

Handlingsplan etter internrevisjon fra Helse Nord om antibiotikabruk

Styresak 39/2018
Vedlegg 4

Anbefaling	Ansvar	Mål	Tiltak	Tidsfrist
1	Linjen	Antibiotikastyring fast sak på alle møter i Kvalitetsråd (KR)	Innført alle enheter. Se møtereferater.	Månedlig
		Antibiotikastyring fast sak på smittevernmøter halvårlig	Ikke vært oppe på møter enda.	30.06.18 og 31.12.18
		Antibiotikastyring fast sak på Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget (KPU) halvårlig	Ikke gjennomført møter 2018. Etterspørre møteplan KU	30.06.18 og 31.12.18
		Forbruksstatistikk presentert ledergruppen	Se vedlagte pest eller kolerarapport 2017	31.05.18
		Forbruksstatistikk presentert styret	Se vedlagte pest eller kolerarapport 2017	31.05.18
		Følge opp mål i OD om 20 % reduksjon av bredspektret AB 2018 sammenlignet med 2012	Status rapporteres i tertialrapporter og årlig melding til HN	31.12.18
		Følge opp at ansatte gjennomfører e-læringskurs i antibiotikabruk i sykehus	I HN har 443 fullført kurset. I HSYK har 156 fullført (statusrapport vedlagt). Innen 2019 skal alle leger ha fullført	31.12.18
		Områdesjefer skal kommentere antibiotikabruk for sitt område i minst ett fast møte i KR.	Etterspørre status KR.	31.12.18
		Alle somatiske avdelinger må sette egne forbedringsmål innen utgangen av 2019	Etterspørre forbedringsmål fra alle somatiske avd	31.12.18
2	Leger	Definere klare kompetansekrav for leger om antibiotikabruk, og sørge for at kravene følges opp.	Så vidt vi kjenner til er det ikke punkter om prøvetakning eller antibiotikabruk i nye læringsmål for LIS. Egne kompetansekrav om antibiotikabruk utarbeides og samkjøres med læringsmål i Dossier.	31.12.18
3	Linjen	A-team følger fortløpende opp implementeringsplan.	Følge opp årsrapport fra A-team	31.01.19
4	A-team	Frode Arstad inntretr som leder fra 1. april. Berit Fosslund fortsettes som kontaktperson KAS/koordinator/sekretær	Utført	Utført
5	Linjen	Må forankres i linjen. Regionalt mål om at 90 % av pasientene skal få dokumentert revurdering innen utgangen av 2018. Mal for frase samt eget notat i DIPS er tilgjengelig for bruk. Implementering påbegynt.	Etterspørre tiltaksplan fra avdelingsoverleger Etterspørre status revurdering	31.08.18 31.12.18
6	Smittevern	Prosedyre for Prevalensundersøkelser utarbeidet PR45998	Utført	Utført
7	Linjen	Se punkt 1.		
8	A-team	Fra 2018 gjennomføres fire faste audits i forbindelse med prevalensundersøkelser. Godkjenning fra norsk senter for forskningsdata (NSD) foreligger.	Prevalenser gjennomføres fortløpende. Audit kirurgisk profylakse og pneumoni planlagt gjennomført 2018.	Fortløpende 31.12.18