

## Nyckelindikatorer för rationell antibiotikaanvändning i slutenvård

Framtagna av Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance, TATFAR. Core Indicators for hospital antimicrobial stewardship programs. Översatt och modifierat till svenska förhållande av Programråd Strama nov 2015.

NYCKELINDIKATORER för rationell antibiotikaanvändning i slutenvård		
Infrastruktur	N1	Finns det ett <b>formellt beslutat program för antibiotikaanvändning</b> på ditt sjukhus?
	N2	Har ditt sjukhus en <b>formell organisation med ansvar för styrning av antibiotikaanvändning</b> (t.ex. multidisciplinär Strama-grupp eller motsvarande grupp i en patientsäkerhetsorganisation)?
	N3	Finns det ett <b>team</b> med kunskap om rationell antibiotikaanvändning tillgängligt på ditt sjukhus?
	N4	Finns det utsedd <b>läkare med ledningsfunktion</b> för antibiotikafrågor på din enhet?
	N5	Finns det <b>apotekare</b> med ansvar för antibiotikafrågor på ditt sjukhus?
	N6	Avsätts det <b>löne medel</b> och arbetstid för rationell antibiotikaanvändning vid ditt sjukhus?
	N7	Finns det <b>IT-kapacitet</b> vid ditt sjukhus som stödjer rationell antibiotikaanvändning?
Policy och rutiner	N8	Finns det <b>lokala behandlingsrekommendationer</b> för vanliga infektioner som tar hänsyn till resistensläget vid din enhet?
	N9	Har ditt sjukhus en dokumenterad rutin som kräver att <b>behandlingsindikation ska anges</b> vid antibiotikabehandling?
	N10*	Ska ordination av vissa antibiotikasorter <b>godkännas av särskilt utsedd läkare eller apotekare</b> innan de ges till patienter på din enhet?
	N11	Finns det en formaliserad rutin vid ditt sjukhus för <b>utvärdering av insatt antibiotika</b> 48 timmar efter första ordinationstillfället?
Mätning och återkoppling	N12	Har det sammanställts en <b>kumulativ rapport över resistensläge</b> vid ditt sjukhus det senaste året?
	N13*	<b>Kontrolleras det att behandlingsindikation anges</b> vid antibiotikaordination på ditt sjukhus?
	N14	Görs det <b>utvärderingar av antibiotikaproylax vid kirurgi</b> (preparatval och duration) vid ditt sjukhus?
	N15	Kommuniceras uppföljningar av antibiotikaanvändning <b>direkt till förskrivarna</b> vid ditt sjukhus?
	N16*	<b>Mäts antibiotikaanvändning</b> vid ditt sjukhus (per patientbesök, vård dagar eller vårdtillfällen)?
	N17	Har det under det senaste året sammanställts en <b>årsrapport</b> om utfall av antibiotikaanvändning och förbättringsarbete vid ditt sjukhus?

N = Nyckelindikator. Anpassningar markeras med \*

\*N10 utgår tills vidare för svenska förhållanden. N13 har omformulerats så att kontroll via dokumentation utanför patientjournal kan accepteras (t ex via Infektionsverket). N16 innebär kvantitativ antibiotikamätning [Defined daily dose (DDD)], [Days of therapy (DOT)] eller [Locally defined prescribed dose (PDD)] där PDD, har lagts till i den svenska versionen.

Referens: Pollack LA et al. Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR). Summary the modified Delphi process for common structure and process indicators for hospital antimicrobial stewardship programs. 2015.

[www.cdc.gov/drugresistance/pdf/summary\\_of\\_tatfar\\_recommendation\\_1.pdf](http://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/summary_of_tatfar_recommendation_1.pdf) [Last date accessed 30 November 2015]