

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring i Helse Stavanger HF



Sammendrag

Helse Stavanger (SUS) er kommet langt i arbeidet med antibiotikastyring, og det er trolig flere grunner til det. Infeksjonsmedisin, smittevern og mikrobiologi står sterkt i sykehuset og administrerende direktør fronter arbeidet mot antibiotikaresistens. Det er utarbeidet en prosjektplan med tydelige faser og milepælsplan. Retningslinjen er godt kjent og innarbeidet. Målsetning om lite bruk av bredspektrede antibiotika er godt kjent i sykehuset, mens det konkrete målet om 30 % reduksjon i bruken av bredspektrede midler er delvis kjent. De enkelte klinikkene/avdelingene/enhetene er ikke ansvarliggjort med egne målsetninger. A-teamet underviser i betydelig grad om antibiotikabruk, resistens og forbrukstall. Sykepleiere i de kliniske enhetene er lite involvert i antibiotikastyring. SUS har hatt en betydelig nedgang (23,3 %) i bruk av bredspektrede antibiotika i perioden 2012-2017, og er på god vei mot målet om 30 % reduksjon innen utgangen av 2020.

Råd om videre arbeid

Klinikker/avdelinger bør i større grad ansvarliggjøres med egne målsetninger og/eller konkrete tiltak for antibiotikastyring. Det anbefales å innføre obligatorisk revurdering av all antibiotikabehandling etter 48-72 timer (ikke bare bredspektrede slik som i dag). En bør vurdere om antibiotikabruk kan inkluderes i tavlemøter ved flere enheter. En bør vurdere om avdelinger/enheter selv kan gjennomføre begrensede «auditer» på antibiotikabruk. Resultatene av prevalensregistreringen av antibiotikabruk kan i større grad presenteres for de enkelte kliniske enhetene, der de kan brukes i lokalt forbedringsarbeid. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring, og det er behov for kompetanseheevende tiltak. A-teamets intranettside og oversiktene over lokale resistensforhold bør gjøres mer kjent.

Innhold

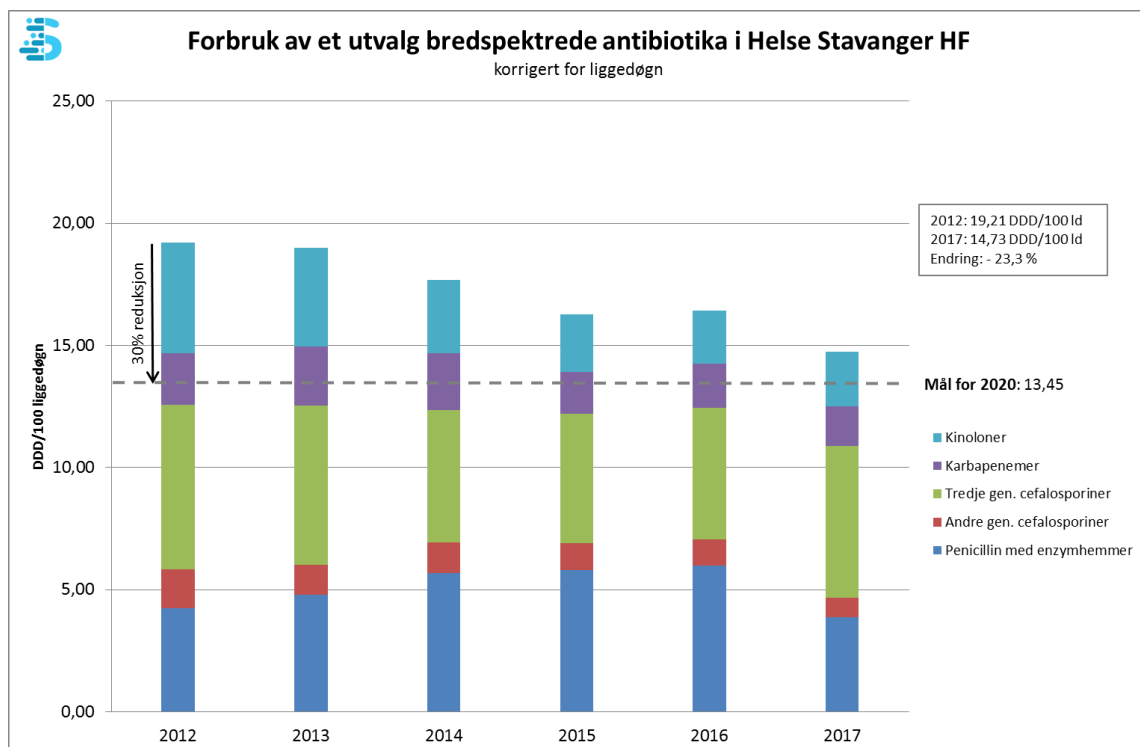
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam	4
5. Gjennomføring av revisjonen	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser	5
7.3.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

Helse Stavanger er et av landets seks universitetssykehus og blant Norges største akuttstusykehus. Sykehuset har mer enn 7800 medarbeidere og betjener en befolkning på 369 000 i Sør-Rogaland.



Helse Stavanger HF har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 23 % sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Helse Stavanger 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, 8. mai 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør
- Ledere: avdelingssjef Medisinsk avdeling, avdelingssjef Gastrokirurgi, avdelingsoverlege Gastrokirurgi, assisterende avdelingsoverlege Medisinsk avdeling/Mottaksklinikken, avdelingsoverlege Intensiv, seksjonsoverlege Lunge
- 6 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: seksjonsoverlege Gastrokirurgi, seksjonsoverlege Intensiv, overlege Lunge, overlege Nefrologi
- LIS-leger: 2 fra Medisinsk avdeling, 1 fra Intensiv, 1 fra Gastrokirurgi
- Sykepleiere: 2 fra Medisinsk avdeling, 1 fra Intensiv, 1 fra Gastrokirurgi

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

Antibiotikapolicy, som har flere underpunkter, er tilgjengelig i elektronisk kvalitetssystem. Hovedinnholdet i policy er godt kjent i sykehuset, mens noen av punktene er mindre kjent. Sykehuset har samme målsetninger som nasjonal handlingsplan, 30 % reduksjon i bruken av bredspektrede midler innen utgangen av 2020. Det er ikke satt delmål for antibiotikabruk (resultatmål) verken på klinikk/avdeling eller enhetsnivå, men leder oppfatter at de har medansvar for å oppfylle sykehusets mål. I følge prosjektdirektivet for antibiotikastyring skal det i 2018 arbeides med å avklare forventninger til klinikkene.

Revisjonens vurderinger

Kampen mot antibiotikaresistens er godt forankret i sykehusets toppledelse, det er utarbeidet en AMR-strategi. Tydelige signaler fra ledelsen anses å være vesentlig for at antibiotikastyring i Helse Stavanger så langt har vært vellykket. En mer aktiv rolle i styring og kontroll med antibiotikabruken fra klinikk- og avdelingsledere, med målsetninger både for resultat og prosess vil trolig kunne bidra til ytterligere reduksjon i bruken av bredspektrede midler.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Ansvar er tydelig fordelt der administrerende direktør har det overordnede ansvaret og antibiotikateamet det operative ansvaret med implementering av antibiotikastyring ute i sykehuset. Klinikkene er ikke ansvarliggjort med tanke på aktiviteter for antibiotikastyring. Tavlemøter benyttes og inkluderer noen steder antibiotikabruk. På revisjonstidspunktet var det ikke noe krav til at antibiotikabruk skulle inngå i tavlemøtene, men dette er planlagt utrullet i løpet av 2018. Antibiotikateamet har en infeksjonsmedisiner/smittevernlege i 50 % stilling til arbeidet med antibiotikastyring. Farmasøyt bruker ca 10 % av sin stilling til rapportering (hovedsakelig antibiotikabruk). For øvrig er det ikke avsatt spesifikke ressurser for medlemmene i a-teamet eller i de kliniske enhetene.

Revisjonens vurderinger

Ressursene spesifikt avsatt til antibiotikastyring synes knappe, men det er betydelige bidrag fra infeksjonsmedisinerne og smittevernenheten slik at den reelle ressursbruken nok er høyere.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

Antibiotikateamet har sin basis i smittevernenheten og infeksjonsmedisin. Det er tverrfaglig sammensatt, inkluderer farmasøyt og mikrobiolog, og har svært god fagkompetanse, og forbedringskompetanse. Per nå er ikke sykepleier som er i klinisk praksis med i teamet. Deltakerne i a-teamet er godt kjent og synlige i de kliniske enhetene. Det er utarbeidet et prosjektdirektiv for antibiotikastyring med tre prosjektfaser, etablering (gjennomført høst 2016), implementering og drift (pågår) og overleveringsfase (2018/2019).

Revisjonens vurderinger

A-teamets samarbeid med infeksjonsmedisin og smittevern framstår som svært godt, og er trolig en viktig suksessfaktor. A-teamets organisering av antibiotikastyring som prosjekt virker gjennomarbeidet og er etter revisjonsteamets vurdering i rute med milepælsplan.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. Temaet inngår i introduksjonsdag for leger ved noen enheter. Tett oppfølging av infeksjonsmedisiner i mange kliniske enheter bidrar til god antibiotika-kompetanse hos legene. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus er til dels kjent. Det er lagt inn i kompetanseplan for noen leger, men det er usikkert i hvilken grad det faktisk er gjennomført. A-teamet er svært aktive med undervisning på alle nivåer (sykehusledelse/avdelinger/enhetene). Det gjelder både antibiotikaforbruksrapporter og rasjonell antibiotikabruk. Det er i liten grad gjennomført undervisning eller andre kompetansehevende tiltak for sykepleiere, som uttrykker ønske om mer kompetanse på dette området.

Revisjonens vurderinger

Det er satset mye på undervisning og kompetanseoppbygging for leger.

7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

Observasjoner

Retningslinjen er godt kjent i sykehuset. LIS-1 (turnusleger) introduseres til retningslinjen og får utdelt lommeutgaven som del av introduksjonsprogram. Ved Medisinsk avdeling får også andre LIS-leger utdelt lommeutgaven. For øvrig finnes det ikke rutiner for at leger (nyansatte eller andre) introduseres for retningslinjen. Retningslinjen virker likevel å være godt innarbeidet. Antibiotikabehandling og indikasjon blir som hovedregel dokumentert i journal. Det er ikke spesielle rutiner for å dokumentere når en fraviker retningslinjen. Sykepleierne vet at det finnes en retningslinje, men bruker denne i liten grad.

Revisjonens vurderinger

Økt distribusjon av kortversjonene/lommeutgaven kan fungere som en påminnelse/introduksjon til nettversjonen av retningslinjen, både til forskrivende leger, men også til sykepleierne dersom den er å finne på medisinrom og vaktrom.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Flere enheter (medisin og kirurgi) har velfungerende tverrfaglige tavlemøter som inkluderer antibiotikabruk. I e-kurve løsningen Meona er det tatt i bruk automatisk varsel 3. dag etter oppstart av bredspektrede midler og gentamicin, med krav om at lege må reordinere medikamentet. For øvrig brukes ikke systematisk obligatorisk [revurdering etter 48-72 timer](#). A-teamet har gjennomført [audit med feedback](#) ved noen enheter. «[Academic detailing](#)» i form av antibiotikavisitter og/eller regelmessig infeksjonsmedisinsk tilsyn brukes i utstrakt grad.

Revisjonens vurderinger

Infeksjonsmedisins visitter og rådgiving ved de kliniske avdelingene er høyt verdsatt og viktig for rasjonell antibiotikabruk, mens det virker å være rom for å bruke andre systematiske tiltak i større grad.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

A-teamet utarbeider halvårlige rapporter over antibiotikabruk på sykehus- og avdelingsnivå, Rapportene behandles i ledergruppen. Rapportene sendes til ledere for de enkelte kliniske avdelinger som i varierende grad viderefremmes i linjen. I forbindelse med utsending av årsrapporter for 2017 er det bedt om tilbakemelding fra avdelingene/klinikkene med vurdering av eget forbruk. Revisjonen vet ikke om slike tilbakemeldinger er gitt. A-teamet presenterer rapportene på møter i mange kliniske avdelinger, som grunnlag for diskusjon om antibiotikabruk. Rapportene er tilgjengelige på a-teamets intranettside, men dette er i varierende grad kjent/brukt blant klinisk personell. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjennomføres x4 per år. Resultatene fra prevalensregistreringen er i liten grad blitt presentert for eller brukt av kliniske enheter.

Revisjonens vurderinger

Det gjøres et godt og grundig arbeid med antibiotikarapportering fra a-teamet. En kan vurdere om avdelingene i større grad kan benytte rapportene internt.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Sykehuset har god oversikt over egne resistensforhold med årlige rapporter som er lett tilgjengelige via intranettsiden om antibiotika. Disse er imidlertid i liten grad kjent av forskrivende leger.

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

Opprette kontaktpersoner for antibiotikastyring ved de kliniske avdelinger/enheter. Behandlingslengde kan trolig reduseres, ikke minst «peroral hale». Prokalsitonin kan kanskje være til nytte i noen enheter/hos spesielle pasienter (dersom analysen gjøres ved SUS).

Sykepleierne bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring. Rask revurdering av antibiotikabehandling hos pasienter som er begynner behandling i akuttmottaket. Utnytte flere muligheter (rapport og beslutningsstøtte) som ligger i elektronisk kurve.

8. Råd om videre arbeid

1. Klinikker/avdelinger bør i større grad ansvarliggjøres med egne målsetninger og/eller konkrete tiltak for antibiotikastyring.
2. Det anbefales å innføre obligatorisk revurdering av all antibiotikabehandling etter 48-72 timer (ikke bare bredspektrede slik som i dag).
3. En bør vurdere om antibiotikabruk kan inkluderes i tavlemøter ved flere enheter.
4. En bør vurdere om avdelinger/enheter selv kan gjennomføre begrensede «auditer» på antibiotikabruk.
5. Resultatene av prevalensregistreringen av antibiotikabruk kan i større grad presenteres for de enkelte kliniske enhetene, der de kan brukes i lokalt forbedringsarbeid.
6. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring, og det er behov for kompetansehevende tiltak.
7. A-teamets intranettside og oversiktene over lokale resistensforhold bør gjøres mer kjent.

9. Vedlegg

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