

ANTIBIOTIC STEWARDSHIP

Regionaal Zorgnetwerk Holland-West



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Hoofdstuk 1: Inleiding	3
Hoofdstuk 2: Methode	4
2.1 Verpleeghuizen.....	4
2.3 Ziekenhuizen.....	4
2.2 Huisartsenpraktijken	4
Hoofdstuk 3: Resultaten verpleeghuizen	5
3.1 Infectiecommissie.....	5
3.2 Inhoud en evaluatie van antibiotica en infectiepreventie beleid	5
.....	6
3.3 Scholing	6
Hoofdstuk 4 Resultaten ziekenhuizen	7
4.1 Organisatie	7
4.2 Inhoud en uitvoering	7
4.3 Praktijkvoering.....	8
Hoofdstuk 5: Resultaten huisartsenpraktijken.....	9
5.1 Bekendheid met AMS.....	9
5.2 Praktijkvoering.....	9
Hoofdstuk 6 Discussie en aanbevelingen	11
Appendix 1 Vragenlijst verpleeghuizen	13
Appendix 2, vragenlijst antibiotic stewardship (AMS) in de huisartsenpraktijk	15
Appendix 3, vragenlijst antibiotic stewardship (AMS) in de ziekenhuizen	19

Hoofdstuk 1: Inleiding

Onder Antimicrobial Stewardship (AMS) verstaan we de maatregelen die zorginstellingen nemen om het gebruik van antibiotica te optimaliseren, met als doel verbetering van de patiëntuitkomsten, en het beperken van de negatieve effecten van antibioticagebruik, met name het ontstaan van antimicrobiële resistentie. Zorgvuldig voorschrijven van antibiotica is van groot belang in de strijd tegen antimicrobiële resistentie omdat antibioticaconsumptie één van de belangrijkste drivers is in de ontwikkeling van resistentie.

AMS is één van de basistaken van de regionale zorgnetwerken antibioticaresistentie. Om AMS in de regio te bevorderen, is een goede kennis van de actuele stand van zaken op het gebied van AMS van groot belang. Het doel van Zorgnetwerk Holland West was om de AMS maatregelen voor de verschillende ketenpartners in beeld te brengen, zodat verbeterpunten kunnen worden geformuleerd en concrete acties kunnen worden ondernomen.

Hoofdstuk 2: Methode

Door middel van enquêtes onder zorgprofessionals in de regio, werd de stand van AMS) in de regio in kaart gebracht. AMS maatregelen en programma's zijn zeer zorg-instelling specifiek. Derhalve werd voor 3 verschillende ketenpartners een enquête ontwikkeld.

Enquêtes werden online verstuurd gedurende de periode september tot december 2018. Gegevens werden anoniem behandeld.

2.1 VERPLEEGHUIZEN

Online enquêtes werden verstuurd naar alle 23 verpleeghuizen waarvan een contactpersoon bekend was bij het RCT. De contactpersonen kon zowel een specialist ouderengeneeskunde betreffen als een kwaliteitsmedewerker/verpleegkundige. Er werd telefonisch contact opgenomen bij uitblijven van respons.

2.3 ZIEKENHUIZEN

Voor ieder ziekenhuis in de regio, totaal 7, werd een lid van de antibioticacommissie of infectiecommissie benaderd voor deelname aan de enquête. Bij uitblijven van respons werd tweemaal per email of telefonisch contact opgenomen.

2.2 HUISARTSENPRAKTIJKEN

Huisartsen werden benaderd via de elektronische nieuwsbrief van de huisartsen kring Den Haag en de huisartsen in Leiden & omgeving via een besloten website (Haweb). Hierin werd een link opgenomen naar de online enquête. Er is 1 keer een herinnering gestuurd.

Hoofdstuk 3: Resultaten verpleeghuizen

In de regio Holland-West zijn 185 locaties waar langdurige zorg wordt geleverd, 178 van deze locaties maken deel uit van een grotere organisatie (koepel). De specialist ouderengeneeskunde van 23 koepels werd aangeschreven voor de enquête. De respons was 15/23 (65.2 %). De huizen waren verspreid over de gehele regio Holland West.

3.1 INFECTIECOMMISSIE

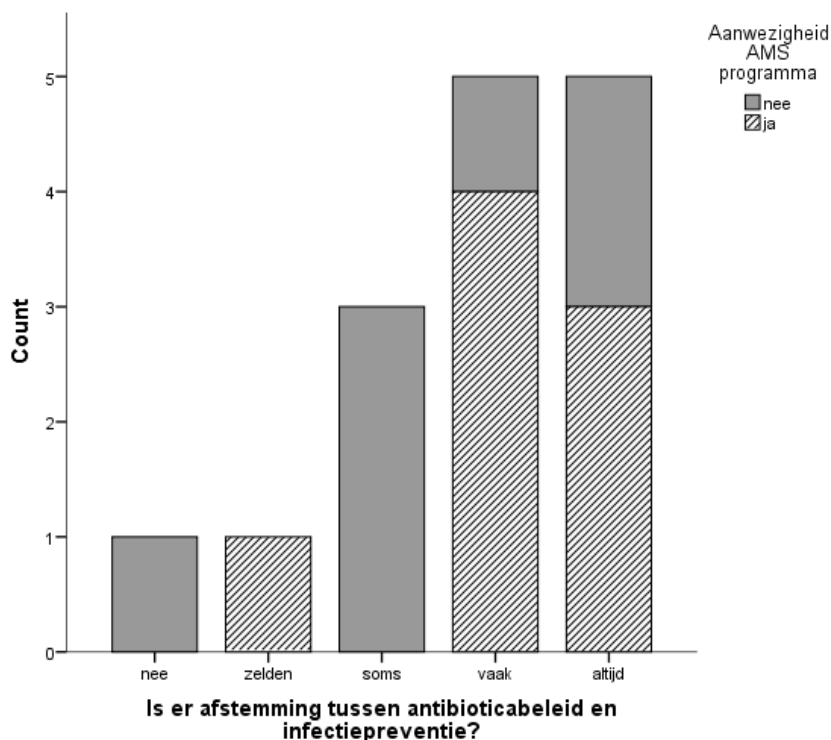
In 8/15 verpleeghuizen is er een actieve infectie commissie, een AMS (project) team of een A-team, hierna genoemd AMS-programma. In al deze 8 verpleeghuizen was er voldoende commitment van het bestuur voor het AMS programma. In 3/15 (20%) van de verpleeghuizen is er voldoende tijd en geld beschikbaar voor de uitvoer van het AMS programma. In 5/8 van de verpleeghuizen die een actieve commissie hebben, zijn de taken ook voldoende schriftelijk vastgelegd. In 8/8 (100%) van de verpleeghuizen die een AMS-programma hebben, participeert een specialist ouderengeneeskunde in het programma.

3.2 INHOUD EN EVALUATIE VAN ANTIBIOTICA EN INFECTIEPREVENTIE BELEID

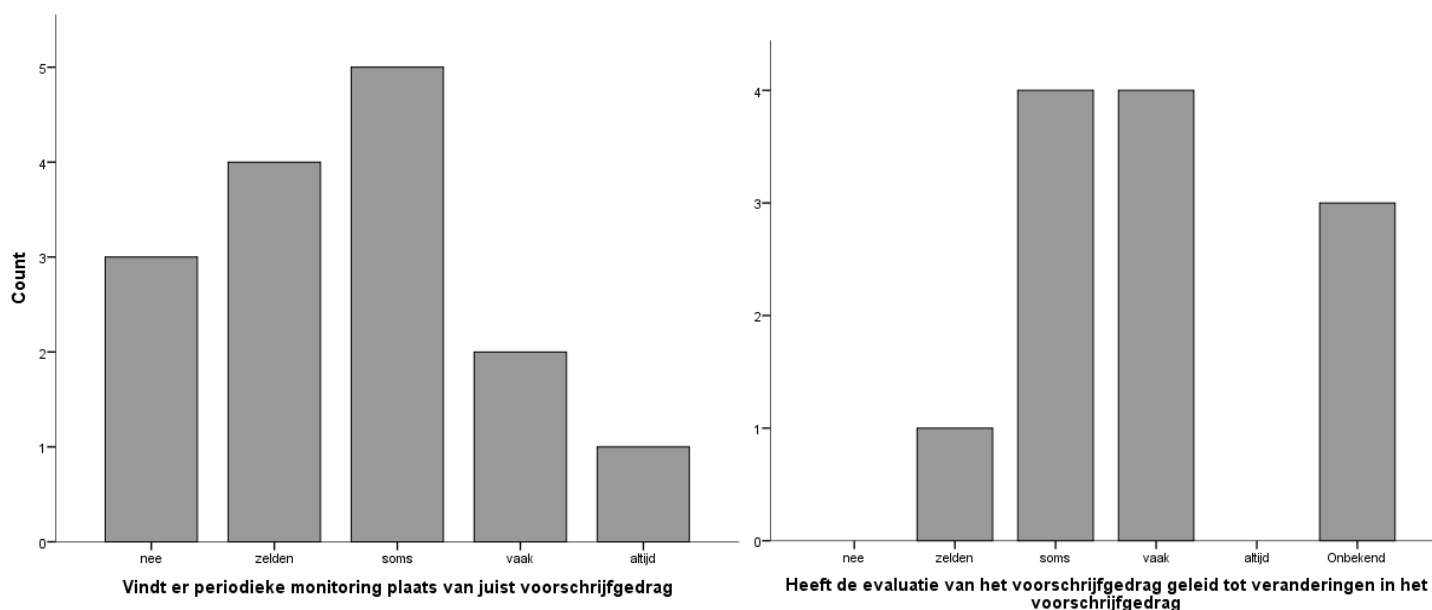
Het antibioticabeleid wordt niet in alle verpleeghuizen afgestemd op het infectiepreventiebeleid. Een voorbeeld van afstemming is dat als een patiënt gekoloniseerd is met een BRMO, het empirische antibioticabeleid hierop wordt aangepast. Deze afstemming wordt vaker gedaan in huizen waar een actief AMS programma bestaat.

In het elektronisch voorschrijf systeem wordt in 5/15 (33.3%) van de huizen de indicatie vermeld in het voorschrijfsysteem wanneer antibiotica worden voorgeschreven.

Periodieke monitoring van juist voorschrijfgedrag (juiste indicatie, dosering en duur) vindt in 12/15 (%) van de huizen plaats, waarbij in 3/15 (%) vaak of altijd. In 8/12 (66.7%) van de huizen is bekend dat deze evaluatie soms tot vaak leidt tot veranderingen in voorschrijfgedrag. Volgens de respondenten gaat het om de volgende effecten: 1) gerichter voorschrijven/betere compliance formularium 2) verbeterd bewustzijn op verantwoord antibioticagebruik 3) betere diagnostiek en



versmalling op geleide van deze diagnostiek 4) afzien van behandeling bij asymptomatische



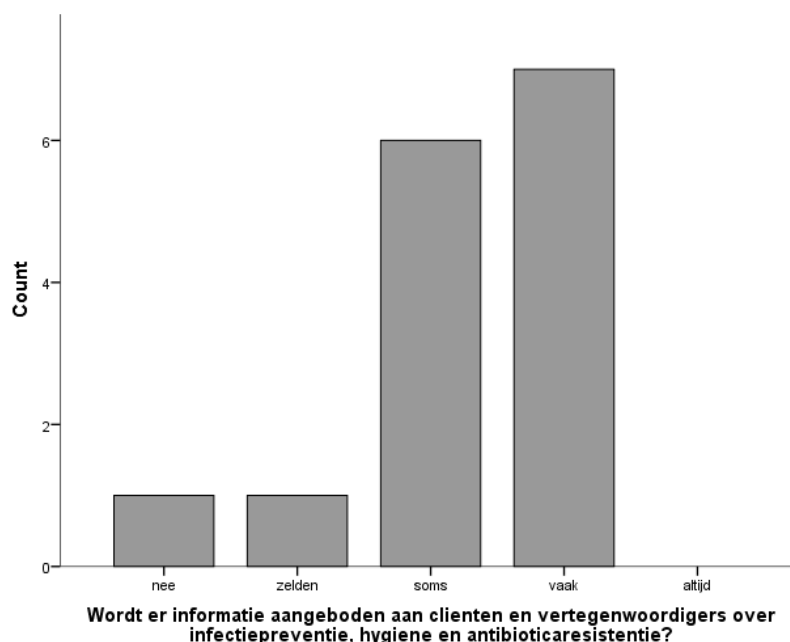
bacteriurie 5) minder gebruik van reserve antibiotica (bijvoorbeeld minder norfloxacine gebruik bij urineweginfecties gedaald) 6) kortere behandelduur

3.3 SCHOLING

In alle centra wordt periodieke scholing gegeven over infectiepreventie aan verzorgende en verpleegkundigen, in 11/15 centra gebeurt dit vaak. Aan cliënten en hun vertegenwoordigers wordt niet altijd informatie aangeboden over infectiepreventie, hygiëne en antibioticagebruik.

Van de respondenten was het merendeel (11/15, %) bekend met de handleiding “Antimicrobial Stewardship binnen de Verpleeghuiszorg”

In 10/15 centra volgt de specialist ouderengeneeskunde tenminste eens per 2 jaar een scholing op het gebied van antibiotic stewardship en/of infectiepreventie. Het merendeel van de respondenten (14/15, %) heeft behoefte aan nascholing op het gebied van AMS, waarvan 9 aangaven dat deze behoefte groot is.



Hoofdstuk 4 Resultaten ziekenhuizen

In de regio Holland-West zijn zeven ziekenhuizen, waarvan een academisch ziekenhuis, een topklinisch ziekenhuis en vijf algemene ziekenhuizen. Een aantal van deze ziekenhuizen hebben buitenpoliklinieken in andere plaatsen, deze staan niet in onderstaand overzicht.

Alle 7 ziekenhuizen zijn benaderd. De respons was 6/7. Alle enquêtes werden beantwoord door een lid van de antibioticacommissie (arts-microbioloog of infectioloog)

Ziekenhuis	Locaties
Leiden Universitair Medisch Centrum	Leiden
Haaglanden Medisch Centrum	Den Haag: Westeinde, Antoniushove, Bronovo
HagaZiekenhuis	Den Haag: Leyweg, Sportlaan, Juliana Kinderziekenhuis
Reiner de Graaf	Delft, Voorburg
Alrijne	Alphen aan den Rijn, Leiden, Leiderdorp, Katwijk
Groene Hart Ziekenhuis	Gouda, Zuidplas, Bodegraven, Schoonhoven
LangeLand Ziekenhuis	Zoetermeer

4.1 ORGANISATIE

In alle responderende ziekenhuizen is er een A-team. In 5/6 ziekenhuizen overlegt het A-team structureel met de antibioticacommissie en de infectiepreventiecommissie. In 4 van de ziekenhuizen is er geen financiële compensatie voor de A-team activiteiten vanuit de Raad van Bestuur. In 1/6 ziekenhuizen is de compensatie matig en in 1/6 is er volledige compensatie. In 3/6 ziekenhuizen is er geen of onvoldoende ondersteuning vanuit het ziekenhuisinformatiesysteem (ICT) voor de A-team activiteiten.

4.2 INHOUD EN UITVOERING

In alle responderende ziekenhuizen houdt het A-team zich actief bezig met het opstellen en actueel houden van het lokale antibioticaboekje. In alle ziekenhuizen is het antibioticaboekje volledig of grotendeels identiek aan de richtlijnen die worden aangeboden door de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) richtlijnen. Echter in 4/6 ziekenhuizen wordt er geen toezicht gehouden op het voorschrijven van reserve middelen. In 4/6 ziekenhuizen worden

indicatoren van goed antibioticagebruik, zoals voorschrijven volgens de richtlijn, gemonitord, in 3/6 ziekenhuizen gebeurt dit vaak. In de ziekenhuizen waar monitoring vaak gebeurt, leidt dit tot concrete adviezen richting voorschrijvers.

In 4/6 ziekenhuizen is er een beleid vastgelegd t.a.v. de timing van de IV-orale switch. In 5/6 ziekenhuizen is er beleid vastgelegd bij welke patiëntencategorieën een bedside consult moet worden verricht door het A-team.

In 3/6 ziekenhuizen verzorgt het A-team tenminste 1x/jaar onderwijs op het gebied van ABS of antibioticagebruik.

In 4/6 ziekenhuizen worden lokale resistentiecijfers en antibioticagebruik cijfers vergeleken met landelijke cijfers. In 2/4 ziekenhuizen worden deze cijfers teruggekoppeld aan de collega klinici.

4.3 PRAKTIJKVOERING

In 3/6 ziekenhuizen wijkt het empirische antibioticagebruik, naar schatting van de respondent, in 10-25% af van de eerste en tweede keus behandeling in de lokale richtlijn. In de andere ziekenhuizen wordt dit op minder dan 10% geschat.

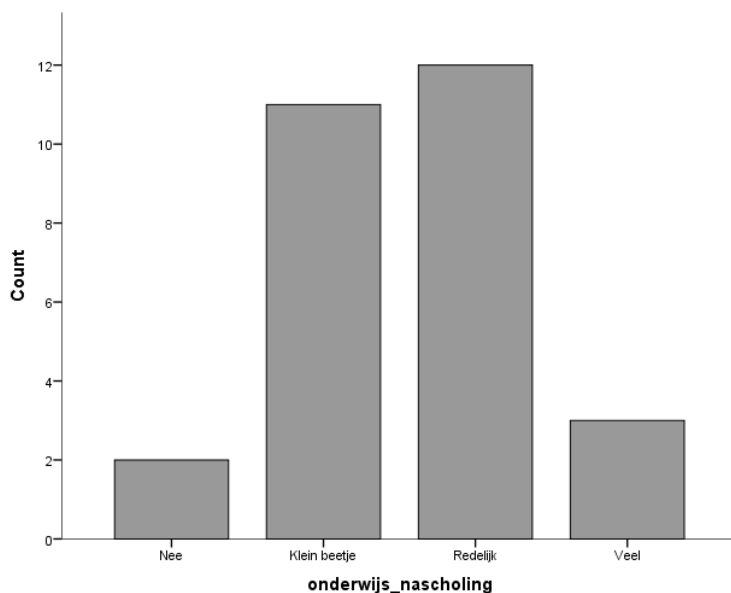
In alle ziekenhuizen beveelt de lokale richtlijn aan om bloedkweken af te nemen voor het starten van systemische antibiotica en om na bekend worden van de kweek, de antibiotica direct te versmallen. Alle ziekenhuizen dragen uit dat het antimicrobieel plan (indicatie, antibiotica frequentie, dosering, duur) in de status worden genoteerd bij aanvang van de behandeling. In 1/6 ziekenhuizen is dit beleid ook vastgelegd.

In 4/6 ziekenhuizen is er een protocol voor therapeutische drug-monitoring bij het gebruik, langer dan 1 of enkele dagen, van aminoglycosiden en glycopeptiden.

Hoofdstuk 5: Resultaten huisartsenpraktijken

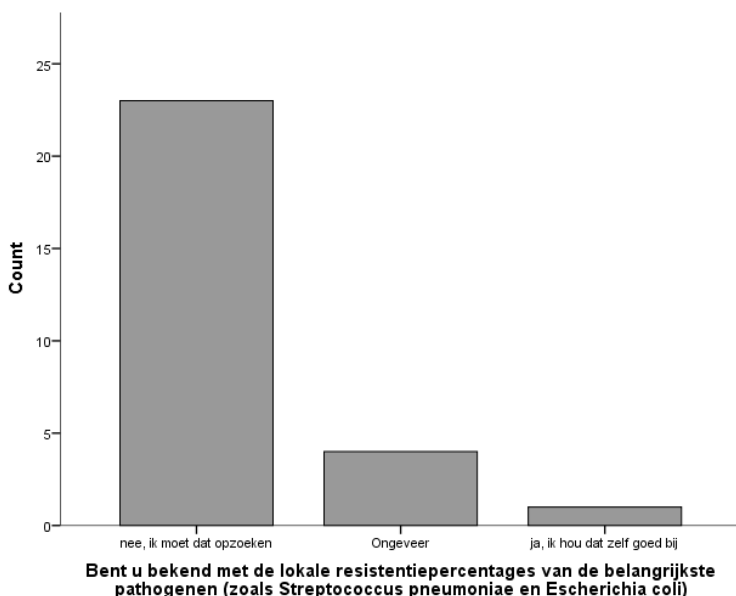
5.1 BEKENDHEID MET AMS

Van de respondenten waren 5/28 (%) bekend met de term antibiotic stewardship (AMS) voordat zij deelnamen aan de enquête. 23/28 respondenten vonden antibiotica resistentie heel belangrijk en 5/28 (%) redelijk belangrijk.



Een minderheid van de huisartsen (7/28, %) volgt tenminste eens per 2 jaar een nascholing over de behandeling van infectieziekten of AMS. Een gedeelte 15/28 (%) heeft redelijk veel of veel behoefte aan (meer) nascholing op dit gebied.

Het merendeel van de huisartsen is niet bekend met de lokale resistentie percentages voor de meest voorkomende verwekkers (zoals *S. pneumoniae* en *E. coli*) voor de meest gebruikte antibiotica



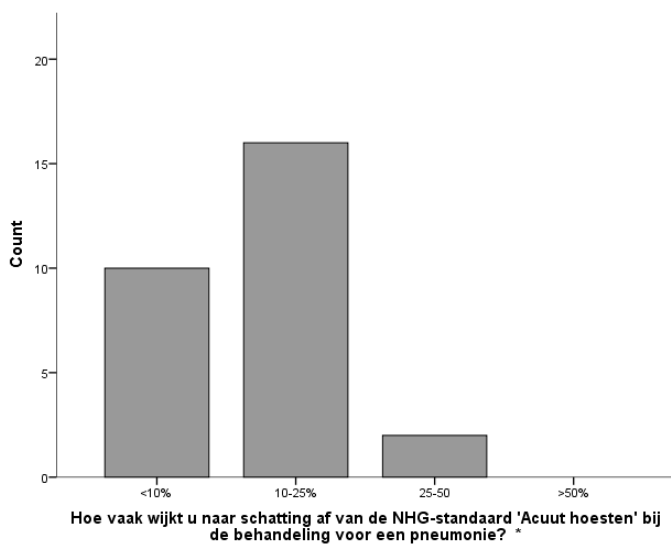
5.2 PRAKTIJKVOERING

In 20/28 huisartsenpraktijken is er periodieke evaluatie van het eigen antibioticagebruik middels een farmacotherapeutisch overleg (FTO). In de helft (14/28, 50%) van de huisartsenpraktijken is er ook inhoudelijk overleg met collega's over het antibioticagebruik.

18/28 respondenten wijkt in meer dan 10 % van de gevallen bij acuut hoesten af van de richtlijn acuut hoesten. De meest genoemde reden was co-morbiditeit van de patiënt (14/28), aandringen van de patiënt

(4/28), ziektefactoren (aanhoudende of ernstige klachten) en intoleranties/bijwerkingen (3/28)

18/28 respondenten gaven aan dat er in de betreffende praktijk nog redelijk wat verbeterd kan worden op het gebied van antibioticagebruik.



Hoofdstuk 6 Discussie en aanbevelingen

De respons op de enquête was suboptimaal onder huisartsenpraktijken en verpleeghuizen. Het is mogelijk dat er met name respons is van de instellingen die meer prioriteit geven aan antibioticabeleid, wat een beeld zou kunnen geven van de huidige stand van AMS in de regio (respons/non respons bias). Dat geldt met name bij de huisartsenpraktijken.

Desondanks zijn er enkele conclusies te trekken uit de enquête. In bijna de helft van de responderende verpleeghuizen, ontbreekt een infectiecommissie. Als een infectiecommissie ontbreekt, is er in een deel van de huizen de infectiepreventie en het antibioticabeleid niet goed op elkaar afgestemd en/of ontbreekt periodieke monitoring van voorschrijfgedrag. In de huizen waar wel periodieke monitoring plaats vindt leidt dit geregeld wel tot verandering van voorschrijfgedrag. Tijd en financiële support lijken belangrijke factoren te zijn in de organisatie van een infectiecommissie. Ook in de ziekenhuizen zijn dit beperkende factoren.

In de meerderheid van de responderende huisartsenpraktijken vinden FTO's plaats, waarbij antibioticagebruik wordt geëvalueerd. In huisartsenpraktijken lijkt geregeld te worden afgeweken van de richtlijn, dit komt overeen met resultaten uit onderzoek {Dekker 2015}. Het is ook niet mogelijk om in alle gevallen overeenkomstig met de richtlijn te werken. Meer inzicht in de redenen voor afwijken van de richtlijn moet uitwijzen of hier mogelijkheden liggen voor verbetering van rationeel antibioticagebruik.

Opvallend is ook dat de behoefte aan nascholing op gebied van AMS groot is onder huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde. Deze enquête geeft geen duidelijkheid over deze behoefte onder ziekenhuispersoneel. Wel blijkt dat slechts in de helft van de ziekenhuizen wordt door het A-team onderwijs georganiseerd op gebied van ABS.

De resultaten hebben geleid tot de volgende aanbevelingen:

AMS programma's in verpleeghuizen: Een gedeelte van de verpleeghuizen heeft geen infectiecommissie of AMS programma. Het is aan te bevelen om verpleeghuizen te stimuleren om een AMS commissie en programma in te stellen. Dit zou kunnen worden gestimuleerd door advies vanuit het RCT, door best practice bijeenkomsten en andere vormen van onderwijs

Surveillancedata: Het is aan te bevelen de actuele resistentiepercentages van de meest voorkomende verwekkers/ziektebeelden te delen met huisartsen. Over de meest effectieve manier zal overleg moeten plaatsvinden met de deze groepen

Onderwijs: In de regio is behoefte aan onderwijs op het gebied van AMS. Het is aan te bevelen om onderwijs te organiseren op het gebied van AMS, voor een brede doelgroep aan zorgprofessionals

Inzicht in voorschrijfgedrag: Om stewardship maatregelen te kunnen ontwikkelen in de regio is kennis over de determinanten van voorschrijfgedrag van belang. Het is aan te bevelen mee inzicht te verkrijgen in de redenen waarom professionals afwijken van richtlijnen.

FTO: Alhoewel een FTO al in de meerderheid van de responderende huisartsenpraktijken plaatsvindt, is hier nog winst te behalen. Het is aan te bevelen FTO's onder huisartsenpraktijken te stimuleren.

Samenvattend heeft de AMS enquête meerdere aangrijpingspunten geleverd voor het RCT Holland West om de verschillende ketenpartners te kunnen ondersteunen in rationeel antibioticagebruik. Deze punten zullen worden meegenomen in de thema activiteiten van het RCT in 2019-2021.

Appendix 1 Vragenlijst verpleeghuizen

Voornaam of voorletters

Achternaam

*Bedrijf/Instelling **

*Functie **

Email (indien u geïnteresseerd bent in terugkoppeling van de resultaten)

Algemeen & Organisatie

*1) Is er binnen uw instelling een actieve infectiecommissie cq projectteam AMS (Antimicrobial Stewardship) of een A-team? **

Inhoud & evaluatie

*6) Vindt er afstemming plaats tussen het antibioticabeleid en het infectiepreventiebeleid? Bijvoorbeeld: Als er bekende kolonisatie is met een BRMO, zijn er dan afspraken over het empirisch antibioticabeleid. **

*7) Is het antibioticagebruik een periodiek terugkerend onderwerp tijdens het farmacotherapeutisch overleg (FTO)? **

*8) Wordt er een indicatie vermeld in het voorschrijfsysteem wanneer antibiotica worden voorgeschreven? **

9) Vindt er periodieke monitoring plaats van juist voorschrijfgedrag (indicatiestelling, juiste

dosering en duur) van antibiotica? *

Kennis & scholing

11) *Vindt er periodieke scholing plaats aan verzorgenden en verpleegkundigen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie binnen uw zorgstelling? **

12) *Volgt de specialist ouderengeneeskunde eens per 2 jaar of vaker een nascholing over de behandeling van infectieziekten en/of antibiotic stewardship? **

13) *Wordt er informatie aangeboden aan cliënten en vertegenwoordigers over hygiëne, infectiepreventie en antibioticaresistentie? **

14) *Bent u bekend met de handleiding "Antimicrobial stewardship binnen de verpleeghuiszorg"? **

15) *Heeft u/de specialist ouderengeneeskunde behoefte aan (meer) nascholing met betrekking tot antibiotic stewardship? **

* = Invoer verplicht

Appendix 2, vragenlijst antibiotic stewardship (AMS) in de huisartsenpraktijk

Plaats van Praktijk *

Praktijk *

Email (indien u geïnformeerd wilt worden over de resultaten van deze enquête)

Algemeen & Organisatie

1) Was u voor deze enquête al bekend met de term antibiotic stewardship? *

Ja

Nee

2) Hoe belangrijk vindt u antimicrobiële resistentie & goed gebruik van antibiotica binnen uw praktijk? *

Heel belangrijk

Redelijk belangrijk

Een beetje belangrijk

Onbelangrijk

3) Volgt u eens per 2 jaar of vaker een nascholing over de behandeling van infectieziekten en/of antibiotic stewardship? *

Ja

Nee

4) Heeft u behoefte aan (meer) onderwijs/nascholing met betrekking tot antibiotic stewardship? *

Ja, daar heb ik veel behoefte aan

Ja, daar heb ik een redelijke behoefte aan

Ja, daar heb ik een klein beetje behoefte aan

Nee

5) Bent u bekend met de lokale resistentiepercentages van de belangrijkste pathogenen (zoals *Streptococcus pneumoniae* en *Escherichia coli*) ten aanzien van de meest gebruikte antibiotica?

*

Ja, ik houd dat zelf goed bij

Ongeveer

Nee, ik moet dat opzoeken

6) Hoe vaak komt u gemiddeld in aanraking met een resistente bacterie (zoals een BRMO) bij een patiënt met een urineweginfectie? *

Wekelijks

Een tot enkele keren per maand

1x per 1 tot 3 maanden

Minder dan 1x per 3 maanden

Praktijkvoering

7) Vindt er periodieke evaluatie plaats van uw eigen antibioticagebruik middels een farmacotherapeutisch overleg (FTO)? *

Ja, vaker dan 1x per maand

Ja, 1x per 1 tot 3 maanden

Ja, 1x per 3 tot 6 maanden

Ja, minder vaak dan 1x per 6 maanden

Nee

8) Bespreekt u periodiek (inhoudelijk) het antibioticagebruik met collega's binnen uw praktijk? *

Ja, vaker dan 1x/maand

Ja, 1x per 1 tot 3 maanden

Ja, 1x per 3 tot 6 maanden

Ja, maar minder vaak dan 1x per 6 maanden

Nee

9) *Bepaalt u routinematig een CRP bij een patiënt met een verdenking op een pneumonie? **

Ja, altijd

Soms wel, soms niet

Nee

10) *Zet u een urinekweek in bij aanhoudende klachten na een antibioticakuur bij een gezonde, niet-zwangere vrouw met een cystitis? **

Ja, altijd

Ja, vaak

Soms wel, soms niet

Nee, nooit

11) *Hoe vaak wijkt u naar schatting af van de NHG-standaard 'Acuut hoesten' bij de behandeling voor een pneumonie? **

In < 10% van de gevallen (zelden)

In 10-25% van de gevallen (soms)

In 25-50% van de gevallen (regelmatig)

In > 50% van de gevallen (vaak)

12) *Wat is voor u de meest voorkomende reden om af te wijken van de standaardbehandeling bij een pneumonie? **



13) *Denkt u dat het antibioticagebruik verbeterd kan worden in uw praktijk? **

Ja, er moet nog heel veel verbeterd

worden

- Ja, er kan nog redelijk wat verbeterd worden
- Ja, maar een klein beetje
- Nee

* = Invoer verplicht



Appendix 3, vragenlijst antibiotic stewardship (AMS) in de ziekenhuizen

Ziekenhuis *

Functie

Email

Algemeen & Organisatie

1) Heeft uw ziekenhuis een A-team? *

Ja

Nee

2) Is het A-team samengesteld uit ten minste een internist-infectioloog, een arts-microbioloog en een ziekenhuisapotheker? *

Ja

Nee

3) Werkt het A-team samen met de antibioticacommissie en de infectiepreventie/ziekenhuishygië? *

Ja, er is structureel overleg

Ja, maar alleen sporadisch

Nee

4) Wordt het A-team voor haar activiteiten financieel gecompenseerd door de Raad van Bestuur? *

- Ja, volledig
- Ja, grotendeels
- Ja, matig
- Nee

5) Wordt het A-team ondersteund door het ziekenhuisinformatiesysteem om zo de juiste gegevens te verkrijgen? *

- Ja, uitstekend
- Ja, goed
- Ja, voldoende
- Ja, maar onvoldoende
- Nee

Inhoud & Uitvoering

6) Houdt het A-team/AB-commissie zich actief bezig met het opstellen en actueel houden van de lokale richtlijn/antibioticaboekje (zoals het SWAB ID format met eigen aanpassingen)? *

- Ja
- Nee

7) Is het beleid van uw antibioticaboekje in grote lijnen overeenkomstig met de nationale richtlijn (zoals de SWAB t.a.v. CAP, urineweginfecties etc.)? *

- Ja, volledig
- Ja, grotendeels
- Ja, redelijk
- Nee, meestal niet

8) Wordt er toezicht gehouden op het voorschrijven van reservemiddelen (door bijvoorbeeld pre-autorisatie door een infectioloog of arts-microbioloog)? *

- Ja
- Nee

- 9) *Vindt er monitoring plaats van de indicatoren van goed antibioticagebruik zoals controle op het naleven van het lokale antibiotica richtlijnen? **
- Ja, altijd
 - Ja, vaak
 - Ja, soms
 - Nee
- 10) *Leidt deze monitoring tot concrete adviezen richting de voorschrijvers? **
- Ja, (vrijwel) altijd
 - Ja, vaak
 - Ja, soms
 - Nee
- 11) *Is er binnen uw ziekenhuis een beleid vastgelegd t.a.v. wanneer een 'iv naar oraal switch' plaats kan vinden? **
- Ja
 - Nee
- 12) *Verzorgt het A-team met enige regelmaat training en onderwijs op het gebied van antibiotic stewardship of antibioticagebruik? **
- Ja, meer dan 1x per maand
 - Ja, 1x per 1-3 maanden
 - Ja, 1x per 3-6 maanden
 - Ja, minder dan 1x per 6 maanden
 - Nee
- 13) *Is vastgelegd bij welke patiëntencategorieën (zoals Staph. aureus bacteriëmieën, prothese-infecties) een bed side consult van het A-team gewenst is? **
- Ja

Nee

14) Vervolgt het A-team de lokale resistentie- en antibioticagebruikscijfers en worden deze vergeleken met de landelijke verbruikscijfers? *

Ja

Nee

15) Worden deze gegevens ook door het A-team terug gekoppeld aan de collega clinici? *

Ja

Nee

Praktijkvoering

16) Hoe vaak wijkt naar schatting de keuze van empirische antibiotische therapie af van de 1e en 2e keus in de lokale richtlijn? *

< 10%

10-25%

25-50%

>50%

Onbekend

16) Beveelt de lokale richtlijn aan om minstens twee bloedkweken af te nemen voor het starten van systemische antibiotica?

Ja

(in de situaties waar een bacteriëmie potentieel verwacht kan worden en relevant is) *

Nee

17) Beveelt de lokale richtlijn aan om meteen van een empirische therapie naar een gerichte therapie te switchen zodra de kweekuitslag bekend zijn? *

Ja

Nee

18) Stelt de lokale richtlijn, en draagt u uit, dat er een beargumenteerd antimicrobieel plan (d.w.z. indicatie, antibiotica, frequentie, dosering, duur) in de status wordt genoteerd bij

Ja

*aanvang van de antibiotische therapie bij iedere patiënt? **

- Nee
- Wij dragen het uit, maar er is geen protocol waarin dat op schrift staat

*19) Is er een protocol in uw ziekenhuis voor therapeutische drug monitoring (TDM) bij het gebruik, langer dan 1 of enkele dagen, van aminoglycosiden en glycopeptiden? **

- Ja
- Nee

Element toevoegen