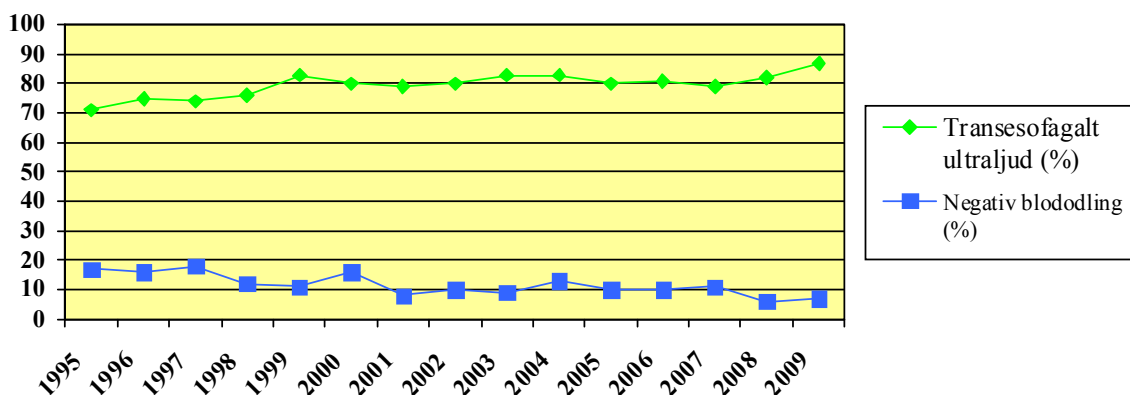


Kardiellt ultraljud

År 2009 utfördes transesofagalt ultraljud (TEE), en kvalitetsindikator, hos 82 % av alla patienter, större andel hos män jämfört med kvinnor (86% vs 74%). Hos patienter >70 år utfördes TEE hos 71%, > 80 år 63%, vilket får anses som god kvalitet. I 9% av fallen har dock typ av UCG-undersökning ej rapporterats, vilket innebär att resultaten kan komma att korrigeras.

I diagram nedan illustreras utfört transesofagalt ultraljud respektive negativ blododling vid samtliga fall som behandlats för misstanke om endokardit, en successiv förbättring av kvalitet vid endokardit-diagnostik.

Utfört transesofagalt ultraljud (%) resp negativ blododling (%) vid samtliga fall som behandlats för definitiv och sannolik endokardit



Tidsfördröjning till behandling

År 2009 var medelvärdet för total delay 20 dagar, jämfört med 23 dagar år 2008. Detta kan för 2009 resp 2008 uppdelas i patientens delay (8 dagar vs 9 dagar), delay första doktorsbesök till inläggning på sjukhus (4 dagar vs 6 dagar) samt delay sjukhusinläggning – adekvat terapi (6 vs 4 dagar).

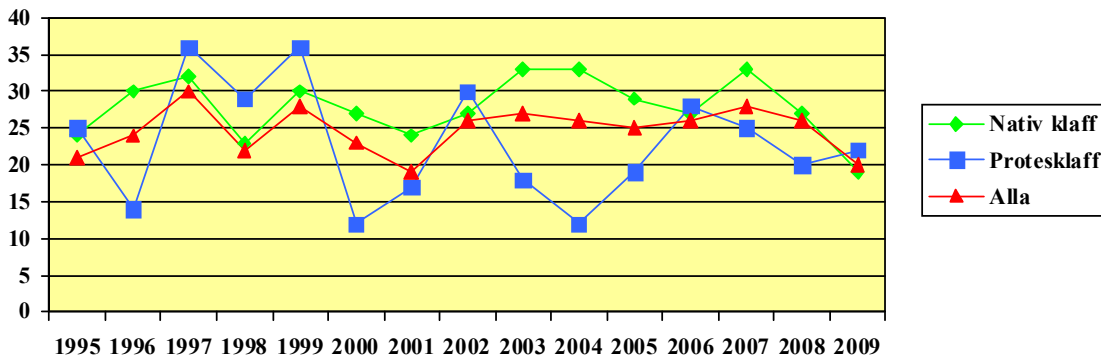
Medelvärden för äldre registret (1995-2007) var total delay 22 dagar, patientens delay 14 dagar, delay 1:a läkarbesök till inläggning sjukhus 6 dagar samt delay inläggning sjukhus till adekvat terapi 3 dagar. Således är tidsfördröjningen ungefär lika lång totalt, dock förefaller patienten söka något tidigare, medan första läarkontakt tycks innebära en något fördröjd tid till adekvat diagnostik. Vidare är fördröjning till adekvat terapi på sjukhus för lång. Dessa siffror måste analyseras uppdelat efter mikrobiologisk etiologi innan adekvata slutsatser kan dragas.

Kirurgi

År 2009 utfördes akut klaffkirurgi under behandling hos 20 % av alla patienter, vilket är lägre jämfört med tidigare siffror. Se bifogad figur. Kvinnor opererades i lägre utsträckning jämfört med män (15% vs 22%), op-frekvens patienter >70 år var tämligen hög 13%, t o m hos patienter >80 år (5/70; 7%). Fallen med protes-endokardit är så pass få att de bör bedömas över längre tidsperiod än ett år.

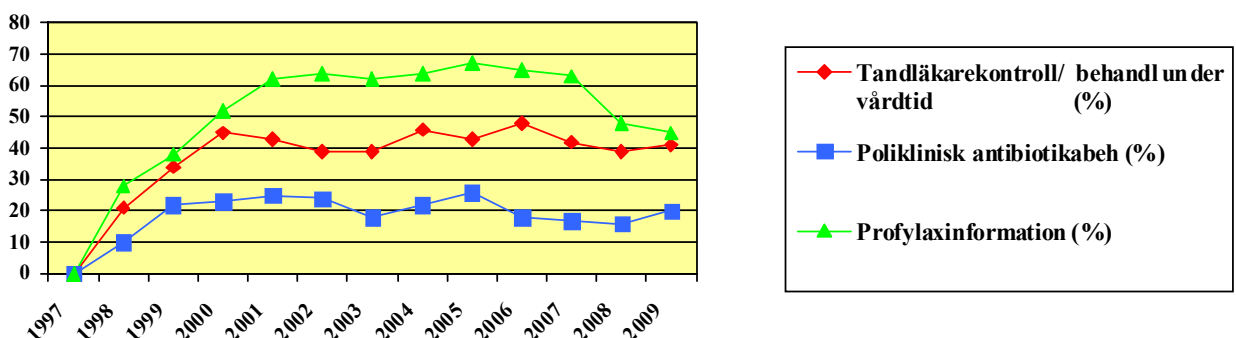
Se bifogad figur över kirurgi under behandling från registret

Andel patienter med akut hjärtkirurgi (%) 1995-2009



Processdata - kvalitetsindikatorer

Tandläkarkontroll och profylaxinformation avspeglar en vilja att förebygga framtida endokardit hos denna uttalade riskgrupp med genomgången endokardit. Nedgången i given profylaxinformation kan avspegla den nutida ändrade policyn ang profylax, dock är genomgången endokardit en stark riskfaktor, och utgör fortfarande en klar indikation för profylax. Poliklinisk behandling vid okomplicerade fall kan säkerligen övervägas vid ytterligare många fall, om vårdstruktur finnes.



Vårdtid

År 2009 är medelvårdtiden 31 dagar. Vårdtid saknas för 56 (23%) av patienterna, pga datum för inläggning eller utskrivning ej är ifyllt. Kortare vårdtid ≤ 21 dagar hade 72 (29%) av patienterna. Dessa siffror kräver en närmare analys, men kan tolkas som att poliklinisk eller avkortad behandling i utvalda fall har ökat i omfattning.

Slutsatser

Rapportering till det nya internetbaserade registret sker vid de flesta kliniker. Dröjsmål till registrering, dock är fullständig rapportering är det mest väsentliga, även om det sker av ansvarig enbart halvårs- eller helårsvis. Täckningsgrad bör ökas. I för stor utsträckning saknas data om klinisk utläkning och återbesöksrapport. Det planerade datasystemet för att kunna integrera det gamla och nya registret samt kunna utföra mer genomgripande delanalyser är under utarbetande.

100330

Lars Olaison