# Rapport

# Bakteriologiska Medicinska Kvalitetsindikatorer

# 2009

Referensgruppen i klinisk bakteriologi för
**Föreningen för Medicinsk Mikrobiologi**

Arbetsgrupp: Lena Dillner, Sture Löfgren, Magnus Thore, Britt Åkerlind

## Rapport, Medicinska kvalitetsindikatorer (MKI) 2009

Under år 2006 presenterade FMM i samarbete med referensgrupperna för bakteriologi och virologi fyra MKI för specialiteten klinisk bakteriologi och virologi En MKI skall belysa viktiga aspekter på vårdens kvalitet och kunna användas som grund för kvalitetsförbättringar. Aktuella MKI berör i huvudsak laboratoriernas processer med fokus på den ”vårdnytta” vi gör med våra insatser och presenteras på http://www.mikrobiologi.net under aktuella nyheter. MKI har sedan modifierats för att underlätta rapporteringen. Senaste varianterna av MKI presenterades våren 2009.

Laboratorierna ombads att besvara frågorna i de fyra MKI och skicka in svaren till respektive referensgrupp för sammanställning. Så har också skett vid några tillfällen tidigare, men antalet laboratorier som skickat in resultat har varit få, varför meningsfulla sammanställningar inte kunnat presenteras. Denna gång är svarsfrekvensen bättre (14 labb) men ändå är målet inte riktigt nått tycker vi. Nedan presenteras resultaten som kan utgöra en fingervisning om kommande värden på nyckeltalen.

Nedan följer en sammanställning baserad på inskickade resultat 2009.

### MKI A (MRSA; svarsrutin i relation till klinisk relevans)

**Nyckeltal** Andelen MRSA-neg prov och patienter som besvarats (eller skulle kunna ha besvarats) senast dagen efter det att prov/en kommit till laboratoriet.

**Resultat**

Andelen **MRSA-negativa konsekutiva prov och patienter** som besvarats senast arbetsdagen efter att proven kommit till laboratoriet.

| Laboratorium | Antal negativa prov besvarade senast dagen efter de anlänt till laboratoriet | % | Antal negativa patienter besvarade senast dagen efter de anlänt till laboratoriet | % |
|---|---|---|---|---|
| **1** | 82/286 | 29 | - | - |
| **2** | 105/116 | 91 | 30/39 | 77 |
| **3** | 355/1206 | 29,5 | - | - |
| **4** | 1 113/1584 | 70 | 329/466 | 71 |
| **5** | 87/103 | 84 | 29/35 | 83 |
| **6** | 0/248 | 0 | 0/30 | 0 |
| **7** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **8** | - | - | - | - |
| **9** | 153/201 | 76,1 | 45/53 | 84,9 |
| **10** | 214/868 | 24,7 | 75/278 | 27 |
| **11** | 751/1173 | 64 | 241/391 | 62 |
| **12** | 95/107 | 89 | 32/35 | 91 |
| **13** | - | - | - | - |
| **14** | 286/448 | 64 | 25/36 | 69 |
| **Samtliga** | 3 241/6340 | 51,1 | 806/1363 | 59,1 |

**Kommentar från referensgruppen i bakteriologi**: Av de fjorton laboratorier som besvarat frågorna hade tre ännu inte satt upp molekylärbiologisk metod. För de som använder PCR (11 labb) varierade andelen negativa prov som var färdiga dagen efter ankomsten kraftigt mellan 24,7 -91 %. Det är självklart av större kliniskt intresse att snarast möjligt besvara enskild ”negativ” patient, från vilken oftast flera prov tas samtidigt. Här visade siffrorna mellan 27-91 %, vilket också är något lågt. Resultaten är något sämre för vissa labb än de 80-90 % som anges som riktmärke för molekylärbiologisk diagnostik av MRSA i **Referensmetodik I2, 2:a upplagan, 2005, sidorna 311-12, ”Screening enligt Halmstadmodellen”.** Det torde med andra ord finnas möjligheter att ytterligare optimera metoden. Kanske beror de stora variationerna delvis på olika svarsrutiner?

**MKI B (Blododlingar:** Mäter logistik och rutiner**)**

En blododling tas från patient med potentiellt livshotande tillstånd, och är därför att betrakta som akutprov. Det ska snarast inkuberas i rätt miljö. Med detta avses inkubatorsystem för blododlingar samt beredskap att vid positiv signal kunna omhändertas enligt laboratoriets rutiner.

**Nyckeltal**. Andelen blododlingar som kommer in i rätt miljö samma dag och dagen efter från provtagningstillfället.

**Resultat**

| Laboratorium | Antal blododl | Rätt miljö samma dag (%) | Rätt miljö dagen efter (%) | Rätt miljö >2 dagar (%) |
|---|---|---|---|---|
| **1** | 623 | 241 (39) | 380 (61) | 2 (0,3) |
| **2** | 215 | 59 (27) | 142 (66) | 14 (7) |
| **3** | 515 | 505 (98,1) | | |
| **4** | 2119 | 917 (43,3) | 1175 (55,4) | 27 (1,3) |
| **5** | 607 | 259 (43) | 341 (56) | 7 (1) |
| **6** | 738 | 226 (30) | 485 (66) | 27 (4) |
| **7** | 340 | 142 (42) | 164 (48) | 34 (10) |
| **8** | 1535 | 941 (61,3) | 548 (38) | 11 (0,7) |
| **9** | 182 | 91 (50) | 90 (49,5) | 1 (0,5) |
| **10** | 616 | 457 (74) | 47 (8) | 112 (18) |
| **11** | 2324 | 1018 (43,8) | 1258 (54,1) | 48 (2,1) |
| **12** | 237 | 95 (40) | 142 (60) | 0 (0) |
| **13** | 656 | 265 (40) | 369 (56) | 22 (3) |
| **14** | 463 | 138 (30) | 325 (70) | 0 (0) |
| **Samtliga** | 11 125 | 5 354 (48,1) | 5 466 (49,1) | 305 (2,8) |

**Kommentar från referensgruppen i bakteriologi**:
Nyckeltalet för denna MKI kan anges som andelen blododlingar som kommer in i rätt miljö samma dag eller senast dagen därpå (1 - 42 timmar från provtagningstillfället). Ett prov som kommit in samma dag kan vara upp till 18 timmar gammalt. Ett prov som kommer i dagen efter kan ha varit på i värsta fall upp till 42 timmar. Ofta kommer enligt kommentarerna ett prov taget på kvällen till labb

efter stängningsdags och inkuberas men registreras först dagen därpå, det vill säga inom cirka 12 - 15 timmar. Sådana prov tas inte om hand vid positiv förrän dagen därpå

I medeltal kommer knappt hälften (48,1 %) av alla tagna blododlingar in i rätt miljö samma dag som provtagningen skett. Detta innebär att de är cirka 1 – 18 timmar gamla, de flesta sannolikt < 8 timmar. Den stora majoriteten av proverna (97, 2 %) är omhändertagna senast dagen efter provtagning vilket är acceptabelt med hänsyn till labbens öppettider, registreringrutiner etc. De flesta av dessa är troligen inkuberade < 24 timmar efter provtagningen, men i sämsta fall har 42 timmar hunnit gå sedan provtagningen. Tyvärr tillåter inte dagens sätt att registrera proverna en mer ingående analys av detta. Prov som kommer in i rätt miljö först två dagar efter provtagningen (knappt 3 %) inte anses vara optimalt behandlade. Här varierade uppgifterna från 0 -18 %.

För referensgruppen i bakteriologi

Magnus Thore