

Revisjonsrapport: Antibiotikastyring ved Sykehuset Innlandet HF



Sammendrag

Policy og prinsippene for rasjonell antibiotikabruk er i hovedsak godt kjent. Ansvaret for antibiotikastyring følger linjen. Divisjonsdirektører står ansvarlige for å oppfylle virksomhetsplanen der 10% reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika er ett av 10 punkter for 2019, og dette ansvaret er videreført i lederavtaler for nivå 3 og 4. Divisjoner, avdelinger eller enheter er ikke ansvarliggjort for tiltak. A-teamet er godt kjent og synlig i sykehusene. Det har tidligere vært mer antibiotikastyrende aktivitet, men mangel på infeksjonsmedisinske ressurser angis som årsak til at det nå er mindre. Tavlemøter er innført i mange enheter, og i noen inkluderer de antibiotikabruk. Anerkjente, systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk (obligatorisk revurdering og audit) er i liten grad brukt. Retningslinjen er godt kjent og benyttes. For helseforetaket samlet er forbruket av bredspektrede antibiotika uendret fra 2012, men foretaket hadde i utgangspunktet et lavt forbruk. Det er store forskjeller i antibiotikabruk mellom de ulike sykehusene i helseforetaket.

Råd om videre arbeid

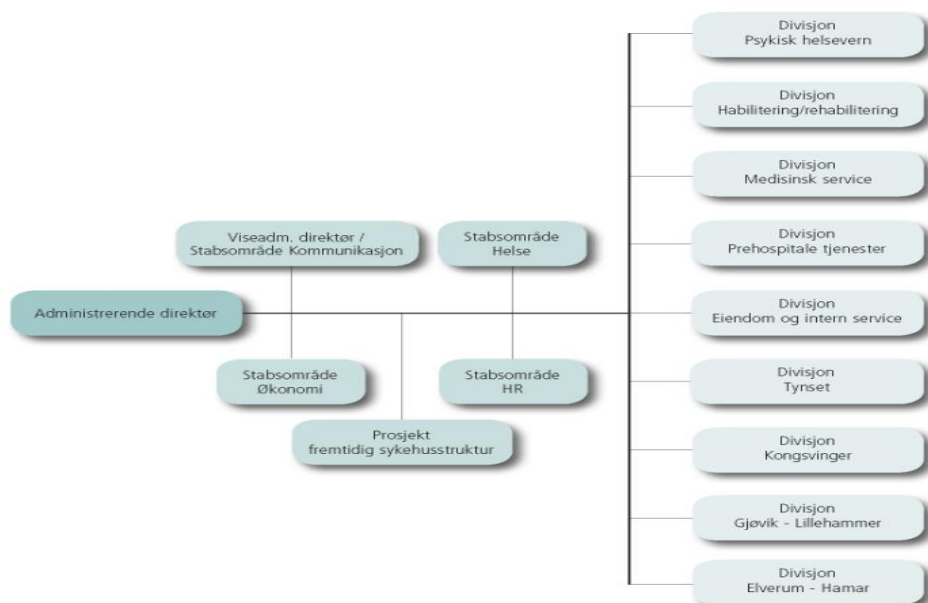
Divisjoner/avdelinger bør i større grad ansvarliggjøres med egne målsetninger og/eller iverksetting av konkrete tiltak for antibiotikastyring slik at felles målsetning i virksomhetsplanen kan nås. Med begrensede infeksjonsmedisinske ressurser bør annet klinisk personell i større grad engasjeres i systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk. Det anbefales å innføre obligatorisk revurdering av antibiotikabehandling etter 48-72 timer, f.eks. ved å innlemme dette i eksisterende tavlemøter. En bør vurdere om avdelinger/enheter selv kan gjennomføre begrensede «auditer» av antibiotikabruk. Mandat, oppgaver, møtstruktur og forankring for de lokale a-teamene bør gjennomgås og revideres for å intensivere arbeidet ved de ulike sykehusene. Det bør tydeliggjøres hvilke forventninger det er til de lokale teamene, og hvilke ressurser som er tilgjengelige. En bør legge til rette for å utnytte elektronisk kurve (planlagt innført i 2020) til beslutningsstøtte og rapporter. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring, og det bør konkretiseres hvilke oppgaver de har og kan ha.

Innhold

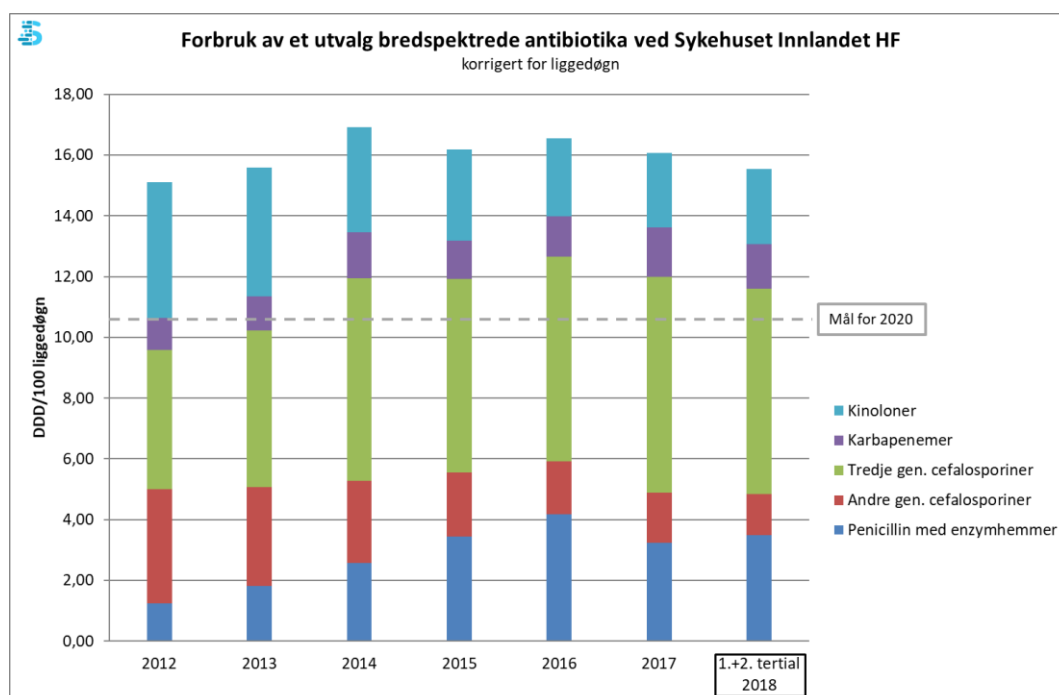
1. Innledning.....	3
2. Revisjonens formål og metode.....	4
3. Revisjonsgrunnlag.....	4
4. Revisjonsteam	4
5. Gjennomføring av revisjonen	4
6. Fokusområder i revisjonen.....	5
7. Observasjoner og vurderinger.....	5
7.1. Antibiotikapolicy og målsetninger.....	5
7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser	5
7.3.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

Sykehuset Innlandet har virksomhet på om lag 40 steder i Hedmark og Oppland. Virksomheten omfatter spesialisthelsetjenester innenfor somatikk og psykisk helsevern. Helseforetaket har somatiske sykehus på Elverum, Gjøvik, Hamar, Lillehammer, Kongsvinger og Tynset. Fra 2019 er Kongsvinger overført til Akershus universitetssykehus HF.



Sykehuset Innlandet HF har på revisjonstidspunktet økt bruken av bredspektrede antibiotika med ca 3 % sammenlignet med forbruket i 2012.



2. Revisjonens formål og metode

Revisjonen er en systematisk og dokumentert gjennomgang av i hvilken grad Sykehuset Innlandet 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 2019 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, 14. februar 2019, på Gjøvik. Oppstartsmøte ble etterfulgt av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer, og dagen ble avsluttet med et oppsummeringsmøte.

Følgende deltok i intervjuene:

- Direktør medisin og helsefag
- Ledere: ass divisjonsdirektør Gjøvik/Lillehammer, avdelingssjef Medisinsk avdeling, ass avdelingssjef Kirurgisk avdeling, avdelingssjef Akuttmedisin/Intensiv
- 6 deltakere fra sentralt og lokale Antibiotika-team
- Overleger: seksjonsoverlege infeksjon Medisinsk avdeling, seksjonsoverlege lunge Medisinsk avdeling og avdelingsoverlege anestesi
- LIS-leger: 3 fra Medisinsk avdeling og 1 fra Kirurgisk avdeling
- Sykepleiere: 1 fra gastrokirurgi, 1 fra intensiv, 1 fra hjerte/lunge og 1 fra infeksjon/generell medisin.

Tilsendt dokumentasjon ble gjennomgått i forkant av revisjonsbesøket.

Med unntak av 2 a-teammedlemmer fra hhv. Lillehammer og Elverum har Intervjuobjektene vært fra noen utvalgte avdelinger/enheter ved Gjøvik sykehus, 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

Helseforetakets antibiotikapolicy ligger i kvalitetssystemet, og er godt kjent i ledergruppen. Nasjonal retningslinje og målsetningene som ligger i oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst RHF følges. Målsetningen om mindre bruk av bredspektrede antibiotika er i hovedsak kjent blant klinisk personell, selv om de konkrete målene (% reduksjon) er mindre kjent. Sykehuset Innlandet hadde et lavt forbruk av bredspektrede antibiotika i 2012, men har i liten grad redusert bruken i de påfølgende år. Det er etablert delmål med 10 % reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika i 2019 i forhold til 2018. Det har ikke vært satt delmål for antibiotikabruk (resultatmål) verken på klinikk/avdeling eller enhetsnivå.

Revisjonens vurderinger

Policy og prinsippene for rasjonell antibiotikabruk er i hovedsak godt kjent. Lavt forbruk av bredspektrede antibiotika i 2012 medvirker til at det kan være vanskelig å nå målet om 30 % reduksjon, men bruken bør likevel kunne reduseres betydelig.

7.2. Ansvar, oppgaver og ressurser

Observasjoner

Ansvar for antibiotikastyring ligger hos administrerende direktør/direktør for medisin og helsefag, og følger linjen. Divisjonsdirektører står ansvarlige for å oppfylle virksomhetsplanen der 10% reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika er ett av 10 punkter for 2019.

Målsetningen er også tatt inn i lederavtaler på flere nivåer. For øvrig er ikke divisjoner, avdelinger eller enheter ansvarliggjort for resultatmål eller tiltak. A-teamet skal utarbeide tiltak og koordinere arbeidet med antibiotikastyring. Smittevernlegen og hygienesykepleier brukte til sammen anslagsvis 30 % stilling til antibiotikastyring i 2018, farmasøyt ca 10 % til utarbeiding av rapporter og annet a-team arbeid. Ved Gjøvik sykehus er det opprettet 20% deltidsstilling som smittevernlege, inkludert antibiotikastyring. Denne har ikke vært besatt siste året. Ved de andre sykehusene er det ikke avsatt spesifikke ressurser til antibiotikastyring.

Revisjonens vurderinger

Ansvar for antibiotikastyring er tydelig fordelt til ledergruppen. Ressursene til antibiotikastyring synes knappe spesielt siden antibiotikastyring skal gjennomføres ved fem ulike sykehus.

7.3. Antibiotika-team (A-team)

Observasjoner

Det er etablert et sentralt antibiotikateam, i tillegg til egne team ved hvert sykehus. Teamene er tverrfaglig sammensatt med god fagkompetanse, forbedringskompetanse og tilgang til kommunikasjonskompetanse. Det sentrale teamet har ca. 4 møter årlig, ved 2 av disse innkalles også de lokale teamene. Det er etablert en intranettside for antibiotikastyring med lenker, nyttige ressurser og der helseforetakets antibiotikarapporter er tilgjengelige. Teamet har utarbeidet en del prosedyrer, plakater, bruksanvisninger og annet informasjonsmateriell.

Revisjonens vurderinger

Organisering av antibiotikastyringsarbeidet er utfordrende med flere sykehus, og revisjonen har bare intervjuet to av a-team medlemmene ved de andre sykehusene. Det er usikkert om dagens organisering og møtefrekvens gir tilstrekkelig «drive» til antibiotikastyringsarbeidet ute i sykehusene.

7.4. Kompetanse og opplæringsbehov innen antibiotikabruk

Observasjoner

Det gjennomføres ikke systematisk kartlegging av legers kompetanse eller opplæringsbehov når det gjelder antibiotikabruk. A-teamet har vært aktive med undervisning for leger og også sykepleiere, det siste året har det vært lite aktivitet rettet mot Gjøvik. E-læringskurset om antibiotikabruk i sykehus er kjent blant noen leger og flere av de intervjuede sykepleierne. Kurset er obligatorisk for nyansatte leger, LIS-1 får ikke godkjent tjeneste med mindre kurset er gjennomført og bestått, og også obligatorisk for nyansatte sykepleiere.

Revisjonens vurderinger

E-læringskurset i antibiotikabruk virker godt implementert. Vi er usikre på i hvilken grad behandlingsvalg ved bakterielle infeksjoner inngår i fast internundervisning.

7.5. Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus

Observasjoner

Retningslinjen er godt kjent i sykehuset og benyttes. LIS 1- har antibiotika og retningslinjen som ett av flere tema i sitt introduksjonsprogram. Nyansatte leger får som regel utlevert lommeutgaven. Sykepleierne bruker retningslinjen i liten grad, men lommeutgaven er stort sett tilgjengelig på sengepostene. Helseforetaket har ikke rutiner for dokumentasjon og begrunnelse for antibiotikabehandling i journal, men dokumentasjon av antibiotikabehandling er oppfølgingspunkt ved NOIS-PIAH registreringene. I intervju med klinisk personell får vi litt sprikende opplysninger, men hovedinntrykket er at antibiotikabehandling dokumenteres.

Revisjonens vurderinger

Retningslinjen er godt implementert i helseforetaket. I hovedsak dokumenteres antibiotikabehandling.

7.6. Tiltak for bedre antibiotikabruk på enhetsnivå

Observasjoner

Tavlemøter er utbredt, men bare noen enheter har antibiotika som tema. Inntrykket er at det er velfungerende ved infeksjonsenheten og gastrokirurgisk enhet, og at antibiotikabehandlingen blir kritisk vurdert, selv om det ikke skjer spesifikt 2. eller 3. døgn.

For øvrig er er ikke [revurdering etter 48-72 timer](#) gjennomført. A-teamet har tilrettelagt og utarbeidet sjekkliste med konkrete råd for revurdering av antibiotika ved tavlemøtene. Det har periodevis tidligere vært gjennomført «[academic detailing](#)» med regelmessig visitt av infeksjonsmedisiner én eller flere ganger ukentlig ved intensiv, kirurgiske og ortopediske enheter, men det er for tiden ikke infeksjonsmedisinske ressurser til det. I 2017 ble det gjennomført [audit med feedback](#) ved en rekke avdelinger med gode resultater, senere er det ikke utført audit.

Revisjonens vurderinger

Systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk er lite benyttet. Tavlemøter er en viktig struktur som i større grad kan utnyttes til antibiotikastyring.

7.7. Rapportering av antibiotikabruk

Observasjoner

Farmasøyt i a-teamet utarbeider forbruksrapporter, men organisasjonsstruktur begrenser mulighetene for detaljert statistikk. Det utarbeides tertialvise forbruksrapporter som legges fram for styret, behandles i kvalitetsutvalg og distribueres til avdelingsledere. Rapportene er i varierende grad distribuert videre i linjen. Antibiotikabruk har de siste to årene vært styresak årlig. A-teamet presenterer også rapportene for leger og i noen grad sykepleiere på undervisningsmøter, og de er tilgjengelige på antibiotikastyringssiden på intranett. Prevalensregistrering av antibiotikabruk ([NOIS-PIAH](#)) gjøres x 4 per år. Resultatene er i noen grad blitt presentert for personell i kliniske enheter.

Revisjonens vurderinger

Foretaket har god oversikt over overordnet antibiotikabruk, og a-teamet sørger for at rapportene i stor grad er kjent blant klinisk personell.

7.8. Rapportering av resistensforhold

Observasjoner

Foretaket har eget mikrobiologisk laboratorium ved Lillehammer sykehus som publiserer gode årsrapporter med lokale trender og sammenligning med nasjonale forhold (NORM). Rapportene er tilgjengelige på mikrobiologisk avdeling sin internettside, men dette er lite kjent blant klinisk personell. A-teamet bruker rapportene til å lage halvårlige statistikker over funn av antibiotikaresistente bakterier. Lokale resistensforhold er i noen grad lagt fram ved avdelingsvise undervisninger.

Revisjonens vurderinger

Foretaket har god oversikt over lokale resistensforhold, men disse er lite kjent blant klinisk personell

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

Må utfordre fagmiljøene ved de ulike sykehusene på å ha mer samhandling og bli forente. Vi må jobbe mer systematisk på våre avdelinger. Tiltak må forankres i de enkelte kliniske enheter, evt. med kontaktperson. Det må komme litt overordnet fra toppen at retningslinjer skal følges. Mer legeressurser inn i a-teamet. Kompetanseheving/undervisning om antibiotika og retningslinjen, fra a-teamet og andre. Mer veiledning rundt antibiotikabruk (av infeksjonsmedisiner), klinikk-nær inspirasjon, deltakelse på previsitter, ukentlige møter,

«academic detailing» og undervisning. Skulle blåst liv i møtene våre på intensiv igjen. Benytte morgenmøter med pasientgjennomgang til å minne om antibiotika-behandling etter retningslinjen. Trenger ikke være infeksjonsmedisiner for å stille disse spørsmålene. Benytte tavlemøtene til revurdering og antibiotikastyring. Det er et godt opplegg for å markere ab- bruk på tavlene. Har en film som skal ut og brukes aktivt. Gjennomføre flere auditer. Mer kompetanse og dermed trygghet rundt overgang til perorale antibiotika, og også bruk av aminoglykosider, bl.a. hos pasienter med tidligere nyresvikt. Få på plass gentamicin konsentrasjonsmåling på Tynset. Sikre korrekt antibiotika-dosering (ikke sepsis-doser) til KOLS-pasienter. Kortere behandlingstid og raskere overgang til per os. Forbedre praksis når det gjelder mikrobiologiske prøver før oppstart antibiotika. Fokuser på bruk av pip/taz ved Kir. Avd. Gjøvik, og ciprofloksacin ved ortopedisk avdeling Elverum. Prøve å bryte tradisjon for behandlingsvalg «som sitter i veggene» på Gjøvik. Restriktive tiltak: konfereringsplikt på visse legemidler og begrunnelse. Kliniker med antibiotika-kompetanse i vaktteamene. Må få aktivisert sykepleiergruppen i større grad.

8. Råd om videre arbeid

1. Divisjoner/avdelinger bør i større grad ansvarliggjøres med egne målsetninger og/eller iverksetting av konkrete tiltak for antibiotikastyring slik at felles målsetning i virksomhetsplanen kan nås
2. Med begrensede infeksjonsmedisinske ressurser bør annet klinisk personell i større grad engasjeres i systematiske tiltak for bedre antibiotikabruk.
3. Det anbefales å innføre obligatorisk revurdering av antibiotikabehandling etter 48-72 timer, f.eks. ved å innlemme dette i eksisterende tavlemøter.
4. En bør vurdere om avdelinger/enheter selv kan gjennomføre begrensede «auditer» av antibiotikabruk
5. Mandat, oppgaver, møtестruktur og forankring for de lokale a-teamene bør gjennomgås og revideres for å intensivere arbeidet ved de ulike sykehusene. Det bør tydeliggjøres hvilke forventninger det er til de lokale teamene, og hvilke ressurser som er tilgjengelige
6. En bør legge til rette for å utnytte elektronisk kurve (planlagt innført i 2020) til beslutningsstøtte og rapporter
7. Sykepleiere bør i større grad inkluderes i antibiotikastyring, og det bør konkretiseres hvilke oppgaver de har og kan ha

9. Vedlegg

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