

# Revisjonsrapport: Antibiotikastyring i Helse Nord-Trøndelag HF



## **Sammendrag**

*Helseforetaket har fokus på rasjonell antibiotikabruk. Retningslinjen er godt kjent og godt innarbeidet i foretaket og det er praksis for at antibiotikabehandling dokumenteres. De enkelte klinikkene/avdelingene har ikke satt egne målsetninger og har i liten grad iverksatt systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk. Det er begrensede infeksjonsmedisinske ressurser i helseforetaket, infeksjonsmedisineren er blitt pensjonist og arbeider noen få timer per uke. A-teamet i sin nåværende organisasjonsform har ikke funnet fram til en arbeidsform som gjør at intensjonene i mandatet for antibiotikastyring kan oppfylles. Forbruk av bredspektrede antibiotika har gått ned i perioden 2012 til 2017, men økte igjen 1. tertial 2018.*

## **Råd om videre arbeid**

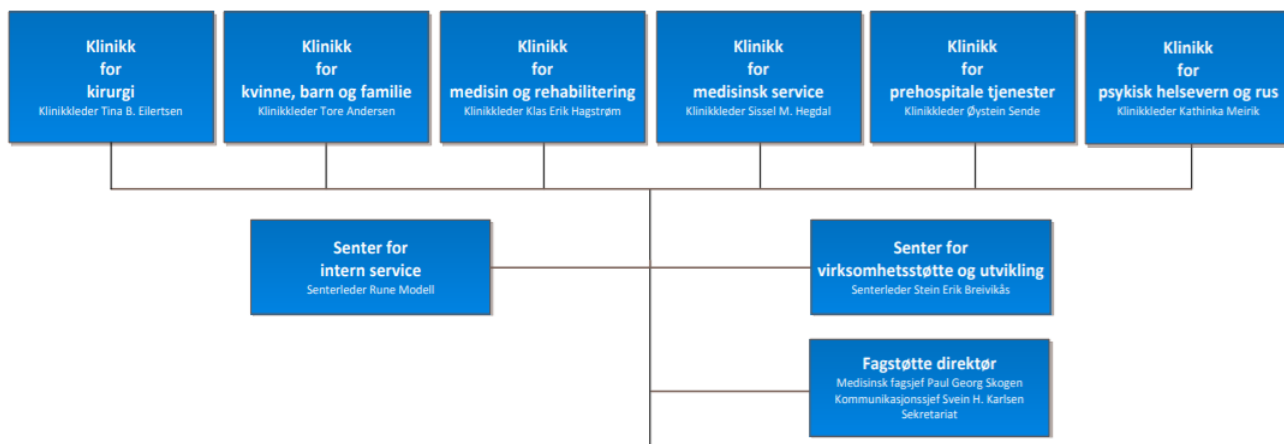
*Det er behov for større ledelsesengasjement i arbeidet med antibiotikastyring. Ledelsen bør også vurdere oppgavefordeling og ressurser. Klinikkene og avdelingene bør i større grad ansvarliggjøres med egne målsetninger og/eller konkrete tiltak for antibiotikastyring. A-teamet bør styrkes med tilførsel av ressurser (avsatt tid/frikjøp) og også organisatorisk. Arbeidsform og møtehyppighet bør vurderes. Det bør utarbeides en kommunikasjonsstrategi og intranettsiden om antibiotikastyring bør i større grad markedsføres og utnyttes. Det anbefales at enhetene i større grad tar i bruk obligatorisk revurdering etter 48-72 timer, og andre systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk. Det bør iverksettes tiltak slik at rapporter og oversikter over antibiotikabruk blir bedre kjent blant klinisk personell. Kliniske farmasøyter og sykepleiere bør i større grad involveres i arbeidet for bedre antibiotikabruk. Det kan være behov for kompetansehevede tiltak overfor disse gruppene.*

## Innhold

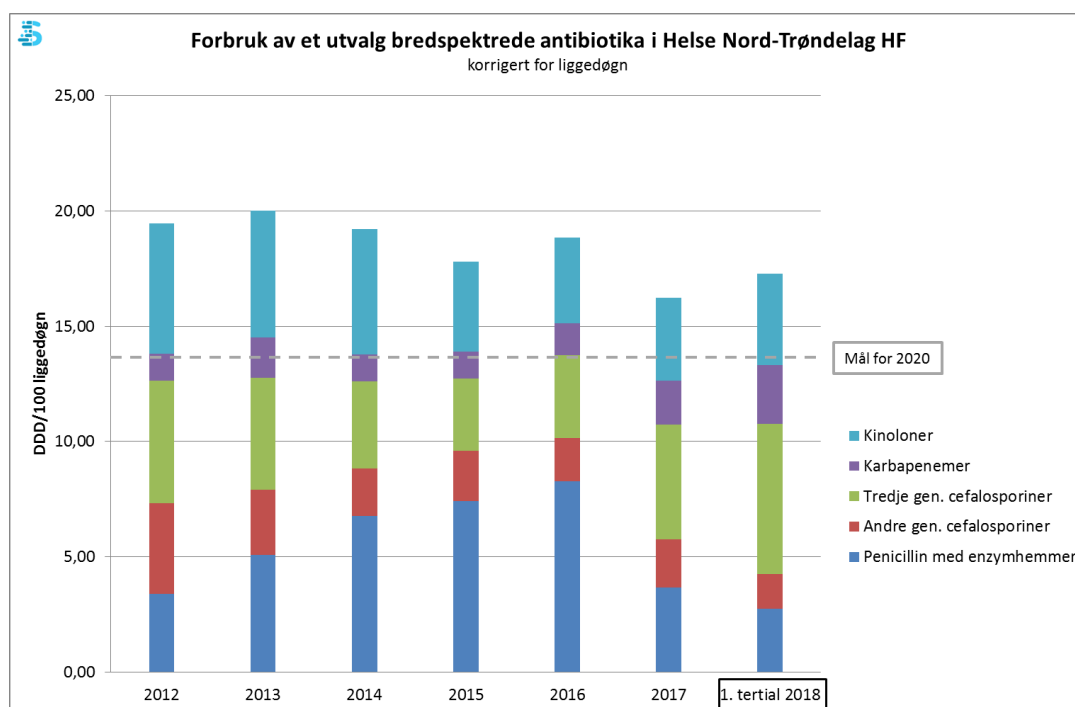
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam .....	4
5. Gjennomføring av revisjonen .....	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser .....	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.....	6
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

Helse Nord-Trøndelag HF har ansvaret for at 190 000 innbyggere i regionen tilbys spesialisthelsetjenester innen fysiske sykdommer (somatikk) og psykiatrisk helsevern. Helseforetaket har drift ved Sykehuset Levanger, Sykehuset Namsos, DPS Stjørdal og DPS Kolvereid.



Helse Nord-Trøndelag HF har pr 1. tertial 2018 redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 11 % sammenlignet med forbruket i 2012.



Kjøp av antibiotika til Distriktsmedisinske sentre (DMS) er ikke inkludert.

## 2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Helse Nord-Trøndelag 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 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, 19. oktober 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Medisinsk fagsjef
- Ledere: avdelingsleder Medisinsk avdeling Levanger, stedfortreder for avdelingsleder Kirurgisk avdeling Levanger, avdelingsleder Kirurgisk avdeling Namsos
- 4 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: overlege Intensiv Levanger, overlege Medisinsk avdeling Levanger, overlege fra Medisinsk avdeling Namsos
- LIS-leger: 1 fra Kirurgisk avdeling Levanger, 1 fra Medisinsk avdeling Levanger, 1 fra Kirurgisk avdeling Namsos, 1 fra Medisinsk avdeling Namsos
- Sykepleiere: 1 fra Kirurgisk avdeling Levanger, 1 fra Kirurgisk avdeling Namsos, 1 fra Medisinsk avdeling Namsos

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

Helseforetaket følger nasjonal retningslinje og de målsetninger som er angitt i oppdragsdokumentet fra Helse Midt RHF, men det er ikke nedfelt i en egen policy. Målsetning om 30 % reduksjon i bruken av bredspektrede antibiotika er delvis kjent i sykehuset. Dette målet er også tatt inn i miljøarbeidet i foretaket. Det er ikke satt delmål for antibiotikabruk (resultatmål) på klinikknivå. Forbruk av bredspektrede antibiotika har gått ned i perioden 2012 til 2017, men økte igjen 1. tertial 2018.

#### Revisjonens vurderinger

Dersom helseforetaket skal ha mulighet til å nå målet om 30% reduksjon innen 2020 må det systematiske arbeidet med antibiotikastyring intensiveres.

### 7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

#### Observasjoner

Medisinsk fagsjef har det overordnede ansvaret. Det foreligger mandat for antibiotikastyring, men ikke et spesifikt mandat for a-teamet. Mandat for antibiotikastyring legger ansvaret for koordinering av antibiotikastyring i helseforetaket til a-teamet. Klinikkene er ansvarliggjort i styringsdokumentet, bl.a. skal det etableres arbeidsgrupper for oppfølging av antibiotikastyingsprogrammet. Revisjonen kan ikke se at dette er gjennomført. Det er ikke avsatt egne ressurser til antibiotikastyring i klinikkene. Ingen av medlemmene i a-teamet har formelt frikjøpt eller avsatt tid til arbeidet med antibiotikastyring. Leder av teamet (smittevernrådgiver) bruker anslagsvis 10 % til antibiotikastyring, farmasøyt ca. 20% til antibiotikarapporter.

#### Revisjonens vurderinger

Antibiotikastyrende aktiviteter bør økes på alle nivåer i organisasjonen. Det er behov for oppdatering/revisjon av dokumentene relatert til antibiotikastyring på flere områder slik at det blir samsvar mellom intensjoner og hva som er gjennomførbart. Det gjelder for eksempel overordnet konkretisering av målsetninger (prosess og resultat) med milepæler, tydeligere oppgavefordeling og aktiviteter i klinikkene. Ressursene som er avsatt til a-teamet er svært knappe.

### 7.3. Antibiotika-team (A-team)

#### Observasjoner

Antibiotikateamet er tverrfaglig sammensatt og har nylig gjennomgått en omorganisering med reduksjon av antallet medlemmer. Det virker ikke som en har funnet fram til en god arbeidsform for å innfri mandatet, og heller ikke god dialog og godt samarbeid med regional antibiotikakoordinator. Teamet har lite legerressurser til rådighet og det uttrykkes ønske om å få inn en lege som kan lede teamet. Teamet kan vise til aktivitet med undervisning i lederfora og for noen kliniske enheter. Det er utarbeidet en sjekklister for revurdering av antibiotikabehandling, og denne er implementert ved noen enheter i Medisinsk klinikk.

#### Revisjonens vurderinger

Sammensetning og ressurstilgang virker i dag ikke optimal. Det kan være hensiktsmessig med et operativt «kjerneteam» som har regelmessige møter. Samtidig må en tilstrebe tilknytning til og forankring i de kliniske enhetene. Teamet trenger legerressurs med infeksjonsmedisinsk kompetanse for å ha legitimitet overfor klinikerne, men det er etter vår vurdering ikke nødvendig at lege leder og organiserer teamet. Vi mener også det er behov for at ledelsen i større grad støtter a-teamet og gjennom linjen etterspør aktivitet.

### 7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

#### Observasjoner

Det er ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse på antibiotikabruk, men det foreligger planer om å utnytte Kompetanseportalen til dette. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus er kun delvis kjent. Helseforetakets infeksjonsmedisiner er gått av med pensjon, men er tilgjengelig i en liten stillingsbrøk i Levanger. Klinikerne angir behov for mer mikrobiologisk og infeksjonsmedisinsk støtte. A-teamet/infeksjonsmedisiner har gjennomført flere undervisninger for leger i kliniske enheter i Levanger.

#### Revisjonens vurderinger

Som lite helseforetak er helse Nord-Trøndelag sårbart når infeksjonsmedisinsk og mikrobiologisk spesialistkompetanse er begrenset til noen få personer. En måte å kompensere på er å øke antibiotikakompetansen hos klinisk personell (leger, sykepleiere og farmasøyter).

### 7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

#### Observasjoner

Retningslinjen er godt kjent og godt innarbeidet i helseforetaket, og den benyttes. Nyansatte leger introduseres til retningslinjen (og får utdelt lommeutgaven). Legene som er intervjuet opplyser at antibiotikabehandling i hovedsak dokumenteres ved enhetene der de arbeider.

#### Revisjonens vurderinger

Helse Nord-Trøndelag har gode rutiner for dokumentasjon av antibiotikabehandling og bruk av retningslinjen.

### 7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

#### Observasjoner

Obligatorisk [revurdering etter 48-72 timer](#) brukes ikke. Det er ikke gjennomført [audit med feedback](#). Mikrobiolog utfører [academic detailing](#) i form av kliniske råd om antibiotikavalg i ukentlige møter i flere enheter i Levanger. Helse Nord-Trøndelag har kliniske farmasøyter

som daglig deltar på previsitter på de fleste enheter. Tavlemøter er innført ved noen enheter, fungerer p.t. som møter bare for sykepleiere. Antibiotikabruk inngår ikke som tema i tavlemøtene. Det foreligger planer om å gjøre dette om til tverrfaglige møter ved Medisinsk avdeling i Levanger. Noen enheter har innført sjekklister for revurdering, men denne fylles ut i varierende grad.

#### **Revisjonens vurderinger**

Antibiotikabruken kan trolig bli mer målrettet og rasjonell dersom systematiske tiltak slik som obligatorisk revurdering og audit iverksettes. Tavlemøter som inkluderer antibiotika kan være et godt systematisk tiltak, men bør da være reelt tverrfaglige, dvs. inkludere både sykepleiere og leger.

### **7.7. Rapportering av antibiotikabruk**

#### **Observasjoner**

Farmasøyt i A-temaet utarbeider egne, detaljerte, tertialvise rapporter på HF-nivå, pr sykehus og til dels på enhetsnivå. Deling av medisinrom mellom ulike spesialiteter er en utfordring for tilbakemelding til enkelte enheter. Antibiotikaforbruksrapporter distribueres i lederlinjen, men når i liten grad ut til klinisk personell, med unntak av når de inngår i undervisning. Rapportene er også tilgjengelige på intranettet. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjøres x2 per år, men bearbejdede rapporter er ikke utarbeidet/presentert for klinisk personell.

#### **Revisjonens vurderinger**

Forbruksrapportene på klinikk-/enhetsnivå anses hensiktsmessige og vesentlige for lokalt forbedringsarbeid og bør nok gjøre kjent i større grad. Resultatene fra NOIS-PIAH-registreringen kan også bearbejdes og benyttes.

### **7.8. Rapportering av resistensforhold**

#### **Observasjoner**

Helseforetaket har eget mikrobiologisk laboratorium i Levanger. Det har ikke vært utarbeidet egne, regelmessige oversikter over resistensforhold, men en rapport over resistensforhold for én mikrobe (E. coli) 2014-2017 er laget som eksempel. Det angis ønske/planer om regelmessig resistensrapportering, men p.t. er det ikke klart hvordan dette kan skje. Mikrobiolog gjennomfører ukentlige kliniske visitter ved flere enheter i Levanger.

#### **Revisjonens vurderinger**

Helseforetaket bør få plass regelmessig rapportering av resistensforhold som en del av antibiotikastyringsprogram slik det er beskrevet i Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten.

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

Ledelsen må være tydeligere i forhold til rett antibiotikabruk. Jobben må gjøres ute i klinikkene. Smittevern/infeksjonsmedisin/mikrobiologi må høyere opp på agendaen og det er nødvendig å skape engasjement og kultur for at dette er viktig. Infeksjonsmedisinsk kompetanse må igjen bli mer tilgjengelig både i a-teamet og undervisning, og som rådgiver for kliniske enheter. Samarbeidet mellom A-teamet lokalt og regionalt kompetansesenter må

bedres. Sikre at alle gjennomgår e-læringskurset. Avvente oppstart av antibiotika, revurdere og de-eskalere. Ha en aktiv seponeringsstrategi. Dokumentere vurderingene som blir gjort. Selektiv rapportering av mikrobiologiske prøvesvar. Litt for lang ab-profylakse på ortopediske pasienter.

## 8. Råd om videre arbeid

1. Det er behov for større ledelsesengasjement i arbeidet med antibiotikastyring. Ledelsen bør også vurdere oppgavefordeling og ressurser
2. Klinikkerne og avdelingene bør i større grad ansvarliggjøres med egne målsetninger og/eller konkrete tiltak for antibiotikastyring
3. A-teamet bør styrkes med tilførsel av ressurser (avsatt tid/frikjøp) og også organisatorisk. Arbeidsform og møtehyppighet bør vurderes
4. Det bør utarbeides en kommunikasjonsstrategi og intranettsiden om antibiotikastyring bør i større grad markedsføres og utnyttes
5. Det anbefales at enhetene i større grad tar i bruk obligatorisk revurdering etter 48-72 timer, og andre systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk
6. Det bør iverksettes tiltak slik at rapporter og oversikter over antibiotikabruk blir bedre kjent blant klinisk personell
7. Kliniske farmasøyter og sykepleiere bør i større grad involveres i arbeidet for bedre antibiotikabruk. Det kan være behov for kompetansehevende tiltak overfor disse gruppene

## 9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Helse Nord-Trøndelag HF
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon