

Møtedato: 26. mai 2021

Saksnr.:
2020/973

Saksbeh./tlf.:
Siw Skår, 75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 15.5.2021

Styresak 64-2021

Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 09/2017 Antibiotikabruk i Helse Nord, og styresak 44-2018

Formål

Styresaken er en oppfølging av internrevisjonsrapport 09/2017 Antibiotikabruk i Helse Nord (*styresak 44-2018 Internrevisjonsrapport nr. 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord – oppsummering, styremøte 21. mars 2018*). Styret er orientert om oppfølging av anbefalingene i rapporten i *styresak 166-2018-3 Orienteringssak ad. Oppfølging av IR-rapport 09-2017 Antibiotikabruk i Helse Nord - oppfølging av styresak 44-2018* (styremøte 19. desember 2018) og muntlig orientert i styremøte 28. juni 2019 (*styresak 81-2019/2 Orienteringssak med muntlig informasjon fra adm. direktør til styret*). I denne styresaken beskrives status for hvordan helseforetakene har fulgt opp anbefalingene i rapporten.

Å begrense utviklingen av antibiotikaresistente bakterier er en av de store utfordringene i moderne medisin, som møtes med samarbeid innen og mellom alle nivåer av helsetjenesten. Rasjonell antibiotikabruk, i samsvar med faglig retningslinje, er viktig for kvaliteten i pasientbehandlingen og bidrar til økt trygghet for at vi har virkningsfulle antibiotika også i framtiden.

Bakgrunn

Revisjonens formål var å bekrefte at helseforetakene har en intern styring og kontroll, som gir rimelig sikkerhet for at helseforetakenes antibiotikabruk er rasjonell og i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus. (1)

Funn

Det ble konkludert med at helseforetakene har etablert et styringsgrunnlag som er egnet til å gi rimelig sikkerhet for at bruken av antibiotika er rasjonell og i samsvar med retningslinjen. Det ble funnet svakheter i løpende oppfølging av antibiotikabehandling og i oppfølging av antibiotikastyringsprogrammet. Internrevisjonen vurderte at dette kunne medføre risiko for mer bruk av bredspektret antibiotika enn nødvendig.

Anbefalinger til helseforetakene

Det ble gitt sju-åtte anbefalinger til hvert av helseforetakene, sammenfattet slik:

1. Sørge for at lederlinjen tar en mer aktiv rolle i styring og kontroll med antibiotikabruken.
2. Definere klare kompetansekrav for leger om antibiotikabruk, og sørge for at kravene følges opp.
3. Utarbeide (Finnmarkssykehuset), oppdatere (Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset) og følge opp (alle helseforetak) planen for implementering av tiltak beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet.
4. Iverksette forbedringer vedrørende antibiotikateamets funksjon (anbefalingene varierer mellom helseforetakene).
5. Innføre rutiner for systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48-72 timer.
6. Påse at prevalensregistrering av antibiotikabruk gjennomføres slik at det gir pålitelige data og eierskap til egne data i aktuelle kliniske enheter (Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset).
7. Benytte forbruksstatistikker og data fra prevalensundersøkelser av antibiotikabruk som grunnlag for kontinuerlig forbedring både på foretaksnivå og i de kliniske enhetene.
8. Gjennomføre regelmessige kontroller av etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus gjennom interne revisjoner eller andre frittstående evalueringer

Oppfølging av anbefalingene

Alle helseforetakene har styrebehandlet revisjonsrapporten og handlingsplan for anbefalingene, med frist og ansvar for oppfølging.

Helseforetakene har ved tre anledninger rapportert status for oppfølging til Helse Nord RHF, senest i april 2021. I forbindelse med siste rapportering ble det også avviklet et felles møte med deltakere fra alle helseforetakene, hvor status for anbefalingene ble gjennomgått og hvor det var mulig å dele erfaringer. Vedlagt er oppdatert oversikt over status (vedlegg 1).

Som det framkommer av vedlegget, er det påbegynt eller implementert tiltak knyttet til nesten alle anbefalingene. De viktigste restansene vurderes å være:

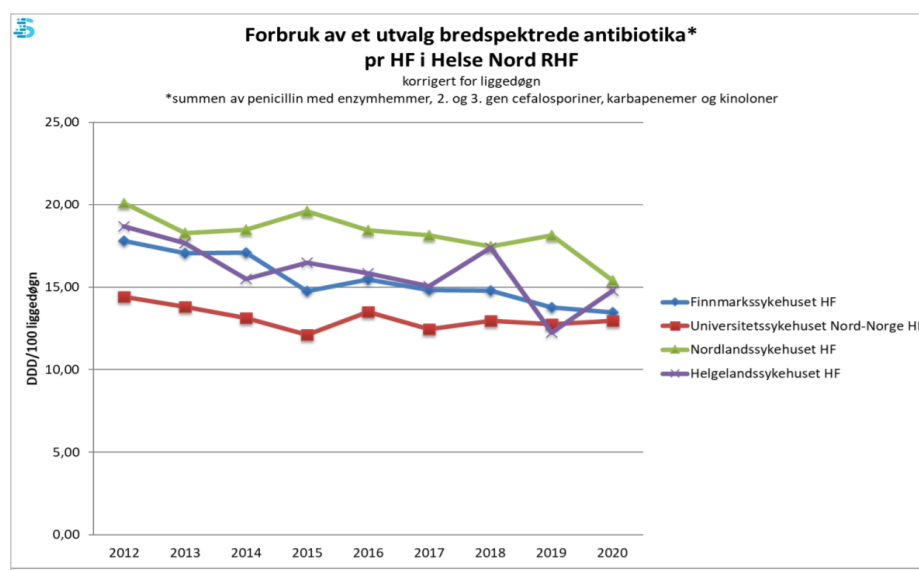
- *Oppfølging av kompetansekrav for leger om antibiotikabruk*
Alle helseforetakene opplyser at de har definert kompetansekrav til leger om antibiotikabruk. Det er fortsatt noe variasjon i hvor godt kravene blir fulgt opp i alle aktuelle klinikker og enheter.
- *Iverksette forbedringer vedrørende antibiotikateamets funksjon*
Disse anbefalingene er delvis fulgt opp. Utfordringer som fortsatt er til stede er å sikre representasjon fra alle sykehus (UNN) og fra forskrivende leger (Nordlandssykehuset). Finnmarkssykehuset reviderer nå mandatet og opplyser at lederlinjen vil legge til rette for at teamet skal fungere i samsvar med nytt mandat.

- *Systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48-72 timer*
Det er utviklet regional prosedyre (RL 8372) for systematisk revurdering av antibiotika og felles mal i DIPS for notat om revurdering av antibiotika. I hvor stor grad disse er tatt i bruk varierer. I elektronisk kurve er det lagt inn automatisk varsel til klinikker om å vurdere videre bruk av antibiotika etter 48 timer. Det er forventet at dette vil øke graden av revurdering, og gi positiv effekt på bruk av antibiotika i regionen etter at elektronisk kurve er innført i løpet av 2021-2022.

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika

Målet er å redusere forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika innen 2021 med 30%, sammenlignet med 2012. Formålet med reduksjonen er å redusere utvikling og spredning av antibiotikaresistente bakterier i sykehus. Helse Nord hadde ved utgangen av 2020 lavest forbruk i landet, med 13,89 DDD/100 ld¹; en reduksjon fra 2012 på 18,4%. Gjennomsnitt for landet var 14,99 DDD/100 ld; en reduksjon på 14,9%.

Måloppnåelse varierer noe mellom helseforetakene. Finnmarkssykehuset har redusert forbruket med 24,4% sammenlignet med 2012, Helgelandssykehuset med 20,8% og Nordlandssykehuset med 23,4%. UNN har en reduksjon på 10,2%, men hadde lav inngangsverdi i 2012 og ligger også i 2020 tydelig under landsgjennomsnitt med 12,95 DDD/100 ld.



Figur 1 Forbruk av definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika i perioden 2012 - 2020. Kilde: Nasjonal kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten, KAS²

¹ DDD/100 ld betyr definerte døgndoser av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus i måleperioden, basert på innkjøp.

² En detaljert rapport for Helse Nord finnes på <https://www.antibiotika.no/wp-content/uploads/2021/03/2020-Helse-Nord-RHF-antibiotikaforbruk.pdf>

Nasjonalt kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS) følger utviklingen tett, og bidrar med kompetanseheving, verktøy og statistikk. KAS har på eget initiativ invitert alle landets helseforetak til enkeltvis oppfølging etter revisjonene av antibiotikastyringsprogram. Tiltaket er støttet av de regionale helseforetakene. Oppfølgingen skjer i tre individuelle digitale møter med hvert av helseforetakene, og bidrar positivt til gjennomføring av anbefalingene. Til nå er det avviklet møter med UNN og Nordlandssykehuset, og planlagt møter med de øvrige.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør viser til at internrevisjonens rapport med tilhørende handlingsplaner er styrebehandlet i helseforetakene. Forbruket av utvalgte bredspektrede antibiotika går ned. Målet om 30% reduksjon er fortsatt ikke nådd, og Helse Nord RHF vil fortsatt følge opp forbruket i tertialrapporteringen fra helseforetakene. Oppfølging av anbefalingene er et kontinuerlig arbeid som krever ledelsens oppmerksomhet og engasjement, gode systemer, rutiner, prosedyrer og ikke minst kompetanse hos behandlerne.

Det er etablert gode rutiner for å orientere og involvere ledere på ulike nivå om status for antibiotikabruk. For å følge opp at retningslinjen blir fulgt og at planlagte tiltak gir ønsket effekt er det viktig å bruke tilgjengelige resultater aktivt, og ut fra disse videreføre eller iverksette nye tiltak.

Internrevisjonens vurdering

Internrevisjonen er konsultert i henhold til gjeldende prosedyre for oppfølging av revisjonsrapporter i Helse Nord RHF. Tilgjengelig informasjon om helseforetakenes oppfølging er gjennomgått og regionalt møte om oppfølgingen er avholdt. Merknader til framstillingen av innhentet informasjon og vurderinger i saken er tatt til følge.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret er tilfreds med oppfølging av internrevisjonsrapport 09/2017 Antibiotikabruk i Helse Nord.
2. Styret forutsetter at pågående arbeid med resterende tiltak videreføres.

Bodø, 15. mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Status for oppfølging av anbefalingene i internrevisjonsrapport 09/2017

Referanseliste:

1. [Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus](#)

Vedlegg 1

Status pr. april 2021 for helseforetakenes oppfølging av anbefalingene i internrevisjon 09/2017

Fargekodene rød, gul og grønn er brukt, der rød betyr at egnede tiltak ikke er igangsatt, gul betyr at tiltakene er påbegynt og over tid vil gi ønsket resultat, og grønn betyr at tilstrekkelige tiltak er implementert.

| Anbefaling | Finmarkssykehuset | Universitetssykehuset Nord-Norge | Nordlandssykehuset | Helgelandssykehuset |
|--|---|---|---|--|
| Sørge for at lederlinjen tar en mer aktiv rolle i styring og kontroll med antibiotikabruken | Mandat for A-team og antibiotikastyingsprogram er under revidering. Lederlinjen er engasjert i arbeidet, og er ansvarlig for ulike deler av antibiotikastyingsprogrammet. | I antibiotikastyingsprogrammet er det flere tiltak for å sikre forankring, blant annet at antibiotikastyng skal være en del av dialogavtalen. A-team er knyttet nærmere ledelsen ved å rapportere direkte til medisinsk fagsjef. Medisinsk fagsjef er også en aktiv bidragsyter inn i A-team. Oppfølging av antibiotikastyingsprogrammet er styrket ut mot klinikkene og avdelingene ved at direktør etterspør status for tiltak i tertialvise møter. | Lederlinjen har siste to år vært mer aktivt involvert; både foretaksledelsen og styret (styresak 71-2019 og styresak 91-2020). Gjennom økt involvering er det skapt større forståelse for utfordringene knyttet til antibiotikaforbruk, og hva som må til for å oppnå målet med å redusere bruken av bredspektret antibiotika. Revisjonsrapporten fra 2018 har også resultert i økt fokus i medisinsk klinikk med dertil gjennomføring av egen revisjon av antibiotikabruk. | Antibiotikastyng er fast sak på: <ul style="list-style-type: none"> - Alle møter i Kvalitetsråd; smittevernmøter hvert halvår - Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget hvert halvår Alle sengeposter, intensivavdelinger og akuttmottak skal: <ul style="list-style-type: none"> - invitere A-team til dialog i minst ett årlig møte. Dette er gjennomført for flere avdelinger. - etablere lokale mål for antibiotikabruk. Områdesjef skal etterspørre lokale mål og tiltak iverksatt for å oppnå målene. Gjennomført for flere avd. De fleste aktuelle avdelinger har eget medlem i A-team som rapporterer lokale mål og tiltak til A-team. |
| Definere klare kompetansekrav for leger om antibiotikabruk, og sørge for at kravene følges opp | Kompetansekrav om antibiotikabruk inngår i kompetansemodule for alle somatiske leger. Undervisning om SEPSIS og antibiotikaveileder gjennomføres på nyansattdager for LIS1. | Rasjonell antibiotikabruk er tema for internundervisning av LIS-1. E-læringskurs AB i Campus er obligatorisk for alle leger. | Det er definert krav til kompetanse, og ansvar for å følge opp fremkommer av AB-styringsprogrammet. Status for gjennomføring vurderes totalt som bra. LIS1 får undervisning om antibiotikabehandling og nasjonal retningslinje i introduksjonskurset før de starter i jobb, og alle avdelinger som forskriver antibiotika har rutiner for obligatorisk internundervisning for LIS og overleger. | Krav til fullført e-læringskurs «antibiotikabruk i sykehus» ligger i kompetanseplan for LIS-leger. Undervisning om antibiotikastyng, retningslinjer og nedre luftveisinfeksjoner for LIS-1 gjennomføres i introuken. Det jobbes med å definere flere læringsmål om antibiotika/prøvetakning i kompetanseplan for leger. |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | | Arbeidet med å legge kompetansekrav i kompetansemodule er i gang, men ikke ferdig. Noen tiltak er enda ikke iverksatt, men planlagt: - obligatorisk E-læringskurs i antibiotika for alle leger og sykepleiere - system som sikrer at nyansatte leger tilegner seg kunnskap om NLSHs antibiotika-policy | Aktuelle webinar om revidering av nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus anbefales gjennomført som internundervisning for leger. A-team har bedt om rapportering når internundervisningen er gjennomført. |
| Utarbeide tiltaksplan, med avklarte ansvarsforhold og tidsfrister, for implementering av tiltak beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet. | Den reviderte versjonen av antibiotikastyringsprogrammet beskriver ansvarsforhold tydelig. Implementering vil skje etter at det reviderte AB-styringsprogrammet er vedtatt. | | | |
| (UNN/NLSH: Oppdatere og) følge opp planen for implementering av tiltak beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet. | | Oppfølging av AB-styringsprogrammet var tema i kvalitetsutvalgsmøte i UNN 02.03.21. Her var ledelsesforankring sentralt, og viktige tiltaksområder som skal prioriteres, som f.eks. revurdering innen 48-72 timer. Oppdatert tiltaksplan/program laget i 2019. | A-team følger opp deler av planen. Det jobbes med implementering i lederlinjen/på klinikknivå. For 2021 har A-team valgt å fokusere på konkret innsats i de avdelinger/ sengeposter som viser/har vist interesse for forbedringsarbeidet. Begrunnelsen for dette er mangelfull kapasitet for A-team i forbindelse med pandemien. | A-team følger fortløpende opp implementeringsplan. |
| Legge til rette for at antibiotikateamet fungerer i samsvar med sitt mandat | Mandat for A-team er under revisjon. Lederlinjen vil legge til rette for at A-teamet fungerer i samsvar med mandatet etter at dette er vedtatt. | | | |
| Sørge for at alle foretakets sykehuslokasjoner er aktivt representert i antibiotikateamet. | | A-team har representanter fra alle lokalisasjoner, men UNN jobber fortsatt med å få opp aktiviteten ved UNN Narvik og dette vil være et fokusområde i 2021. | | |
| Sørge for at forskrivende leger er aktivt representert i | | | A-teamet har representanter fra alle foretakets sykehuslokasjoner. Deltakelse fra forskrivende leger er i perioder | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| antibiotikateamet, og at representanter fra alle foretakets sykehuslokasjoner deltar. | | | vanskelig å få til, pga. kapasitetsutfordringer. | |
| Avklare ivaretagelse av leder- og sekretærfunksjon i antibiotikateamet | | | | Dette er avklart |
| Innføre rutiner for systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48–72 timer | Revurdering etter 48-72 timer har vært tema på morgenmøter for legene, og tatt opp på antibiotikadag for sykepleiere i 2020. Implementeringen av revurderingsnotat i DIPS er i gang og er tatt i bruk av flere leger. Legene i A-teamene har fått ansvar om å oppfordre sine kollegaer til bruk av notatet i DIPS. | Det er gjennomført pilotprosjekt for innføring av systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48-72 timer ved to sengeposter. Tiltakspakke for systematisk revurdering er utarbeidet. Fokus nå er å få flere avdelinger til å teste ut tiltakspakken før videre utrulling. | Det er utarbeidet regional prosedyre og notat i Dips i samarbeid med øvrige A-team i Helse Nord. Som ledd i implementering av prosedyren er antibiotikanotatet tatt i bruk i noen avdelinger på hvert sykehus; i Bodø ved lungeavdelingen, intensiv, infeksjonsavdelingen og medisinsk overvåkning, i Lofoten og Vesterålen ved medisinsk klinikk. | Økende bruk av tavler og antibiotikanotater, men gjennomføres ikke for alle aktuelle pasienter enda. Prosedyren er tatt i bruk, men ikke implementert for alle avdelinger. Noen bruker journalnotat, andre bruker frasen. Notat/frase brukes også ved prevalenser, antibiotikavisitter og legemiddelgjennomgang av farmasøyt. |
| Påse at prevalensregistrering av antibiotikabruk gjennomføres slik at det gir pålitelige data og eierskap til egne data i aktuelle kliniske enheter. | Prevalensregistrering gjennomføres. Sykehusfarmasøyter i lokale A-team er tilgjengelig for bistand med utfylling av skjema og rapportering i etterkant. | | | Gjennomfører fire prevalensregistreringer i året. Smittevern og farmasøyter deltar. |
| Benytte både forbruksstatistikker og data fra prevalensundersøkelser av antibiotikabruk (UNN: mer aktivt) som grunnlag for kontinuerlig forbedring både på foretaksnivå og i de kliniske enhetene. | Statistikker gjennomgås bla. i KVAM-råd. Forbedringstiltak gjennomføres når aktuelle saker oppdages. Resultat etter tiltak skal presenteres også i KVAM-råd. Sykehusfarmasøyt(er) har vært involvert i slike saker, og bistår videre. | A-team sammenstiller og rapporterer antibiotikabruk tertialvis til foretaksledelse, klinikkledelse og avdelingsledelse. Forbrukstall deles på intranett og distribueres aktivt. Spesialrapporter for å følge forbedringsarbeid på kliniske enheter utarbeides ved behov. A-team benytter tilgjengelige data som grunnlag for sine prioriteringer av tiltak. | A-team leverer årlig forbruksstatistikk, ned til sengepost-nivå, som gjøres tilgjengelig for alle i foretaket. A-team benytter tilgjengelige data som grunnlag for sine prioriteringer av tiltak. Hvordan statistikker benyttes ved de ulike enheter/avdelinger varierer. Prevalensdata utarbeides på foretaksnivå. Presentasjon på klinikk/enhetsnivå har variert. Nytt format er under utarbeiding for å presentere data på en mer brukervennlig måte. | Forbedringsprosjekt <i>revurdering</i> ved medisinsk avdeling i Mosjøen samt forbedringsprosjekt bruk av piperacillin/Tazobactam kirurgisk avdeling i Sandnessjøen er påbegynt. Flere tiltak skissert i årsplan. Tertialvise rapporter på forbruk presenteres i relevante fora. A-team benytter tilgjengelige data som grunnlag for sine prioriteringer av tiltak. |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <p>Gjennomføre regelmessige kontroller av etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus gjennom interne revisjoner eller andre frittstående evalueringer.</p> | <p>Smittevernvisitter skal utvikles til å inkludere spørsmål om antibiotikabruk, og klinisk farmasøyt skal delta aktivt her. Antibiotikastyringsprogrammet som er under revisjon, omtaler også audit som en måte å kontrollere etterlevelse av retningslinjer. Det i regi av A-team. For å kunne gjennomføre tiltak som audit etc., skal det vurderes om økt %-vis behov for sykehusfarmasøyt i A-team, enn det har vært til nå.</p> | <p>UNN har i 2020-21 utført evalueringer av bredspektret antibiotikabruk ved to høyforbrukssengeposter i regi av A-team.</p> | <p>A-team har gjennomført, og vil fortsette å gjennomføre, prosjekter ved ulike avdelinger i NLSH Bodø. Ukjent om det er utført lignende i Lofoten og Vesterålen. Smittevernvisitter inkl. spørsmål om antibiotikabruk skal etter planen gjennomføres på alle somatiske sengeposter månedlig unntatt feriemåneder. Det varierer mellom enhetene hvor ofte det blir gjort.</p> | <p>Antibiotikavisitter hver 1-2 måned for aktuelle avd utført. Ingen audits gjennomført i 2020. Planlagt audits om cefotaxim i 2021.</p> |
|---|--|--|---|--|