

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring ved Akershus Universitetssykehus HF



Sammendrag

Målsetning om lite bruk av bredspektrede antibiotika er i hovedsak kjent i sykehuset, mens det konkrete målet om 30 % reduksjon i bruken av bredspektrede midler er i mindre grad kjent. De enkelte klinikkene/avdelingene/enhetene er ikke ansvarliggjort med egne målsetninger. Selv om det er kjent i sykehuset at en bør tilstrebe nøktern antibiotikabruk er dette i liten grad omsatt i handling. Enkelte enheter har gjennomført forbedringsprosjekter som inkluderer antibiotikabruk. Antibiotikautvalget er godt kjent og synlig i sykehuset, men kunne hatt mer systematikk i arbeidet ut mot de kliniske enhetene. Indikasjon for oppstart av antibiotika blir i stor grad dokumentert, men det er mer usikkert om dette gjelder når det gjøres endringer i antibiotikabehandling. Arbeidet med antibiotikastyring må intensiveres i flere enheter dersom en dersom helseforetaket skal nå målet om 30 % reduksjon i bruken av de utvalgte bredspektrede midlene. Utkastet til prosjektplan vil være et godt utgangspunkt.

Råd om videre arbeid

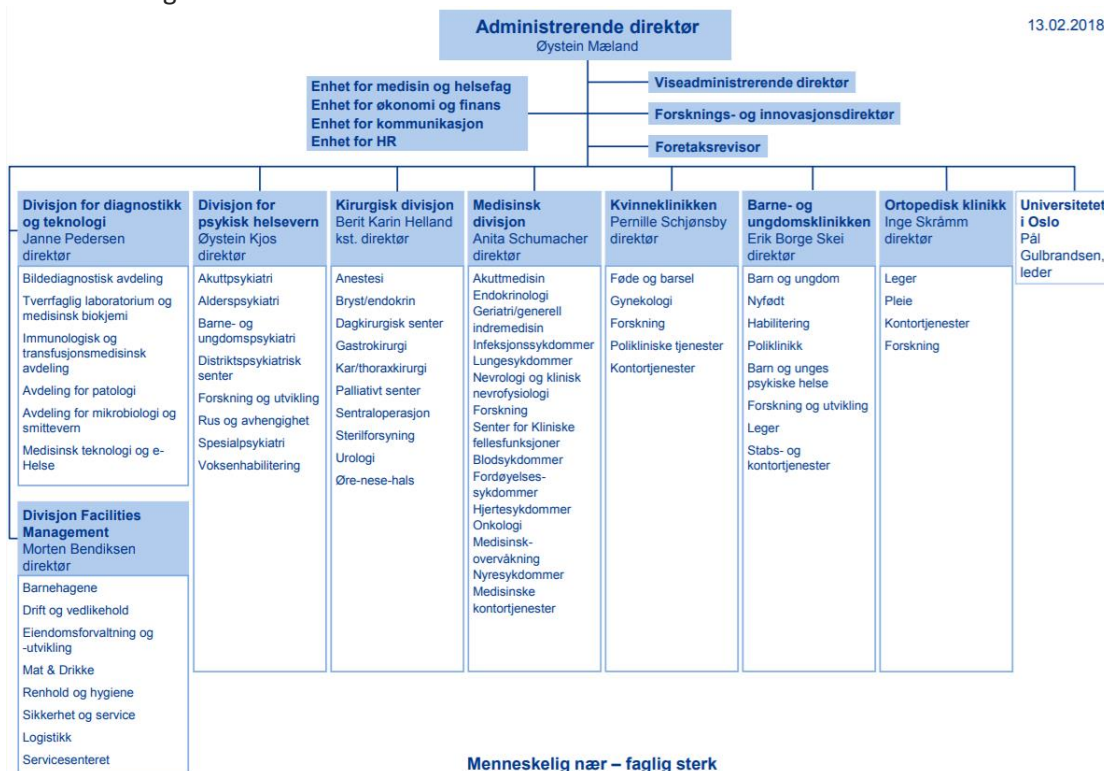
Klinikkene/avdelingene bør sette egne målsetninger for antibiotikabruk, og slik ansvarliggjøres. Avdelingene må iverksette konkrete aktiviteter for bedre antibiotikabruk. Enheter som har gjennomført vellykkede forbedringsprosjekter bør dele erfaringene. Antibiotikautvalget bør i større grad stimulere til og fasilitere slike aktiviteter. En må sikre at nye leger introduseres til retningslinjen. Obligatorisk revurdering etter 48-72 timer bør innføres, evt. tidligere vurdering av pasienter som har startet opp med antibiotika i akuttmottak. Antibiotikautvalget bør også ha en aktiv kommunikasjonsstrategi. Intranettsiden til utvalget bør utnyttes og markedsføres slik at rapporter over antibiotikabruk og resistensforhold i større grad blir kjent i sykehuset. Det bør settes i verk tiltak for å øke sykepleiernes kompetanse om antibiotikabruk og konkretiseres hvilke oppgaver sykepleiere kan ha med antibiotikastyring.

Innhold

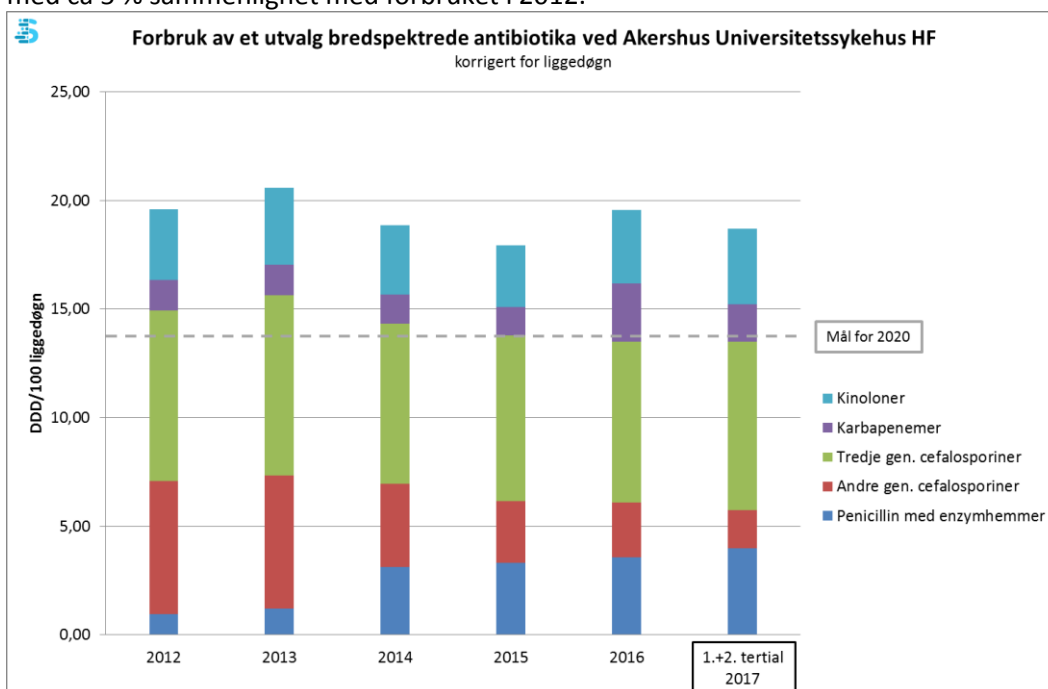
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam	4
5. Gjennomføring av revisjonen	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser	5
7.3.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

Akershus universitetssykehus (AHUS) er lokal- og områdesykehus for ca. 500 000 innbyggere. Hovedoppgavene er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. AHUS har pasienttilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Virksomheten foregår på Nordbyhagen i Lørenskog, Ski og ved ulike behandlingssteder for psykisk helsevern og rusbehandling.



Akershus Universitetssykehus HF har pr 2. tertial 2017 redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 5 % sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Akershus Universitetssykehus 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 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, 15. mars 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør
- Ledere: avdelingsleder gastrokirurgi (Kirurgisk divisjon), avdelingsleder blodsykdommer (Medisinsk divisjon), avdelingsleder lunge (Medisinsk divisjon) og seksjonsleder nyfødt (Barne- og ungdomsklinikken)
- 5 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: gastrokirurgi (Kirurgisk divisjon), blodsykdommer (Medisinsk divisjon), lunge (Medisinsk divisjon) og nyfødt (Barne- og ungdomsklinikken)
- LIS-leger: gastrokirurgi (Kirurgisk divisjon), blodsykdommer (Medisinsk divisjon) og lunge (Medisinsk divisjon)
- Sykepleiere: 2 fra gastrokirurgi (Kirurgisk divisjon), 1 fra blodsykdommer (Medisinsk divisjon), 1 fra lunge (Medisinsk divisjon) og 1 fra nyfødt (Barne- og ungdomsklinikken)

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 følger i hovedsak nasjonal retningslinje og de målsetninger som er angitt i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF. Det er ikke satt delmål for antibiotikabruk (resultatmål) verken på klinikk/avdeling eller enhetsnivå, og lederne er i liten grad ansvarliggjort. Antibiotikautvalget (A-teamet) har inntil nå hatt hovedfokus på enhetene som er storforbrukere av bredspektrede antibiotika. I ny prosjektplan som utarbeides av antibiotikautvalget for 2017-2020, foreslås det at avdelingene må sette sine egne mål. Planen antas ferdigstilt og godkjent i løpet av 1. halvår 2018. Antibiotikautvalget sier det er behov for lederstøtte i arbeidet for å få på plass lokale målsetninger. Det er en beskjeden nedgang i bruk av bredspektrede antibiotika i perioden 2012-2017, og målet om 30 % reduksjon synes vanskelig å oppnå med nåværende tiltak.

