

Lãnh đạo và giao
tiếp hiệu quả trong
chương trình quản
lý sử dụng kháng
sinh vật tại các
bệnh viện châu Á



Lãnh đạo và giao tiếp hiệu quả trong chương trình quản lý kháng sinh tại các bệnh viện châu Á

Thành viên nào có thể lãnh đạo nhóm AMS?

Lãnh đạo hiệu quả đóng vai trò then chốt đối với sự thành công của chương trình quản lý sử dụng kháng sinh (AMS).¹ Lý tưởng nhất, một bác sĩ chuyên về chuyên khoa về bệnh truyền nhiễm (ID) sẽ dẫn dắt nhóm AMS, với sự hỗ trợ của một dược sĩ lâm sàng đã được đào tạo về bệnh truyền nhiễm đóng vai trò đồng lãnh đạo.^{1,2} Trường hợp không tổ chức được cơ cấu lãnh đạo như trên, các vị trí này có thể do các thành viên khác trong đội ngũ y tế đảm nhận.³ Ví dụ: nếu không có bác sĩ chuyên khoa bệnh truyền nhiễm, thì một bác sĩ hoặc dược sĩ khác có tâm huyết với lĩnh vực truyền nhiễm có thể được giao nhiệm vụ dẫn dắt nhóm.^{4,5}

Mặc dù được đào tạo chính quy về bệnh truyền nhiễm là một lợi thế nhưng không phải là yêu cầu bắt buộc đối với bác sĩ hay dược sĩ lãnh đạo nhóm AMS.^{4,7} Tuy nhiên, người lãnh đạo nhóm AMS cần giao tiếp hiệu quả, mạch lạc và quyết đoán. Họ cũng cần hiểu rõ nhu cầu của các bên liên quan, vận dụng kiến thức dựa trên bằng chứng và được ban quản lý bệnh viện và đội ngũ y tế tôn trọng.^{7,8}

Trưởng nhóm AMS

- Tốt nhất, nhóm AMS nên được đồng lãnh đạo bởi một bác sĩ và một dược sĩ lâm sàng có đào tạo hoặc một chuyên gia về bệnh truyền nhiễm¹
- Tối thiểu, một bác sĩ hoặc dược sĩ có tâm huyết và quan tâm đến bệnh truyền nhiễm có thể đảm nhận vai trò lãnh đạo nhóm AMS^{4,5}

Nội dung này được phát triển độc lập và thuộc sở hữu của các thành viên Nhóm Công tác về Tình trạng đề kháng và Quản lý sử dụng kháng sinh. Trong quá trình phân phối các tài liệu này, nhóm xin được ghi nhận sự hỗ trợ về mặt tài chính của Pfizer.

Làm thế nào để trở thành trưởng nhóm dẫn dắt triển khai hiệu quả chương trình AMS?

Trưởng nhóm chương trình AMS cần đảm nhận những trách nhiệm sau:

- Kêu gọi sự ủng hộ đối với chương trình AMS
- Xây dựng đội ngũ AMS
- Phát triển và triển khai chương trình AMS
- Báo cáo kết quả hoạt động của chương trình AMS
- Duy trì chương trình AMS

Để thực hiện tốt các nhiệm vụ và nhận được sự đồng thuận từ các bên liên quan quan trọng, trưởng nhóm chương trình AMS cần thiết lập và duy trì các kênh chia sẻ thông tin hiệu quả với ban lãnh đạo bệnh viện và các bác sĩ tuyến đầu.⁸ Hướng dẫn này nhằm cung cấp một vài gợi ý giúp các trưởng nhóm chương trình AMS đạt được các mục tiêu trên.

Kêu gọi sự ủng hộ chính thức cho chương trình AMS

Việc nhận được sự ủng hộ chính thức từ ban quản lý bệnh viện là yếu tố then chốt quyết định sự thành công của chương trình AMS.^{8,9} Trưởng nhóm AMS cần chia sẻ rõ ràng về những vấn đề cần cải thiện và lý do, đồng thời đưa ra lập luận rõ ràng để thuyết phục ban quản lý bệnh viện thấy được lợi ích chương trình AMS sẽ đem lại cho bệnh viện và sự an toàn của bệnh nhân.^{8,10} Trước khi trình bày đề xuất kinh doanh với ban lãnh đạo bệnh viện, trưởng nhóm cần gặp gỡ các bên liên quan khác để đánh giá các quan ngại và xác nhận nội dung đề xuất.⁸

Các thành phần chính của một đề xuất kinh doanh trong chương trình AMS^{8,10}

1. Dữ liệu về các vấn đề hiện tại trong bệnh viện (ví dụ: tình trạng lạm dụng thuốc carbapenem đắt tiền, tỷ lệ cao nhiễm *Acinetobacter baumannii* đa kháng)
2. Mục tiêu của chương trình AMS
3. Lợi ích của chương trình AMS
 - a. Cung cấp tài liệu nghiên cứu dựa trên bằng chứng mới
 - b. Đưa ra các ví dụ từ các bệnh viện trong khu vực
4. Cơ cấu tổ chức của nhóm AMS
5. Phân tích tài chính (ví dụ: ước tính chi phí-hiệu quả của các can thiệp như chuyển từ đường tiêm tĩnh mạch sang đường uống và hạ bậc kháng sinh có thể bù đắp chi phí ban đầu)
6. Các biện pháp can thiệp được đề xuất
7. Kết quả có thể đo lường
8. Các mốc thời gian đánh giá
9. Sắp xếp và lên khung thời gian thí điểm (ví dụ: triển khai chương trình AMS quy mô nhỏ ban đầu và báo cáo định kỳ về các chỉ số hiệu suất chủ chốt để chứng minh hiệu quả và tranh thủ sự ủng hộ đối với chương trình)

Danh sách kiểm tra chương trình AMS có thể được sử dụng để đánh giá Các slide mẫu chính sách, nguồn lực và hệ thống hiện có trong bệnh viện nhằm tối ưu hóa việc sử dụng kháng sinh và hỗ trợ các hoạt động của chương trình AMS, đồng thời xác định những yếu tố cần triển khai hoặc cải thiện.

Các mẫu slide về án kinh doanh cũng có trong bộ công cụ này.

Xây dựng đội ngũ AMS

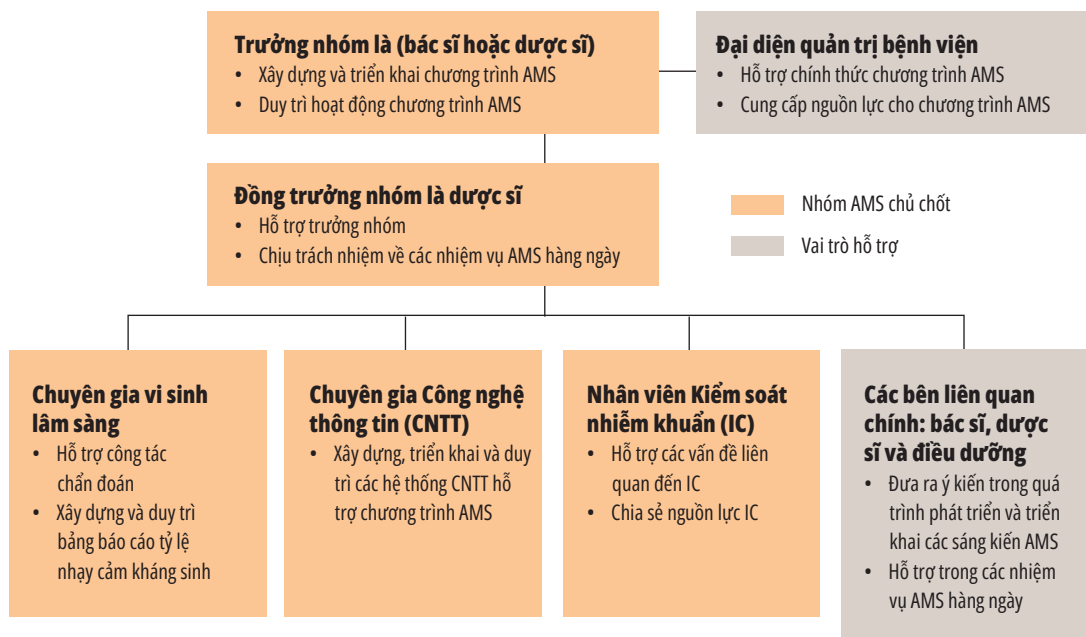
Trưởng nhóm cần xây dựng đội ngũ AMS đa ngành, bao gồm dược sĩ, nhân viên kiểm soát nhiễm khuẩn, chuyên gia dịch tễ học bệnh viện, chuyên gia công nghệ thông tin và nhà vi sinh vật học (Hình 1).^{8,9,11} Nếu bệnh viện thiếu

hoặc không có sẵn đội ngũ nhân sự này, trưởng nhóm có thể mở rộng phạm vi và mời các bác sĩ, dược sĩ có quan tâm tham gia.³ Ban lãnh đạo bệnh viện và các bác sĩ tuyến đầu cũng cần được đại diện trong nhóm AMS để cùng nhau xây dựng các mục tiêu và can thiệp, hỗ trợ triển khai chương trình và thúc đẩy sự ủng hộ từ các nhóm bác sĩ khác nhau trong bệnh viện.¹¹

Trưởng nhóm cần đảm bảo rằng các thành viên trong nhóm được phân chia vai trò rõ ràng và có đủ thời gian để thực hiện các nhiệm vụ liên quan đến AMS.¹¹ Đồng thời, các thành viên trong nhóm phải có đủ kiến thức chuyên môn và kỹ năng cần thiết để góp phần vào việc xây dựng và triển khai chương trình AMS một cách hiệu quả.^{7,12}

Hình 1

Cơ cấu và chức năng đề xuất cho đội ngũ AMS bệnh viện^{1,13}



Theo nghiên cứu của Centers for Disease Control and Prevention và Dellit HT cùng cộng sự.

Kiến thức và kỹ năng cơ bản dành cho các thành viên nhóm AMS¹²

Kiến thức về AMS để thiết lập chương trình AMS:

- Mục tiêu của AMS
- Các loại can thiệp AMS
- Những vấn đề, tranh cãi và đạo đức liên quan đến AMS

Kiến thức và kỹ năng lâm sàng trong thực hành AMS:

- Dược lý học kháng sinh (ví dụ: dược động học và dược lực học, phổ tác dụng, chỉ định lâm sàng)
- Kiến thức cơ bản về vi sinh và bệnh truyền nhiễm (ví dụ: các xét nghiệm chẩn đoán và cách diễn giải kết quả, các phương pháp điều trị và hướng dẫn lâm sàng cho các bệnh nhiễm trùng thường gặp)
- Diễn giải và ứng dụng các kết quả của kháng sinh đồ
- Các kỹ năng lâm sàng cơ bản (ví dụ: giao tiếp với bệnh nhân và nhân viên y tế, đánh giá đáp ứng lâm sàng, ghi chép và báo cáo lâm sàng)

Đánh giá kết quả và tác động của chương trình AMS:

- Thu thập và phân tích dữ liệu của chương trình AMS
- Các chỉ số hiệu suất chính (KPI) về quá trình và kết quả
- Theo dõi tình hình đề kháng kháng sinh và giám sát kê đơn

Dựa vào kinh nghiệm và chuyên môn, trưởng nhóm nên tận dụng các nguồn tài liệu đào tạo để giúp các thành viên nâng cao kỹ năng về AMS và các bệnh truyền nhiễm. Dưới đây là một số các khóa đào tạo hiện có:

- Khóa học trực tuyến miễn phí về AMS tại www.futurelearn.com/courses/antimicrobial-stewardship
- Chương trình đào tạo Making-a-Difference in Infectious Diseases (MAD-ID) tại Hoa Kỳ cung cấp nội dung đào tạo AMS trực tuyến với mức giá ưu đãi cho học viên đến từ các quốc gia đang phát triển (Xem thêm tại www.mad-id.org/training-programs)

Thiết lập và triển khai chương trình AMS

Việc đạt được sự đồng thuận từ các bác sĩ trước khi triển khai chương trình AMS là rất quan trọng.^{8,9,11} Để đạt được điều này, trưởng nhóm cần chọn lựa các biện pháp can thiệp AMS được ủng hộ nhiều nhất bởi đội ngũ lâm sàng, đồng thời đảm bảo rằng các can thiệp này không làm hạn

chế quyền tự chủ của bác sĩ khi ra các quyết định lâm sàng.¹¹ Ví dụ, có thể cân nhắc hình thức kiểm tra và phản hồi sau kê đơn, vì phương pháp này có thể phù hợp với văn hóa kê đơn tại bệnh viện và dễ dàng được các bác sĩ chấp nhận hơn so với việc yêu cầu phê duyệt trước khi kê đơn.⁸

Cần xác định các bên liên quan chính trong bệnh viện bị ảnh hưởng bởi các hoạt động quản lý kháng sinh AMS, và tổ chức các cuộc họp để thu thập phản hồi về các can thiệp được đề xuất và điều chỉnh khi cần thiết.^{8,11} Ví dụ, các bác sĩ chuyên khoa hồi sức tích cực và cấp cứu nên tham gia vào việc xây dựng và triển khai các can thiệp AMS có ảnh hưởng đến quy trình làm việc tại khoa họ. Các can thiệp này bao gồm yêu cầu xin phê duyệt trước đối với một số loại kháng sinh nhất định và **hướng dẫn điều trị theo kinh nghiệm** cho các bệnh lý nhiễm trùng thường gặp tại khoa, như nhiễm trùng huyết và viêm phổi mắc phải trong cộng đồng hoặc bệnh viện.

Thành lập Ủy ban AMS để khuyến khích sự tham gia của các bác sĩ

- Nên cân nhắc thành lập một ủy ban riêng gồm các bác sĩ đại diện từ các khoa khác nhau và/hoặc các khoa đang có vấn đề trong bệnh viện để họp định kỳ với trưởng nhóm AMS
- Ủy ban này sẽ giúp trưởng nhóm AMS kết nối với đội ngũ y bác sĩ và thúc đẩy sự tham gia của các bác sĩ không thuộc nhóm AMS chính thức¹¹

Trưởng nhóm AMS cần chuẩn bị cho các bác sĩ về những thay đổi bằng cách tổ chức các cuộc họp và buổi đào tạo để thảo luận tại sao các thay đổi được đưa ra và cách tích hợp chúng vào quy trình làm việc hiện tại.^{8,11} Đảm bảo toàn bộ đội ngũ nhân viên y tế có liên quan đều nhận thức được các hướng dẫn, quy định và quy trình mới. Để thúc đẩy các sáng kiến mới hoặc cải tiến trong chương trình AMS, có thể áp dụng các phương tiện truyền thông sau:

- Bản tin nội bộ
- Tờ rơi
- Áp phích
- Các buổi thảo luận chuyên đề
- Mạng nội bộ bệnh viện và hệ thống email

Báo cáo hiệu quả triển khai chương trình AMS

Trưởng nhóm AMS cần quyết định cách thức phản hồi thông tin đến các bác sĩ kê đơn.^{8,9,11} Vui lòng tham khảo **hướng dẫn sử dụng các chỉ số hiệu suất chính để theo dõi tiến độ triển khai chương trình AMS** để theo dõi, đánh giá hiệu quả của chương trình AMS so với các mục tiêu đặt ra. Các chỉ số đo lường chất lượng kê đơn chẳng hạn như: tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện và tỷ lệ đồng thuận các can thiệp của AMS (ví dụ: tỷ lệ chấp nhận các khuyến cáo xuống thang) cần được báo cáo định kỳ hàng tuần hoặc hàng tháng, thảo luận tại các cuộc họp khoa, thuyết trình trong các hội thảo chuyên đề, hoặc trong các bản tin nội bộ gửi tại bệnh viện.

Khi phát hiện các bác sĩ không tuân thủ việc kê đơn dựa trên bằng chứng, cần nỗ lực tìm hiểu nguyên nhân và tìm cách khắc phục.¹¹ Việc đào tạo, hướng dẫn 1:1 có thể giúp giảm sự kháng cự đối với các khuyến nghị của AMS, chẳng hạn như sự do dự trong việc xuống thang kháng sinh do lo ngại về sự an toàn của bệnh nhân.^{11,14,15}

Xây dựng kế hoạch truyền thông để báo cáo hiệu quả chương trình AMS đến các khoa phòng liên quan và ban quản lý bệnh viện.^{8,9}

- Dữ liệu sử dụng kháng sinh (ví dụ: số lượng kháng sinh sử dụng cần có sự phê duyệt trước hoặc báo cáo về các nhóm kháng sinh cần theo dõi đặc biệt mỗi quý)
- Dữ liệu về tổng mức sử dụng kháng sinh và độ nhạy kháng sinh cần được báo cáo ít nhất hàng năm
- Báo cáo tổng kết hằng năm cho ban quản lý bệnh viện về tất cả các chỉ số hiệu suất liên quan

Các thành phần quan trọng trong báo cáo hàng năm của chương trình AMS⁸

1. Tổng quan về mục đích và các mục tiêu của chương trình AMS
2. Dữ liệu sử dụng thuốc kháng sinh (ví dụ: tổng lượng kháng sinh sử dụng, dữ liệu về các loại kháng sinh hạn chế và/hoặc các nhóm kháng sinh cụ thể)
3. Các chỉ số tài chính (ví dụ: chi phí liên quan đến tổng lượng kháng sinh, các loại kháng sinh cần phê duyệt trước và/hoặc các nhóm kháng sinh đang được kiểm soát qua can thiệp AMS)
4. Tóm tắt các can thiệp ở cấp độ bệnh nhân (ví dụ: số ca bệnh được can thiệp xuống thang kháng sinh)
5. Tóm tắt các sáng kiến đã hoàn thành, đang triển khai và dự kiến thực hiện
6. Kết quả đạt được (ví dụ: giảm sử dụng một loại kháng sinh nhất định và tỷ lệ mật độ vi khuẩn đa kháng)

- Các ví dụ về báo cáo hàng quý của chương trình AMS có tại **đây**
- Ví dụ về báo cáo hàng năm của một chương trình AMS mới có tại **đây**

Duy trì chương trình AMS

Sau khi chương trình AMS được đưa vào triển khai, các trưởng nhóm AMS có trách nhiệm đảm bảo chương trình hoạt động **bền vững**.⁷⁻⁹ Điều này bao gồm việc lên lịch các cuộc họp định kỳ với đội ngũ/ủy ban AMS để đánh giá các hoạt động và dữ liệu của chương trình, và điều chỉnh nếu cần thiết. Trưởng nhóm AMS cũng cần gặp gỡ với ban quản lý bệnh viện thường xuyên để trình bày các báo cáo cho thấy chương trình AMS đã đạt được hoặc đang tiến gần tới mục tiêu đề ra. Những thành công ban đầu có thể được tận dụng để tiếp tục thu hút sự ủng hộ cho chương trình và huy động thêm nguồn lực để mở rộng và cải thiện chương trình AMS.

Ví dụ:

- Có thêm nhiều chuyên gia AMS để cung cấp phản hồi 1:1 và các hoạt động đào tạo về AMS
- Nâng cao năng lực của phòng vi sinh nhằm hỗ trợ các hoạt động AMS
- Cải thiện chất lượng hệ thống công nghệ thông tin dành cho chương trình AMS

Khi chương trình AMS tiếp tục phát triển, đội ngũ lâm sàng cần được đào tạo liên tục và cập nhật về các hoạt động AMS cũng như mục tiêu của các hoạt động này. Các bác

sĩ kê đơn cần được thông báo về bất kỳ thay đổi nào về **kháng sinh đồ** và các chính sách AMS, đồng thời các nhân viên mới cũng cần được làm quen với các chính sách và quy trình AMS. Các chiến lược giáo dục AMS chung gồm có:

- Phản hồi cá nhân 1:1
- Các buổi giảng dạy y khoa
- Các buổi định hướng cho bác sĩ trẻ
- Đưa AMS vào chương trình đào tạo chuyên khoa cho bác sĩ nội trú
- Bản tin nội bộ

Tóm tắt

Các trưởng nhóm AMS phải là những người tiên phong, chủ động và sẵn sàng cho chương trình AMS bằng cách:

- Sử dụng những dữ liệu tốt nhất để thuyết phục ban lãnh đạo bệnh viện đưa AMS thành mục tiêu chiến lược được các bên liên quan chấp nhận
- Áp dụng các chiến lược đào tạo nhằm nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của chương trình AMS và khuyến khích đội ngũ bác sĩ kê đơn và các nhân viên y tế tuân thủ
- Tận dụng thành công đã được làm cơ sở thúc đẩy việc cải thiện và mở rộng chương trình AMS

Tài liệu tham khảo

1. Centers for Disease Control and Prevention. Core elements of hospital antibiotic stewardship programs. Available at: www.cdc.gov/antibiotic-use/healthcare/pdfs/core-elements.pdf. Accessed December 2017.
2. Barlam TF, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis* 2016;62:e51-e77.
3. Doron S, Davidson L. Antimicrobial stewardship. *Mayo Clin Proc* 2011;86:1113-1123.
4. Sing DY, et al. Antimicrobial stewardship program in a Malaysian district hospital: First year experience. *Pak J Med Sci* 2016;32:999-1004.
5. Waters CD. Pharmacist-driven antimicrobial stewardship program in an institution without infectious diseases physician support. *Am J Health Syst Pharm* 2015;72:466-468.
6. Pulcini C, et al. The impact of infectious disease specialists on antibiotic prescribing in hospitals. *Clin Microbiol Infect* 2014;20:963-972.
7. Cosgrove SE, et al. Guidance for the knowledge and skills required for antimicrobial stewardship leaders. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014;35:1444-1451.
8. The Joint Commission. Antimicrobial stewardship toolkit. 2013. Available at: www.azdhs.gov/documents/preparedness/epidemiology-disease-control/healthcare-associated-infection/advisory-committee/antimicrobial-stewardship/joint-commission-r-2012-healthcare-associated-infection-prevention.pdf. Accessed December 2017.
9. Duguid M and Cruickshank M (eds). Antimicrobial stewardship in Australian hospitals, January 2011. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Sydney, NSW, Australia. Available at: www.safetyandquality.gov.au/our-work/healthcare-associated-infection/antimicrobial-stewardship/book. Accessed November 2017.
10. Spellberg B, et al. How to pitch an antibiotic stewardship program to the hospital C-suite. *Open Forum Infect Dis* 2016;3:ofw210.
11. Patel D, MacDoucall C. How to make antimicrobial stewardship work: Practical considerations for hospitals of all sizes. *Hosp Pharm* 2010;45(11 Suppl 1):S10-S18.
12. Teng CB, et al. Guidelines for antimicrobial stewardship training and practice. *Ann Acad Med Singapore* 2012;41:29-34.
13. Dellit HT, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis* 2007;44:159-177.
14. Teo J, et al. The effect of a whole-system approach in an antimicrobial stewardship programme at the Singapore General Hospital. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2012;31:947-955.
15. Lew KY, et al. Safety and clinical outcomes of carbapenem de-escalation as part of an antimicrobial stewardship programme in an ESBL-endemic setting. *J Antimicrob Chemother* 2015;70:1219-1225.