

# Revisjonsrapport: Antibiotikastyring i Helse Førde HF



## **Sammendrag**

*Målsetning om lite bruk av bredspektrede antibiotika er godt kjent i sykehuset, også det konkrete målet om 30 % reduksjon i bruken av bredspektrede midler. Ansvar for antibiotikastyring er tydelig fordelt. De enkelte klinikkene/avdelingene/enhetene er ansvarliggjort gjennom linjen med rapportering av salgstill. A-teamet er tverrfaglig sammensatt, helseforetaket har ikke infeksjonsmedisiner. Teamet er aktivt, velorganisert og synlig og har gjort en god innsats for å øke antibiotikakompetansen hos både leger og sykepleiere. Anerkjente, systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk (obligatorisk revurdering og audit) er i liten grad benyttet. Retningslinjen er godt kjent og innarbeidet. Helse Førde har hatt en betydelig nedgang i bruk av bredspektrede antibiotika siden 2012, og hadde per 2. tertial 2018 nådd målet om 30 % reduksjon.*

## **Råd om videre arbeid**

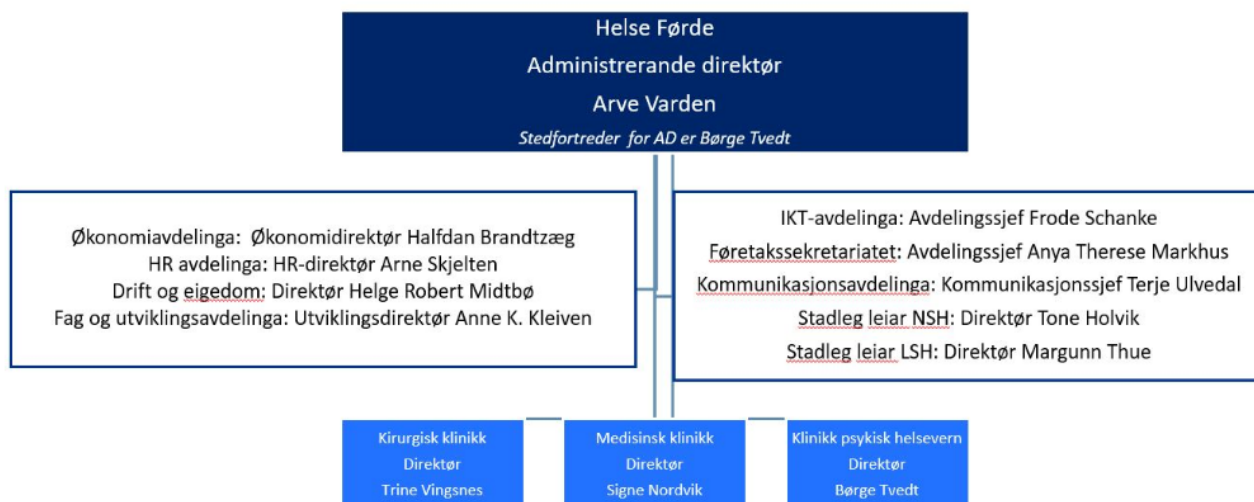
*Helseforetaket bør sette videre mål for rasjonell antibiotikabruk siden 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika allerede er oppnådd. Det bør utarbeides målsetninger og/eller delmål i enhetene. Mandat, rolle og oppgaver for antibiotikakontaktene bør avklares. Intranettsiden for antibiotikastyring bør bygges ut og markedsføres slik at den er interessant for, og blir brukt av klinisk personell. Det anbefales å ta i bruk systematiske tiltak som audit og obligatorisk revurdering av antibiotikabehandling etter 2-3 dager. Mulighetene som ligger i elektronisk kurve (Meona) bør utnyttes. Enheter som har velfungerende antibiotikastyring bør få dele erfaringer med andre enheter. Ytterligere satsing på kompetanseheving for sykepleiere, og inkludering i antibiotikastyring.*

## Innhold

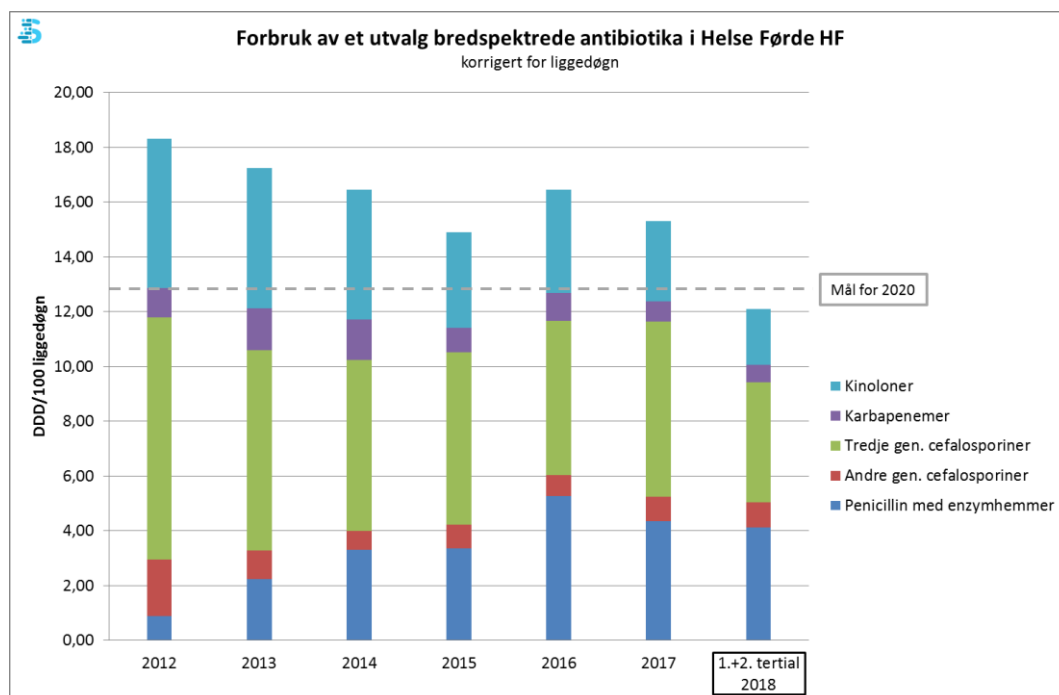
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam .....	4
5. Gjennomføring av revisjonen .....	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser .....	5
7.3. Antibiotika-team (A-team) .....	5
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 Førde har tre sykehus i Sogn og Fjordane, i Førde, Lærdal og på Nordfjordeid. I tillegg er psykisk helsevern og ambulansetjenester spredt over hele fylket. Helseforetaket er organisert klinikkvis.



Helse Førde HF har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 34 % sammenlignet med forbruket i 2012.



## 2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Helse Førde 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 Vest 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, 13. november 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør
- Ledere: avdelingssjef Avdeling for Akuttmedisin, seksjonsleder Ortopedisk avdeling, seksjonsleder Medisinsk avdeling, avdelingsoverlege Kreftavdelingen, seksjonsleder Intensiv, seksjonsleder Anestesileger
- 4 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: 1 fra Medisinsk avdeling, 1 fra Ortopedisk avdeling, 1 fra Kreftavdelingen og 1 fra Anestesi/Intensiv
- LIS-leger: 1 fra Medisinsk avdeling, 1 fra Ortopedisk avdeling og 1 fra Anestesi/Intensiv
- Sykepleiere: 2 fra Intensiv, 1 fra Medisinsk avdeling, 1 fra Kreftavdelingen og 1 fra Ortopedisk avdeling

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 har ikke nedfelt en egen policy, men følger nasjonal retningslinje og de målsetninger som er angitt i oppdragsdokumentet fra Helse Vest RHF. Det er ikke satt delmål for antibiotikabruk (resultatmål) verken på klinikk/avdeling eller enhetsnivå. Helse Førde har hatt en betydelig nedgang i bruk av bredspektrede antibiotika siden 2012, og hadde per 2. tertial 2018 nådd målet om 30 % reduksjon.

#### Revisjonens vurderinger

Budskapet om nødvendigheten av rasjonell antibiotikabruk er godt kjent i helseforetaket. Selv om Helse Førde allerede har redusert 30% fortsetter arbeidet for bedre antibiotikabruk.

