

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring ved Sykehuset i Vestfold HF



Sammendrag

Sykehuset i Vestfold har oppnådd en imponerende nedgang og nådde i 2017 regjeringens målsetning om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika. A-teamets strategiske arbeid, god lederforankring og forplikning av ledere er trolig suksessfaktorer. Antibiotikabruk er et rapportpunkt i månedlig rapportering for klinikkene, men de har ikke egne målsetninger. Retningslinjen er godt kjent og innarbeidet, og det er også kjent ut i sykehuset at bruk av bredspektrede antibiotika bør reduseres. Antibiotikaforbruksrapporter er i begrenset grad kjent blant klinisk personell. Revurdering etter 48-72 timer brukes ved noen enheter i forbindelse med tavlemøter/risikomøter, andre systematiske tiltak er ikke benyttet i særlig grad. Sykepleiere i de kliniske enhetene er lite involvert i antibiotikastyring. Intervjuobjektene kommer med flere gode, konkrete forslag for bedre antibiotikabruk.

Råd om videre arbeid

Sykehuset bør sette videre mål for rasjonell antibiotikabruk selv om 30 % reduksjon er oppnådd. Det bør utarbeides egne tilpassede målsetninger for klinikkene. En kan etablere kontaktpersoner for antibiotikastyring i viktige klinikker/enheter. Det bør opprettes en lett tilgjengelig intranettside for a-teamet, der forbruksrapporter, resistensrapporter, eksempler fra lokalt forbedringsarbeid mm kan publiseres. Det anbefales at enhetene i større grad tar i bruk systematisk revurdering etter 48-72 timer, og andre systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk. Det bør vurderes om tavlemøter/risikomøter i større grad kan benyttes til antibiotikastyring, og disse bør inkludere både sykepleiere og leger. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring, og det bør konkretiseres hvilke oppgaver de har og kan ha i forbindelse med antibiotikastyring. Det er behov for kompetansehevende tiltak rettet mot sykepleiere.

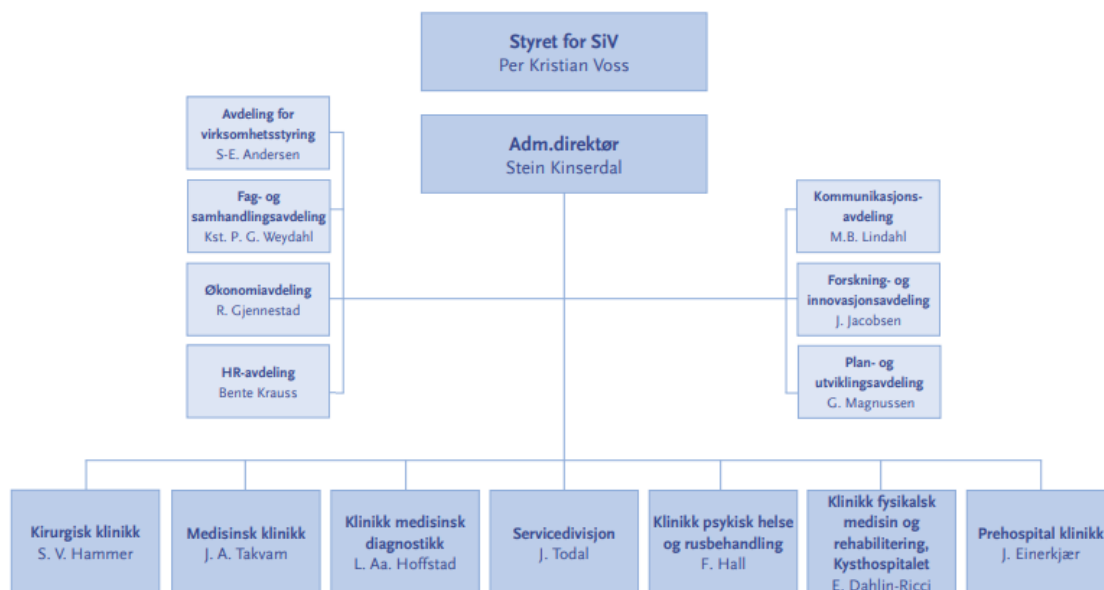
Innhold

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.....	7
7.9. Foretakets egne forslag til tiltak og forbedringsområder framkommet under intervjuene og sluttmøtet.....	7
8. Råd om videre arbeid	8
9. Vedlegg.....	8

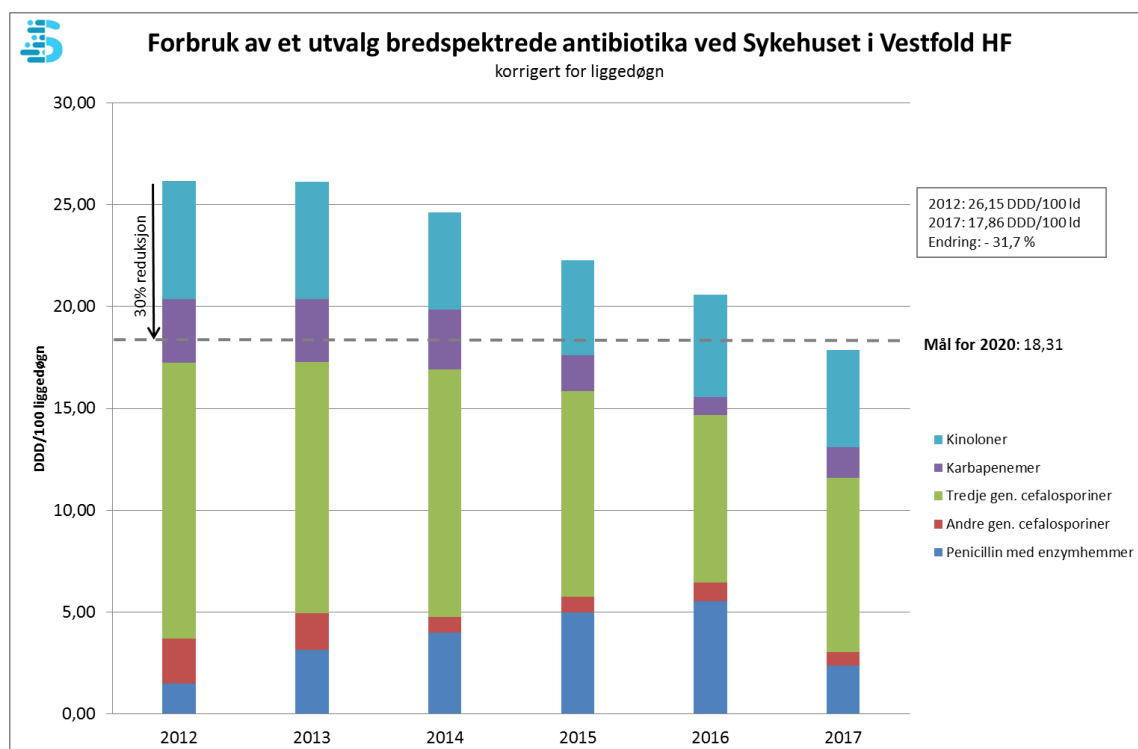
1. Innledning

Sykehuset i Vestfold (SiV) er et områdesykehus for Vestfold fylke og har ansvar for å gi spesialisthelsetjenester til befolkningen i Vestfold. Spesialisthelsetjenestens oppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Organisasjonskart Sykehuset i Vestfold



Sykehuset i Vestfold HF har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 32 % sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Sykehuset i Vestfold 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 2018 Helse Sør-Øst 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 overvåkingsystem 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, 11. juni 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør
- Ledere: klinikkssjef Medisinsk klinikk, klinikkssjef Kirurgisk klinikk, seksjonsleder fag gastrokirurgi Kirurgisk klinikk, seksjonsoverlege lunge Medisinsk klinikk
- 5 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: overlege infeksjon Medisinsk klinikk, overlege lunge Medisinsk klinikk, overlege gastromedisin Medisinsk klinikk, overlege gastrokirurgi Kirurgisk klinikk
- LIS-leger: 2 fra Medisinsk klinikk og 1 fra Kirurgisk klinikk
- Sykepleiere: 1 fra gastrokirurgi, 1 fra medisinsk overvåkning og 2 fra infeksjon/hematologi

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

- Antibiotikapolicy 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. Antibiotikapolicy og målsetninger

Observasjoner

Sykehuset har ikke en vedtatt eller skriftlig policy, men i organisasjonen er det en generell forståelse av at en skal følge nasjonal retningslinje. Problemstillingen med overforbruk av bredspektrede midler, særlig cefotaksim, er kjent blant ledere og i de kliniske enhetene. En har fokusert på de målsetninger som er angitt i handlingsplanen. SiV har oppnådd en betydelig nedgang i bruken av bredspektrede antibiotika, og nådde i 2017 målet om minst 30 % reduksjon. Fagdirektør og a-team angir at selv om det overordnede målet nå er nådd, vil en arbeide med å sette opp nye målsetninger for antibiotikabruk, og at arbeidet for bedre antibiotikabruk må fortsette. Det erkjennes at det var svært høy bruk i 2012 (utgangspunktet for målsetningen), og at sykehuset fortsatt ligger litt over landsgjennomsnittet. Det er ikke utarbeidet egne, tilpassede målsetninger for de enkelte klinikker/avdelinger.

Revisjonens vurderinger

Sykehuset kan vise til at det er ett av 3 i Norge som ved utgangen av 2017 har nådd målet om 30% reduksjon på grunn av godt systematisk arbeid for bedre antibiotikabruk gjennom flere år. Det er imidlertid gode grunner til å utarbeide nye målsetninger og fortsatt å ha fokus på rasjonell antibiotikabruk.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Fagdirektør har det overordnede ansvaret. A-teamet har ansvar for aktivitetene knyttet til antibiotikastyring og rapporterer til fagdirektør. De enkelte klinikkene/avdelingene er ansvarliggjort gjennom lederavtalene og månedlige rapportering av antibiotikabruk, men ikke på egne, tilpassede målsetninger. Antibiotikateamet har hatt en infeksjonsmedisiner/smittevernlege i 50 % stilling til smittevern og antibiotikastyring (leder av teamet). Nylig er stillingen økt til 100 %. Farmasøyt har 20 % arbeidstid avsatt til arbeidet med antibiotikastyring, og også mikrobiolog og avdelingssjefen for kreft og kirurgi har antibiotikastyring som deloppgaver. Medlemmene i a-teamet skal ha fristilt tid til arbeidet. For øvrig er det ikke avsatt spesifikke ressurser til antibiotikastyring i de kliniske enhetene.

Revisjonens vurderinger

Ansvaret er tydelig fordelt, og dette sammen med ansvarliggjøring av klinikkene som har antibiotikabruk som et av mange rapporteringspunkter anses å være en suksessfaktor.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

Antibiotikateamet er bredt og tverrfaglig sammensatt med god fagkompetanse. Teamet har arbeidet strategisk, sikret god ledelsesforankring og initiert aktiviteter for antibiotikastyring. Teamet angir at det til dels er et problem for medlemmene å få frigjort tid til de månedlige møtene. Antibiotikastyring mangler en egen intranettside, men har samlet sine dokumenter i elektronisk kvalitetssystem.

Revisjonens vurderinger

A-temaet kan utvide kontaktflaten mot de kliniske enhetene og bidra til igangsetting av flere lokale forbedringsprosjekter.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. Riktig antibiotikabruk er ofte tema i den daglige veiledningen/oppfølgingen av LIS-leger i klinisk virksomhet. Sykehuset har god infeksjonsmedisinsk og mikrobiologisk kompetanse. Visitter ved infeksjonsmedisiner og/eller mikrobiolog i noen kliniske enheter bidrar til å øke antibiotikakompetansen hos legene. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus er til dels kjent. I henhold til antibiotikastyringsprogrammet skal dette være obligatorisk for forskrivende leger, men dette er ikke fulgt opp i avdelingene. A-teamet har gjennomført undervisning om rasjonell antibiotikabruk, og presentert forbruksrapporter for legene i sykehuset/avdelingene/enhetene. Sykepleiere ved enkelte enheter har fått undervisning om antibiotika, og antibiotika har også vært tema ved fagdager. For øvrig er kompetansehevede tiltak i liten grad gjennomført for denne gruppen.

Revisjonens vurderinger

Ledelsen mangler oversikt over legers kompetanse og evt. opplæringsbehov når det gjelder Antibiotikabruk. 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

Retningslinjen er godt kjent, godt innarbeidet i sykehuset og benyttes. Nyansatte leger introduseres raskt til retningslinjen, men det er ikke rutiner for å sikre at dette skjer systematisk. Sykepleierne ved infeksjonsseksjonen er kjent med at det finnes en retningslinje, mens denne er mindre kjent blant sykepleiere ved andre enheter. Det uttrykkes at kjennskap til retningslinjen også er av interesse for sykepleiere. Antibiotikabehandling, og begrunnelse for denne blir i hovedsak dokumentert i journal, men ikke alltid.

Revisjonens vurderinger

Retningslinjen virker godt implementert i sykehuset. Lommeutgaven av den nasjonale retningslinjen bør i større grad distribueres blant klinisk personell. Med bedre rutiner for dokumentasjon av antibiotikabehandling kan en øke etterlevelsen.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Flere enheter (infeksjon, gastrokir) har riskikomøter/tavlemøter som inkluderer antibiotikabruk, for gastrokir inngår [revurdering etter 72 timer](#). Det er varierende i hvilken grad tavlemøtene er reelt tverrfaglige. Systematisk revurdering inngår i sjekklister/tavlemøter ved andre enheter, men revurderingen gjøres ikke alltid. Det er gjennomført [audit med feedback](#) ved gastrokirurgisk seksjon og lungemedisinsk avdeling. Noen enheter (intensiv, ortopedi og barneavdelingen) har regelmessig oppfølging av infeksjonsmedisiner/mikrobiolog ([academic detailing](#)).

Revisjonens vurderinger

Antibiotikabruken kan trolig bli mer målrettet og rasjonell dersom systematiske tiltak blir iverksettes i større grad. For å sikre best mulig utbytte av tavlemøtene bør disse være reelt tverrfaglige, dvs. inkludere både sykepleiere og leger.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

A-teamet utarbeider årlige skriftlige rapporter over sykehusets antibiotikabruk. Rapportene behandles i ledergruppemøter og kvalitetsutvalg. Det har vært utarbeidet rapporter for enkelte kliniske avdelinger i forbindelse med undervisning. Rapportene og innholdet i dem er i liten grad kjent blant klinisk personell. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjøres x4 per år, men revisjonen fant ikke at det var hentet ut rapporter, eller at resultater var presentert for og benyttet av kliniske enheter.

Revisjonens vurderinger

Forbruksrapporter på klinikk-/avdelings-/enhetsnivå anses hensiktsmessige og vesentlige for lokalt forbedringsarbeid og bør nok benyttes i større grad. Det samme gjelder resultatene fra NOIS-PIAH-registreringen.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Mikrobiologisk avdeling publiserer årlig detaljerte skriftlige rapporter som distribueres på e-post til ledere og en del klinikere. Rapportene og innholdet virker i liten grad å være kjent blant klinisk personell. En motforestilling mot å publisere rapporten på nett er at dette kan tenkes å øke bruken av bredspektrede midler.

Revisjonens vurderinger

Sykehuset har god oversikt over egne resistensforhold (og forholdene ved Sykehuset Telemark), men rapportene kan med fordel gjøres mer leservennlige med sammendrag over viktige funn og trender. Distribusjon og tilgjengelighet av rapportene kan også forbedres, men må balanseres mot mulige uheldige konsekvenser.

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

Forebygge helsetjenesteassosierte infeksjoner. Bruke kasuistikker og morgenmøter aktivt for å bedre kompetanse hos yngre leger. Kurspakke i ab-forskriving for LIS-leger. Høyere kompetanse i akuttinntak. Kritisk vurdering av opplysninger om penicillin-allergi. Kortere behandlingstid, særlig ved kompliserte infeksjonstilstander som abscesser. Sette

«klammer» for forventet behandlingstid, evt. revurdering av behandling. Overgang til peroral behandling. Bruke visitter ved infeksjonsmedisiner eller mikrobiolog i større grad. Bedre tilgang til forbrukstall for forskrivende leger, gjerne gjennomgang med mikrobiolog eller infeksjonsmedisiner. Utnytte farmasøyter i større grad. Bedre bruk av mikrobiologiske prøver, og kortere svartid. Urin dyrkning også i helgen for inneliggende pasienter. Luftveisprøver – nøyere indikasjonsstilling og kritisk vurdering av resultatet.

8. Råd om videre arbeid

1. Sykehuset bør sette videre mål for rasjonell antibiotikabruk selv om 30 % reduksjon er oppnådd.
2. Det bør utarbeides egne tilpassede målsetninger for klinikkene.
3. En kan etablere kontaktpersoner for antibiotikastyring i viktige klinikker/enheter.
4. Det bør opprettes en lett tilgjengelig intranettside for a-teamet, der forbruksrapporter, resistensrapporter, eksempler fra lokalt forebedringsarbeid mm kan publiseres.
5. Det anbefales at enhetene i større grad tar i bruk systematisk revurdering etter 48-72 timer, og andre systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk.
6. Det bør vurderes om tavlemøter/risikomøter i større grad kan benyttes til antibiotikastyring, og disse bør inkludere både sykepleiere og leger.
7. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring, og det bør konkretiseres hvilke oppgaver de har og kan ha i forbindelse med antibiotikastyring.
8. Det er behov for kompetansehevede tiltak rettet mot sykepleiere.

9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Sykehuset i Vestfold HF
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon