

Mette Walberg
Smittevernoverlege
Vestre Viken HF
Bærum sykehus
1309 Rud

Bærum, 28.9.-2011

Ref.: 201102859-/KSEE

Høring Forslag til endring av forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS-registerforskriften)

Hørings svar

Forslag til endringer i forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS-registerforskriften)

Høringsnotatet omhandler Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012). Denne strategien omhandler både forekomst av antibiotikaresistens, infeksjoner ervervet i helsetjenesten og kunnskap om forholdet mellom disse to.

Først litt om sykehusinfeksjonene:

Forekomst av sykehusinfeksjoner er omfattende og alvorlig problem. Infeksjonene herjer både på sykehus og sykehjem. NOIS-registerforskriften har ført til at vi i Norge etter hvert opparbeider solid database som viser forekomst av postoperative sårinfeksjonene. Det er disse "katastrofene etter kirurgi" som er de mest alvorlige blant sykehusinfeksjonene, de som bidrar mest til både liggedøgn og dødelighet og til økte kostnader.

Dernest litt om antibiotikaresistens:

Antibiotikaresistens er økende internasjonalt problem. Litteratur viser at denne økningen henger sammen med flere forhold. På den ene siden bidrar bruk av antibiotika. På den andre siden bidrar smitte. Sykehusene er mest utsatt for denne alvorlige utviklingen. Den høye risikoen på sykehus skyldes flere forhold. For det første er selektivt antibiotika-press størst her: de resistente mikrobenes overlever der de følsomme må gi tapt for antibiotika. For det andre bidrar smittefare som jo er størst der de sykeste pasientene samles tett. For det tredje kan feilbruk av antibiotika bidra til at resistens oppstår. Dagens nasjonale overvåking av antibiotikaresistens gjøres gjennom NORM som mottar data fra mikrobiologiske laboratorier. Resistensdata på institusjonsnivå er og vil være uegnet.

Noen utvalgte faglige kommentarer til endringene

NOIS—registerforskriften har bidratt til solide data for de postoperative sårinfeksjonene. Dette er utmerket. Enhver sykehusledelse har allerede anledning til å starte forbedringsarbeid som fører til reduksjon i slik risiko gjennom forbedring av prosesser. Foreløpig er keisersnitt, hofteproteser og buk-kirurgi inkludert i NOIS. Prevalensundersøkelser for sykehusinfeksjoner gir imidlertid andre slags

data enn NOIS-dataene og kan vanskelig brukes til forbedring av prosesser. Dette er fordi prevalensdata er uspesifikke, de omfatter både "hummer og kanari". I tillegg er de samledata som ikke foreligger på pasientnivå.

Høringsnotatets avsnitt som omhandler **antibiotikabruk**, har derimot vesentlige svakheter. Målet med denne delen av høringsnotatet bør være at vi i Norge arbeider målrettet for å redusere feilbruk av antibiotika for derigjennom å motvirke antibiotikaresistens. Men tiltakene som er foreslått i høringsnotatet, er dessverre uegnet for å nå dette målet.

Vi begrunner dette i det følgende:

Punktene 1-3 gitt under § 1-7 foreslår registrering av diverse opplysninger. Samlet mener vi at alle forslagene til variabler under pkt. 1-3 er uegnet til å nå målet. De vil derimot pålegge vesentlig byråkrati og skape ytterligere skepsis (og forakt?) for unødig registreringsarbeid.

Under punkt 1- 3 foreslås diverse variabler vi mener er uegnet til å nå målet om å bremse resistensutvikling. Pkt. 3 angir for eksempel *dose* (pkt. 3 e) som mulig variabel. Dersom pasient xy har fått høyere dose enn forventet, kan dette være uttrykk *enten* for manglende etterlevelse av retningslinjer *eller* rett og slett være uttrykk for høy kroppsvekt eller for alvorlig infeksjon. For å skille ut den manglende etterlevelse (som all intervensjon bør rettes mot), kreves journalopplysninger i tillegg til det som er foreslått i høringsnotatet. Tilsvarende for pkt. 3 d *infeksjonens behandling*. Med *behandling* menes formodentlig *valg* av virkestoff. For å skille ut den manglende etterlevelsen i dette tilfellet, må man vite om det forelå kontra-indikasjon (Kanskje kunne ikke pasienten tåle et annet middel, forelå for eksempel nyresvikt?) hos pasienten. Slike avgjørelser er svært vanskelige og krever, som i tilfellet over, tilgang til journaldata. Og dette var vel ikke meningen med høringsnotatet? Tilsvarende spørsmål må nødvendigvis besvares for *varighet*, *administrasjonsmåte* samt flere av de andre angitte variabler.

Dessuten virker det svært uhensiktsmessig å tildele FHI ansvaret for å vurdere etterlevelse på pasientnivå. Effektive intervensjoner for å unngå feilbruk av antibiotika krever tett samarbeid mellom ledelsen og ansvarlig fagpersonell ved institusjonene. Avstanden mellom forskriver og FHI er for stor til å oppnå noe som ligner forbedring av praksis for forskrivning.

Delen av høringsnotatet som omhandler antibiotikabruk (Pkt. 5.2), bærer dermed preg av gode intensjoner, men mangler egnet verktøy for å nå målene.

Det som derimot kan gjøres for å bedre forskrivningspraksis, er å stille krav til ledelse ved institusjoner slik at de forankrer målbare mål og at de arbeider med å nå disse. Slike mål kan meget vel baseres på forbruksdata fra apoteker, for eksempel på forbruksprofiler som lett avslører utvikling mot mer bredspektret og uheldig forbruksprofil. Apotekenes databaser er detaljerte og svært pålitelige. (Det skal her dog bemerkes at data er meget lettere tilgjengelig for sykehus som jo kan basere seg på data for de enkelte kostnadssteder, mens institusjoner som sykehjem ikke er så lett tilgjengelige idet data foreligger kun på pasientnivå. Dessuten vil ofte flere apoteker være involvert for sykehjem, mens hvert sykehus betjenes av kun ett apotek (et sykehusapotek).)

Bedring av etterlevelse av antibiotikaveiledere, både nasjonalt og internasjonalt, bør være målet for enhver ledelse. Slik reduseres feilbruk til minimum. Det er åpenbart stort nasjonal behov for samordning nettopp innen dette feltet. Nasjonalt kompetansesenter bør kobles inn i dette arbeidet.

§ 1-1 Etablering av Norsk....

Forslaget kan bestå. Datagrunnlaget bør altså være basert på apotekdata og ikke på data innsamlet ved prevalensundersøkelser. Samordning med Nasjonalt Kompetansesenter for antibiotika er nødvendig.

§ 1-2. Innhold i registeret.

Forslaget bør falle.

§ 1-3. Registrerts formål.

Forslaget kan bestå, se ellers § 1-1.

§ 1-7. Opplysninger i registeret.

Forslaget bør falle i det dataene ikke kan brukes til det som bør være mål for registreringen, nemlig å motarbeide feilbruk.

§ 2-5. Rapportering fra registeret.

Kan bestå etter modifisering?

§ 3-1. Plikt til å utlevere ikke koblete...

Ingen kommentar

Konklusjon

Høringsnotatet i nåværende form treffer dessverre ikke målet om å muliggjøre intervensjon mot feilbruk av antibiotika. Tiltakene som skisseres, skal være prevalensbasert. Men for at prevalens-data skal kunne brukes til forbedring av forskrivning, kreves vesentlig mer komplekse data enn anført.

Man vil i beste fall kunne avsløre for høye doser. Feil i indikasjonsstilling ("Skulle denne pasienten ha fått antibiotika i det hele tatt?" og valg av antibiotika ("Hvorfor fikk pasienten dette brede middelet og ikke heller et gammeldags smalt middel?") vil ikke kunne avsløres med foreliggende forslag. Med notatets forslag vil man kunne høste prevalensbaserte data over forbruk og tilhørende profiler. Slike data er allerede tilgjengelige fra sykehusapotekene i dag - dog i mye mer komplett form. Forbruk på sykehjem er altså mye mer utfordrende fordi ulike apotek benyttes. Høringsnotatet vil dermed gi mindre komplette forbruksdata enn det man allerede har tilgang til via sykehusapotekene. Dessuten vil man bruke mer ressurser på å skaffe dem fordi prevalensundersøkelser er svært ressurskrevende.

Tiltakene som skisseres vil kreve svært mye ressurser. Og dataene som genereres vil være uegnet til å redusere feilbruk av antibiotika. Notatet kan lett føre til tiltak som bringer registreringen for registreringen egen skyld. Tiltakene vil ikke føre til målet, nemlig mindre antibiotikaresistens, men derimot til mer byråkrati.

Vennlig hilsen

Mette Walberg