### 7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

#### Observasjoner

Styrende dokumentasjon er klar og velformulert. Ansvaret for antibiotikastyring ligger i linjen. A-teamet skal koordinere arbeidet, og bistå enhetene ved innføring av tiltak for bedre antibiotikabruk. En LIS-lege ved Medisinsk avdeling leder a-teamet, og har avsatt ca 20 % til dette arbeidet. For kvalitetsrådgiver og hygiesykepleier er arbeidet med antibiotikastyring en integrert del av arbeidsoppgavene.

#### Revisjonens vurderinger

Ansvar og oppgaver er tydelige. Ressursene som er avsatt til antibiotikastyring virker knappe, men er tydeligvis godt utnyttet

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

#### Observasjoner

Antibiotika-teamet er tverrfaglig sammensatt med god fagkompetanse, forbedringskompetanse og organisasjonsforståelse. Teamet savner infeksjonsmedisinsk kompetanse. Deltakerne i a-teamet er godt kjent og synlige i de kliniske enhetene. Det er opprettet en intranettside for antibiotikastyring der bl.a. antibiotikaforbrukstall er tilgjengelige, men siden er lite kjent og benyttet av klinisk personell.

#### Revisjonens vurderinger

Teamet utfyller hverandre godt, har god systemkompetanse, er handlekraftig og har iverksatt en rekke tiltak.

## 7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

### Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse og opplæringsbehov når det gjelder antibiotika. Prinsippene om at smalspektret behandling er å foretrekke er godt kjent både blant ledere og forskrivende leger. A-teamet har vært aktive med undervisning for leger og til dels sykepleiere både i felles-fora som fredagsmøter og avdelingsvis. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus virker godt kjent. Kurset er obligatorisk for LIS-1, og er under innføring som obligatorisk for andre LIS-leger. Det er gjennomført flere undervisninger for sykepleiere.

### Revisjonens vurderinger

Ledelsen mangler oversikt over legers kompetanse og evt. opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. A-teamet har gjort en god innsats for å øke antibiotikakompetansen hos både leger og sykepleiere. E-læringskurset er relativt godt kjent, og opptrapping av bruken er planlagt.

## 7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

### Observasjoner

Retningslinjen er godt kjent i sykehuset og benyttes. LIS 1 har antibiotika som ett av mange tema i introduksjonsprogram, og får presentert retningslinjen. For øvrig fins det ikke rutiner for at leger (nyansatte eller andre) introduseres for retningslinjen, men den virker likevel godt innarbeidet. Sykepleierne vet at det finnes en retningslinje, men bruker denne i liten grad. I hovedsak dokumenteres oppstart av antibiotikabehandling i journal eller elektronisk kurve, mens det i mindre grad dokumenteres når behandling endres. Praksis varierer mellom avdelingene.

### Revisjonens vurderinger

Retningslinjen, dokumentasjon og begrunnelse av antibiotikabehandling virker å være godt innarbeidet. Systematisk distribusjon av lommeutgaven til alle leger og sengeposter anbefales.

## 7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

### Observasjoner

Kreftavdelingen har gjennomført et 1-mnd prosjekt med tavlemøter med antibiotika som tema. Ved Medisinsk avdeling er det nylig innført en sjekklister for daglig vurdering av antibiotikabruk. For øvrig brukes ikke systematisk obligatorisk [revurdering etter 48-72 timer](#). Det er ikke gjennomført [audit med feedback](#) ved noen enheter. Det er foreslått at antibiotika skal være tema for internrevisjoner i 2019, men det er usikkert om det blir gjennomført. Mikrobiolog bidrar med [academic detailing](#) ved intensivavdelingen i form av korte case- og statistikkbaserte gjennomganger med henvisninger til retningslinjen. For å fasilitere bruk av aminoglykosider er konsentrasjonsmåling av gentamicin nylig innført ved sykehusene på Eid og i Lærdal.

### Revisjonens vurderinger

Antibiotikabruken kan trolig forbedres ytterligere dersom systematiske tiltak iverksettes i større grad. Innføring av gentamicin-målinger er eksempel på et relativt enkelt tiltak som ser ut til å ha tydelig effekt.

## 7.7. Rapportering av antibiotikabruk

### Observasjoner

Det er utviklet en automatisk rapportering av antibiotikaforbruk. Rapportene oppdateres kvartalsvis, og publiseres på intranettsiden, men er i liten grad kjent blant klinisk personell. Det planlegges å innføre månedlig rapportering av parametre knyttet til antibiotikabruk på «score-card», og at dette da kan brukes som styringsverktøy. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjøres x4 per år. A-teamet har sammen med smittevern vurdert å utarbeide aggregerte rapporter, men små tall og tilfeldig variasjon gjør resultatene vanskelige å tolke.

### Revisjonens vurderinger

Helseforetaket har god oversikt over antibiotikabruken.

## 7.8. Rapportering av resistensforhold

### Observasjoner

Foretaket har god oversikt over egne resistensforhold, men det er utfordrende å hente ut rapporter fra lab-systemet, og ikke systematisk rapportering av resistensdata. Lokale resistensforhold har vært lagt fram ved felles og avdelingsvise undervisninger, men er i liten grad kjent blant klinisk personell.

### Revisjonens vurderinger

A-teamet bør vurdere tiltak for at oversiktene over resistensforhold skal bli mer kjent og benyttet.

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

Tenker det er viktig å fortsette med å ha et A-team videre etter "prosjektperioden". Antibiotikakontaktene er nok en litt uutnyttet ressurs, de må ønske å gjøre noe med dette. Kvalitetstavler tror jeg har potensiale, bl.a. fordi de også er synlige for pasientene. Etterspørsel på mellomledernivå, at de blir opptatt av god antibiotikabruk som et kvalitetsmål. Forbedring - det med å satse på at en ikke skal rapportere på drifts-ting, men faglige ting. Vi må se på våre egne tall og rapporter og hva vi faktisk gjør. Vi har et tett fagmiljø med faste ansatte og det er lett å ordne tverrfaglige møter. Bevare de unge legenes stringente forskrivningspraksis. For vår del er god diagnostikk viktig, både mikrobiologi og lab. Har veldig tro på det vurderingsskjemaet (for antibiotikabehandling) som er tatt i bruk på medisinsk avdeling. Opprettholde fokus på smalspektret behandling. Vi må tørre å behandle så smalt som retningslinjen sier, også ved sepsis. Utnytte de mikrobiologiske svarene til å justere behandlingen. Vi kan alltid bli bedre på overgang til peroral behandling. Unngå at stixundersøkelse av urin medfører antibiotikabehandling når det ikke er symptomer. Øke kunnskapsnivået mtp behandling etter CRP, ønsker å ta i bruk prokalsitonin. Utnytte mulighetene som ligger i den elektroniske kurven (Meona) til både beslutningsstøtte, påminnelse om revurdering og rapportering Vi har snakket om dette med beslutningsstøtte i Meona, f.eks. på dag 3 å få en påminnelse om å revurdere. Bevisstgjøring og kompetanseheving er alltid gull, gir økt kunnskap og økt fokus. Undervisning må gjentas, hjelper ikke en gang i året. Involvere sykepleierne mer og på flere enheter.

## 8. Råd om videre arbeid

1. Helseforetaket bør sette videre mål for rasjonell antibiotikabruk siden 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika allerede er oppnådd
2. Det bør utarbeides målsetninger og/eller delmål i enhetene
3. Mandat, rolle og oppgaver for antibiotikakontaktene bør avklares
4. Intranettsiden for antibiotikastyring bør bygges ut og markedsføres slik at den er interessant for, og blir brukt av klinisk personell
5. Det anbefales å ta i bruk systematiske tiltak som audit og obligatorisk revurdering av antibiotikabehandling etter 2-3 dager. Mulighetene som ligger i elektronisk kurve (Meona) bør utnyttes
6. Enheter som har velfungerende antibiotikastyring bør få dele erfaringer med andre enheter
7. Ytterligere satsing på kompetanseheving for sykepleiere, og inkludering i antibiotikastyring

## 9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Helse Førde HF
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon