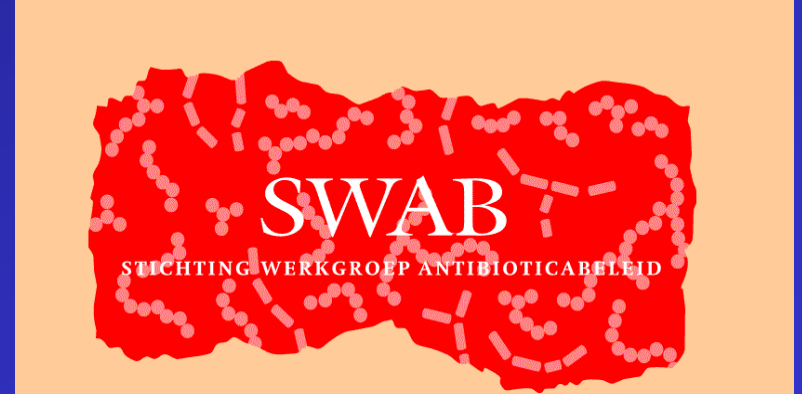


# The Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB): treatment guidelines and stewardship activities in the Netherlands

Prof. dr. J.M. Prins



# Déclaration d'intérêts de 2012 à 2015

Nothing to declare: SWAB funded by National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)

# Activities SWAB

- Surveillance
  - Resistance
  - Use of Antibiotics
- Guideline development
- Education
  - SWAB symposium

# NethMap 2014

Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands



National Institute for Public Health  
and the Environment  
Ministry of Health, Welfare and Sport



# MARAN 2014

Monitoring of Antimicrobial Resistance and Antibiotic Usage in Animals in the Netherlands in 2013



National Institute for Public Health  
and the Environment  
Ministry of Health, Welfare and Sport



CENTRAL VETERINARY INSTITUTE  
WAGENINGEN UR



Food and Consumer Product Safety  
Authority  
Ministry of Economic Affairs, Agriculture and  
Innovation



Universiteit Utrecht

# Activities SWAB

- Surveillance
  - Resistance
  - Use of Antibiotics
- Guideline development
- Education
  - SWAB symposium

# APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION



AGREE

INSTRUMENT

The AGREE Collaboration  
September 2001



## APPRAISAL OF **G**UIDELINES FOR **R**ESearch & **E**VALUATION **II**



AGREE II

INSTRUMENT

---




















The AGREE Next Steps Consortium

May 2009

## SWAB-richtlijnen

De SWAB formuleert landelijke richtlijnen voor antibioticagebruik. Deze dienen als basis bij het opstellen van lokale en regionale antibiotica formularia en zijn gericht op de volwassen patiënt. Deze richtlijnen worden in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde gepubliceerd. Via de opties in de rechter kantlijn worden het format voor de richtlijnontwikkeling en de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) aangeboden. Hieronder kunt u de richtlijnen in het Nederlands of in het Engels en de publicaties over de richtlijnen downloaden.

### Actuele richtlijnen

	Onderwerp	Jaar	Richtlijn Nederlands	Richtlijn Engels	Publicatie NTvG	Publicatie NethJMed	Comm.
XIX	Selectieve decontaminatie	2014					
XVIII	Acute infectieuze diarree	2014					
XVII	Gecompliceerde urineweginfecties	2013					
XVI	Bacteriële CZS infecties	2012					
XV	Thuis opgelopen pneumonie (CAP)	2011					
XIV	Sepsis	2010					
XII	Invasieve schimmelinfecties	2008					
XII	MRSA-dragers	2012					
VII	Infectieuze endocarditis	2003					1 2
V	Perioperatieve antibiotische profylaxe	2000					
I	Algemeen	1998					

# National antibiotic policy?

Inventory Hospital Antibiotic Policy Committees (2003):

- Need for national antibiotic “booklet”
- Easily accessible



## Optimaliseren van het antibioticabeleid in Nederland. XI. Het nationale elektronische antibioticaboekje SWAB-ID voor ziekenhuizen

M.G.A.van Vonderen, I.C.Gyssens, N.G.Hartwig, B.J.Kullberg, M.A.Leverstein-van Hall, S.Natsch en J.M.Prins

De Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) publiceert sinds 1998 richtlijnen voor het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen, met als doel het antibioticabeleid te optimaliseren en zo een bijdrage te leveren aan de beheersing van kosten en van resistentieontwikkeling. De richtlijnen

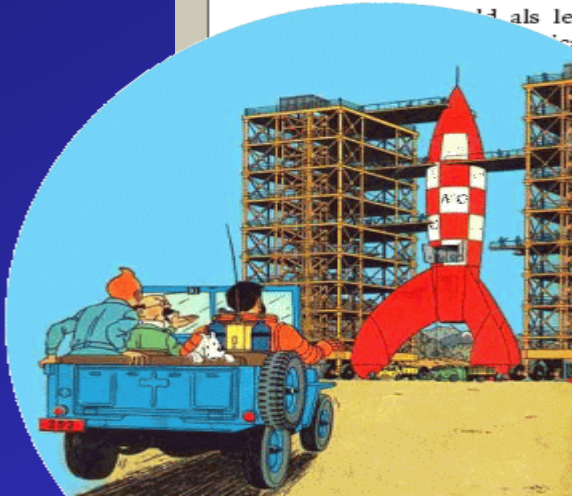
... als leidraad voor de ziekenhuiscommissies antibioticaboekjes opstellen. De SWAB-richtlijnen volgens het evidence-based principe, maakt van het 'Appraisal of Guidelines, 'ation' (AGREE)-instrument.<sup>1,2</sup>

... het opstellen van de richtlijnen zijn de anticiëfers, zoals deze jaarlijks door de rapporteerd in 'NethMap' ([www.swab.nl](http://www.swab.nl)). De evidence-based richtlijnen voor infectie door het Kwaliteitsinstituut voor de BO.<sup>4,6</sup> Voor veel infecties bestaat echter evidence-based behandelrichtlijn die afgestemd op deze situatie. Voor deze ziektebeelden advies per ziekenhuis vastgesteld door commissie. De toenemende eisen die

bioticabeleid voor de lokale commissies tot een steeds grotere opgave.

In 2003 werd door de SWAB een enquête gehouden onder de ziekenhuiscommissies die antibioticaboekjes opstellen. Hieruit bleek dat er behoefte bestond aan een nationaal antibioticabeleid voor volwassenen dat is gebaseerd op de Nederlandse evidence-based richtlijnen en dat ook voorziet in gefundeerde adviezen omtrent ziektebeelden waarvoor geen richtlijn beschikbaar is.

In november 2004 werd door de SWAB een landelijke workshop voor antibioticacommissies georganiseerd, waar men de eisen vaststelde waaraan een nationaal antibioticaboekje voor ziekenhuizen zou moeten voldoen. Belangrijke voorwaarden waren een geïntegreerd advies voor zowel volwassenen als kinderen, een goede toegankelijkheid via internet, de mogelijkheid tot downloaden op een zakcomputer ('personal digital assistant'; pda), het regelmatig actualiseren van de inhoud en de mogelijkheid de inhoud aan te passen aan de lokale ziekenhuissituatie. Mede naar aanleiding van deze bijeenkomst heeft het ministerie van



june 2006



## Stichting Werkgroep AntibioticaBeleid



THERAPIE

PROFYLAXE

ANTIMICROBIELE MIDDELEN

OVERIGE

Home &gt;&gt;&gt; ...

June 8, 2006



### ➔ Welkom bij SwabID

Welkom bij het Nationale AntibioticaBoekje van de SWAB!

De SWAB, de Stichting Werkgroep AntibioticaBeleid, heeft een nationaal antibiotica boekje samengesteld, waarin adviezen worden gegeven voor therapie en profylaxe van de gangbare infectieuze ziektebeelden, en waarin ook de belangrijkste eigenschappen van alle antimicrobiële middelen te vinden zijn. De ziektebeelden zijn in principe gerangschikt op 'orgaansysteem'. Voor die gevallen waar dit niet het gezochte ziektebeeld oplevert, biedt de 'zoek' knop meestal wel uitkomst.

De adviezen zijn gebaseerd op de bestaande nationale evidence-based richtlijnen en het beleid in de opleidingsziekenhuizen. Klik hier voor [de verantwoording van de wijze van totstandkoming](#)

Er is een web-versie van het nationale boekje, en er is de mogelijkheid deze te downloaden naar PDA/pocket PC. De wijze waarop u dit kunt doen vindt u hieronder.

Eventuele suggesties kunt u sturen aan: [secretariaat@swab.nl](mailto:secretariaat@swab.nl)

**BEGIN**

Download voor PDA

**HIER MET**

Wireless PDA

**SWAB ID**

Webversie

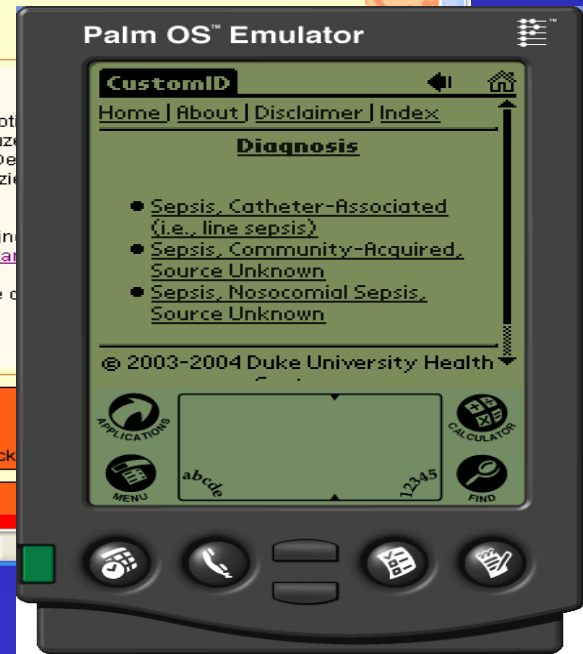
**SWAB**

 Click for website [www.swab.nl](http://www.swab.nl)

E-Mail The Editors

# Local versions

Every hospital antibiotic formulary committee in the Netherlands was offered the opportunity to edit the national version for local use

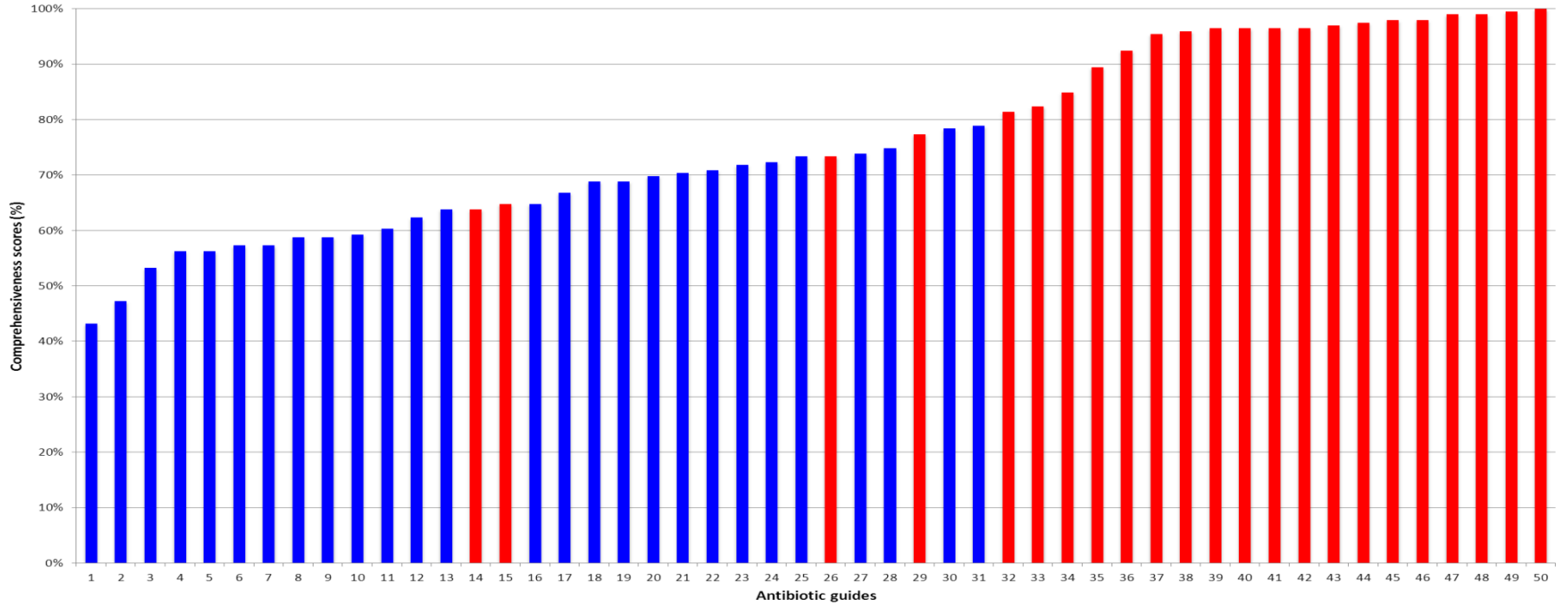




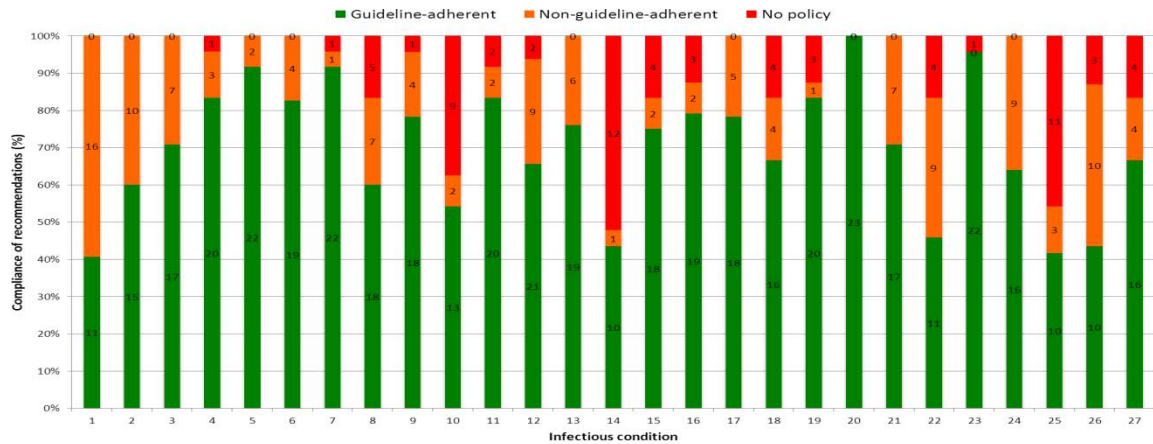
17/09/12

### Comprehensiveness scores per antibiotic guide

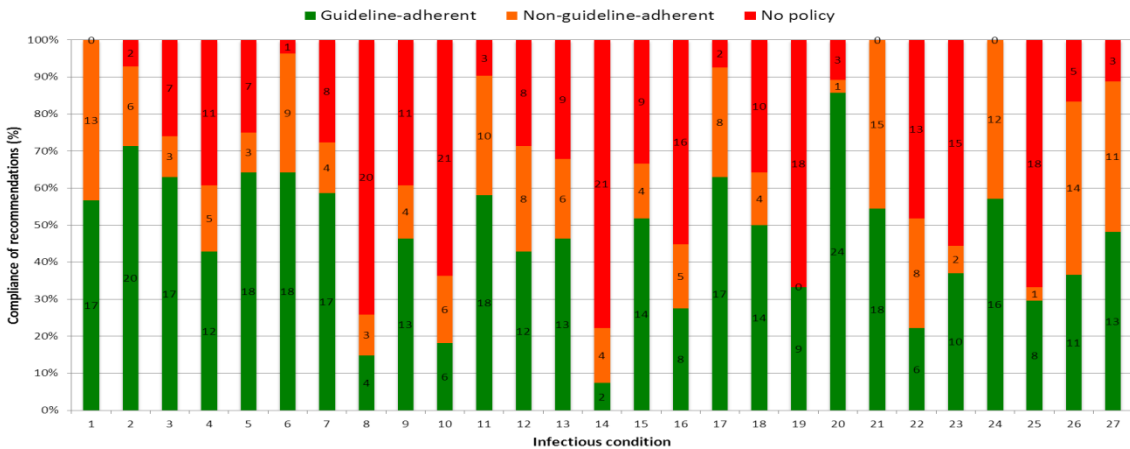
■ SWAB-ID based ■ Non-SWAB-ID based



Compliance of recommendations per infectious condition



Compliance of recommendations per infectious condition



# 2013: New Functional Design

- Structured database (SnoMed, ATC)
- Direct links to other websites, docs
- Audit trail
- App – Smartphone
- Application Programming Interface (API): decision support





verberg kinder-doseringen

zoeken  zoeken

## hersenabces - onbekende verwekker

[Adviezen](#) [Antimicrobiële Middelen](#) [Opmerkingen](#) [Bron](#)

### Adviezen

≥ 18 jaar

1e keus	<a href="#">ceftriaxon</a> iv 2000mg 2dd + <a href="#">metronidazol</a> iv 500mg 3dd
1e keus	<a href="#">cefotaxim</a> iv 2000mg 6dd + <a href="#">metronidazol</a> iv 500mg 3dd
2e keus	<a href="#">benzylpenicilline</a> iv 2milj. IU 6dd + <a href="#">metronidazol</a> iv 500mg 3dd

### Opmerkingen

- Bij positieve kweek therapie aanpassen
- Dosering: zie Richtlijn CZS infecties SWAB
- Behandelduur tenminste 6 weken

### Bron

[SWAB Guideline XVI - Bacteriële CZS infecties](#)

### Meta data

Biggewekt: 05/09/2013 - 02:52  
 Status: published  
 Swab vid: G-7097.1

### Antimicrobiële Middelen

De volgende antimicrobiële middelen zijn in deze adviezen gebruikt:

- [cefotaxim](#)
- [ceftriaxon](#)
- [metronidazol](#)
- [benzylpenicilline](#)





Table 4.4.1.2.02. Resistance levels among clinical isolates of *E. coli*, *K. pneumoniae*, *E. cloacae*, *P. mirabilis*, *P. aeruginosa* and *Acinetobacter* spp from unselected hospital departments, ISIS-AR 2012

	<i>E. coli</i>	<i>K. pneumoniae</i>	<i>E. cloacae</i>	<i>P. mirabilis</i>	<i>P. aeruginosa</i>	<i>Acinetobacter</i> spp
<b>Antibiotic</b>						
amoxicilin/ampicillin	47	-	-	23	-	-
co-amoxiclav	20	12	-	11	-	-
piperacillin/tazobactam	6	7	-	1	9	-
imipenem/meropenem	0	0	0	0	3	3
cefuroxime	13	14	-	1	-	-
cefotaxime/ceftriaxone	6	8	-	1	-	-
ceftazidime	3	6	-	0	5	-
gentamicin	5	5	4	5	6	5
tobramycin	6	6	4	3	1	5
co-trimoxazole	28	14	-	27	-	7
ciprofloxacin	14	7	5	8	7	8
nitrofurantoin	-	-	-	-	-	-
colistin*	-	-	-	-	2	-
<b>Empiric therapy combinations</b>						
gentamicin+amoxicillin	5	-	-	4	-	-
gentamicin+co-amoxiclav	3	4	-	2	-	-
gentamicin+piperacillin/tazobactam	1	2	-	0	2	-
gentamicin+cefuroxime	2	4	-	0	-	-
gentamicin+cefotaxime/ceftriaxone	1	4	-	0	-	-
gentamicin+ceftazidime	1	3	-	0	1	-
HRMO **	8	8	2	3	2	5

- Resistance not calculated.

\* For colistin data was available from 8 laboratories

\*\* HRMO, defined according to HRMO guideline of the WIP ([www.wip.nl](http://www.wip.nl)); for Enterobacteriaceae as resistant to cefotaxim/ceftriaxone or ceftazidim or resistant to both fluoroquinolones and aminoglycosides. For *P. aeruginosa* as resistant  $\geq 3$  agent per category/agent of fluoroquinolones, aminoglycosides, carbapenems, ceftazidime and piperacillin/piperacillin/tazobactam. For *Acinetobacter* spp as resistant to imipenem or meropenem or resistant to both fluoroquinolones and aminoglycosides.

Increasing since 2008  
 Decreasing since 2008  
 Stable since 2008 or no test for trend conducted

## NETHMAP 2013

Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands



**De Telegraaf** BINNENLAND

Nieuws | Prive | Telesport | Financieel | OverGeld | MijnBedrijf | Vrouw | Uitgaan | Reizen | AutoV  
 Binnenland | Buitenland | Weer | Verkeer | Horoscoop | Snelnieuws | Mobiel | Tips | Strips | Vid

vr 29 mei 2009, 20:12 | lees voor

### MRSA in Nijmeegs ziekenhuis

NIJMEGEN - Het Sint Radboudziekenhuis in Nijmegen heeft een afdeling van de intensive care tijdelijk gesloten na de vondst van de beruchte MRSA-bacterie, meldt Omroep Gelderland.

Deze resistente 'ziekenhuisbacterie' is lastig te bestrijden. Ook een medewerker van de afdeling is besmet. Het ziekenhuis gaat de overige patiënten van de afdeling en het verplegend personeel dat op de afdeling geweest is screenen.



14:42 'De prof. mr. dr. ir. sterft uit'  
 14:29 Verbod op samenscholing Ede  
 14:13 Weer gebiedsverbod voor crimineel  
 14:07 'Snackkar belandt op auto  
 14:03 'Anne Frankboom herstelt'

Medisch Contact

Recente vacatures

Landelijk opdraag Active Health / Local

Home | Nieuws | V

U bent nu hier: Tijdschriftartikel

### Clostridium legt ic Diakonessenhuis stil

18 maart 2011  
 Roselien Herdersch

Publicatie  
 Auteur

De intensive care van het Diakonessenhuis, locatie gesloten. Het ziekenhuis kondigde een opnamestop met de bacterie Clostridium difficile was vastgeste

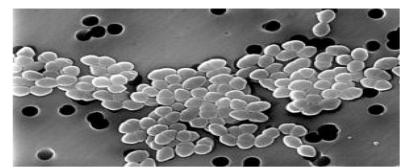


**NOS** Zoeken binnen NOS.nl

NOS.nl | Nieuws | Binnenland | Buitenland | P

Binnenland | **Overzicht** | Nieuwsarchief | Video & aud

## VRE-bacterie ook in Maastrad



VRE-bacterie  
 Wikimedia Commons

Toegevoegd: donderdag 31 mei 2012, 17:14  
 Update: donderdag 31 mei 2012, 22:07  
 Door redacteur gezondheidszorg Rinke van den Brink

In het Maastrad Ziekenhuis in Rotterdam is bij twaalf patiënten de multiresistente VRE-bacterie aangetroffen. Het Maastrad is het zesde ziekenhuis in korte tijd waar patiënten besmet raken met VRE.

Sinds 12 april werden ook het MC Zuiderzee in Lelystad, het Slingeland Ziekenhuis in Doetinchem, de locaties Oudenrijn en Nieuwegein van het [St Antonius Ziekenhuis](#) en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis in Nijmegen al getroffen door een uitbraak van VRE. Vorige zomer kregen de Isala Klinieken in Zwolle en het Martini Ziekenhuis in Groningen te maken met een uitbraak van VRE.

VRE staat voor Vancomycine Resistente Enterokokken. Enterokokken horen bij de normale darmflora van mensen en zijn makkelijk overdraagbaar. VRE is voor gezonde mensen niet gevaarlijk, maar kan dat wel zijn voor mensen met een verminderde weerstand. Daarvan zijn er veel in ziekenhuizen.

Video

Hoofdingang Maastrad Ziekenhuis

00:00 01:28

**VRE-bacterie gevonden in Maastrad Ziekenhuis**  
 Ook in het Maastrad-ziekenhuis in Rotterdam is nu de zeer besmettelijke darmbacterie VRE aangetroffen. Eerder werd-ie al ontdekt in... (meer)

Audio

'Als dat een VRE is, ben je zeer alert'

In het Maastrad Ziekenhuis in Rotterdam zijn twaalf patiënten besmet met de zeer besmettelijke darmbacterie VRE. Vorig jaar raakte... (meer)

00:00 03:26



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20584 1001 NN Amsterdam

SWAB

p.a. UMC St. Radboud,

afd. Med.Microbiologie (574)

