

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring ved Diakonhjemmet Sykehus



Sammendrag

Diakonhjemmet sykehus har stort fokus på rasjonell antibiotikabruk. De enkelte klinikkene/avdelingene er ansvarliggjort gjennom kvalitetsparametre for antibiotikabruk, men ikke på egne, tilpassede målsetninger. A-teamet er aktivt, velorganisert og synlig, og betydelig undervisningsaktivitet har bidratt til bevissthet rundt riktig antibiotikabruk. Sykehuset hadde en liten nedgang i bruk av bredspektrede antibiotika i perioden 2012-2017, mens for første tertial 2018 er bruken redusert med mer enn 30%, og sykehusets omfattende bruk av 2. generasjons cefalosporiner er nærmest opphørt. Mye av reduksjonen framkommer fordi DDD for hhv 2. og 3. generasjons cefalosporiner er forskjellig fra vanligste doseringer ved Diakonhjemmet.

Råd om videre arbeid

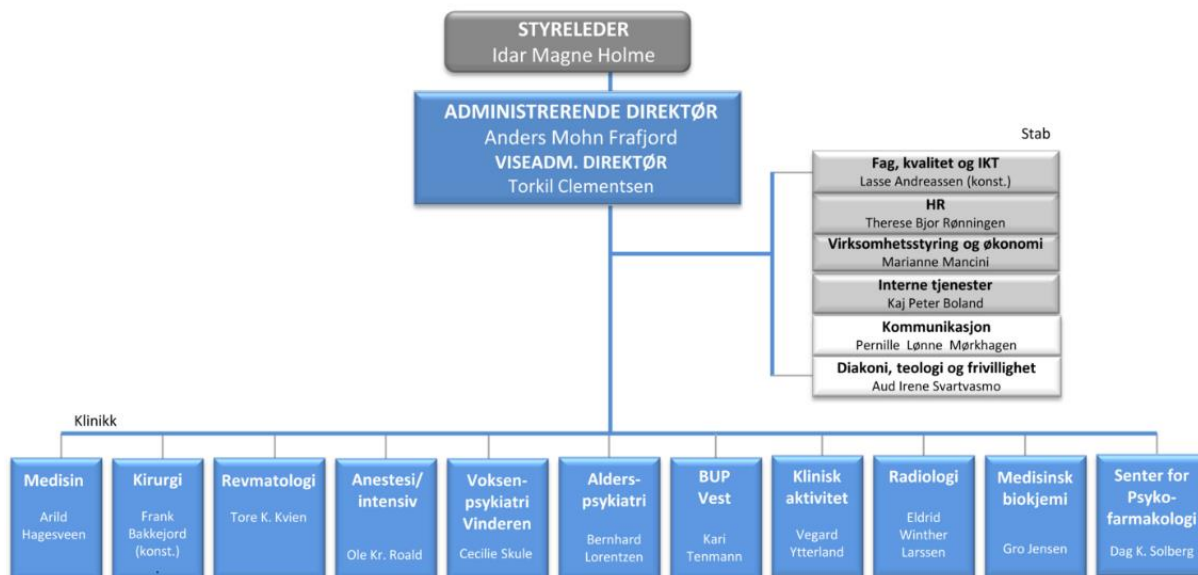
Ansvar for rasjonell antibiotikabruk må i større grad plasseres i, og følge linje helt fram til enhetsledernivå. Det bør utarbeides målsetninger og/eller delmål i enhetene. Rådgiving om antibiotikabruk hos enkeltpasienter bør suppleres med flere systematiske tiltak for antibiotikastyring, som revurdering etter 48-72 timer og audit med feedback. En bør tilstrebe at antibiotikarapporter og rapporter over resistensforhold er kjent blant klinisk personell, for eksempel ved å samle materiell og informasjon om antibiotikastyring på en lett tilgjengelig intranettside. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i det systematiske arbeidet for bedre antibiotikabruk. Det vil kreve kunnskapsøkning og formalisering av ansvar/oppgaver som sykepleierne utfører i dag. Det må sikres bærekraftig styring av antibiotikabruken ved Diakonhjemmet også etter at mandatet for a-teamet utløper (2020).

Innhold

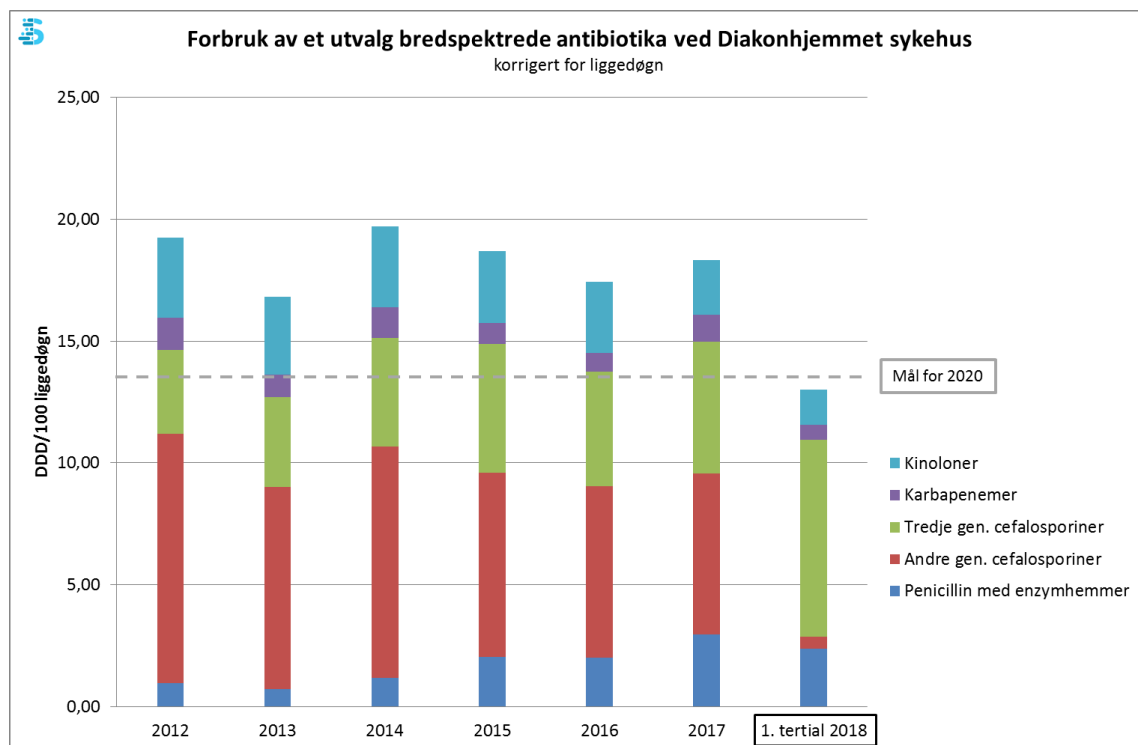
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam	4
5. Gjennomføring av revisjonen	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser	5
7.3.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

Diakonhjemmet Sykehus er et privat ideelt diakonalt sykehus, heleid av stiftelsen Det norske Diakonhjem. Sykehuset ligger i Oslo og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Diakonhjemmet er lokalsykehus for bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker, og avlaster AHUS med akuttprosienter fra tre andre bydeler. Diakonhjemmet mottar pasienter for Helse Sør-Øst innen revmatologi og revmakirurgi, og tilbyr elektiv behandling for pasienter fra hele landet.



Diakonhjemmet Sykehus har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 32 % sammenlignet med forbruket i 2012.



Bildet er oppdatert med nye tall for penicillin med enzymhemmer etter revisjonen.

2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Diakonhjemmet Sykehus 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, 4. september 2018. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Viseadministrerende direktør/Fagdirektør
- Ledere: avdelingssjef Medisinsk avdeling, avdelingsoverlege Kirurgisk avdeling, avdelingssjef Anestesi/Intensiv
- 5 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: overlege generell indremedisin Medisinsk avdeling, overlege infeksjon Medisinsk avdeling, overlege lunge Medisinsk avdeling, overlege gastrokirurgi Kirurgisk avdeling, overlege Anestesi/Intensiv
- LIS-leger: 3 fra Medisinsk avdeling
- Sykepleiere: 1 fra gastrokirurgi Kirurgisk avdeling, 1 fra lunge, 1 fra infeksjon og 1 fra generell indremedisin Medisinsk avdeling

Tilsendt dokumentasjon ble gjennomgått i forkant av revisjonsbesøket.

De avdelinger som deltok i revisjonen utgjør en stor del av sykehusets virksomhet, men intervjuobjektene har vært fra noen utvalgte enheter og revisjonen gir derfor begrenset grunnlag for å si noe om status for antibiotikastyring i andre enheter i sykehuset.

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. Det var en liten nedgang i bruk av bredspektrede antibiotika 2012-2017, mens for første tertial 2018 er bruken redusert med mer enn 30%, og sykehusets tidligere omfattende bruk av 2. generasjons cefalosporiner er nærmest opphørt. Det er ikke utarbeidet egne, tilpassede målsetninger for de enkelte avdelinger. Problemstillingen med overforbruk av bredspektrede midler, særlig cefalosporiner, er kjent blant ledere, men i mindre grad blant klinisk personell.

Revisjonens vurderinger

Blant forskriverne ser det ut til å være en kultur for at korrekt antibiotikabruk er viktig, mens det i mindre grad er konkretisert i målsetninger og tiltak. Den betydelige nedgangen i bruk av de fem bredspektrede midlene 1. tertial 2018 kan delvis forklares ut fra tekniske forhold (DDD i forhold til doser som faktisk brukes for 2. og 3. generasjons cefalosporiner). Nedgangen kan dermed virke større enn den reelt sett er. Data fra NOIS-PIAH registreringer kan benyttes for å avklare om det er slik at færre pasienter behandles med cefalosporiner.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Ansvar er tydelig fordelt der viseadministrerende direktør/fagdirektør har det overordnede ansvaret. Antibiotikateamet har ansvar for aktivitetene knyttet til antibiotikastyring og rapporterer til fagdirektør. De enkelte avdelingene er ansvarliggjort gjennom lederavtalene, og antibiotikabruk inngår i de månedlige kvalitetsparameterne. Ingen av medlemmene i a-teamet har formelt frikjøpt eller avsatt tid til arbeidet med antibiotikastyring. Leder av teamet har en rådgiverstilling i stab, der antibiotikastyring er én av oppgavene. Det er ikke avsatt spesifikke ressurser til antibiotikastyring i de kliniske enhetene.

Revisjonens vurderinger

Ansvar er tydelig fordelt på nivå 1 og 2, men i liten grad videre i linjen. Ressursene som er tilgjengelige for a-teamet, grovt estimert ca en halv stilling til sammen, gjør det mulig for a-teamet å dekke de fleste oppgavene sine.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

Antibiotikateamet er bredt og tverrfaglig sammensatt med god fagkompetanse. Arbeidet til teamet er svært godt organisert med årshjul for aktiviteter og hyppige møter. Teamet har arbeidet aktivt med risiko-vurdering og styring (en av medarbeiderne har risikostyringskompetanse), har vært strategiske, sikret god ledelsesforankring og har mange gode initiativ for bedre antibiotikabruk. Det er produsert eget materiell f.eks. postere vedrørende behandlingens lengde, og postere om sykepleieroppgaver innen antibiotikastyring. Teamet kan vise til betydelig aktivitet for å få oppmerksomhet rundt korrekt antibiotikabruk blant ledere, leger og i noen grad sykepleiere. Det er undervist i lederfora, på smitteverndag og for smittevernkontakter. Det har vært flere intranettoppslag, og det fins intranettside for antibiotikastyring med noen få lenker til informasjonsmateriell, men så vidt vi kan se ikke rapporter eller verktøykasse for antibiotikastyring. A-teamet er opptatt av problemstillingen rundt at mange pasienter som har fått merkelappen penicillinallergi likevel tåler penicillin. De har planlagt et prosjekt for å teste ut en modell slik at flere pasienter kan behandles med penicillin, de har søkt om og fått prosjektstøtte til dette. A-teamet er ikke planlagt videreført når handlingsplanen utløper (utgangen av 2020).

Revisjonens vurderinger

Antibiotikateamet kan vise til høy aktivitet som gjenspeiles i at ledere og forskrivere kjenner til betydningen av rasjonell antibiotikabruk. Teamet har i liten grad lykkes med å initiere konkrete aktiviteter for antibiotikastyring i avdelingene.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotika. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus er kun unntaksvis kjent og brukt. Antibiotika er tema på introduksjonskurs for nyansatte (leger), men ikke alle gjennomgår kurset. A-teamet har gjennomført undervisning for en rekke kliniske enheter. I praksis er antibiotikabruk tema flere ganger i året ved internundervisninger ved medisinsk avdeling, intensiv og også gastrokirurgi. De fleste sykepleiere har ikke fått undervisning om antibiotikabruk. Sykehuset har ikke eget mikrobiologisk laboratorium. En del mikrobiologisk diagnostikk (f.eks. Gram-preparat av positive blodkulturer) utføres ved Medisinsk avdeling.

Revisjonens vurderinger

Lokal mikrobiologisk diagnostikk kunne vært bedre integrert i og utnyttet i Medisinsk avdeling.

7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

Observasjoner

Retningslinjen er godt kjent og den benyttes i sykehuset. Nyansatte leger introduseres stort sett til retningslinjen ved nyansattkurs. Ved Medisinsk avdeling deles lommeutgaven ut til nyansatte leger. I all hovedsak dokumenteres og begrunnes antibiotikabehandling i journal. Det er ikke egne rutiner for å dokumentere når retningslinjen fravikes.

Revisjonens vurderinger

Retningslinjen er godt innarbeidet. Systematisk distribusjon av lommeutgaven til alle leger anbefales.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Sykehuset har god infeksjonsmedisinsk kompetanse, som er lett tilgjengelig for kliniske enheter, selv om det i liten grad er systematisert som regelmessige «infeksjonsvisitter». Det er gjennomført [audit med feedback](#) ved medisinsk avdeling og ved gastrokirurgisk seksjon. Det er planlagt nye auditer både i oktober 2018 og 2019. Systematisk [revurdering etter 48-72 timer](#) gjennomføres ikke. [Academic detailing](#) brukes i noen grad. En infeksjonsmedisiner er ansatt i en fristilt stilling for å drive oppsøkende virksomhet og være til stede på previsitter ved en rekke kliniske avdelinger. Vedkommende følger aktivt opp mikrobiologiske svar med direkte tilbakemeldinger (gule lapper) i journalssystemet, og som regel i journalnotat.

Revisjonens vurderinger

Systematiske antibiotikastyringstiltak er i begrenset grad iverksatt i de enkelte enheter ved Diakonhjemmet.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

Farmasøyt i a-teamet utarbeider tertialvis oversikt over antibiotikaforbruk. Innkjøp av bredspektrede antibiotika inngår som en av de månedlige kvalitetsparametrene for avdelingene. De sendes også ut til ledere og leger med aktuelle kommentarer fra a-teamet. Forbruksrapportene presenteres minst årlig i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU). Ledere har tilgang til disse rapportene, som også er presentert i kvalitetsmøter for leger ved medisinsk avdeling. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjøres x4 per år. Resultatene er i noen grad blitt presentert for og brukt av kliniske enheter. Kliniske farmasøytter bruker også resultatene til direkte tilbakemeldinger til forskrivere gjennom journalssystemet.

Revisjonens vurderinger

Diakonhjemmet sykehus har god oversikt over antibiotikabruken. Det har vært fokusert spesielt på bruken av cefalosporiner, men rapportene kan nok i enda større grad spisses mot konkrete problemstillinger, og knyttes til lokale målsetninger (se pkt 7.1).

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Sykehuset har ikke eget mikrobiologisk laboratorium, men benytter laboratoriet ved OUS. Det mottar årlige oversikt over egne resistensforhold, men dette er i liten grad kjent blant klinisk personell. Ledere og forskrivende leger ønsker bedre tilgjengelighet og oversikt over mikrobiologiske prøvesvar.

Revisjonens vurderinger

Oversikt over resistensforhold i kliniske isolater bør gjøres kjent og tilgjengelig.

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

Ansvarer må følge linjen og lederne må være engasjert og ha eierskap til felles mål. Bedre utnyttelse av mikrobiologiske prøver. Ønskelig med kortere tid før svar. Oversikt over lokale resistensforhold. Antibiotikastyring ved Diakonhjemmet må være bærekraftig også etter at

mandatperioden for a-teamet utløper (2020). Bedre informasjon både til ansatte (spesielt nyansatte). Forbedringspunkter er behandlingsslengde og overgang til peroral behandling, samt revurdering etter to døgn.

8. Råd om videre arbeid

1. Ansvar for rasjonell antibiotikabruk må i større grad plasseres i, og følge linje helt fram til enhetsledernivå.
2. Det bør utarbeides målsetninger og/eller delmål i enhetene.
3. Rådgiving om antibiotikabruk hos enkeltpasienter bør suppleres med flere systematiske tiltak for antibiotikastyring, som revurdering etter 48-72 timer og audit med feedback.
4. En bør tilstrebe at antibiotikarapporter og rapporter over resistensforhold er kjent blant klinisk personell, for eksempel ved å opprette en lett tilgjengelig intranettside.
5. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i det systematiske arbeidet for bedre antibiotikabruk. Det vil kreve kunnskapsøkning og formalisering av ansvar/oppgaver som sykepleierne utfører i dag.
6. Det må sikres bærekraftig styring av antibiotikabruken ved Diakonhjemmet sykehus også etter at mandatet for a-teamet utløper (2020).

9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Diakonhjemmet Sykehus
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon