

Antibiotikaresistens – et globalt helseproblem der *din* innsats nytter

Riktigere antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

Sigurd Høye
Førsteamanuensis, leder for
Antibiotikasenteret for primærmedisin
Allmennlege, Fagerborglegene

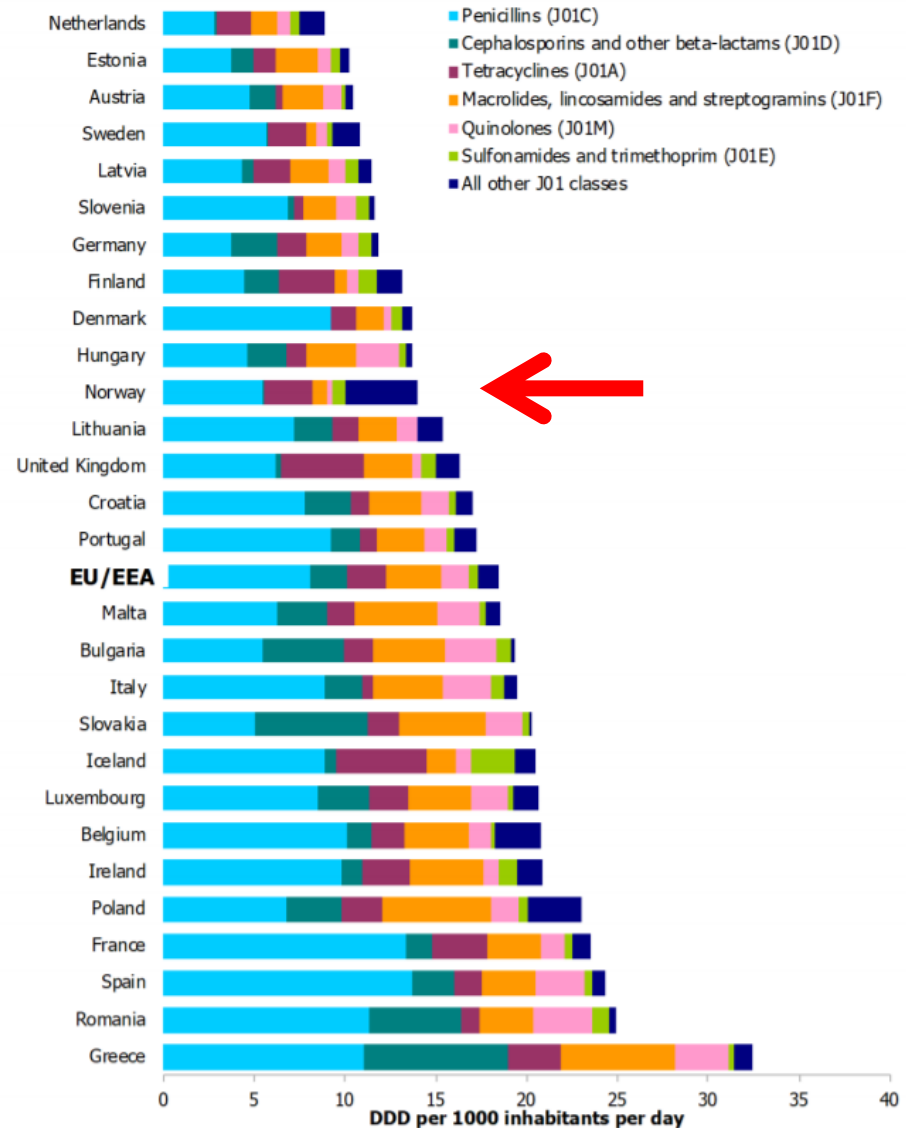


Antibiotikasenteret
for primærmedisin



Antibiotika i Norge

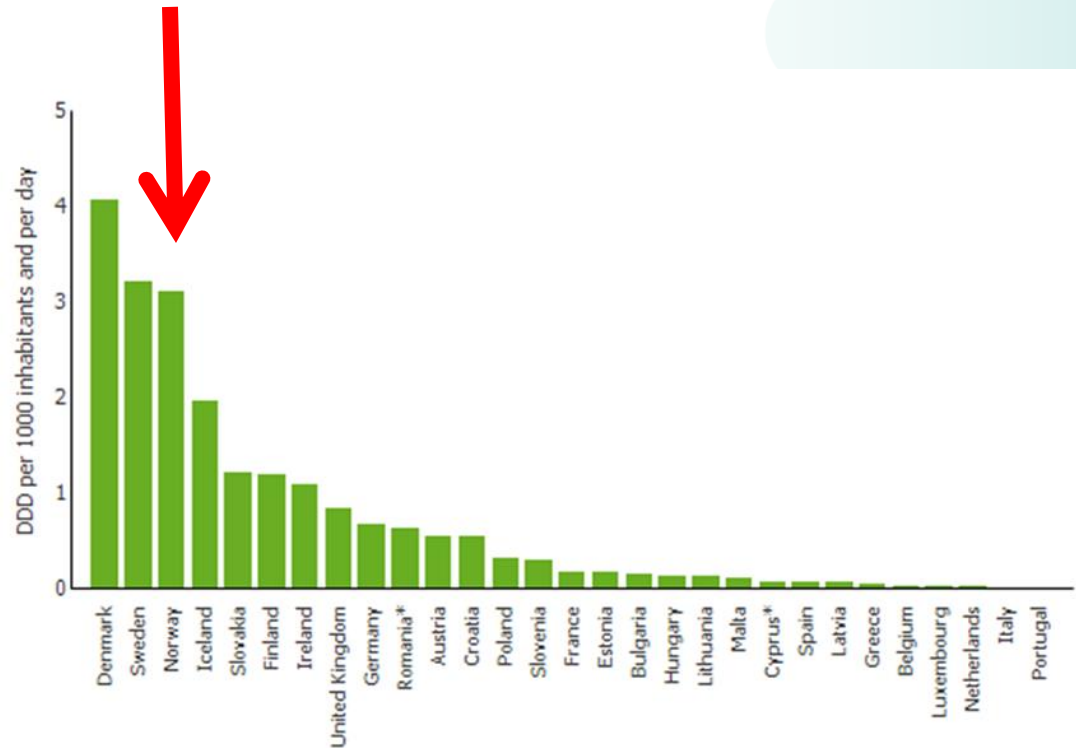
- Norge har et relativt lavt forbruk
- Mørkeblå stolpe: Hiprex
 - Ikke resistensdrivende
 - Norge bruker mest i verden
- Stor forskjell mellom ulike land





Smalspektret antibiotika

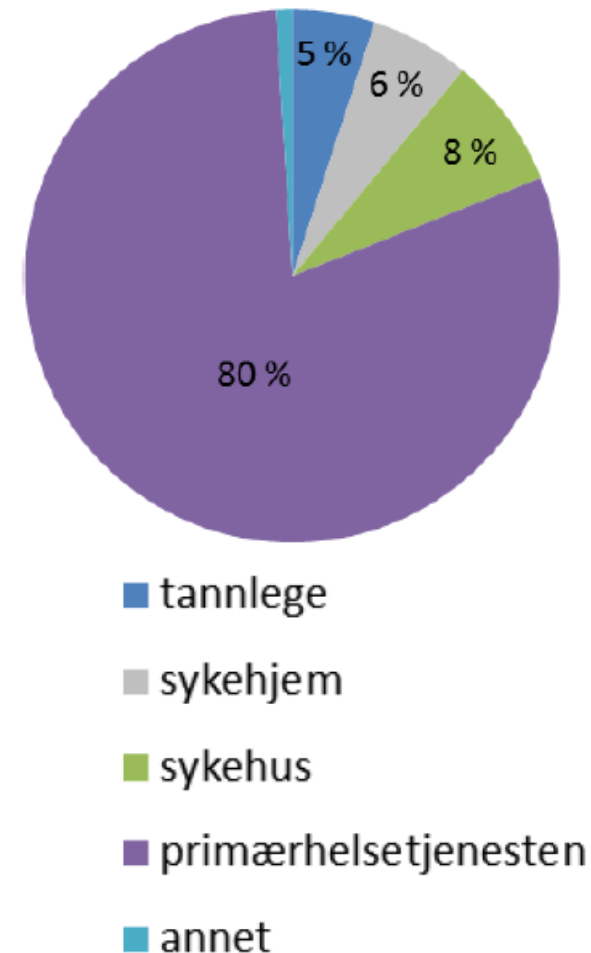
- Vi er flinke til å bruke smalspektret antibiotika
- På verdenstoppen, sammen med de andre skandinaviske land, i å bruke smalspektret penicillin





Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

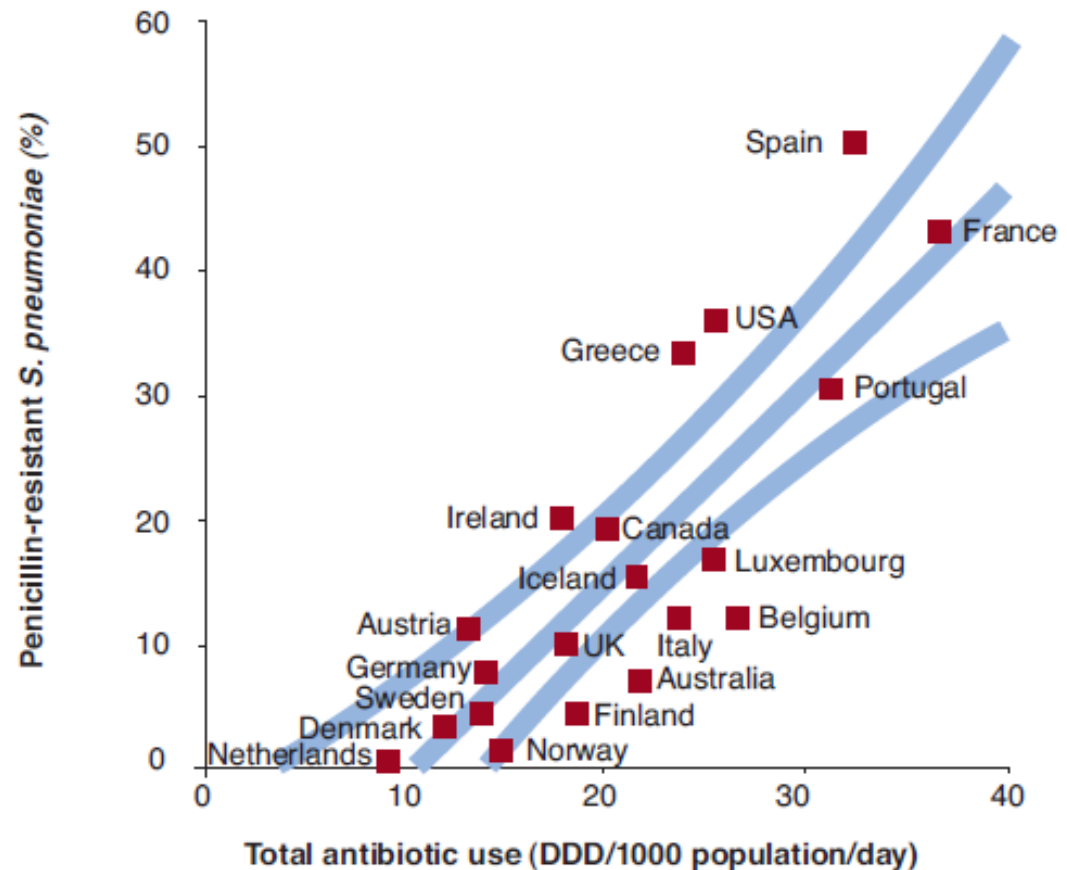
- Rundt 90 % av all forskrivning skjer *utenfor* sykehus
 - 60 % er til luftveisinfeksjoner, som ofte er selvbegrensende
 - Antibiotika brukes vanligvis for å forkorte eller lindre symptomer
 - Stor variasjon i forbruk mellom land, områder, enkeltleger
- ↓
- Grunnlag for forbedring





Sammenheng mellom forbruk og resistens

- Land med lavt forbruk (Nederland, Norge, Danmark, Sverige) har lav andel resistente bakterier
- Land med høyt forbruk (Spania, Frankrike) har høy andel resistente bakterier





Gå til menti.com
og bruk koden ...





Tiltak mot antibiotikaresistens

Muligheter:

Smittevern

- Forebygge infeksjoner
- Forebygge spredning av resistente mikrober
- Bruke antibiotika riktigst mulig
 - Sikre kunnskapsbaserte og oppdaterte retningslinjer
 - Implementere retningslinjene




Retningslinjer

- Sier hva som er *riktigst* antibiotikabruk
- Må være forankret hos brukerne
- *Nasjonal faglig retningslinje*: avvik bør begrunnes i journal
- Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten
 - Arbeidsgrupper for hvert av kapitlene, består av minst en lege fra primærhelsetjenesten og en fra spesialisthelsetjenesten
 - Samsvar med andre anbefalinger/veiledere
 - Årlig revisjon – kort vei fra problem til løsning
 - Mest brukte retningslinjen



Antibiotika i primærhelsetjenesten

1. Øyeinfeksjoner
2. Infeksjoner i øvre luftveier
3. Infeksjoner i nedre luftveier
4. Mage-tarm-infeksjoner
5. Tannhelse
6. Urinveisinfeksjoner
7. Genitale infeksjoner
8. Hud- og bløtdelsinfeksjoner
9. Andre infeksjoner
- 10. Antibiotikaforskrivning ved telefon- eller e-konsultasjon**
11. Metode og prosess

 [Søk i nasjonal faglig retningslinje](#)

10. Antibiotikaforskrivning ved telefon- eller e-konsultasjon

✓ Antibiotikaforskrivning ved telefon- eller e-konsultasjon

Anbefaling - Sterk

Indikasjon for antibiotikabehandling

Leger bør som hovedregel ikke skrive ut antibiotika uten å foreta klinisk - og eventuelt supplerende undersøkelser. For unntak, se Praktisk.

- **Praktisk – slik kan anbefalingen følges**
- **Begrunnelse – dette er anbefalingen basert på**

Lukk

Sist faglig oppdatert: 07. september 2022 | [Se tidligere versjoner](#) →



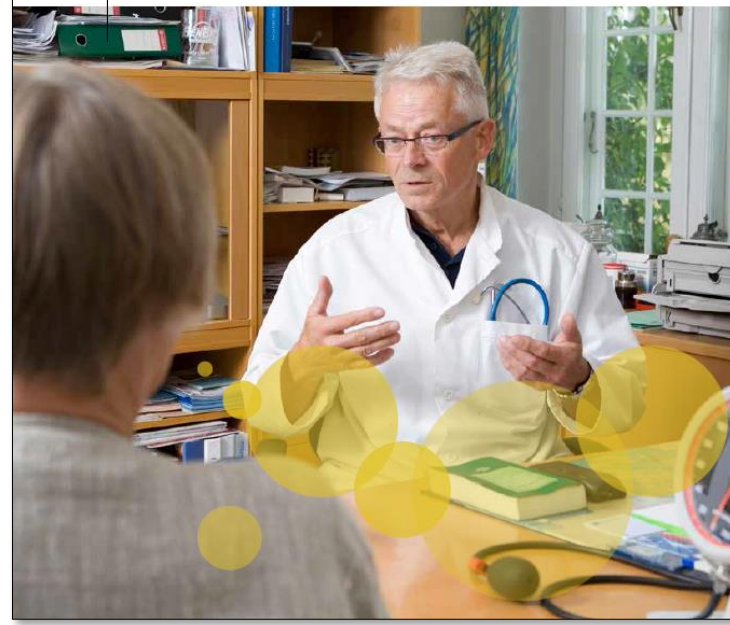
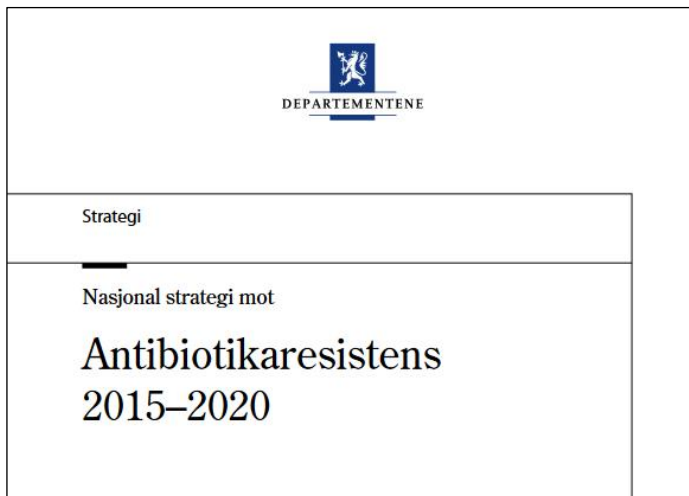
«Implementere retningslinjene»

I vår kontekst: Kvalitetsforbedringsprosjekter basert på

- **Mål:** Forskriver setter seg mål for forbedring
- **Målinger:** Forskriver får tilgang til oversikt over egen forskrivning
- **Tiltak:** Forskriver prøver ut tiltak som kan bidra til forbedring (vent-og-se-resept, rutiner for bruk av hurtigtester, forbedret pasientkommunikasjon, sjekklister etc)
- **Samtale/sammenligning:** Diskusjon rundt egen forskrivning



Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten med det mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020





Tiltak rettet mot fastleger og legevaksleger

4.1 Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter på individnivå (KUPP)

4.2 Gjennomgang av egen antibiotikaforskrivning på gruppenivå

4.3 Elektronisk beslutningsstøtte

4.4 Sikre innføring av diagnosekoder på alle antibiotikaresepter

Tiltak rettet mot kommunale helseinstitusjoner

6.1 Bedre overvåking av antibiotikabruk i sykehjem

6.2 Bistand om antibiotikabruk fra de regionale kompetansesentrene for smittevern til regionens sykehjem

6.3 Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter for leger i kommunale helseinstitusjoner (KUPP i sykehjem)

6.4 Etterutdanningsgrupper for leger i kommunale helseinstitusjoner



Prinsipper

- «Audit & feedback» og «academic detailing»
 - Vi vet det virker, men:
 - Svært ressurskrevende overfor 5.000 fastleger og 1.000 sykehjem
- Forankring hos ledelsen?
 - Riktig og viktig, men:
 - Fastlegene har ingen faglig leder
- Løsning:
 - Kvalitetsforbedringsprosjekter ledet og gjennomført av brukerne selv
 - Involvere aktører som allerede har en rolle innen kvalitetsforbedring
 - Basere på at brukerne selv ønsker forbedring
 - (Medvind: Pasienter, helsepersonell, myndigheter er med på notene)



RAK – Riktigere Antibiotikabruk i Kommunene

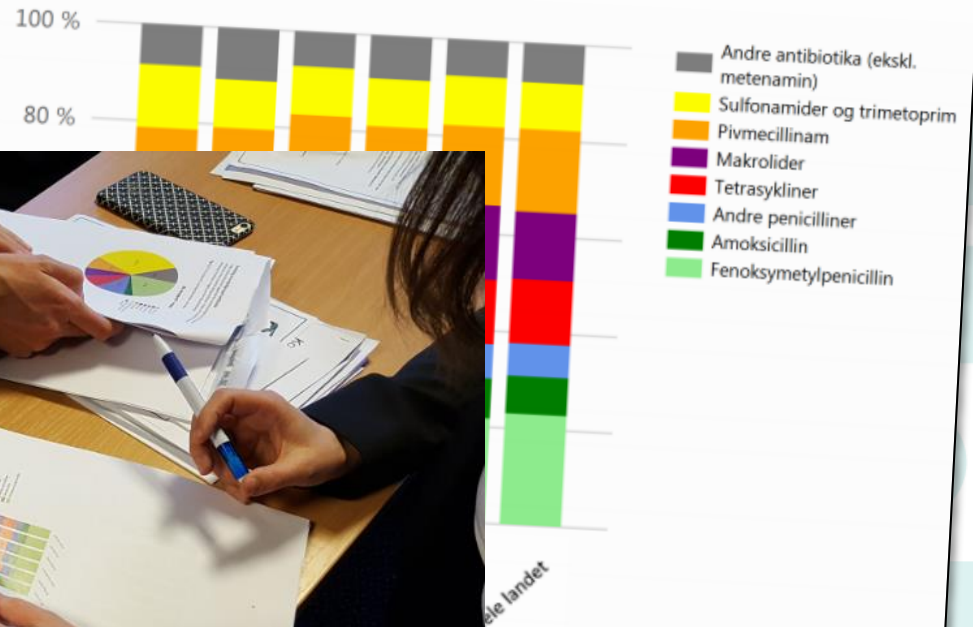
- 15 timers klinisk emnekurs
 - Poenggivende
 - Gratis
 - Kan gjennomføres utenom arbeidstid
- Gjennomføres i fastlegenes etterutdanningsgrupper/ «smågrupper»
- Gruppelederne (evt kommuneoverleger) invitert til fylkesvise oppstartmøter, leder så gruppen gjennom kurset
- To individuelle antibiotikarapporter fra Reseptregisteret
- Gjennomført som prosjekt, fylke for fylke, 2016-2021



RAK – Riktigere antibiotikabruk i kommunene



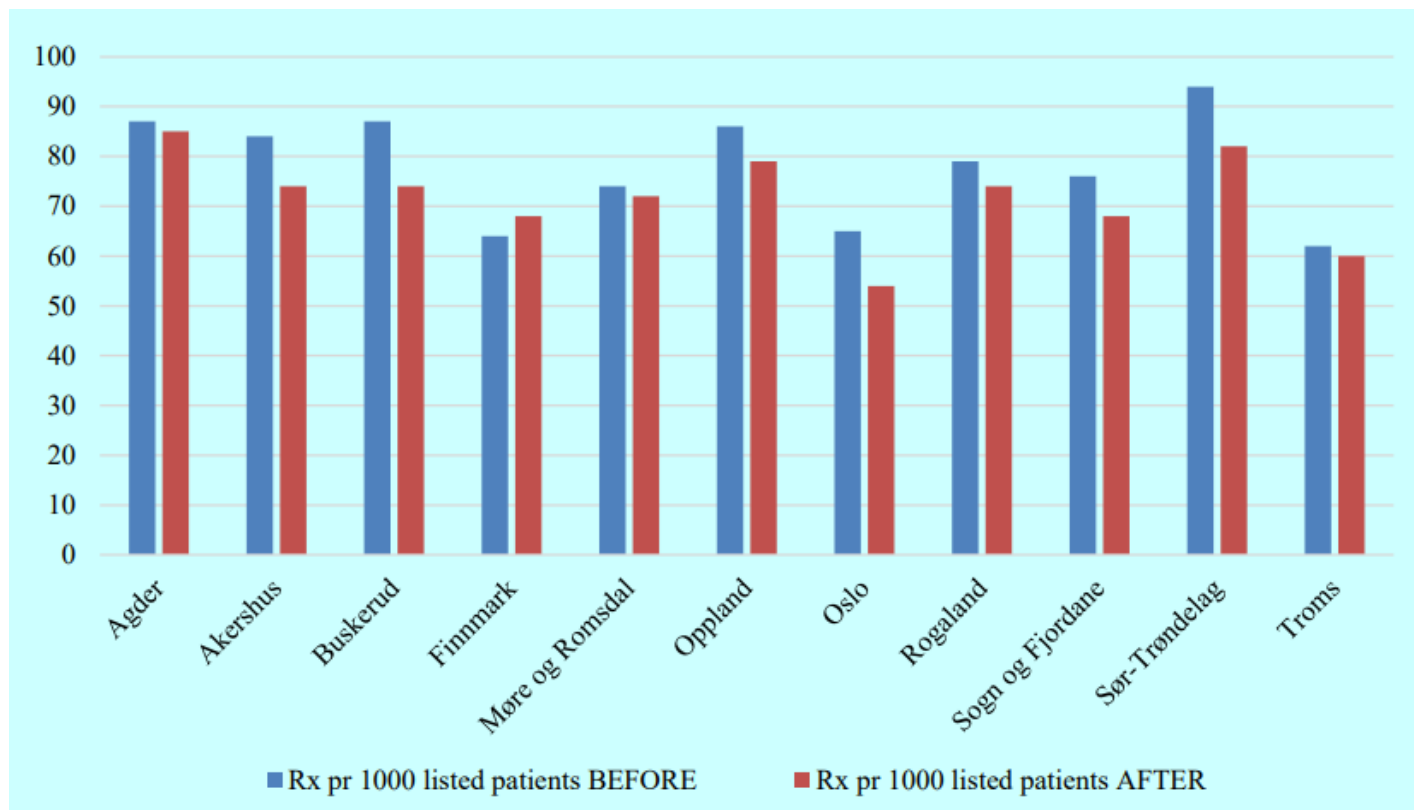
Figur 2.3. Terapiprofil av antibiotikareseptor i perioden. Din praksis sammenliknet med smågruppen, RAK-prosjektet, kommunen, fylket og hele landet.



E-lærings-
modul 3
Urinveier, hud



Virker RAK?



- Oppunder 50% av fastlegene er påmeldt
- Snitt: 10% reduksjon blant deltagende leger
- 10% relativ økning av smalspektret penicillin



RASK – Riktigere Antibiotikabruk i Sykehjem/Kommunale helseinstitusjoner

- Antibiotikarapport over sykehjemmenes antibiotikainnkjøp siste år, sammenlignet med andre sykehjem i fylket
- Kursdag for representanter fra sykehjem (leger og sykepleiere)
- Ekstra punktprevalensregistreringer i løpet av RASK-året
- Oppsummeringskonferanse med nye diskusjoner etter 6-12 måneder
- Gjennomført som prosjekt, fylke for fylke, 2016-2022



RASK

Riktigere Antibiotikabruk for Sykehjem i Kommunen

Antibiotikarapport for periodene

2017 (01.09.2016 - 31.03.2017)
2016 (01.09.2015 - 31.03.2016)

Fossbykollen (21 plasser)

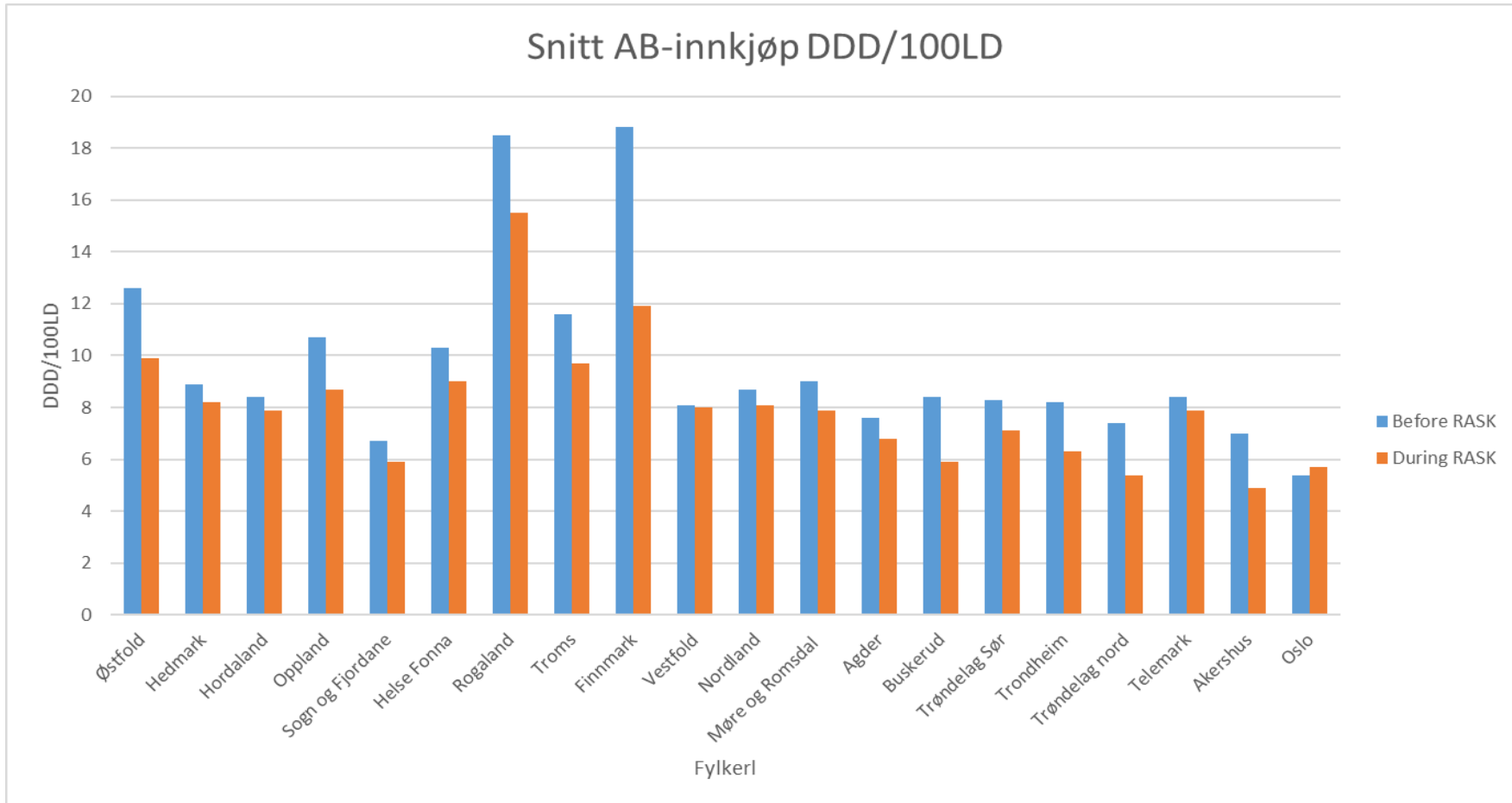
Figur 1. Antibiotikabruk ved alle sykehjem (kortlangtids) i østfold målt i DDD/100 liggende (LD). Gjennomsnitt for de siste institusjonene er markert (gule linje). Antibiotika inkluderer alle systemiske antibiotika med unntak av metenamin (piperisid).

Institusjon	2014 (DDD/100 LD)	2016 (DDD/100 LD)	2017 (DDD/100 LD)
Skuden	15	12	10
Fensholt sykehjem	12	10	8
Molde sykehjem	10	8	6
Lufthavn sykehjem	10	8	6
Lakeland sykehjem	10	8	6
Fjellstrand	10	8	6
Drammenskollen	10	8	6
Gjennemsnitt	10	8	6
Sula for og senest	10	8	6
Tropidshuset	10	8	6
Eker fag sykehjem	10	8	6
Skole sykehjem	10	8	6
Divisjon sykehjem	10	8	6
Marvik for og senest	10	8	6
Viker sykehjem	10	8	6
Fossbykollen	10	8	6
Ornland sykehjem	10	8	6

Fossbykollen Side 1



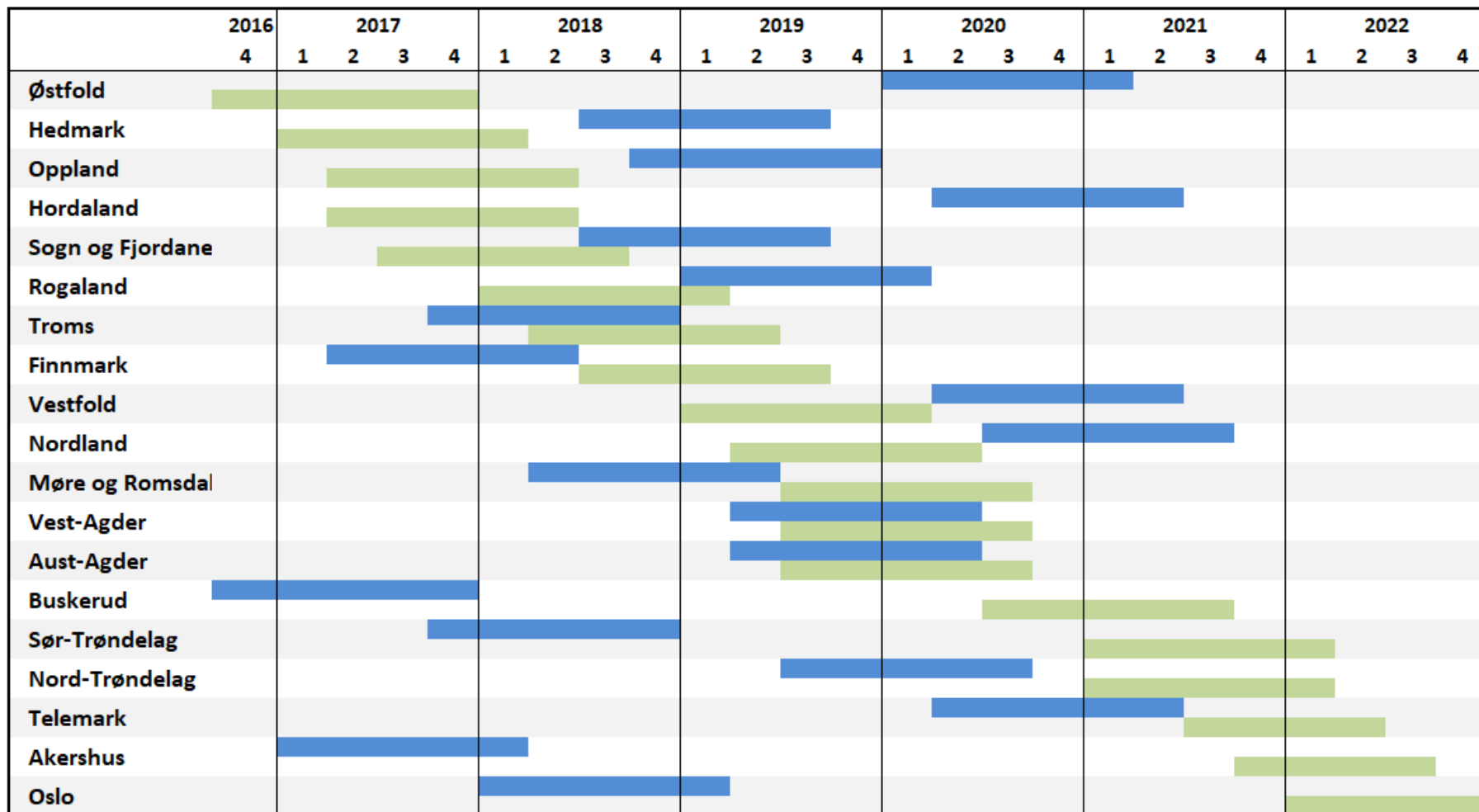
Virker RASK?



- 80 – 100 % av alle sykehjem deltok
- Snitt: 16 % reduksjon på 1 år
- Rekord: 36,7% reduksjon (Finnmark)



RAK og RASK 2016 – 2022

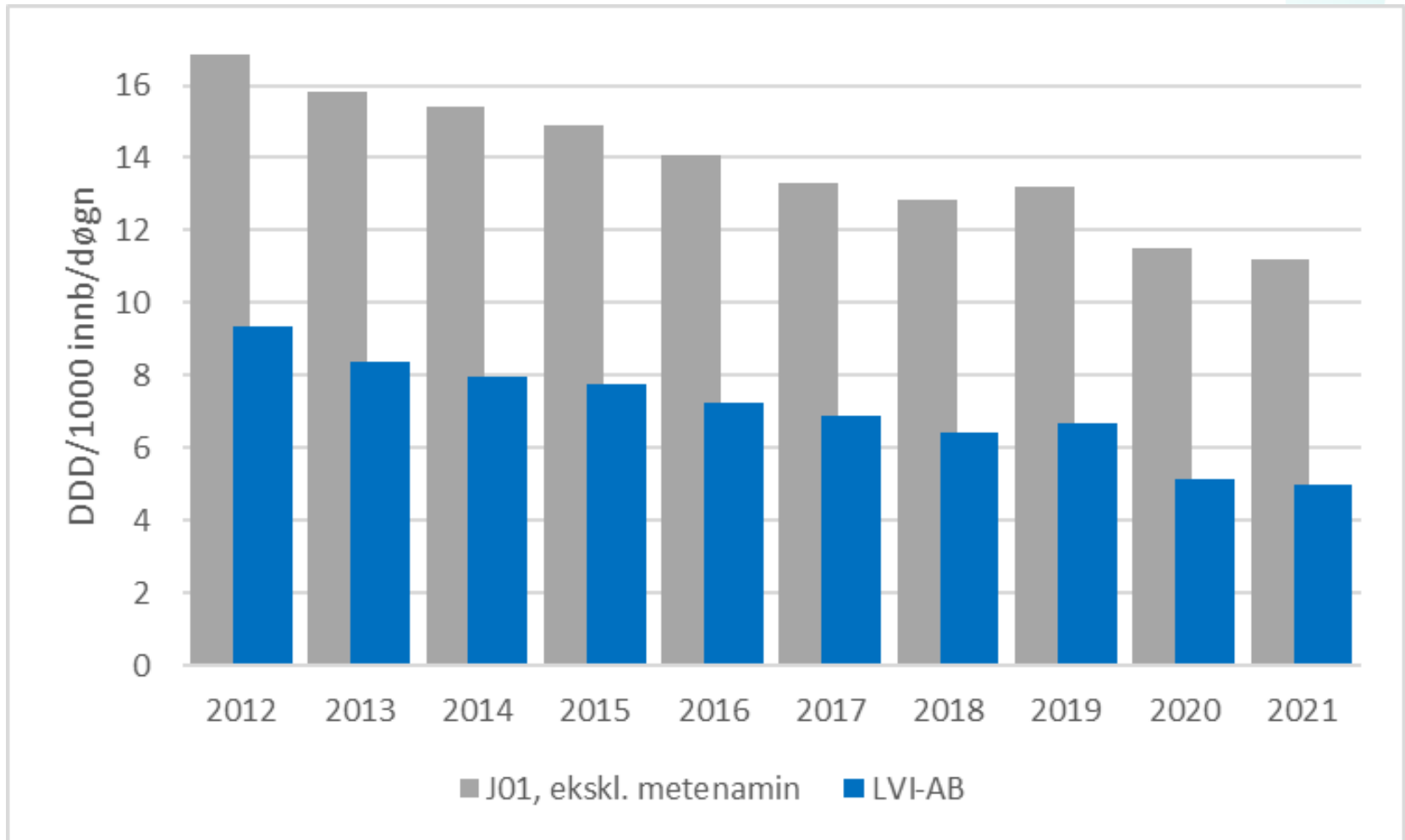


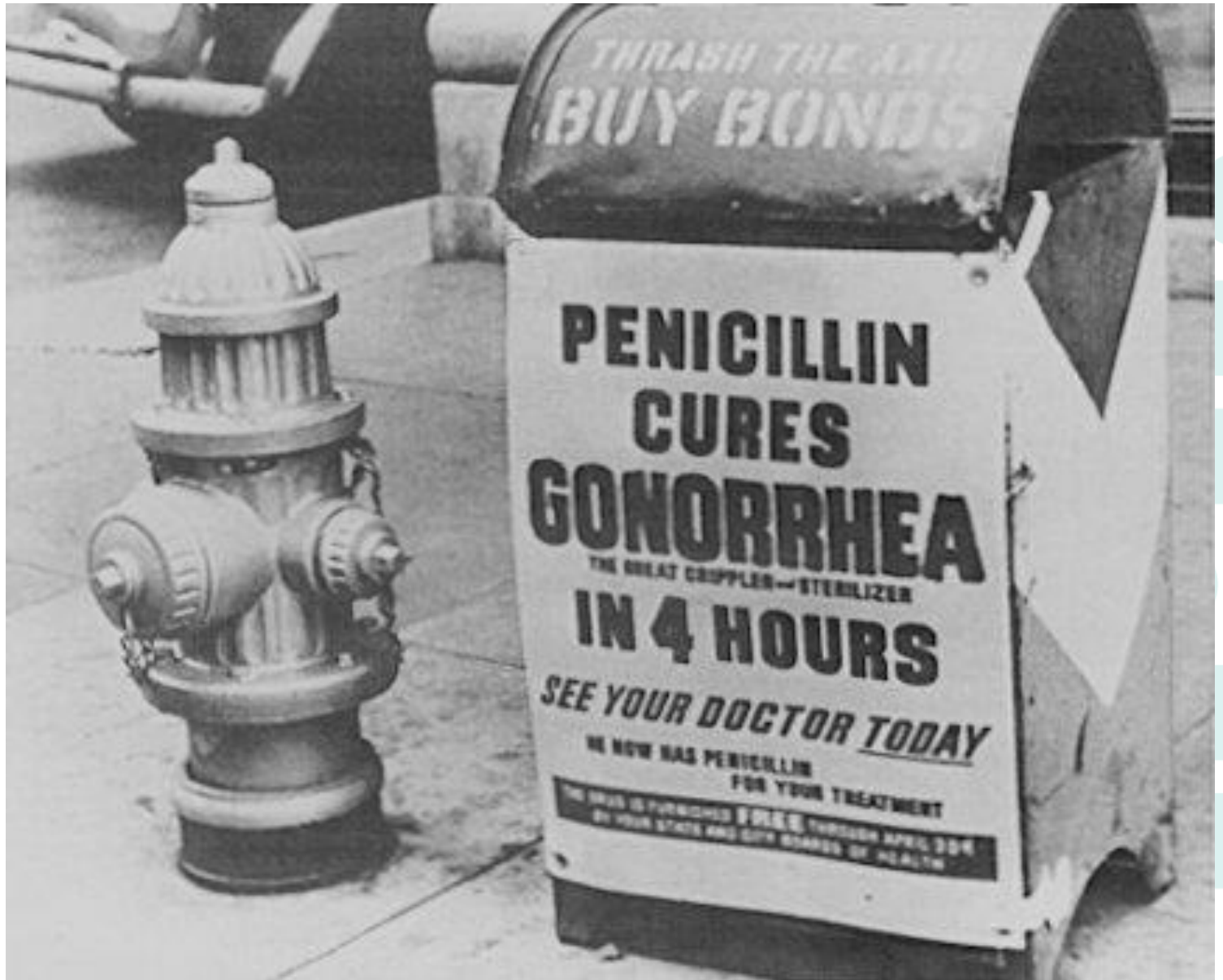
RAK - Riktigere antibiotikabruk i kommunene

RASK - Riktigere antibiotikabruk på sykehjem



Antibiotikabruken i Norge





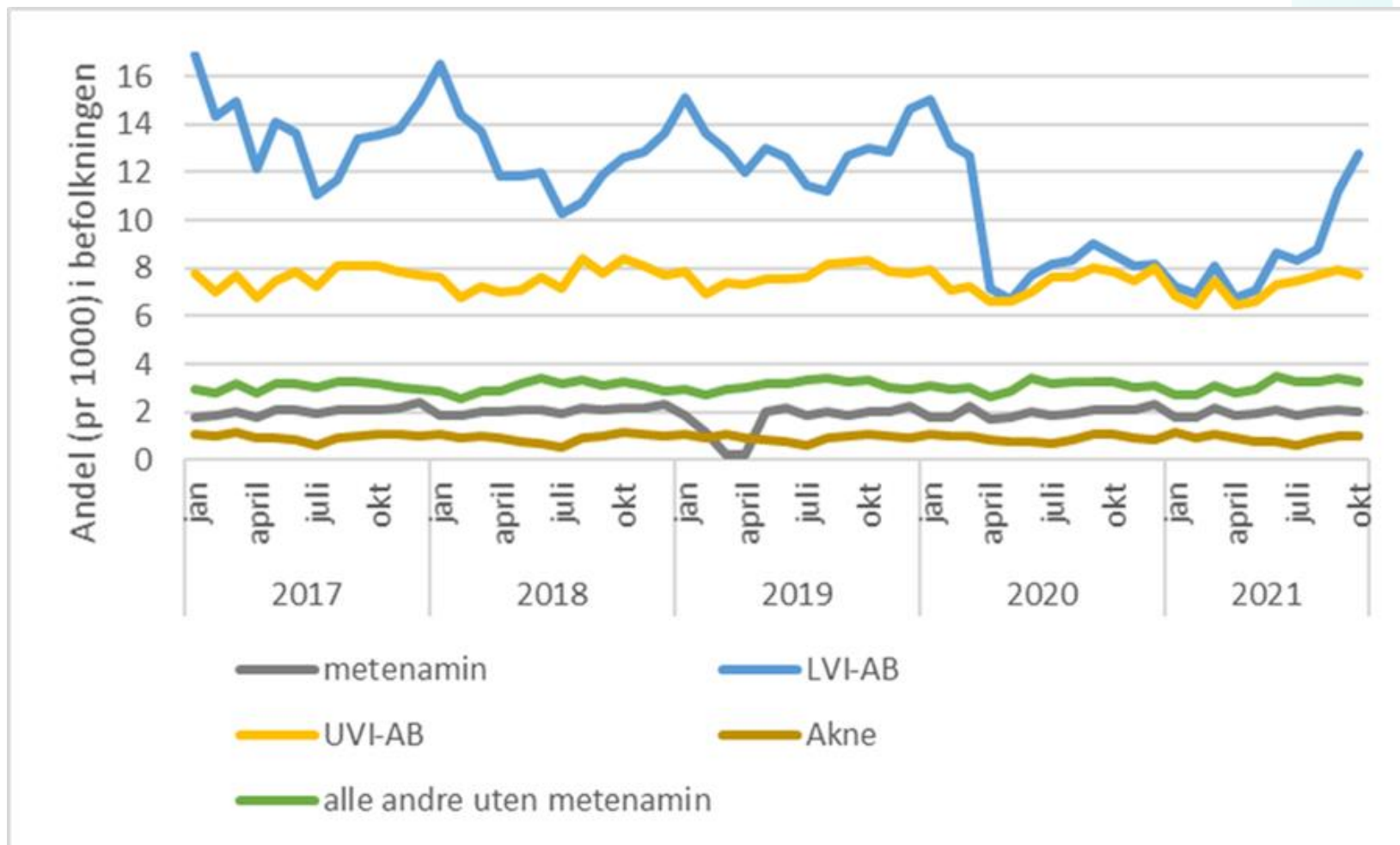


RAK og RASK

- Effektivt – deltagere har endret praksis
 - Etterspurt – mange påmeldte
 - Populært – gode tilbakemeldinger
- ↓
- Videreføring – fra prosjekt til permanent kvalitetsforbedringssystem



Forbruk under pandemien



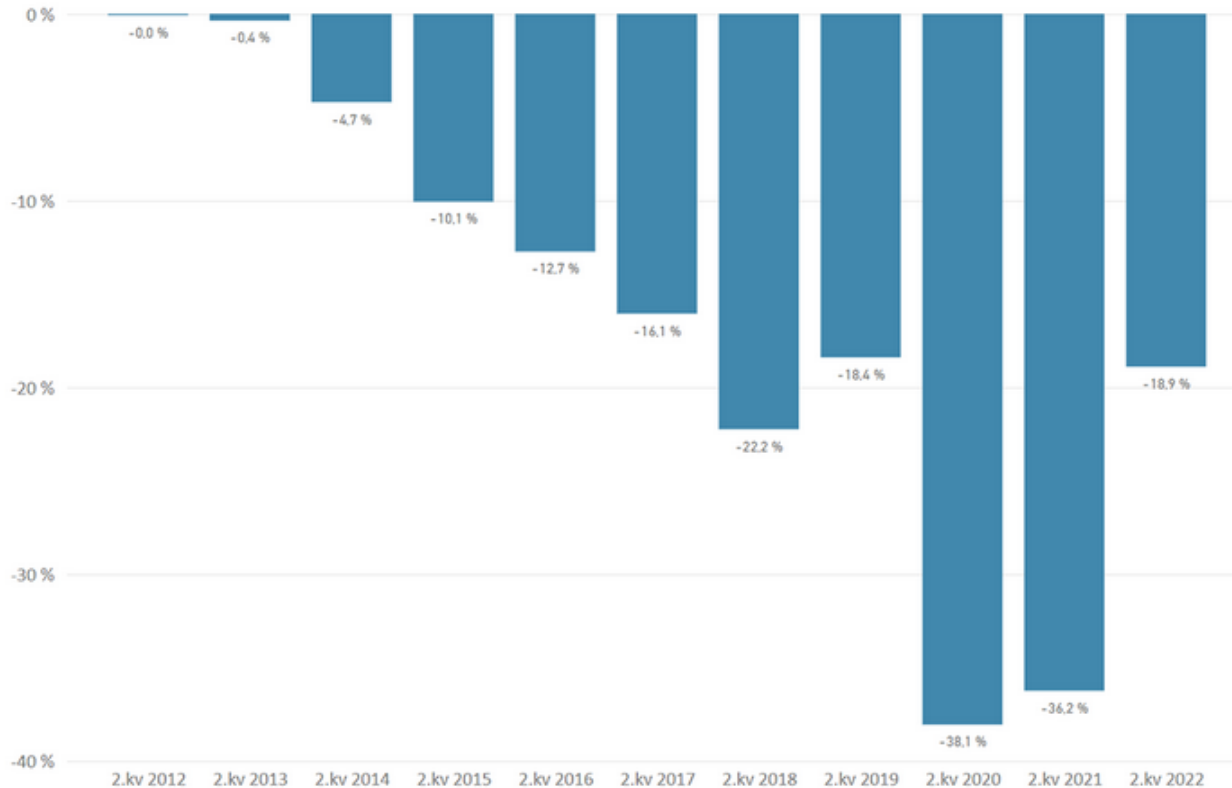


STATISTIKK

Antibiotikabruken i Norge er på vei opp

Myndighetenes målsetting om å redusere bruk av antibiotika i befolkningen med 30 prosent fra 2012 til 2020 ble nådd. Nå som smitteverntiltakene under pandemien er redusert øker antibiotikabruken igjen.

Reduksjon i DDD per 1000 innbygger i 2. kvartal, sammenlignet med 2012

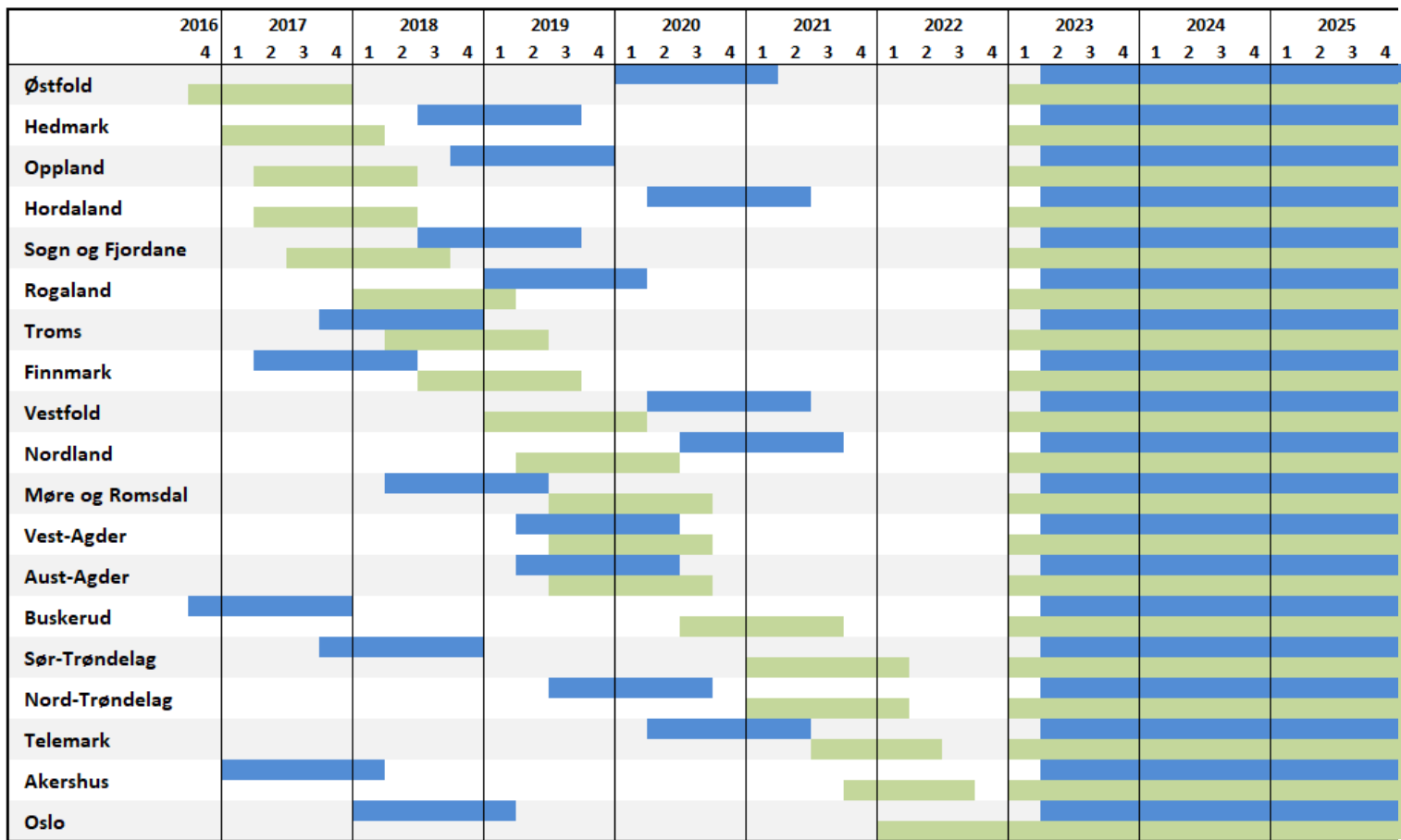


5. september 2022

Del



RASK 2022 →



■ RAK - Riktigere antibiotikabruk i kommunene

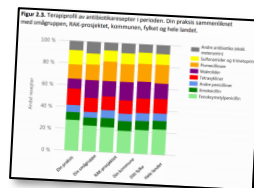
■ RASK - Riktigere antibiotikabruk på sykehjem





RAK som permanent kvalitetsforbedringssystem

- Tilbud om 15 timers kurs for de 50 – 60 % av fastlegene som ennå ikke har tatt det
- Årlige oppdatert e-påbyggingskurs og opplegg for smågruppen (6 timers poenggivende kurs)
- Tilgang til personlig antibiotikarapport via pålogging i det nye legemiddelregisteret
 - Kobling til KPR; gir oversikt over antall konsultasjoner
- Mål: flertallet av norske fastleger henter ut rapport og diskuterer i smågruppen årlig





RASK som permanent kvalitetsforbedringssystem

- Årlige antibiotikarapporter til alle deltagende sykehjem
- Årlig digital og/eller fysisk konferanse
- 6 årlige undervisningswebinarer
- Opplegg for internundervisning på sykehjem, inkludert e-læringskurs
- Aktiv oppfølging fra ASP/NOKLUS/RKS
- Mål: flertallet av norske sykehjem deltar





Hva hemmer/fremmer kvalitetsarbeid i primærhelsetjenesten?

- Ønsket om å være en dyktig lege er en sterk motivator for forbedring
- Rammene i allmennpraksis må gi rom for kvalitetsarbeid
- Forbedringsverktøy må være lett tilgjengelig og relevant for praksis
- Bedre verktøy for innhenting av kliniske data for individuelle fastleger er nødvendig

Open access Original research

BMJ Open Quality **Promoters and inhibitors for quality improvement work in general practice: a qualitative analysis of 2715 free-text replies**

Torunn Bjerve Eide ¹, Nicolas Øyane ^{2,3}, Sigurd Høyø¹

To cite: Eide TB, Øyane N, Høyø S. Promoters and inhibitors for quality improvement work in general practice: a qualitative analysis of 2715 free-text replies. *BMJ Open Quality* 2022;11:e001880. doi:10.1136/bmjopen-2022-001880

► Additional supplemental material is published online only. To view, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001880>).

Received 24 February 2022
Accepted 27 September 2022

ABSTRACT
Background Continuous quality improvement (CI) is necessary to develop and maintain high quality general practice services. General Practitioners (GPs) motivation is an important factor in the success of CI initiatives. We aimed to identify factors that impair or promote GPs' motivation for and participation in CI projects.
Material and methods We analysed 2715 free-text survey replies from 2208 GPs participating in the CI intervention 'Correct Antibiotic Use in the Municipalities'. GPs received reports detailing their individual antibiotic prescriptions for a defined period, including a comparison with a corresponding previous period. The content was discussed in peer group meetings. Each GP individually answered work-sheets on three separate time-points, including free-text questions regarding their experiences with the intervention. Data were analysed using inductive thematic analysis.
Results We identified three overarching themes in the GPs' thoughts on inhibitors and promoters of CI work: (1) the desire to be a better doctor, (2) structural and organisational factors as both promoters and inhibitors and (3) properties related to different CI measures. The provision of individual prescription data was generally very

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC
⇒ Clinicians' and microsystems' motivation for change is an important factor for understanding success in quality improvement (QI) initiatives in healthcare services.

WHAT THIS STUDY ADDS
⇒ We found that GPs are strongly motivated by their wish to be better doctors, by having time and resources to work together with other personnel in their practice and by the provision of individual clinical data.

HOW THIS STUDY MIGHT AFFECT RESEARCH, PRACTICE OR POLICY
⇒ Future QI initiatives for general practice should focus on tools for easier access to individual clinical data as well as allowing for a framework where GPs have the time and possibility to discuss their clinical practice in safe peer groups.

(MUSIQ)⁷ has been demonstrated as a useful



Takk til samarbeidspartnerene

- Nasjonalt kompetansetjeneste for antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten (KAS)
- Folkehelseinstituttet
- Senter for Kvalitet i Legetjenester (SKIL)
- Regionale kompetansesentre for smittevern
- m.fl.