



## STYRESAK

| Saksnr                      | Utvalg   | Møtedato                              |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|
| 66/2018                     | Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 13.9.2018                             |
| Saksansvarlig: Elin Gullhav |  | Saksbehandler: Hege S Fredheim-Kildal |

### Tilsynsrapport - eksterne tilsyn

#### Innstilling til vedtak

1. Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar *Tilsynsrapport - eksterne tilsyn* fra 21.03.18 til og med 31.7.18 til etterretning.
2. Styret ber om at status i arbeidet med oppfølging av eksterne tilsyn i UNN forelegges styret tertialvis. Dersom spesielle forhold tilsier det, kan rapporteringen forelegges styret hyppigere.

#### Bakgrunn

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) gjennomføres det systematiske tilsyn fra statlige tilsynsmyndigheter. I tillegg gjennomfører Helse Nord RHF revisjoner på ulike virksomhetsområder.

#### Formål

Formålet med saken er å gi styret oversikt over gjennomførte eksterne tilsyn og interne revisjoner i regi av Helse Nord RHF fra 21.3.2018 til og med 31.7.2018.

#### Saksutredning

Hensikten med tilsyn er å kontrollere om det er etablert et internkontrollsystem som sørger for at virksomhetens tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med lovverk og gjeldende prosedyrer. Det presenteres avvik som kan medføre risiko for pasientbehandling jfr. kravet til forsvarlighet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

#### Oversikt over eksterne tilsyn

Det er gjennomført to oppfølgende tilsyn, to nye tilsyn og en revisjon siden forrige rapportering. Det vises til vedlegg for oversikt og mer informasjon om funn og status:

1. Fylkesmannen har gjennomført *oppfølgende* tilsyn «sepsisbehandling i akuttmottak» 17.4.2018, med tilbakemeldingsmøte 8.5.2018.
2. Statens Helsetilsyn har gjennomført *oppfølgende* tilsyn etter tilsyn «Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev, samt aktivitet knyttet til organdonasjon». Tilsynet omfattet stikkprøver for kontroll av etterlevelse av krav i forbindelse med blodtransfusjon.

3. Fylkesmannen i Troms har gjennomført landsomfattende tilsyn med helseforetakenes styring og ledelse av de voksenpsykiatriske poliklinikker i 2017 og 2018. Det ble gjennomført ved UNN Harstad, Voksenpsykiatrisk poliklinikk 10.-12.4.2018.
4. Arbeidstilsynet har gjennomført tilsyn ved ulike lokalisasjoner i UNN (ambulansetjeneste, kliniske enheter, tekniske enheter og renhold) i perioden 16.5. til og med 20.6.2018. Tilsynet har omhandlet virksomhetens etterlevelse av arbeidsmiljølovens krav for forebygging av arbeidsrelatert sykdom og skade.
5. DNV GL Group AS (Det norske Veritas og Germanischer Lloyd AS) har gjennomført periodisk miljørevisjon i hht ISO14001, fra 7.-9.5.2018.

Det vises til vedlegg for mer utfyllende informasjon om funn og oppfølging.

### **Oversikt over avsluttede tilsyn**

Det er avsluttet ett tilsyn siden forrige rapportering.

- Fylkesmannen har avsluttet tilsyn «sepsisbehandling i akuttmottak» i møte 8.5.2018.
- Arbeidstilsynet lukket tilsynssak vedrørende utforming innredning av arbeidsplasser og arbeidslokaler ved Ambulansetjenesten Torsken (UNN er leietaker) i brev av 11.4.2018.
- Helsetilsynet har avsluttet tilsyn «Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev, samt aktivitet knyttet til organdonasjon» i brev av 25.7.2018.

### **Oversikt kommende tilsyn og revisjoner**

- Internrevisjon Helse Nord har varslet revisjon for Mislighetsrisiko i Helse Nord. Revisjonen gjennomføres høst 2018.
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) vil gjennomføre tilsyn ved UNN i uke 37/2018 vedrørende tilsyn for helse, miljø og sikkerhetsarbeid, elektrisk anlegg og elektrisk utstyr.

### **Gjennomførte brann- og tekniske tilsyn**

Det gjennomføres jevnlig brann og tekniske tilsyn i foretaket. Det har i perioden vært gjennomført rutinemessige el- tilsyn og branntilsyn. Påviste mangler etter el-tilsyn følges opp av Drifts- og eiendomssenteret (DES). Det vises til vedlegg for mer informasjon.

### **Riksrevisjonen**

Det er varslet revisjon med tema variasjon i forbruk av spesialisthelsetjenester i ukene 35 og 35.

### **Oppfølgende arbeid etter tilsyn**

#### *Sepsisbehandling i akuttmottak*

I tilbakemeldingsmøte med Fylkesmannen i mai ble det konkludert med at UNN har satt i verk tiltak, har fått styring med og følger med på at tiltakene gir ønsket effekt i pasientbehandlingen. Fylkesmannen har tillit til at UNN overvåker og styrer virksomheten på en måte som medfører at pasienter med sepsis i akuttmottaket vil få antibiotika i tråd med nasjonale retningslinjer.

#### *Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon*

Helsetilsynet gjennomførte tilsynet ved UNN i desember 2016. Det ble utarbeidet foretaks- og klinikkvise handlingsplaner i etterkant. Foretaket har arbeidet kontinuerlig med oppfølging og forbedring på risikoområder som ble påpekt. Det ble gjennomført et

oppfølgende tilsynsmøte med Helsetilsynet 20.2.2018 med presentasjon av status for gjennomføring av korrigerende tiltak og overordnet oppfølging, og status for innføring av elektronisk kontroll ved transfusjoner, Lab Craft Bedside Control. Det ble gjennomført oppfølgende tilsyn 23.5. med stikkprøver for etterlevelse av id-kontroll/transfusjonspraksis i UNN. Dette refererer til ett avvik etter tilsyn i 2016. Øvrige avvik er lukket. Stikkprøvene ble gjennomført på tre kliniske enheter. Resultatet er at iverksatte tiltak iverksatt ikke svarte til tilsynets forventninger. Tilsynet konkluderte med at helseforetakets transfusjonspraksis er i strid med kravet til forsvarlighet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

Administrerende direktør besluttet derfor vedlagte handlingsplan i ledermøte 26.6.2018. Kvalitets- og utviklingssjefen har ansvar for å sikre iverksettelse av handlingsplanen, godkjenne implementeringsplanen, samt rapportering til direktør minimum hver sjette mnd.

#### *Antibiotikastyring i UNN*

Helse Nord RHF gjennomførte revisjon med antibiotikabruk i mars 2018. Revisjonen gav følgende anbefalinger:

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. Oppdatere og følge opp planen for implementering av tiltak beskrevet i antibiotikastyingsprogrammet.
4. Sørge for at alle foretakets sykehuslokalisasjoner er aktivt representert i antibiotika- teamet.
5. Innføre rutiner for systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48-72 timer.
6. Benytte forbruksstatistikker og data fra prevalensundersøkelser av antibiotikabruk mer aktivt som grunnlag for kontinuerlig forbedring, både på foretaksnivå og i de kliniske enhetene.

Antibiotikateam (A-team) i UNN har utarbeidet handlingsplan som ivaretar oppfølging av alle de anbefalte områdene.

## **Medvirkning**

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne møter 27., 28. og 29.8.2018. Samtlige møter sluttet seg til at saken fremmes for styret til endelig behandling 13.9.2018.

## **Vurdering**

I tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten og sykehusets satsning på kontinuerlig forbedring, er det igangsatt systematisk forbedringsarbeid for å lukke avvikene etter tilsynene. Til tross for at det er iverksatt oppfølgende forbedringsarbeid både på avdelings- og foretaksnivå etter tilsynet med *håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon*, har tiltakene så langt ikke hatt ønsket effekt. Direktøren vurderer det derfor nødvendig å iverksette ytterligere tiltak for å sikre etterlevelse av krav til transfusjonspraksis.

Samlet sett er direktørens vurdering at statusrapporten viser at UNNs oppfølging av de aktuelle tilsyn og revisjoner er tilfredsstillende, med unntak av avvik som omhandler transfusjons-

praksis. Det er igangsatt tiltak på overordnet nivå for å lukke avviket. Direktøren vil spesielt fremheve det gode forbedringsarbeidet som er gjort i oppfølging av sepsistilsynet. Direktøren anbefaler at styret tar statusrapporten og det beskrevne oppfølgingsarbeidet til etterretning.

Tromsø, 31.8.2018

Marit Lind (s.)  
konstituert administrerende direktør

Vedlegg:

1. Statusrapport eksterne tilsyn og revisjoner pr. 31.7.2018
2. Status brann 31.7.2018
3. Handlingsplan etter internrevisjon fra Helse Nord RHF om antibiotikabruk

| Nr | Revisjonspart       | Saksnr  | Gjennomføring oppstartdato | Klinikk/senter (enhet)  | Tema  | Funn   | Saksgang  | Status                  |
|----|---------------------|---------|----------------------------|---|---|--|---|-------------------------|
| 1  | Fylkesmannen        | 16/4364 | 25.01.17                   | Akuttmedisinsk klinikk (Akuttmottak, Breivika)  | Landsomfattende tilsyn: Sepsisbehandling i akuttmottak                                      | Tre avvik som viser til følgende områder:<br>1. Tid til antibiotikaoppstart<br>2. Tilstrekkelig legekompentanse i akuttmottak<br>3. Ikke iverksatt tiltak fra sykehusets ledelse etter kjennskap om forsinket antibiotikabehandling  | Endeling rapport ble mottatt 13.3.17. Det ble iverksatt strakstiltak og er igangsatt arbeid for detaljert tiltaksplan for korrigerende tiltak. Oppfølgende tilsyn i oktober. Tilbakemeldings møte 7.11.17. Tilsynet viser til gode resultater for pågående forbedringsarbeid. Oppfølgende tilsyn planlagt 17.4.18 med tilbakemelding 8.5.18 | Lukket 8.5.18 (i møtet) |
| 2  | Statens Helsetilsyn | 16/3970 | 17.10.16                   | UNN HF<br>Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken<br><br>Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken<br><br>Operasjons- og intensivklinikken<br><br>Medisinsk klinikk<br><br>Diagnostisk klinikk | Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon | I den foreløpige rapport presenteres det fem avvik som viser at UNN må iverksette forbedringstiltak på følgende områder:<br>1. Import av sklera og amnionhinner<br>2. Samtykke for donasjon og oppbevaring av beinvev<br>3. Oppbevaring av egg, sæd og embryo<br>4. Luftkvalitet i rom der egg, sæd, embryo og stamceller blir håndtert<br>5. Identitetskontroll i forbindelse med transfusjon av blod | Tilsynet fant handlingsplanene utarbeidet ved de respektive klinikkene og overordnet plan tilfredsstillende. Det er gjennomført oppfølgingsmøte 20. feb 2018 og nytt oppfølgende tilsyn med stikkprøver for id kontroll/ transfusjonspraksis 23. mai. Varsel om pålegg gitt med frist 25. juni. Tilsvar sendt tilsynet innen frist.         | Lukket 25.7.18          |

|   |                 |         |          |   |   |  |  |                          |
|---|-----------------|---------|----------|---|---|--|--|--------------------------|
| 3 | Arbeidstilsynet | 16/4543 | 19.10.16 | Psykisk helse- og rusklinikken<br><br>(Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Åsgård) | Melding fra verneombud (VO) vedr omfattende bygningsmessige mangler ved poliklinikken | Befaring 19.10.2016 konklusjon:<br>Arbeidstilsynet sender nytt brev hvor de ber om dokumentasjon på arbeid med fysisk arbeidsforhold/vernerunder/kartlegginger av luft og temperatur.<br><br>Vedtak om to pålegg i brev av 25.8.17:<br>1. Arbeidsplasser og arbeidslokale, utforming og innredning<br>2. Arbeidsplasser og arbeidslokale, luftkvalitet | Besvart av saksbehandler i brev pr 12.12.16. I epost av 3.1.17 ber poliklinisk seksjon (PSHR) om utstatt frist for dokumentasjon av HMS-kurs til 15.06.17 med bakgrunn nytt VO. Ikke dokumentert svar fra DES i ePhorte pr 17.1.17.<br><br>Pågående arbeid for å lukke pålegg. I brev av 13.12.17 fra Arbeidstilsynet er pålegg opplæring verneombud oppfylt.<br><br>Redegjørelse for oppfølgende arbeid er gitt i brev av 21.12.17 fra UNN Teknisk drift. Der er ikke mottatt svar fra arbeidstilsyn etter dette. | venter<br>tilbakemelding |
| 4 | Arbeidstilsynet | 17/3109 | 16.06.17 | Akuttmedisinsk klinikk<br><br>(Ambulansetjenesten Torsken)                    | Tilsyn juni 2017.   | Tilsyn med befaring juni 2017. Gjennomført møte med utleier (Torsken kommune), UNN og AT.  | Pålegg - arbeidsplasser og arbeidslokaler - utforming og innredning (utleier).<br><br>UNN følger sak som kopient.  | Lukket 11.4.18           |

|   |                      |         |          |  |   |   |  |  |
|---|----------------------|---------|----------|--|---|---|--|--|
| 5 | Fylkesmannen i Troms | 15/5116 | 27.10.15 | Akuttmedisinsk klinikk<br><br>(Ambulanseavdelingen, seksjon 6)                 | Anmodning om opplysninger i tilsynssak vedrørende bemanningen i Ambulanseavdelingen i seksjon 6 og at biler har vært satt ut av drift   | Fylkesmannen i Troms finner at UNN har brutt forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og internkontrollforskriften §4.<br><br>Det er ikke funnet grunnlag for å sende saken til Statens Helsetilsyn | Klinikken har redegjort for hendelsen og begrunner den med manglende bemanning og utfordringer med å skaffe vikarer ved sykefravær.<br>I brev av 16. januar 2017 anmoder Fylkesmann ny tilbakemelding for status i arbeid med organisering og dimensjonering, samt ROS analyse av ambulansetjensten etter at saken har vært oppe i UNN Styret. | <b>Frist sommer 2018 - sendt epost for oppdatering til klinikkssjef og saksbehandler 25.6.18</b> |
| 6 | Helse Nord           | 17/3922 | 08.11.17 | UNN HF   | Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at Universitetssykehuset Nord-Norge har en intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at foretakets antibiotikabruk er rasjonell og i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus | Det fremkom 7 anbefalinger.   | Rapport sendt februar 2018. Handlingsplan utarbeides og fremlegges direktørens ledergruppe før styret orienteres.  | <b>Venter tilbakemelding</b>   |
| 7 | Fylkesmannen         |         | 10.04.18 | Psykisk helse- og rusklinikken<br><br>(Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Harstad) | Stedlig tilsyn med spesialisthelsetjenestens arbeid med pasienter med psykiske lidelse og mulig samtidig ruslidelse.  |   |  | <b>venter tilbakemelding</b>   |
| 8 | Arbeidstilsynet      | 18/1977 | 19.04.18 | UNN HF<br><br>(Ambulansetjenesten)   | Tilsyn vedrørende om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade.   |   | Gjennomføring av tilsyn ulike lokasjoner i perioden 16.5.18 - 14.6.18  | <b>venter tilbakemelding</b>   |

|    |   |         |          |        |   |  |   |                       |
|----|---|---------|----------|--------|---|--|---|-----------------------|
| 9  | Arbeidstilsynet                             | 18/1994 | 03.05.18 | UNN HF | Tilsyn vedrørende om virksomheten følger arbeidsmiljølovens krav for å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade. |  | Forberedende møte 3.5.18. Gjennomføring av tilsyn ulike lokasjoner (kliniske og tekniske enheter, renhold) i perioden 13.6.18-20.6.18 | venter tilbakemelding |
| 10 | Det norske veritas og Germanischer Lloyd AS |         | 07.05.18 | UNN HF | periodisk miljørevisjon i hht ISO 14001:2015  |  |   | venter tilbakemelding |



| Nr | Revisjonspart           | Saksnr ePhorte | Tilsynsdato | Klinikk/senter (enhet)             | Tema  | Funn   | Tiltak   | Status                   |
|----|-------------------------|----------------|-------------|------------------------------------|---|--|--|--------------------------|
| 1  | Tromsø Brann og Redning | 17/284-24      | 09.12.2016  | Åsgård Sykehus                     | Brannteknisk inspeksjon   | To avvik ble avdekket:<br><b>1)</b> Det skal ovenfor tilsynsmyndigheten synliggjøres at sikkerhetsinnretningene fungerer hver for seg og sammen med hverandre. Kontrollrapporten for slukkeanlegg angir flere avvik. Disse må lukkes slik at slukkeanlegget oppfyller kravene.<br><b>2)</b> Virksomheten skal kunne fremlegge dokumentasjon som viser at byggverket den eier oppfyller kravene til brannsikkerhet, og at pliktene i forebyggendeforskriften er oppfylt. Dette forholdet har blitt påpekt i tidligere tilsynsrapporter, og følges opp med eget vedtak.        | Svarbrev sendt. Siste sendt 07.06.18 med oppdatert tiltaksplan   | Venter på tilbakemelding |
| 2  | Tromsø Brann og Redning | 17/284         | 09.12.2016  | Åsgård Sykehus                     | VEDTAK OM PÅLEGG om retting av avvik, med forhåndsvarsel om bruk av reaksjonsmidler | Det gis pålegg da ett eller flere avvik fra forrige tilsyn er gjentakende ved dette tilsyn, uten at det har blitt gjort tilstrekkelig med tiltak for å løse avviket. Det mangler bygningsdokumentasjon som viser at de branntekniske løsningene i bygget er tilfredsstillende iht. lov og regelverk. Dette har blitt påpekt i flere tilsynsrapporter (09.12.16, 04.05.15, 23.04.14). Dersom det ikke er iverksatt tilfredsstillende tiltak for å utbedre pålegget innen fastsatt frist, vil aktuelle reaksjonsmidler være tvangsmulkt, forbud mot bruk, tvangsgjennomføring. | Samme tilsyn som over, bare varsel om pålegg. Frist oppdateres over.   | Venter på tilbakemelding |
| 3  | Tromsø Brann og Redning | 99/04762-22    | 30.01.2017  | Rusbehandling Ung (Færingen)       | Brannteknisk inspeksjon   | Tre avvik ble avdekket:<br><b>1)</b> Manglende tilfredsstillende bygningsdokumentasjon. Dette i form av f.eks. brannteknisk prosjekteringsrapport, brannkonsept, brannstrategi, tilstandsvurdering osv. Dersom denne ikke kan fremskaffes må ny dokumentasjon utarbeides.<br><b>2)</b> Manglende opplæring, øvelser og rutiner ved brann. Manglende risikoanalyse.<br><b>3)</b> Bruk av kiler/steinblokker for å holde branndører åpne.  | Flere svarbrev sendt. Avvik 2 og 3 innfridd mars 2017. Avvik 1 ikke innfridd innen januar 2018. Møte med Tromsø Brann og Redning gjennomført 20.1.18. Fremvist brannkonsept og tegninger, redigert og ettersendt TBR. Tilsyn | Lukket 4.4.18.           |
| 4  | Nord-Troms Brannvesen   | 17/288-2       | 02.05.2017  | Senter for Psykisk helse Storslett | Brannteknisk tilsyn   | Tre avvik ble avdekket:<br><b>1)</b> Manglende risikovurdering<br><b>2)</b> Egenkontroll av aktive og passive brannsikringstiltak dokumenteres ikke på egne sjekklister.<br><b>3)</b> Ikke dokumentert årskontroll på det automatiske brannalarmanlegget.<br>Andre forhold: UNN har gode sentrale systemer for brannsikkerhet. Det er viktig at disse blir brukt i daglig drift på bygget.   | Svarbrev med handlings og tiltaksplan sendt 29.05.17. UNN har vedlikeholdsavtaler med kvalifiserte foretak for å utføre kontroll og ettersyn av alle tekniske anlegg. Dokumentasjon årskontroll ettersendt.                  | Lukket 4.5.2018          |

|   |                                    |           |            |                                    |                     |  |   |                          |
|---|------------------------------------|-----------|------------|------------------------------------|---------------------|--|---|--------------------------|
| 5 | Harstad brann- og redningstjeneste | 2017/6735 | 20.11.2017 | UNN Harstad                        | Branntilsyn         | To avvik ble avdekket:<br>1) Mangler ved brannsikkerheten (på bakgrunn av tilstandanalyse Norconsult): Brannskyveport 3. etg. må byttes, entydig lede og markeringslys, dokumentasjon og revisjon av branntetting, sprinkleranlegg mangler hydrauliske beregninger.<br>2) Mangler ved stigeledningen: Må oppgraderes slik at brannvesenet kan benytte dem ved slokkeinnsats. Egenkontroll oversendes innen frist for tilbakemelding. | Svarbrev med handlings og tiltaksplan sendt 18.1.18 | Venter på tilbakemelding |
| 6 | Nord-Troms Brannvesen              | 17/288-4  | 15.05.2018 | Senter for psykisk helse Storslett | Brannteknisk tilsyn |  |   | Venter på tilbakemelding |


**HANDLINGSPLAN etter internrevisjonsrapport 06/2017 Helse Nord RHF. Antibiotikabruk i Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

|   | Anbefalinger i internrevisjonen   | Tiltak   | Ansvarlig   |
|---|---|--|---|
| 1 | Sørge for at lederlinjen tar en mer aktiv rolle i styring og kontroll med antibiotikabruken.          | De kliniske enhetene skal etablere lokale mål og målsetninger, og det skal opprettes lokale antibiotikagrupper. A-team skal fasilitere prosessen, men avdelingene har ansvar for egne aktiviteter og eget forbedringsarbeid.   | Foretaksledelsen<br>Klinikkleder<br>Avdelingsledere |
|   |   | Antibiotikabruk og antibiotikastyring skal være tema i foretaksledelsen halvårlig. A-team skal forberede forbruksstatistikk og kort status for antibiotikastyringsprogrammet.  | Foretaksledelsen                                    |
|   |   | Antibiotikastyring skal være fast tema i kvalitetsutvalget halvårlig. A-team skal forberede forbruksstatistikk og kort status for antibiotikastyringsprogrammet.   | Kvalitetsutvalget                                   |
|   |   | Klinikkledelsen ved: Hjerte- og lungeklinikken, Kirurgi-, kreft- og kvinneklinikken, Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Medisinsk klinikk og Operasjons- og intensivklinikken skal invitere A-team til ett årlig møte i forbindelse med den årlige «Pest eller kolera?» rapporten.           | Klinikkledere                                       |
|   |   | Avdelingsledelse ved avdelinger med stort antibiotiketrykk skal få jevnlig tilbakemelding fra A-team om status på bruk av antibiotika (forbrukstall og prevalens) gjerne tertialt. Avdelingsleder skal kommentere rapportene til A-team og sørge for at tallene presenteres for avdelingen (se punkt 6). | A-team<br>Avdelingsledere                           |
| 2 | Definere klare kompetansekrav for leger om antibiotikabruk, og sørge for at kravene følges opp.       | E-læringskurs om Antibiotikabruk i Sykehus som ligger i Campus skal være obligatorisk for alle leger.  | Medisinsk fagsjef                                   |
|   |   | Det skal defineres læringsmål om antibiotika i Felles kompetansemodul for leger.   | Medisinsk fagsjef<br>Overordnet utdanningsutvalg    |
| 3 | Oppdatere og følge opp planen for implementering av tiltak beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet. | Nytt antibiotikastyringsprogram skal utarbeides av A-team i 2018. Oppdatering og oppfølging av tiltak i planen blir utført i forbindelse med dette arbeidet.   | A-team  |



|   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| 4 | Sørge for at alle foretakets sykehuslokalisasjoner er aktivt representert i Antibiotikateamet.  | A-team har i dag aktive representanter fra både Tromsø, Narvik og Harstad  | A-team                             |
| 5 | Innføre rutiner for systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48-72 timer  | Det skal etableres regionalt prosjekt rundt revurdering i regi av det regionale kompetansesenteret for smittevern (KORSN), her bidrar UNN også (arbeid igangsatt).   | KORSN                              |
|   |   | Det er utarbeidet et antibiotikanotat for dokumentering av revurdering i DIPS. Avdelingsledere skal etterspørre bruk av notatet i sin legegruppe.  | Avdelingsledere                    |
|   |   | En til to kliniske avdelinger skal pilotere innføring av systematisk revurdering i samarbeid med avdelingsledelse, leger, sykepleiere og A-team. Foretaksledelsen skal velge ut aktuelle pilotavdelinger, og etterspørre resultater fra avdelingsledelsen. Erfaringene fra pilotavdelingene skal deles med andre avdelinger. | Foretaksledelsen<br>A-team         |
| 6 | Benytte forbruksstatistikker og data fra prevalensundersøkelser av antibiotikabruk mer aktivt som grunnlag for kontinuerlig forbedring, både på foretaksnivå og i de kliniske enhetene. | A-team skal i tillegg til den årlige «Pest eller kolera?» rapporten lage forbruksstatistikk for foretaket samlet og utvalgte avdelinger med stort antibiotiketrykk tertialt (se punkt 1).  | A-team                             |
|   |   | Avdelingsledere skal melde tilbake til A-team hvilke forbedringstiltak som er iverksatt på bakgrunn av utvikling i antibiotikaforbruk, samt etterspørre bistand fra A-team hvis forbruksdata viser at man ikke klarer å oppnå målsetninger for antibiotikabruk.  | Avdelingsledere<br>Foretaksledelse |
| 7 | Gjennomføre regelmessige kontroller av etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus gjennom interne revisjoner eller andre frittstående evalueringer.    | KVALUT har ansvaret for utførelse av internrevisjoner og skal vurdere revisjoner av antibiotikabruk på UNN.  | KVALUT                             |
|   |   | KORSN og A-team skal tilrettelegge for studentoppgaver i samarbeid med universitetet som kan gi informasjon om hvordan antibiotika brukes på UNN og forbedringsområder.  | A-team                             |

Tiltakene skissert i handlingsplanen bør være utført/påbegynt innen årsskifte 2018/2019.