

Rapport fra revisjon av antibiotikastyring i Helse Bergen HF



Sammendrag

Helse Bergen har fokus på rasjonell antibiotikabruk, retningslinjen og mål om reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika. Arbeidet med antibiotikastyring virker godt organisert på overordnet nivå, enhetene har i liten grad satt egne mål. Det er usikkerhet om 30% reduksjon er et mulig/egnet mål for alle enheter. Flere enheter har iverksatt systematiske tiltak og kan vise til gode resultater, andre er fortsatt ikke kommet i gang med antibiotikastyring. A-teamet har god fag- og forbedringskompetanse, men peker på sykehusets størrelse og avstand til de kliniske enhetene som utfordringer. Det utarbeides antibiotikarapporter som er tilgjengeliggjort for ledere og kliniske enheter. Løpende oversikt over resistensforhold for viktig bakterier er tilgjengelig på helseforetakets nettside. Per 2. tertial 2017 er bruk av de utvalgte bredspektrede antibiotika redusert med ca 18 %. Arbeidet med antibiotikastyring må intensiveres i flere enheter dersom en skal nå målet om 30 % reduksjon innen utgangen av 2020.

Råd om videre arbeid

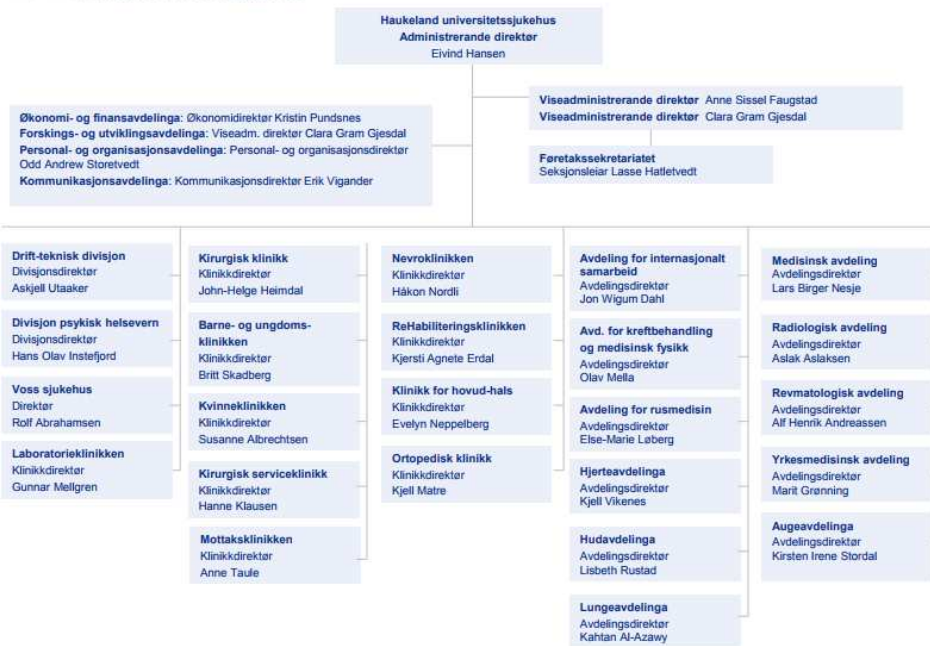
Helseforetakets policy og målsetninger bør i større grad gjøres kjent blant de ansatte. De kliniske enhetene bør ansvarliggjøres med etablering av differensierte lokale mål og delmålsetninger. Det bør opprettes lokale a-team. Enheter som bruker mye bredspektrede antibiotika bør prioriteres. Det bør settes i verk tiltak for å øke sykepleierens kompetanse om antibiotikabruk og konkretiseres hvilke oppgaver sykepleierene har og kan ha i forbindelse med antibiotikastyring. Rutiner som sikrer begrunnelse og dokumentasjon av antibiotikabehandling bør innføres. Det anbefales å ta i bruk systematisk revurdering av antibiotikabehandling etter 48-72 timer. En bør tilstrebe at antibiotikarapporter og rapporter over resistensforhold er kjent også blant mellomledere og klinisk personell. Muligheter for antibiotikastyring som ligger i innføringen av elektronisk kurve bør utnyttes (beslutningsstøtte, rapporter, pasientsikkerhetsvisitter m.m.).

Innhold

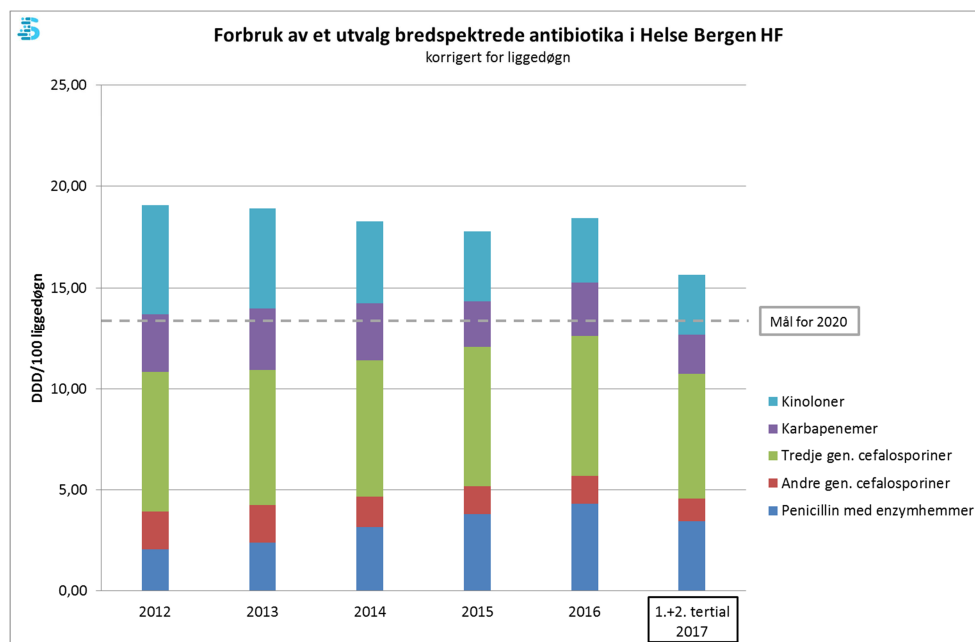
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam	4
5. Gjennomføring av revisjonen	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser	6
7.3.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

1. Innledning

Helse Bergen HF, Haukeland Universitetssjukehus, er eid av det regionale foretaket Helse Vest RHF og har om lag 12.000 tilsatte. I 2016 hadde helseforetaket ca 900.000 pasientmøter og utdannet 2500 helsearbeidere.



Helse Bergen har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med 18 %, sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Helse Bergen 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 ble 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 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

Revisor: Kari Christensen, sykepleier og rådgiver, Seksjon for pasientsikkerhet, Helse Bergen

Revisor: Tone Nordtveit Dale, sykepleier og rådgiver, Seksjon for pasientsikkerhet, Helse Bergen

5. Gjennomføring av revisjonen

Revisjonsbesøket ble gjennomført i løpet av én dag, 14. desember 2017. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør
- Ledere: seksjonsoverlege Intensivmedisinsk seksjon, avdelingsoverlege Avdeling for gastro- og akuttkirurgi, avdelingsoverlege Medisinsk avdeling
- 2 deltakere i Antibiotika-teamet
- Leger: overlege Brannskadeavsnittet (BSA), overlege Infeksjonsseksjonen
- Sykepleiere: sykepleier Intensivmedisinsk seksjon, assisterende avdelingssykepleier Avdeling for gastro- og akuttkirurgi, 2 sykepleiere Infeksjonsmedisinsk seksjon

Tilsendt dokumentasjon ble gjennomgått i forkant av revisjonsbesøket.

Revisjonen bemerker at de tre intervjuobjektene (leder, lege og sykepleier) som var oppnevnt fra Mottaksklinikken ikke møtte. Intervjuobjektene har vært fra et fåtall avdelinger/enheter: Medisinsk (infeksjon), Kirurgisk (gastro- og akuttkirurgi) og Kirurgisk serviceklinikk (intensiv). Revisjonen gir 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 følger nasjonal retningslinje og de målsetninger som er angitt i handlingsplanen og i styringsdokumentet fra Helse Vest. Dette finnes i styrende dokumentasjon, men er ikke aktivt kommunisert til alle ansatte som sykehusets policy. Mandatet for a-teamet er behandlet i administrerende direktørs arbeidsutvalg (ADAU) og fins også som dokument i elektronisk kvalitetshåndbok. Styret skal ha signalisert forventinger til at målet om 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede bør nås tidligere enn 2020, men dette gjenfinnes ikke i styrende dokumentasjon. Antibiotikabruk har vært fokusområde i helseforetaket i 2017. A-teamet har prosessmål i sin milepælsplan (antibiotikastyring i alle enheter). Det er ikke satt delmål for antibiotikabruk verken på overordnet eller enhetsnivå. De enkelte nivå 2-enheter er ansvarliggjort i mandatet for antibiotikastyring. Legene angir å være kjent med målene.

Noen leger oppfatter målene knyttet til reduksjon av forbruk(salg) av bredspektrede antibiotika som provoserende - «sier ingenting om pasientene får riktig behandling». Sykepleier ved Intensivseksjonen uttrykker at det er fokus på redusert bruk av bredspektrede antibiotika, men er ikke kjent med konkrete mål. Ved Avdeling for gastro- og akuttkirurgi og Infeksjonseksjonen angir sykepleierne å være kjent med målet.

Medisinsk avdeling angir mål om 10% reduksjon i bruken av bredspektrede antibiotika i 2017, men dette er ikke nedfelt eller kommunisert til klinisk personell. Leder ved Avdeling for gastro- og akuttkirurgi mener målsetningen om 30% reduksjon er godt kjent blant legene. Ved Intensivseksjonen har antibiotikabruk og målsetninger vært tema bl.a. på felles personalmøter, og det angis at bruk av bredspektrede antibiotika er redusert med ca 40% siden 2012. Flere av de intervjuede påpeker at målet om 30 % reduksjon ikke nødvendigvis passer eller er oppnåelig for alle, men revisjonen finner ikke at noen enheter har nedfelt egne målsetninger. Antibiotikateamet har kommunikasjonsplan som omfatter felles ledermøter (nivå 2-3), egen intranettside og undervisning.

Revisjonens vurderinger

Sykehuset har en antibiotikapolicy som i begrenset grad har nådd ut til kliniske medarbeidere. Målsetningene om 30 % reduksjon er delvis kjent blant de ansatte. Det er gitt uttrykk for at dette målet ikke er realistisk for alle enheter. Delmål for antibiotikabruk mangler på overordnet og avdelingsnivå. Revisjonen vurderer at disse forholdene gjør det vanskelig for Helse Bergen å nå målene i den nasjonale handlingsplanen.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Ansvar for antibiotikastyring ligger hos administrerende direktør og a-teamet har fått delegert oppgaven med implementering. Mandatet pålegger nivå 2/3-enhetene å sette egne mål, men revisjonen har ikke sett at slike mål er utarbeidet. Enhetene er ikke ansvarliggjort for spesifikke aktiviteter for bedre antibiotikabruk, eller måloppnåelse. Det anslås at hvert av de tre medlemmene i a-teamet bruker ca 20% av sin arbeidstid til antibiotikastyring i Helse Bergen, totalt ca 0,6 stilling. Teamet har regelmessige møter med styringsgruppe (ledet av fagdirektør) og med referansegruppen. Referansegruppen er godt forankret med medlemmer fra flere kliniske avdelinger. Flere enheter har, eller er i ferd med å opprette lokale antibiotikateam. Antibiotikabruk og antibiotikastyring er styringsmål for Helse Bergen, og har i 2017 blitt risikovurdert. [Lenke til Styresak Helse Bergen 06/17 - Felles risikostyringsmål 2017.](#)

Revisjonens vurderinger

Ansvar og fordeling av oppgaver virker tydelig og velorganisert på overordnet nivå. Det mangler tydelige delmål/milepæler i milepælsplanen, og det er ikke vurderinger av hvordan nivå 2 enhetene skal involveres og arbeide for bedre antibiotikabruk. Det sentrale a-teamet har ca 0,6 stilling til rådighet og det synes nødvendig at det også brukes ressurser til antibiotikastyring i de kliniske enhetene.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

Teamet har tverrfaglig sammensetning (lege/infeksjonsmedisiner, farmasøyt, sykepleier), og teamet selv framhever det som en styrke. Det planlegges utvidet med lege/mikrobiolog fra mars 2018. A-teamet har bred og god kompetanse, inkludert forbedringskompetanse, og en rekke forbedringsverktøy er benyttet i antibiotikastyringsarbeidet. Ett av medlemmene har gjennomgått utdanning som forbedringsagent, to har deltatt på internasjonalt kurs i «antimicrobial stewardship» og ett medlem driver forskning rettet mot riktig antibiotikabruk og implementering av retningslinjer. Kommunikasjonsplan, overordnet milepælsplan og årsrapporter er utarbeidet. Teamet har sikret seg god forankring gjennom styringsgruppe og referansegruppe. Godt samarbeid med kommunikasjonsavdelingen og smittevern framheves også som fordeler. Teamet mener selv at viktigste utfordring er avstand til klinikken, og å oppnå implementering av antibiotikastyring i de enkelte avdelinger og enheter. Pareto-diagram er brukt for å identifisere de avdelingene som bruker mest antibiotika. A-teamet vurderer at det er størst utfordringer knyttet til Medisinsk avdeling og Kreftavdelingen som er storforbrukere av antibiotika og som hittil i liten grad har kommet i gang med antibiotikastyring.

Revisjonens vurderinger

A-teamet har god tverrfaglig kompetanse og virker hensiktsmessig organisert og forankret. Arbeidet med antibiotikastyring er i god gjenge selv om det er satt av begrensede ressurser. Noe av årsaken er sannsynligvis godt forarbeid og god planlegging. Antibiotikastyring er i varierende grad implementert ute i enhetene, og det er risiko for at en ikke når målene om 30% reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika dersom det ikke blir etablert velfungerende antibiotika-team i alle de viktigste kliniske avdelingene.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. E-læringskurset i antibiotikabruk i sykehus finnes i kompetanseportalen, men er ikke gjort obligatorisk for noen grupper. Kurset, og hvor det er tilgjengelig, er i liten grad kjent blant forskrivende leger og ledere. Flere av de intervjuede nevner bedre utnytting av kompetanseportalen som et forbedringspunkt. Det angis at LIS-leger følges opp av overleger/veiledere (mester/svenn), og både ved Intensivseksjonen og Infeksjonsmedisinsk seksjon er det særlig fokus på antibiotikabehandling.

Antibiotikabehandling er av og til tema på den rullerende internundervisningen i Medisinsk avdeling, hyppig ved Infeksjonsmedisinsk seksjon. Sykepleierne får vanligvis ikke spesifikk opplæring om antibiotika. De har fått opplæring om tilberedning, og evt. overgang parenteral til peroral administrasjon, men i liten grad andre aspekter ved antibiotika. Det er et gjennomgående funn at den tverrfaglige tilnærmingen i stor grad er begrenset til previsitt/visitt. Det angis at eierskapet til antibiotikabehandling er svakere hos sykepleiergruppen (v. Avdeling for gastro- og akuttkirurgi) enn andre fagområder som f.eks. smertebehandling. Ved Infeksjonsseksjonen er antibiotikabruk og antibiotika av og til tema på sykepleiernes internundervisning og noen sykepleiere har vært på eget kurs om antibiotika. I de andre enhetene er antibiotikabruk sjelden tema på internundervisningene deres.

Revisjonens vurderinger

I hovedsak mangler ledelsen oversikt over legers kompetanse om antibiotikabruk, og det er ikke systematisk tatt i bruk kompetansehevede tiltak. Med unntak av Infeksjonsseksjonen har det vært lite fokus på å øke sykepleiernes kompetanse om antibiotika. Tverrfaglige arenaer for kompetanseheving mangler i stor grad.

7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

Observasjoner

Den nasjonale retningslinjen er godt kjent og brukes (nettversjonen). Ved Medisinsk avdeling får nye LIS-leger kortversjonen (lommeutgaven) utdelt når de begynner, men ellers finner ikke revisjonen at det er rutiner for at nyansatte leger introduseres til retningslinjen eller kortversjonen. Intensivseksjonen har rutiner for å dokumentere antibiotikabehandling, for øvrig er det varierende i hvilken grad grunnlaget for antibiotikabehandling dokumenteres, og det er ikke rutiner for dokumentasjon når retningslinjen fravikes.

Revisjonens vurderinger

Retningslinjen er godt kjent og brukes, men med unntak av Medisinsk avdeling virker det ikke å være systemer for at retningslinjen/lommeutgaven deles ut eller gjøres kjent for nye leger. Helse Bergen mangler rutiner som sikrer god dokumentasjon av antibiotikabruken.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Systematiske forbedringstiltak er i liten grad benyttet ved de enhetene som var omfattet av revisjonen. A-teamet viser til at det er tatt i bruk flere forbedringstiltak ved enkelte andre enheter (smittevernvisitt, [«academic detailing»](#), tavlemøter, [audit m feedback](#). [Obligatorisk revurdering](#) brukes ikke. Sykepleiernes rolle i antibiotikastyring er i liten grad systematisert,

men det beskrives et tverrfaglig samarbeid ved previsitt. Sykepleiere ved Infeksjonsseksjonen har kjennskap til retningslinjen og kan komme med innspill til antibiotikabehandling, men dette skjer i liten grad ved de andre enhetene

Ved Intensivseksjonen er det systematisk, daglig gjennomgang av antibiotikabehandling hos den enkelte pasient. Ved Brannskadeavsnittet angis behov for en mer systematisk tilnærming til antibiotikabruk, spesielt behandlingsslengde, og ønske om tettere tilsyn/samarbeid med infeksjonsmedisiner.

Revisjonens vurderinger

Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå er i liten grad systematisert og utbredt i de kliniske enhetene selv om det finnes enkeltteksempler. Systematisk revurdering av antibiotikabehandling 48-72 timer etter behandlingsstart brukes ikke. Det at sykepleiernes oppgaver og roller for bedre antibiotikabruk i liten grad er systematisert, utgjør en risiko, særlig når det er mindre erfarne leger og sykepleiere på vakt.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

Sykehuset utarbeider selv regelmessig antibiotika-forbruksrapporter på overordnet nivå, og til avdelinger/enheter ned til postnivå. Rapporter for enheter på nivå 2 og 3 er tilgjengelige på Smittefritt-siden på intranettet. Rapportene blir presentert på ledermøter, og i varierende grad for ansatte på enhetene. Enkelte enheter har benyttet rapporter fra [NOIS-PIAH-registreringen](#) til «academic detailing» mens det i andre enheter er usikkerhet om hvordan en kan dra nytte av disse. A-teamet opplyser at de planlegger å presentere antibiotikarapporter mer systematisk for nivå 3 ledere (seksjonsoverleger og avdelingssykepleiere). Flere ser fram til at mer hensiktsmessige rapporter skal bli tilgjengelige gjennom den elektroniske kurveløsningen (Meona). Antibiotikarapporter har blitt presentert for sykepleiere og leger ved Intensivseksjonen, men i liten grad for sykepleiere ellers.

Revisjonens vurderinger

Sykehusledelsen og ledere har god oversikt over forbruk av antibiotika ned til enhetsnivå. Rapporter over antibiotikabruk er godt kjent ved enkelte enheter. Ved andre enheter er rapportene mindre kjent blant leger og sykepleiere. Kunnskap om hvilke oversikter og rapporter som finnes, og hva de viser, kan bli bedre på alle nivåer.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

For viktige bakterier publiseres løpende oversikt over resistensforhold på sykehusets internettside. Dette later til å være kjent i noen få enheter, men ellers i liten grad. Det utarbeides egne rapporter for enkelte enheter (Intensivseksjonen, Brannskadeavsnittet).

Revisjonens vurderinger

Oversikt over resistensforhold er god og lett tilgjengelig på intra- og internett, men bør i større grad gjøres kjent som nyttig grunnlagsinformasjon for leger som forskriver antibiotika.

7.9 Forslag og forbedringsområder framkommet under oppsummeringsmøte

I oppsummeringsmøte deltok også andre enn interjuobjektene. Avdelingsdirektør for Kirurgisk serviceklinikk etterlyser hjelp til å sette relevante mål og finne tiltak som er aktuelle. Behovet for konkrete tilbakemeldinger på antibiotikabruk i den enkelte enhet ble understreket. Avdelingsvise a-team bør opprettes ved utvalgte avdelinger. Det er forventninger til elektronisk kurve som nå innføres i foretaket, det gir muligheter for beslutningsstøtte og for restriktive tiltak. Det oppfattes som greit dersom det legges inn varsel der man aktivt må ta stilling til evt. videre behandling for utvalgte antibiotika (brukes allerede ved Stavanger universitetssykehus). Det foreslås at kortversjonen av retningslinjen gjøres tilgjengelig i foretakets innkjøpssystem. Kirurgisk antibiotikaprofylakse har ikke vært tema under revisjonen, men det angis at det kan være et forbedringspunkt.

8. Råd om videre arbeid

1. Helseforetakets policy og målsetninger bør i større grad gjøres kjent blant de ansatte
2. De kliniske enhetene bør ansvarliggjøres med etablering av differensierte lokale mål og delmålsetninger. Det bør opprettes lokale a-team. Enheter som bruker mye bredspektrede antibiotika bør prioriteres.
3. Det bør settes i verk tiltak for å øke sykepleiernes kompetanse om antibiotikabruk og konkretisere hvilke oppgaver sykepleierene har og kan ha i forbindelse med antibiotikastyring.
4. Rutiner som sikrer begrunnelse og dokumentasjon av antibiotikabehandling bør innføres.
5. Det anbefales å ta i bruk systematisk revurdering av antibiotikabehandling etter 48-72 timer.
6. En bør tilstrebe at antibiotikarapporter og rapporter over resistensforhold er kjent også blant mellomledere og klinisk personell
7. Muligheter for antibiotikastyring som ligger i innføringen av elektronisk kurve bør utnyttes (beslutningsstøtte, rapporter, pasientsikkerhetsvisitter m.m.).

9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Helse Bergen
- Vedlegg 2 – Oversikt over tilsendt dokumentasjon