Revisjonens vurderinger

Prosjektplanen, som ikke er helt ferdigstilt/godkjent oppfattes som god og omfattende, men kanskje noe ambisiøs. Utkastet inneholder framdriftsplan med milepæler og den foreslår en rekke relevante tiltak som til dels sammenfaller med de råd revisjonen gir her.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Ansvar for antibiotikastyring ved AHUS ligger hos administrerende direktør/fagdirektør. Antibiotikautvalget har en rådgivende funksjon og har fått delegert oppgaven å arbeide med antibiotikastyring. Enhetene er ikke ansvarliggjort med tanke på igangsetting av aktiviteter for antibiotikastyring. Antibiotikautvalget (A-teamet) har fått frikjøpt en lege/mikrobiolog i 50 % stilling. For øvrig er det ikke avsatt spesifikke ressurser til antibiotikastyring for medlemmene i antibiotikautvalget eller i de kliniske enhetene. Fagdirektør opplyser i intervjuet at sykehuset har et pågående program for forbedringsarbeid som omfatter ledere og andre medarbeidere. Han foreslår at programmet kan knyttes opp mot antibiotikastyring.

Revisjonens vurderinger

Tanken om å innlemme antibiotikastyring i forbedringsprosjektet er god, og det er muligheter for synergier. Antibiotikastyring er et lite kontroversielt tema, krever tverrfaglig innsats, og har tydelige og målbare målsetninger. Ressursene som er avsatt til antibiotikastyring synes knappe med tanke på helseforetakets størrelse, og det er trolig nødvendig at det brukes ressurser til antibiotikastyring også i de kliniske enhetene. Dette

trenger ikke bety at enkeltpersoner må frikjøpes, men det dreier seg om begrensede oppgaver som kan integreres i løpende arbeid for god pasientbehandling.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

Antibiotikautvalget (A-teamet) er tverrfaglig sammensatt med svært god fagkompetanse. Deltakerne i antibiotikautvalget er godt kjent og synlige i de kliniske enhetene. Medlemmene i antibiotikautvalget er aktive med undervisning for sykehuset/avdelinger/enhetene. Antibiotikautvalget sier at infrastruktur er på plass og at de har tilstrekkelig kompetanse, men at en kunne hatt mer systematikk i arbeidet ut mot de kliniske enhetene.

Revisjonens vurderinger

Det synes som om antibiotikautvalget har fått fram nødvendigheten av rasjonell antibiotikabruk, mens en i lite grad har klart å bevisstgjøre avdelingene på at de må ha egne aktiviteter. Antibiotikautvalget har i mindre grad lyktes med å initiere og fasilitere antibiotikastyringsaktiviteter i klinikkene/avdelingene.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. Sykehuset har meget god infeksjonsmedisinsk kompetanse. Det etterspørres mer bruk av denne i de kliniske enhetene med konsultasjon rundt enkeltpasienter, men også kompetanseheving om antibiotikabruk generelt. Infeksjoner og antibiotikabehandling er tema på internundervisning for legene 3-4 ganger pr år ved de intervjuede enhetene. E-læringskurset er til dels kjent, men i liten grad brukt, og ikke obligatorisk for noen grupper.

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

Retningslinjen er førende i sykehuset. Det er utarbeidet noen lokale terapianbefalinger, hovedsakelig på bakgrunn av lokale resistensforhold. Turnusleger introduseres til retningslinjen og får utdelt lommeutgaven som del av introduksjonsprogram. For øvrig finnes det ikke rutiner for at leger (nyansatte eller andre) introduseres for retningslinjen. Sykepleierne vet at det finnes en retningslinje, men bruker denne i liten grad. Indikasjon for oppstart av antibiotika blir i stor grad dokumentert, men det er mer usikkert om dette gjelder når det gjøres endringer i antibiotikabehandling.

Revisjonens vurderinger

Når det er utarbeidet lokale tilpasninger av retningslinjen, er det viktig at både selve endringene og begrunnelser for disse er godt kommunisert. Lommeutgaven er lite kjent og distribueres ikke systematisk. Selv om lommeutgaven inneholder et begrenset antall anbefalinger kan den fungere som en introduksjon til, og påminnelse om, retningslinjen.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Flere enheter har velfungerende tverrfaglige tavlemøter som inkluderer antibiotikabruk. Nyfødtsseksjonen har et pågående forbedringsprosjekt med fokus på revurdering av antibiotikabruk (etter 2 døgn) som ser ut til å være vellykket. Systematisk obligatorisk [revurdering etter 48-72 timer](#) brukes for øvrig ikke. Noen få enheter har gjennomført [audit med feedback](#) eller [academic detailing](#). Flere enheter har fokus på rask overgang fra parenteral til peroral antibiotikabehandling, og raskere seponering.

Revisjonens vurderinger

Hovedinntrykket er at systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk er innført ved et begrenset antall enheter, og at ledelsen, antibiotikautvalget og avdelingene ikke har erkjent nødvendigheten av lokale tiltak i stor nok grad.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

Antibiotikautvalget utarbeider tertialvise rapporter over antibiotikabruk på sykehus- og avdelingsnivå. Rapportene er grundige med spesifikke vurderinger og utfyllende kommentarer. De har blitt sendt til ledere, som i varierende grad har videreformidlet i linjen. Rapportene er tilgjengelige på antibiotikautvalgets intranettside, men denne siden er i liten grad kjent blant ledere og klinisk personell. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjøres x4 per år. Resultatene er sporadisk blitt presentert for, og brukt av, kliniske enheter.

Revisjonens vurderinger

Antibiotikautvalget utarbeider detaljerte og innholdsrike rapporter som med fordel kan gjøres mer kjent. Det er overraskende at antibiotikautvalgets nettside er så lite kjent, og det synes å være behov for en aktiv kommunikasjonsstrategi.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Sykehuset har god oversikt over egne resistensforhold med årlige rapporter. Disse er imidlertid i liten grad kjent blant ledere og klinisk personell.

Revisjonens vurderinger

For forskrivende leger er kjennskap til lokale resistensforhold nyttige ved valg av behandling. Lokale resistensforhold kan også være en del av begrunnelsen for lokalt tilpassede terapianbefalinger.

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

Avdelinger med høyt antibiotikaforbruk må sette egne mål, og styringsinformasjon må gjøres lettere tilgjengelig. Det går årlig ut forespørsel fra stab til alle ledere for å samle inn kompetansebehov, og det er mulig å melde inn antibiotika som tema. Det er trolig mye å hente når det gjelder kortere behandling, evt. også rask overgang til peroral behandling. Det oppfattes å være lav terskel for oppstart av antibiotikabehandling i akuttinntak, og dette kan være et innsatsområde. De infeksjonsmedisinske og mikrobiologiske ressursene (utenom antibiotikautvalget) bør i større grad utnyttes, f.eks. til antibiotikavisitter. Nye leger bør mer

systematisk få informasjon om antibiotikabruk og retningslinjer. Restriktive tiltak, slik som å fjerne visse medikamenter fra medisinrommene, kan være effektive. Kompetansehevende tiltak, gjerne som møter/gruppediskusjoner om spesifikke problemstillinger. Sykepleiere kan i større grad involveres i antibiotikastyring, men det krever også kompetanseøkning. Elektronisk kurve (Metavision) er under innføring i foretaket. Mulighetene som ligger i form av rapporter og evt. beslutningsstøtte bør utnyttes.

8. Råd om videre arbeid

1. Klinikkene/avdelingene bør sette egne målsetninger for antibiotikabruk, og slik ansvarliggjøres.
2. Avdelingene må iverksette konkrete aktiviteter for bedre antibiotikabruk. Enheter som har gjennomført vellykkede forbedringsprosjekter bør dele erfaringene.
3. Antibiotikautvalget bør i større grad stimulere til og fasilitere slike aktiviteter.
4. En må sikre at nye leger introduseres til retningslinjen.
5. Obligatorisk revurdering etter 48-72 timer bør innføres, evt. tidligere vurdering av pasienter som har startet opp med antibiotika i akuttmottak.
6. Antibiotikautvalget bør også ha en aktiv kommunikasjonsstrategi. Intranettsiden til utvalget bør utnyttes og markedsføres slik at rapporter over antibiotikabruk og resistensforhold i større grad blir kjent i sykehuset.
7. Det bør settes i verk tiltak for å øke sykepleiernes kompetanse om antibiotikabruk og konkretiseres hvilke oppgaver sykepleiere kan ha med antibiotikastyring.

9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Akershus Universitetssykehus HF
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon