

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring ved St. Olavs Hospital HF



Sammendrag

Sykehusets antibiotikapolisy er alminnelig kjent blant leger og ledere. Det er lagt et godt grunnlag for rasjonell antibiotikabruk med utstrakt undervisning og opplysningsvirksomhet, og gode antibiotikaforbruksrapporter. De enkelte klinikkene/enhetene er ikke ansvarliggjort for egne målsetninger når det gjelder reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika, og de har i liten grad satt i verk tiltak for antibiotikastyring. Bruk av utvalgte bredspektrede midler var redusert med 6 % per 2. tertial 2017, men var noe høyere enn i 2015 og 2016. Dersom St. Olavs hospital skal nå målet om 30 % reduksjon ved utgangen av 2020 må arbeidet med antibiotikastyring intensiveres i ledelsen og i de kliniske enhetene.

Råd om videre arbeid

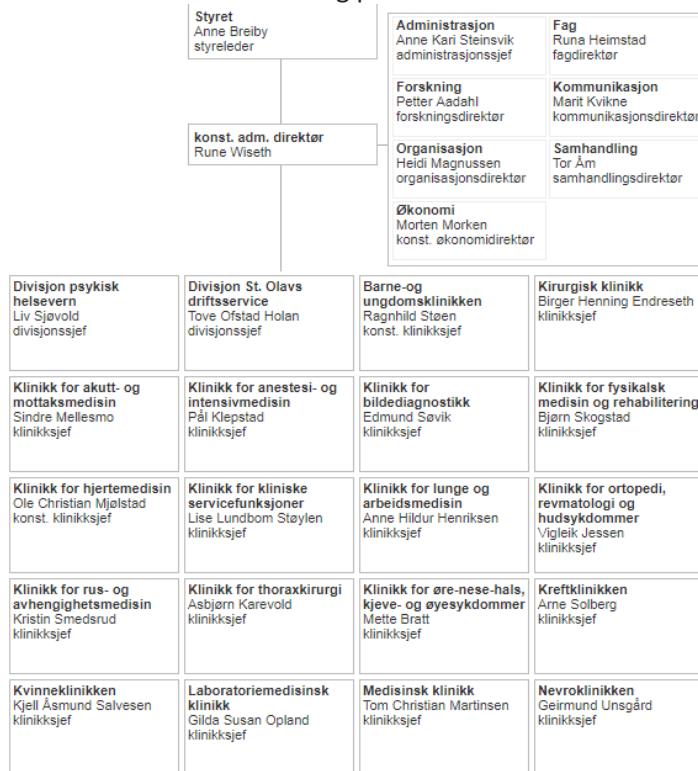
Sørge for at lederlinjen tar en mer aktiv rolle i styring og kontroll over antibiotikabruken. De kliniske enhetene bør ansvarliggjøres med etablering av lokale mål og målsetninger, og det bør opprettes lokale a-team. Uklarhet rundt a-teamets forankring og ressurser bør avklares, og det må legges til rette for at sykepleiere i klinisk arbeid kan delta. Sørge for at det er kun den nasjonale retningslinjen som brukes, og sørge for at lommeutgaven er lett tilgjengelig for kliniske medarbeidere. A-teamet må i større grad fasilitere prosessene rundt antibiotikastyring i enhetene. Det anbefales å ta i bruk systematisk revurdering av antibiotikabehandling etter 2-3 dager og andre antibiotikastyringstiltak. En bør begynne i én eller noen få enheter der forholdene ligger til rette for det (forbedringspotensial, motivasjon, struktur), og sørge for at disse deler erfaringene med andre enheter. Vurdere om e-læringskurset skal gjøres obligatorisk for noen grupper, evt. for alle leger, og om det kan brukes i lokal undervisning. Innføre rutiner som sikrer at antibiotikabehandling dokumenteres og begrunnes. Dokumenter som utarbeides av a-teamet (f. eks. rapporter, antibiotikastyringsprogram) kan med fordel deles opp og bør rettes mot spesifikke målgrupper samt angi hvem som har ansvar for oppfølging.

Innhold

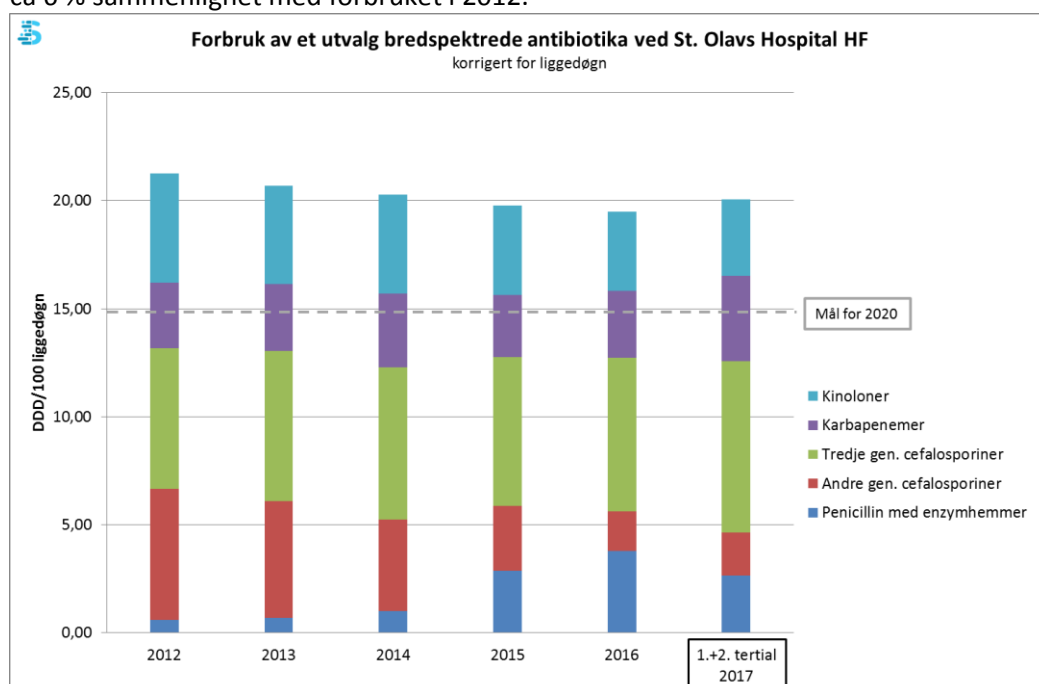
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam	4
5. Gjennomføring av revisjonen	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser	5
7.3. Antibiotika-team (A-team)	6
7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk.....	6
7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus	6
7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå.....	7
7.7. Rapportering av antibiotikabruk	7
7.8. Rapportering av resistensforhold.....	8
7.9. Foretakets egne forslag til tiltak og forbedringsområder framkommet under intervjuene og sluttmøtet.....	8
8. Råd om videre arbeid	8
9. Vedlegg.....	9

1. Innledning

St. Olavs Hospital HF er universitetssykehus og eies av Helse Midt-Norge RHF. Sykehuset tilbyr spesialisert behandling til befolkningen. I tillegg har sykehuset oppgaver innen forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. St. Olavs hospital driver betydelig virksomhet flere steder i Trøndelag fylke. I tillegg til aktiviteten på Øya i Trondheim, har HFet somatisk aktivitet i Orkdal og på Røros.



St. Olavs Hospital HF har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 6 % sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad St. Olavs Hospital HF har etablert og kommet i gang med antibiotikastyring i samsvar med [Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten](#), og hvordan status er for arbeidet med å nå målet om 30% reduksjon i forbruk av bredspektrede antibiotika.

Formålet er å identifisere eventuelle forbedringspunkter og gi råd om videre arbeid. Revisjonen er frivillig og begrepene avvik og merknad brukes ikke i revisjonsrapporten.

Revisjonen er gjennomført av [Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten](#), heretter omtalt som KAS.

3. Revisjonsgrunnlag

- [Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten kap. 5.1](#)
- [Oppdragsdokument 2017 Helse Midt-Norge RHF](#)
- [Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten §2-2 a pkt 2,3](#)
- [Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus \(heretter kalt Retningslinjen\)](#)
- [Forskrift om Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner \(NOIS-registerforskriften\) §2-1, 2-2](#)

4. Revisjonsteam

Revisjonsleder: Per Espen Akselsen, overlege og faglig leder, KAS

Fagrevisor: Marion Neteland, farmasøyt og rådgiver, KAS

5. Gjennomføring av revisjonen

Revisjonsbesøket ble gjennomført i løpet av én dag, 7. februar 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør (telefonintervju 8.2.2018)
- Ledere: klinikkssjef Medisinsk klinikk, avdelingssjef leger blodsykdommer, seksjonsleder palliasjon Kreftklinikken, avdelingssjef leger Lungemedisinsk avdeling, avdelingssjef leger Kirurgisk klinikk, klinikkssjef Kirurgisk klinikk
- 4 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: overlege fra Klinikk for ortopedi, seksjonsoverlege Lungemedisinsk avdeling, overlege fra Kreftklinikken, overlege mamma/endokrin Kirurgisk klinikk, overlege urologi Kirurgisk klinikk
- LIS-leger: 2 fra Kirurgisk klinikk, 1 fra Kreftklinikken, 1 fra klinikk for ortopedi, 1 fra Lungemedisinsk avdeling, 1 fra Gastromedisinsk avdeling
- Sykepleiere: 2 fra Lungemedisinsk avdeling og 1 fra Gastrokirurgisk sengepost

Tilsendt dokumentasjon ble gjennomgått i forkant av revisjonsbesøket.

Intervjuobjektene har vært fra noen utvalgte avdelinger/enheter og revisjonen gir derfor begrenset grunnlag for å si noe om status for antibiotikastyring i andre deler av foretaket.

6. Fokusområder i revisjonen

- Antibiotikapolisy og målsetninger
- Ansvar, oppgaver og ressurser
- Antibiotika-team (A-team)
- Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk
- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus
- Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå
- Rapportering av antibiotikabruk
- Rapportering av resistensforhold

7. Observasjoner og vurderinger

7.1. Antibiotikapolisy og målsetninger

Observasjoner

Sykehusets antibiotikapolisy er rasjonell bruk av antibiotika og minst mulig bruk av bredspektrede antibiotika og dette er alminnelig kjent i sykehuset. Policy er nedfelt i antibiotikastyringsprogrammet som ble godkjent i 2016. Antibiotikastyringsprogrammet har vært behandlet i sykehusledelsen og er også lagt fram for styret. Målsetning om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika er delvis kjent på ledernivå, men i liten grad blant kliniske medarbeidere. De enkelte klinikkene/enhetene er ikke ansvarliggjort for egne målsetninger når det gjelder reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika. Det er tidligere utarbeidet milepælsplan, men den er ikke oppdatert.

Revisjonens vurderinger

De overordnede prinsipper om rasjonell antibiotikabruk virker å være godt kjent i organisasjonen mens konkrete målsetninger er mindre kjent. Antibiotikastyringsprogrammet er et omfangsrikt dokument som gaper over både antibiotikapolisy, råd til klinikere om god praksis, kompetansefremmende tiltak og forbedringstiltak. Programmet er i liten grad operasjonalisert når det gjelder ansvar eller tidsplan. Revisjonen vurderer at disse forholdene vil gjøre det vanskelig å nå målet om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede midler.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Ansvar for antibiotikastyring er forankret hos administrerende direktør og fagdirektør. A-teamet er tillagt oppgaven med implementering. Leder for a-teamet er formelt ansatt ved det regionale smittevernsenteret som koordinator for arbeidet med rasjonell antibiotikabruk i regionen. Smittevernenheten ligger under kvalitetssjef som igjen er underlagt fagdirektør. Fagdirektør oppgir at i henhold til praksis for regionale stillinger skal leder for a-teamet bruke 50 % av sin arbeidstid ved St Olavs hospital. Leder for a-teamet angir at han selv ikke har avsatt spesifikk tid til å arbeide med antibiotikastyring ved St. Olav, og mener at den som skal lede a-teamet bør være ansatt ved St. Olavs hospital. Utenom leder for a-teamet er det ikke avsatt spesifikk tid til arbeidet med antibiotikastyring, hverken for de andre medlemmene i a-teamet, eller for medarbeidere i kliniske enheter.

Revisjonens vurderinger

Enhetene er ikke ansvarliggjort for antibiotikastyringstiltak eller måloppnåelse. Det kan synes som om at enhetene oppfatter at deres ansvar er å sikre kompetent og riktig antibiotikabehandling til pasientene, mens behovet for antibiotikastyring i liten grad er

erkjent verken hos ledere eller forskrivende leger. Det er behov for en avklaring mellom ledelse og a-team med tanke på ressurser og hvilken formell tilknytning leder for a-teamet skal ha, og det synes nødvendig at det også settes av ressurser til antibiotikastyring i de kliniske enhetene.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

A-teamet innehar svært god farmasøyt- og legekompetanse (infeksjonsmedisin, mikrobiologi og klinisk farmakologi) og har hyppige møter. Teamet erfarer at det er problematisk for sykepleierne som er med i teamet å få frigitt tid til å delta på A-teamets møter. A-teamet uttrykker at de ønsker seg mer forbedringskompetanse, og også mer kompetanse når det gjelder kommunikasjon og hvordan nå fram til klinisk personell med et budskap. Det er tidligere utarbeidet en milepælsplan som i hovedsak mangler tydelige delmål/milepæler, og som ikke virker å være fulgt opp.

Revisjonens vurderinger

En bør sørge for at a-teamet har tilgang til sykepleiefaglig kompetanse som kan bidra aktivt når det gjelder implementering. Det gjelder både forbedringskompetanse og «liaison»-funksjon i enhetene. Antibiotikastyringsprogrammet beskriver en rekke tiltak som i liten grad er implementert, og der det er uklart hvem som har ansvar for implementering. A-teamet bør utarbeide en plan for måloppnåelse inkludert milepælsplan, og også kommunikasjonsstrategi eller kommunikasjonsplan. Det er gjort et grundig arbeid med utarbeiding av dokumenter, mens det er mer uklart hvem som er målgruppen for dokumentene, og budskapet i dokumentene bør spisses.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. Fagdirektør oppgir at legers kompetanse innen legemiddelhåndtering generelt blir kartlagt. E-læringskurset i antibiotikabruk i sykehus finnes i kompetanseportalen og det er tilrettelagt for at ledere kan bestemme at det er obligatorisk for sine medarbeidere. Så langt er det ikke gjort obligatorisk for noen grupper. Kurset, og hvor det er tilgjengelig, er i liten grad kjent blant forskrivende leger og ledere. Undervisning, opplysningsvirksomhet og infeksjonsmedisinsk tilsyn virker hittil å ha vært a-teamets hovedinnsatsområde. Sykepleiergruppen har i liten grad fått undervisning om antibiotika.

Revisjonens vurderinger

Ledelsen mangler oversikt over legers kompetanse og evt. opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk, men det er satset mye på undervisning og kompetanseoppbygging for leger. E-læringskurset kan være et virkemiddel for å øke kompetansen både hos leger og sykepleiere.

7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

Observasjoner

Det er besluttet i hovedledelsen og beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet at den nasjonale faglige retningslinjen er gjeldende. Retningslinjen virker å være kjent blant klinisk personell og brukes aktivt. St. Olavs antibiotikaveileder fra 2009 er til dels fortsatt i bruk blant leger, fordi den er mer omfattende enn lommeutgaven (kortversjonen) av den nasjonale

retningslinjen. Lommeutgaven er i liten grad kjent blant klinisk personell og det er ikke rutiner for at nye leger får den utdelt. Det er varierende i hvilken grad begrunnelse for antibiotikabehandling dokumenteres. Det er vedtatt at det er kurven som skal inneholde dagsaktuell informasjon, men foreløpig er ikke dette innarbeidet når det gjelder dokumentasjon av eller begrunnelse for antibiotikabehandling. Det ikke egne rutiner for dokumentasjon når retningslinjen fravikes.

Revisjonens vurderinger

Det er uheldig at St. Olavs antibiotikaveileder fra 2009 fortsatt brukes. Lommeutgaven av den nasjonale retningslinjen bør i større grad distribueres blant klinisk personell.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Undervisning på legemøter har vært gjennomført i en stor andel av klinikker/avdelinger. Infeksjonsmedisiner gjennomfører antibiotikavisitt ukentlig ved ortopedisk avdeling, og det er planer for å utvide dette til hele Kirurgisk klinikk. Andre tiltak som systematisk [revurdering etter 48-72 timer](#), [academic detailing](#) eller [audit med feedback](#) har ikke vært benyttet. Kreftklinikken oppgir at de revurderer antibiotikabehandlingen dag 3, men dette er ikke formalisert. Tavlemøter har hittil i liten grad vært benyttet i foretaket, bedre antibiotikabruk har ikke vært tema. Det opplyses også at tavlemøtene i hovedsak gjennomføres av og for sykepleierne og at leger i liten grad deltar.

Revisjonens vurderinger

Vårt inntrykk er at undervisning og kompetanseheving for antibiotikaforskriving til individer og spesifikke diagnoser har vært det viktigste tiltaket. En har i liten grad tenkt system og ikke benyttet aktuelle verktøy for antibiotikastyring. Vi tror også det er viktig at sykepleiergruppen involveres slik at det blir en reell tverrfaglighet. Samarbeid som i dag eksisterer rundt rekvirering av mikrobiologiske prøver og oppfølging av prøvesvar kan formaliseres og evt. utvides.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

A-teamet utarbeider detaljerte og innholdsrike årsrapporter over antibiotikaforbruk (basert på salgsdata), inkludert kommentarer til de enkelte enheters antibiotikabruk. Rapporten distribueres til ledere, men i liten grad til kliniske medarbeidere. Fra 2017 er det utarbeidet tertialvise rapporter som er presentert for legegruppen i enkelte klinikker. Rapportene har vært presentert for hovedledelsen, er ikke satt inn i årshjul. A-teamet har opprettet en intranettside for antibiotikastyring der det blant annet publiseres antibiotikarapporter på enhetsnivå. Denne siden og at det utarbeides antibiotikarapporter for enkeltenheter virker ikke å være kjent blant kliniske medarbeidere. A-teamet angir at de jobber med å utarbeide en «dashboard»-visning av antibiotikaforbruk på enhetsnivå, som planlegges publisert første halvår 2018. Antibiotikadata fra den kvartalsvise [NOIS-PIAH](#)-registreringen blir i liten grad presentert for enhetene.

Revisjonens vurderinger

Rapportene er grundige og gjennomarbeidede, men bør presenteres i en form som gjør dem mer tilgjengelige. Den planlagte «dashboard»-visningen er en mulighet, men må også markedsføres overfor enhetene slik at den blir oppsøkt og brukt. Mulighetene som ligger i

data fra registreringen av antibiotikabruk i NOIS-PIAH bør utnyttes i arbeidet for bedre antibiotikabruk.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Den utarbeidede årsrapporten «Antibiotika og resistens» inneholder også en egen del om resistensforhold for viktige mikrober ved St. Olav, sammenlignet med nasjonale resistensforhold (NORM). Denne delen av rapporten er lite kjent blant ledere og kliniske medarbeidere. Dataene er ikke tilgjengeliggjort f.eks. på intranett. Flere kliniske medarbeidere var kjent med de interaktive kartene over nasjonale resistensforhold (NORM-atlas).

Revisjonens vurderinger

Rapportene over resistensforhold er detaljerte og gode. A-teamet må sørge for at lokale resistensforhold blir gjort lett tilgjengelig og blir kjent, særlig blant forskrivende leger.

7.9. Foretakets egne forslag til tiltak og forbedringsområder framkommet under intervjuene og sluttmøtet

Fagdirektør og ledere framhever kompetanseoppbygging hos legene, og infeksjonsmedisinsk rådgiving. Det blir bedt om tydeligere styring og prioritering av innsatsområder fra ledelsen. Målsetting om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede bør gjøres mer kjent. Legene anga at det trolig er en overbehandling av pneumonier og UVI. Det er i tillegg potensiale for å korte ned på behandlingens lengde og raskere gå over til peroral behandling. En utfordring er at sepsistilsynet skal ha ført til lavere terskel for raskt å starte bredspektret behandling i akuttmottak. Det er ønske om flere tverrfaglige arenaer mellom leger og sykepleiere i klinisk praksis, f. eks. tavlemøter, men også for felles kompetanseheving.

Revisjonens vurderinger

De framkomne forslagene er gode og relevante. Når det gjelder lavere terskel for antibiotikabehandling ved mistanke om sepsis kan systematisk revurdering av indikasjon/behandlingsvalg på et tidlig tidspunkt være et kompenserende tiltak. Det er også mulig det trengs mer fokus på at oppfyllelse av sepsiskriteriene ikke nødvendigvis er behandlingsindikasjon, men først og fremst inngangsport til mer nøye vurdering og overvåking.

8. Råd om videre arbeid

1. Sørge for at lederlinjen tar en mer aktiv rolle i styring og kontroll over antibiotikabruken.
2. De kliniske enhetene bør ansvarliggjøres med etablering av lokale mål og målsetninger, og det bør opprettes lokale a-team.
3. Uklarhet rundt a-teamets forankring og ressurser bør avklares.
4. Sørge for at det er kun den nasjonale retningslinjen som brukes, og sørge for at lommeutgaven er lett tilgjengelig for kliniske medarbeidere.
5. Det anbefales å ta i bruk systematisk revurdering av antibiotikabehandling etter 2-3 dager og andre antibiotikastyringstiltak. En bør begynne i én eller noen få enheter der forholdene ligger til rette for det (forbedringspotensial, motivasjon, struktur), og sørge for at disse deler erfaringene med andre enheter.

6. Vurdere om e-læringskurset skal gjøres obligatorisk for noen grupper, evt. for alle leger, og om det kan brukes i lokal undervisning for å avlaste a-teamet.
7. Innføre rutiner som sikrer at antibiotikabehandling dokumenteres og begrunnes.
8. Dokumenter som utarbeides av a-teamet (f. eks. rapporter, antibiotikastyringsprogram) kan med fordel deles opp og bør rettes mot spesifikke målgrupper samt angi hvem som har ansvar for oppfølging.

9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide St. Olavs Hospital HF
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon