

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring ved Sykehuset Østfold HF



Sammendrag

Sykehuset Østfold er kommet sent i gang med ledelsesforankret antibiotikastyring, men siste året er det iverksatt en rekke tiltak som en begynner å se effekt av. Driftssituasjonen er preget av stor pasient-tilstrømning, høy turnover blant personalet (særlig i sykepleiergruppen), og begrenset kapasitet og initiativ til å drive forbedringsarbeid. A-teamet har god oversikt over antibiotikabruk som tas opp på ledermøter, men i begrenset grad er rapportert til klinikerne. Det er forventninger til at rapporter fra elektronisk kurve kan utnyttes. Målsetning om nøktern bruk av bredspektrede antibiotika er godt kjent i sykehuset, det konkrete målet om 30 % reduksjon i bruken av bredspektrede midler er mindre kjent. Sykehuset er blant de i landet som bruker mest bredspektrede midler. Fram til 2017 er det kun oppnådd en liten nedgang i bruken, mens det er en tydelig nedgang i 2018. A-teamet er tverrfaglig sammensatt og godt kjent og synlig i sykehuset. Audit og systematisk revurdering er kun benyttet ved enkelte enheter, men det er iverksatt andre spesifikke forbedringstiltak.

Råd om videre arbeid

Linjen må følge opp styrende dokumentasjon og sikre at tiltak gjennomføres. Enhetene bør sette seg resultatmål, og også mål for antibiotikastyringstiltak (prosessmål). En bør legge til rette for best mulig utnytting av den planlagte intranettsiden til informasjon om antibiotikastyring, erfaringsdeling og til rapportering av antibiotikabruk og resistensforhold Systematiske tiltak som obligatorisk revurdering etter 48-72 timer og audit med feedback bør i større grad tas i bruk. Mulighetene som ligger i Metavision for rapportering og beslutningsstøtte bør utnyttes. En bør satse på ytterligere kompetansehevende tiltak rettet mot sykepleiere, og at de i større grad involveres i antibiotikastyring. En bør tilstrebe best mulig utnytting av mikrobiologisk diagnostikk, herunder samhandling mellom kliniker og laboratorium, kritisk vurdering av hvilke prøver som skal analyseres og rapporteres og generell kompetanseheving.

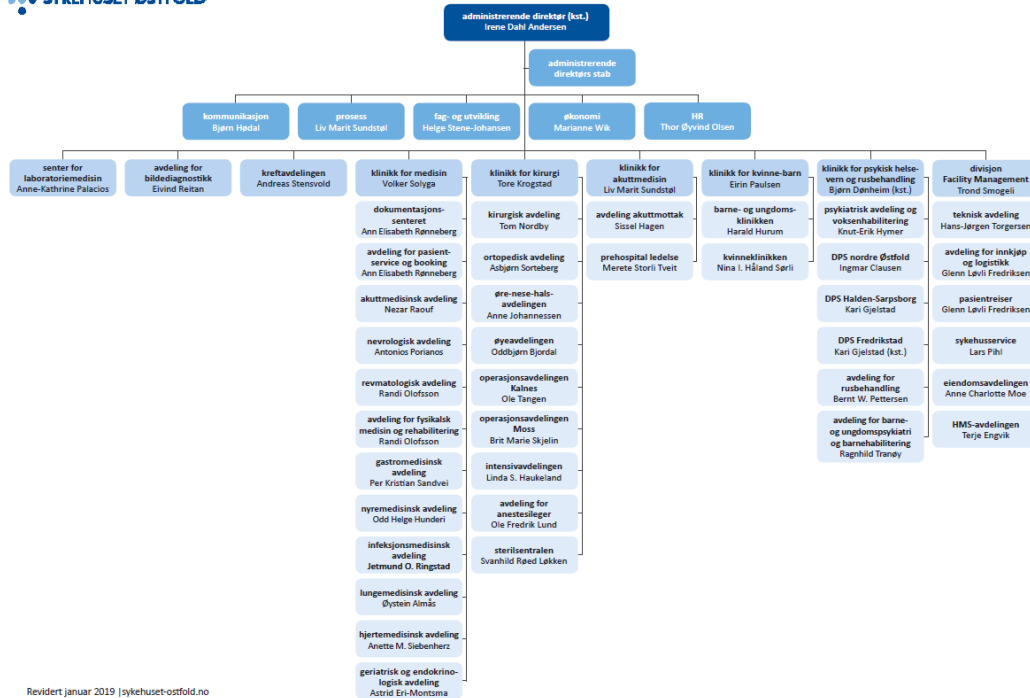
Innhold

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.....	8
7.9. Foretakets egne forslag til tiltak og forbedringsområder framkommet under intervjuene og sluttmøtet.....	8
8. Råd om videre arbeid	8
9. Vedlegg.....	8

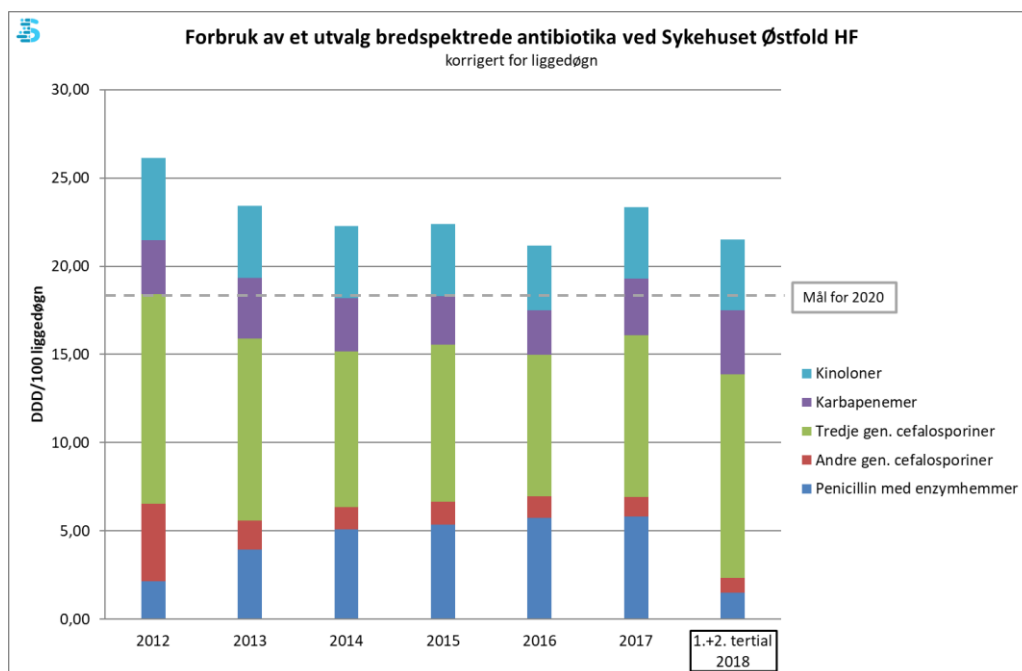
1. Innledning

Sammen med Sykehuset Østfold Moss, utgjør Sykehuset Østfold Kalnes sykehustilbudet for 300.000 østfoldinger. Sykehuset Kalnes er et akutt sykehus med et av landets største akuttmottak, og har i tillegg funksjoner innenfor de fleste felt med fødeavdeling, medisinske og kirurgiske klinikker og psykiatri.

SYKEHUSET ØSTFOLD



Sykehuset Østfold HF har på revisjonstidspunktet redusert bruken av bredspektrede antibiotika med ca 18 % sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Sykehuset Østfold 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, 9. januar 2019. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Fagdirektør
- Ledere: kliniksjeff Medisinsk klinikk, stedfortreder for avdelingsleder infeksjon Medisinsk klinikk, teamleder Intensiv-team Avdeling for anestesileger
- 6 deltakere i Antibiotika-teamet
- Overleger: overlege lungemedisin Medisinsk klinikk, seksjonsoverlege Intensiv Avdeling for anestesileger, overlege Ortopedisk avdeling og overlege Klinikk for akuttmedisin
- LIS-leger: 1 fra Klinikk for akuttmedisin, 1 fra Kreftavdelingen, 1 fra Geriatrisk og endokrinologisk avdeling Medisinsk klinikk og 1 Klinikk for kirurgi
- Sykepleiere: 1 fra Barne- og ungdomsklinikken, 1 fra Kreftavdelingen og 1 fra Nevrologisk avdeling Medisinsk klinikk

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

- Antibiotikapolisy 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. Antibiotikapolisy og målsetninger

Observasjoner

Helseforetaket følger nasjonal retningslinje og de målsetninger som er angitt i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF. Det har vært høyt forbruk av bredspektrede antibiotika fram til 2017, og nedgang i 2018. Det er utarbeidet en antibiotikapolisy som er lite kjent i sykehuset. Det er ikke satt mål for, eller krav til aktiviteter på klinikk/avdeling eller enhetsnivå. For tre intervensjoner innført høsten 2018 (se pkt. 7.6) er det konkrete målsetninger for «Key Performance Indicators», for øvrig er ikke enhetene ansvarliggjort med målsetninger på forbruk. Driftssituasjonen er preget av stor pasient-tilstrømning, høy turnover blant personalet (særlig i sykepleiergruppen), og det virker som det har vært begrenset kapasitet og initiativ til å drive forbedringsarbeid. Det er forventninger til at antibiotikastyring kan dra nytte av forbedringsteam som er under etablering.

Revisjonens vurderinger

Helseforetaket er blant de i landet med høyest forbruk av bredspektrede midler, det ser imidlertid ut til å være en bedre trend med tydelig reduksjon de to første tertialene i 2018.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Det er omfangsrik, styrende dokumentasjon av nyere dato som beskriver virksomhet og tiltak innen antibiotikastyring godt. Handlingsplanen for aktiv antibiotikastyring ble godkjent i sykehusledermøte august 2018. Det er også nylig klargjort at ansvaret for antibiotikastyring, og dermed tiltak og gjennomføring skal følge linjen fra fagdirektør. Mandatet for a-teamet eller styrende dokumentasjon gir ikke klare føringer for hva som er a-teamets oppgave og ansvar, men det oppfattes å være utforming av antibiotikastyringsprogram og koordinering av arbeidet for bedre antibiotikabruk. Smittevernlegen som leder a-teamet bruker minst 30% til antibiotikastyring, farmasøyt er frikjøpt 20%, og sykepleier bruker ca 20 % av «smitteverntiden» til dette arbeidet. Fra Medisinsk klinikk skal en LIS-lege oppnevnes til a-teamet uten at stillingsandel er konkretisert. For øvrig er det ikke avsatt spesifikke ressurser til antibiotikastyring.

Revisjonens vurderinger

Det har i flere år vært arbeidet med antibiotikastyring ved Sykehuset Østfold, men ledelsesforankring og styrende dokumentasjon er nylig kommet på plass. Det er iverksatt en rekke tiltak som en begynner å se effekt av.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

A-teamet er tverrfaglig sammensatt med svært god fagkompetanse, og spisskompetanse innen antibiotikastatistikk. Det er et kjerneteam som møtes ukentlig. I tillegg til kjerneteamet er det tilknyttet faglige rådgivere (leger) fra kliniske enheter og også rådgivere fra IKT, analyseavdelingen og kvalitet/pasientsikkerhet. Utvidet team møtes annenhver måned. Teamet ser behov for mer kompetanse/støtte innen IKT, kommunikasjon og sekretærfunksjon. A-teamet har savnet en god kanal for kommunikasjon med kliniske enheter og det er forberedt en intranettside om antibiotikastyring som forventes publisert i løpet av februar. A-teamet bidrar til kasusmøter/visitter ved kliniske enheter, men har ellers i liten grad vært involvert i, eller fasilitert systematiske antibiotikastyringstiltak ved enhetene. Det er utarbeidet prosedyredokumenter for to viktige midler (cefotaksim og meropenem) rettet mot forskrivere. Høst 2018 startet også et PhD-prosjekt der hovedproblemstillingen er hvordan prokalsitonin kan utnyttes for bedre antibiotikabruk. med flere intervensjoner (Rasjonell bruk av prokalsitonin for bedre antibiotikabruk).

Revisjonens vurderinger

Mye av a-teamets arbeid og oppgaver henger på leder, og en bør se på hvordan en kan få bedre oppgavefordeling og utnytting av ressursene og kompetansen som er i teamet. Tydeligere møtестruktur, kommunikasjonsplan og delmålsetninger for a-teamets arbeid kan være aktuelle virkemidler.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse og opplæringsbehov når det gjelder antibiotika. Det er forventninger til at overgang til kompetansesystemet Dossier skal gi bedre muligheter for å følge opp kompetanse hos den enkelte. A-teamet har vært aktive med undervisning for leger og til dels sykepleiere både i felles-fora som fredagsmøtet og avdelingsvis. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus er lite kjent selv om det i prinsippet skal være obligatorisk for flere grupper leger. Det er gjennomført flere undervisninger på fagdager for noen grupper sykepleiere.

Revisjonens vurderinger

Ledelsen mangler oversikt over legers kompetanse og evt. opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk.

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 er det ulike 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. Prinsippene om at smalspektret behandling er å foretrekke er godt kjent både blant ledere og forskrivende leger, likevel påpeker flere av klinikerne at det brukes mye bredspektrede midler, særlig cefotaksim. Det kreves indikasjon/diagnose for ordinasjon av antibiotika i elektronisk kurve (Metavision), og i hovedsak dokumenteres også begrunnelse for antibiotikabehandling i journal.

Revisjonens vurderinger

Retningslinjen, dokumentasjon og begrunnelse av antibiotikabehandling virker å være godt innarbeidet. Lommeutgaver av retningslinjen kan gjerne gjøres tilgjengelige på medisinnommene på sengepostene.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Barneavdelingen/nyfødt har i flere år har fokus på antibiotikabruk, blant annet obligatorisk [revurdering etter 48-72 timer](#), noe som har gitt gode resultater. Enheten for akutt geriatri og endokrin har velfungerende tverrfaglige tavlemøter som inkluderer antibiotikabruk. Ellers har sykepleiere vært lite involvert i arbeidet for bedre antibiotikabruk. Det er gjort en audit av kirurgisk profylakse, for øvrig er det ikke gjennomført [audit med feedback](#). Ved intensivavdelingen er det daglige møter med infeksjonsmedisiner og ukentlige kasusmøter ([academic detailing](#)) med intensivleger, infeksjonsmedisinere og mikrobiologer. Ved gastrokirurgisk enhet har det vært ukentlige visitter av infeksjonsmedisiner. Fra oktober 2018 er det iverksatt tre spesifikke tiltak for bedre antibiotikabruk: a) redusert cefotaksimbruk gjennom presisering av doseringsanbefalinger inkludert behandlingsvarighet og fokus på unødvendig bruk ved samfunnservivet pneumoni, b) konfereringsplikt for forskrivning av meropenem og c) fokus på hurtigere overgang til perorale antibiotika, med spesifikke målsetninger.

Revisjonens vurderinger

De mest brukte og anerkjente systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk er i liten grad tatt i bruk ute i enhetene, men det er iverksatt andre målrettede tiltak.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

Sykehuset Østfold har i flere år hatt personell med spesiell interesse for og kompetanse på rapportering av antibiotikabruk og analyser. Sykehuset har derfor svært god oversikt over antibiotikabruken. En utfordring er tilgang til liggedøgnstall på enhetsnivå (nevneren i forbruksstatistikk). Rapporter tas opp på sykehusets ledermøter hvert kvartal. PDF-utgaver av rapportene er sendt ut til ledere som i noen grad har distribuert videre i linjen. Sykehuset gjennomfører prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) seks ganger per år (forskriftens krav er to ganger per år). Resultatene er i noen grad sammenstilt og presentert for kliniske enheter. En har også brukt resultatene fra registreringen til individuelle tilbakemeldinger til forskriver – «gule lapper» i pasientjournal. Det er gjort omfattende forberedelser for antibiotikarapportering fra elektronisk kurve (Metavision). Foreløpig har en ikke fått ut data fra kurvesystemet, og det forventes ikke at det kommer på plass i løpet av 2019.

Revisjonens vurderinger

A-teamet og ledelsen har svært god oversikt over antibiotikabruken, men det mangler systematisk rapportering til klinisk personell. Det er planlagt intranettside med dashboard-visning som vil gjøre forbruksrapporter tilgjengelig også for klinisk personell. Når rapporter kan hentes ut fra Metavision vil det kunne gi bedre beslutningsgrunnlag for tiltak. Økt antall prevalensregistreringer er et godt tiltak når resultatene av registreringen brukes til tilbakemeldinger til klinisk personell, og for å definere innsatsområder.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Sykehuset Østfold har eget mikrobiologisk laboratorium. Det har ikke vært publisert oversikter over egne resistensforhold, men data er hentet ut og lagt fram ved avdelingsvise og felles undervisninger. Utfordringer med å hente ut rapporter fra lab-systemet og mangel på ressurser angis som årsaker til at det ikke utarbeides og publiseres regelmessige, systematiske rapporter.

Revisjonens vurderinger

Sykehuset har god oversikt over egne resistensforhold, men rapporter er i begrenset grad tilgjengelig for klinisk personell.

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

Det er viktig at strategier og planer blir gjennomført. Hver avdeling må få en "pakke" som de skal følge opp. Mulighetene som ligger i Metavision for rapporter og beslutningsstøtte må utnyttes. Kommunisere antibiotikastyring bedre – hva og hvordan. Øke kompetansen hos leger og gi dem tid og trygghet til å velge smalspektret. Fokusere på at bredspektret behandling også kan ha bivirkninger for den enkelte pasient. God tilgang til konferering, leger snakker med leger best. Prosjektstilling for LIS-leger som kan drive utadrettet i de forskjellige avdelingene. Det er flere forbedringspunkter når det gjelder mikrobiologenes samhandling med klinikerne: bedre kliniske opplysninger til laboratoriet, kompetanseheving for leger og sykepleiere og mer kritisk vurdering til om prøver har klinisk betydning, skal analyseres og hvilke funn som rapporteres. Innføre systematisk revurdering, gjerne med automatiske påminnelser, og tverrfaglige tavlemøter (risikotavler). Involvere sykepleiere i større grad. Bedre journaldokumentasjon med vurderinger og begrunnelser. Fokus på korrekt dose (cefotaksim), behandlingstid og overgang til peroral behandling. Kritisk vurdering av indikasjon for antibiotika hos pasienter i terminalfase. Avvikle praksis der pasienter som skrives ut til sykehjem får med parenterale antibiotika.

8. Råd om videre arbeid

1. Linjen må følge opp styrende dokumentasjon og sikre at tiltak gjennomføres
2. Enhetene bør sette seg resultatmål, og også mål for antibiotikastyringstiltak (prosessmål)
3. En bør legge til rette for best mulig utnytting av den planlagte intranettsiden til informasjon om antibiotikastyring, erfaringsdeling og til rapportering av antibiotikabruk og resistensforhold
4. Systematiske tiltak som obligatorisk revurdering etter 48-72 timer og audit med feedback bør i større grad tas i bruk
5. Mulighetene som ligger i Metavision for rapportering og beslutningsstøtte bør utnyttes
6. En bør satse på ytterligere kompetansehevede tiltak rettet mot sykepleiere, og at de i større grad involveres i antibiotikastyring
7. En bør tilstrebe best mulig utnytting av mikrobiologisk diagnostikk, herunder samhandling mellom kliniker og laboratorium, kritisk vurdering av hvilke prøver som skal analyseres og rapporteres og generell kompetanseheving

9. Vedlegg

- Vedlegg 1 – Intervjuguide Sykehuset Østfold HF
- Vedlegg 2 – Tilsendt dokumentasjon