

# The Differences in Antibiotic Decision-making Between Acute Surgical and Acute Medical Teams: An Ethnographic Study of Culture and Team Dynamics

E. Charani,<sup>1</sup> R. Ahmad,<sup>1</sup> T. M. Rawson,<sup>1</sup> E. Castro-Sanchéz,<sup>1</sup> C. Tarrant,<sup>2</sup> and A. H. Holmes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Health Protection Research Unit in Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Resistance, National Institute for Health Research, Imperial College London, and <sup>2</sup>Department of Health Sciences, University of Leicester, United Kingdom

**Clinical Infectious Diseases<sup>®</sup>** 2019;69(1):12–20

JC 01. Juli 2019

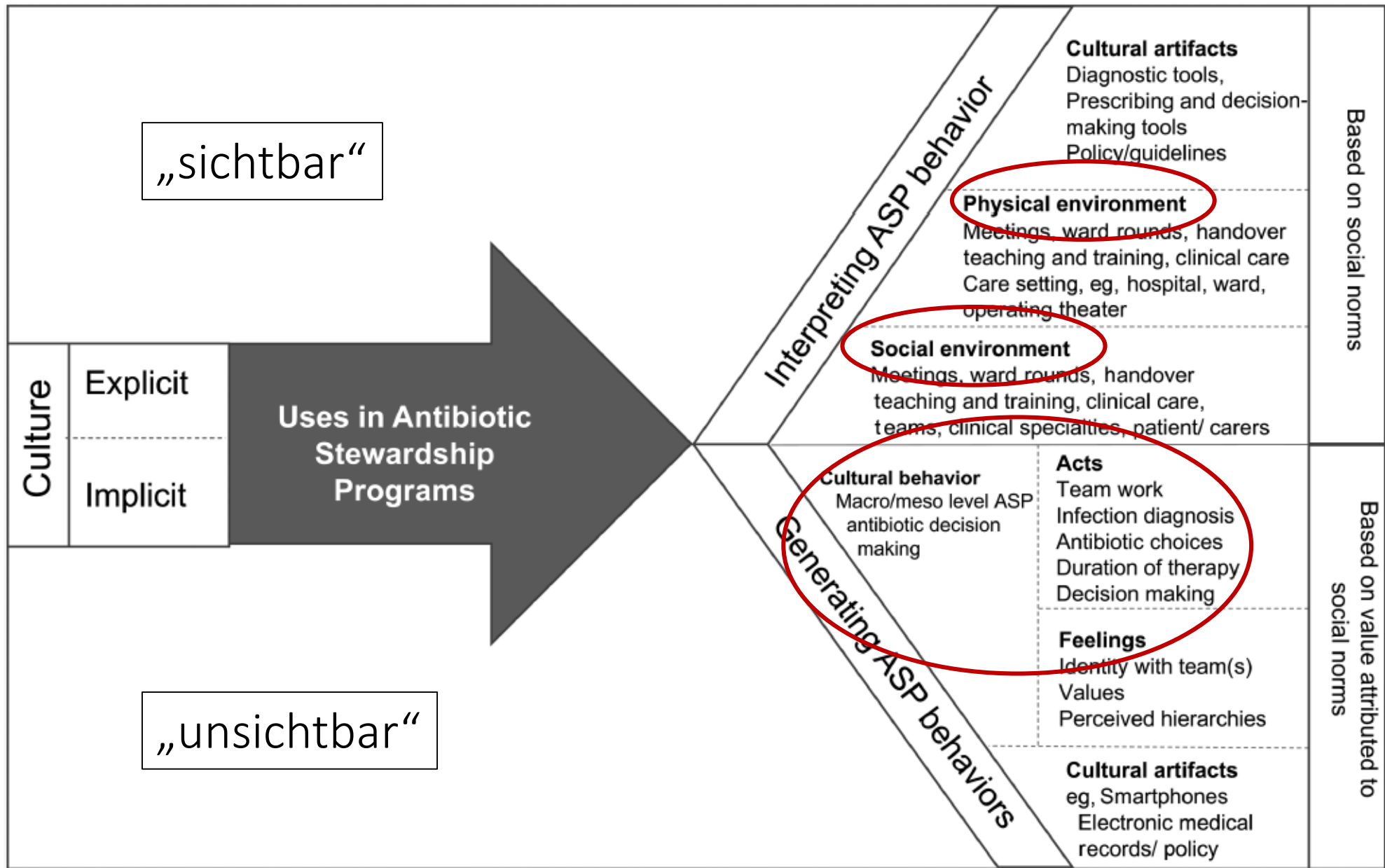
Sarah Dräger

# Hintergrund

- Kultur und Teamstrukturen beeinflussen die Art und das Gelingen von Antibiotic Stewardship Programmen (ASP) und haben somit Einfluss auf das Outcome von Patienten

# Methode

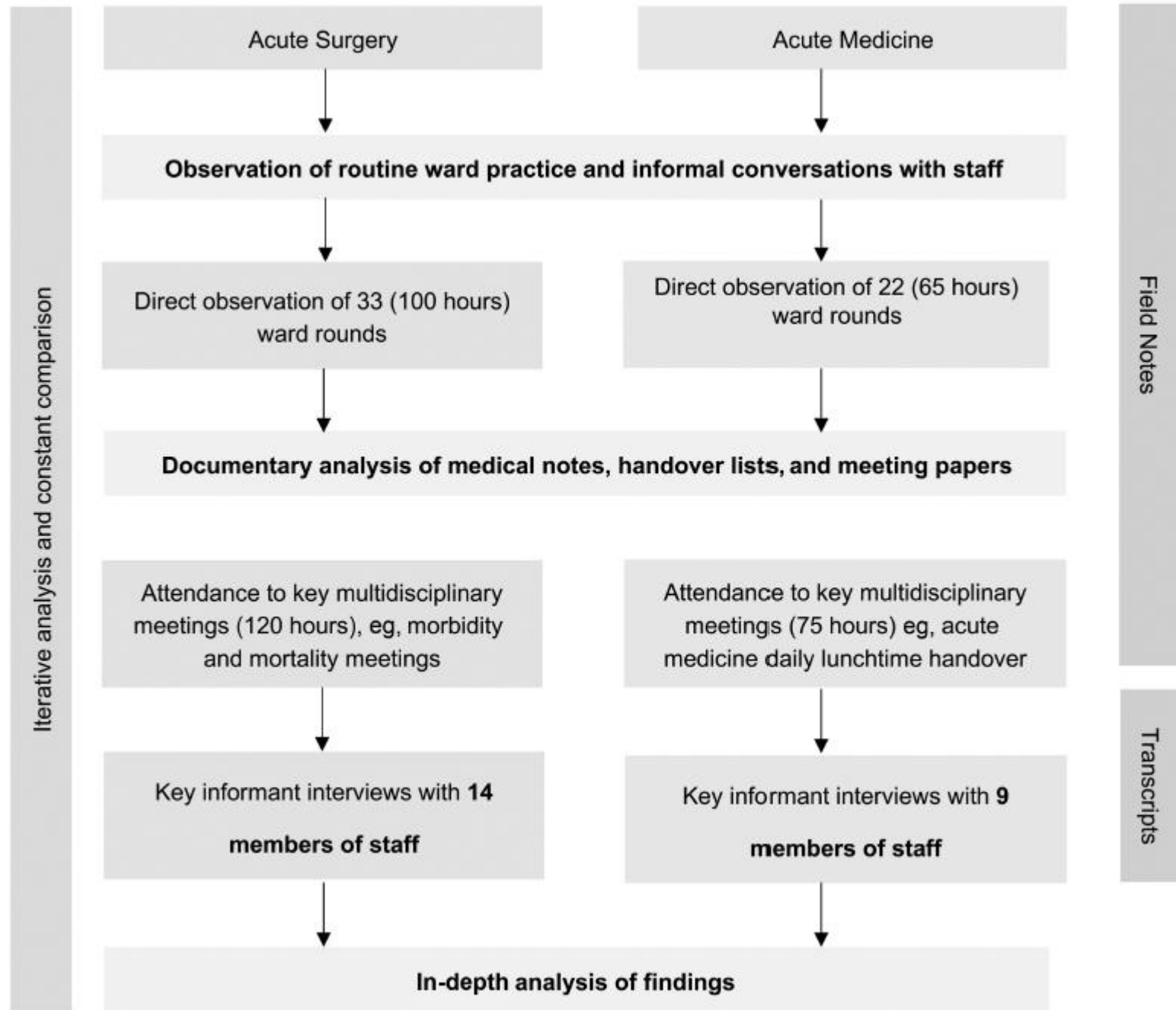
- Mixed-Methoden Studie
- Untersuchung von AB-Verordnungen
- Innere Medizin vs. Chirurgie
- Frage wie Kultur und Teamdynamiken in den verschiedenen Fachdisziplinen die AB-Verordnungen beeinflussen



# Methode

- London, Lehrkrankenhaus, 1300 Betten
- August 2015 bis May 2017
- Innere Medizin und Chirurgie
- Direkte Observation
- Interviews (face to face)
- Analyse

Chirurgen,  
medical  
consultants,  
Assistenzarzt,  
Pflege,  
Apotheker



# Team-Dynamik und Team-Charakteristiken

- **Chirurgie:**

- Vertikale Struktur
- Entscheidungen werden “von oben” gefällt
- Wenig Raum für Team Input, insb. bei Visiten

- **Medizin:**

- Kollektivistische Kultur
- Jedes Teammitglied wird motiviert mitzumachen
- Visite mit Apotheker
- „Zeit“ ist weniger strukturiert, weniger Zeitdruck

# Chirurgie

- Chirurgisches Team, 3 Verpflichtungen:
  - OP → wird gerne gemacht
  - Ambulanz → wird gerne gemacht
  - Station → „Pflicht“
- Chirurgen sind am häufigsten in der Ambulanz und im OP
  - Team ist verteilt/versprenkelt/zerrissen
  - Gebrauch des Handys zur Team-Kommunikation (WhatsApp), für Rücksprachen, Entscheidungen
- Fehlende Interdisziplinarität auf den Visiten



# Medizin

- Face-to-Face Meetings
- Handys werden selten benutzt während Visiten
- Mehr Interdisziplinarität
- Kritische Phase: Übergang Notfall - Station

# Chirurgie I

- Rolle des Chirurgen: Interventionalist
  - Schnellere Verordnung von AB
- Unsicherheit/Angst vor Rüge/Angst vor negativem Outcome
  - Persönliches Versagen

---

Q8: "If my patient gets a wound infection, for example, my case will be discussed at a Morbidity and Mortality meeting... it affects my data ... and my outcome data will be on a website, so I'm going to practice pretty defensive medicine, absolutely." —*Interview, Surgeon F*

---

Q12: "The major challenge is this, is that, there is a fundamental difference in medicine and surgery, which is if someone comes in with a pneumonia, so you try and treat it, but that person with pneumonia dies. Well you tried and that's OK. If someone comes in to hospital for an elective operation, and they die from sepsis or infection, that death was preventable and it's your fault. And

# Chirurgie II

- Erfahrene Chirurgen sind im OP
- Assistenzärzte mit weniger Erfahrung alleine auf Station
  - unrealistisch zu erwarten, dass Chirurgen ASP in die tägliche Evaluation ihrer Patienten mit einbeziehen
  - Entscheidungen/De-Eskalationen werden deshalb verzögert getroffen

# Konklusion

- ASP in Chirurgie muss deren Kommunikationswege beachten
    - Zeitpunkt der Übergaben
    - Nutzung Handy/Messenger
  - Hospitalisationsdauer und chirurgisches Outcome als Parameter benutzen (chirurgische Prioritäten) – für Chirurgen überzeugender als AB Verbrauchszahlen
- Unterschiedliche Strukturen bei Implementierung von ASP berücksichtigen

# Limitationen

- Single center
- England
- Beschränkt auf Innere Medizin und Chirurgie
- Geplant in Südafrika, Indien, Australien