T.a.v. de heer Prof.dr. J.M. Prins, voorzitter

Postbus 9101

6500 HB NIJMEGEN

Datum 26 oktober 2011

Onderwerp Problematiek antibioticaresistentie

**Werkgebied Noordwest**

Kabelweg 79 - 81

Amsterdam

Postbus 20584

1001 NN Amsterdam

T 020 580 01 00

F 020 580 01 50

www.igz.nl

**Inlichtingen bij**

G.R. Westerhof

gr.westerhof@igz.nl

T (020) 580 01 00

**Ons kenmerk**

2011-357730

Graag wil ik de SWAB uitnodigen met een visie te komen welke beleid (voorschrijven, ter hand stellen, gebruik en monitoring) ten aanzien van antibiotica in ziekenhuizen (en eventueel daarbuiten) nodig is om de behandelbaarheid van infecties bij kwetsbare patiënten zo lang mogelijk te waarborgen, uitgaande van de veronderstelling dat introductie van multiresistente micro-organismen, in het bijzonder van ESBL-producerende gramnegatieve darmbacteriën, onvermijdelijk is.

Zijn er aanvullende richtlijnen nodig? Hoe kunnen volgen of het voorschrijven en gebruik voldoende zorgvuldig is. Is Het nodig om aan het voorschrijven van bepaalde antibiotica voorwaarden te verbinden ("stewardship")? Hoe kunnen we volgen of het beoogde beleid ook daadwerkelijk uitgevoerd wordt?



STICHTING WERKGROEP ANTIBIOTICABELEID

**De kwaliteit van het antibioticabeleid in Nederland**

**Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van Antibioticateams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn.**

June 2012

# Three pillars



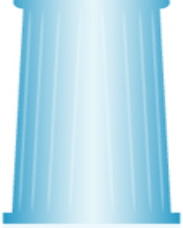
**Infection  
control**

**Restrictive  
antibiotic  
policy**

**Antimicrobial  
Stewardship**



## Restrictive antibiotic policy



- “License to kill”: not all antibiotics permitted for every physician
- Hierarchy
- Reserve antibiotics: ONLY in combination with adequate diagnostics

### Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients (Review)

Davey P, Brown E, Charani E, Fenelon L, Gould IM, Holmes A, Ramsay CR, Wiffen PJ, Wilcox M



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

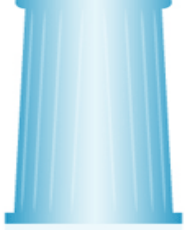
This is a reprint of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in *The Cochrane Library* 2013, Issue 5

<http://www.srsc.oxfordjournals.com>

WILEY

Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients (Review)  
Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

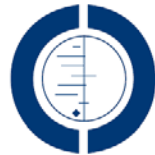
## Restrictive antibiotic policy



- “License to kill”: not all antibiotics permitted for every physician
- Hierarchy
- Reserve antibiotics: ONLY in combination with adequate diagnostics

### Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients (Review)

Davey P, Brown E, Charani F, Fenech L, Gould IM, Holmes A, Ramsay CR, Wiffen PJ, Wilson M



THE COCHRANE  
COLLABORATION®

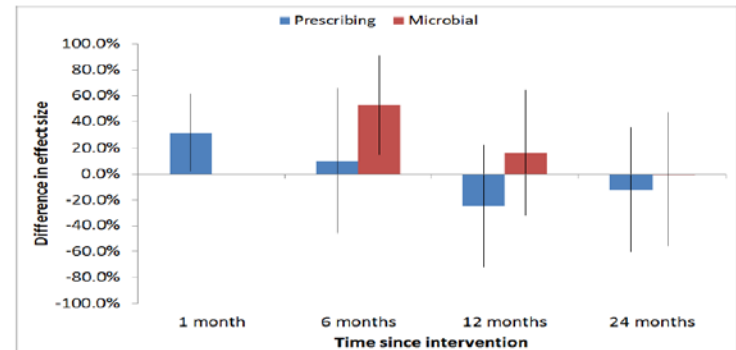
This is a review of a Cochrane review, prepared and maintained by The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library 2015, Issue 5

<http://dx.doi.org/10.1002/antib.12100>

WILEY

Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients (Review)  
Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

Figure 3. Meta-regression of the difference in effect size between restrictive and persuasive interventions at 1, 6, 12 and 24 months after the intervention. The difference is Restrictive minus Persuasive so positive values for the difference indicate greater effect size for Restrictive interventions and negative values indicate greater effect size for Persuasive interventions. The bars show 95% CI for the mean difference



# Veterinary use

MARAN 2013

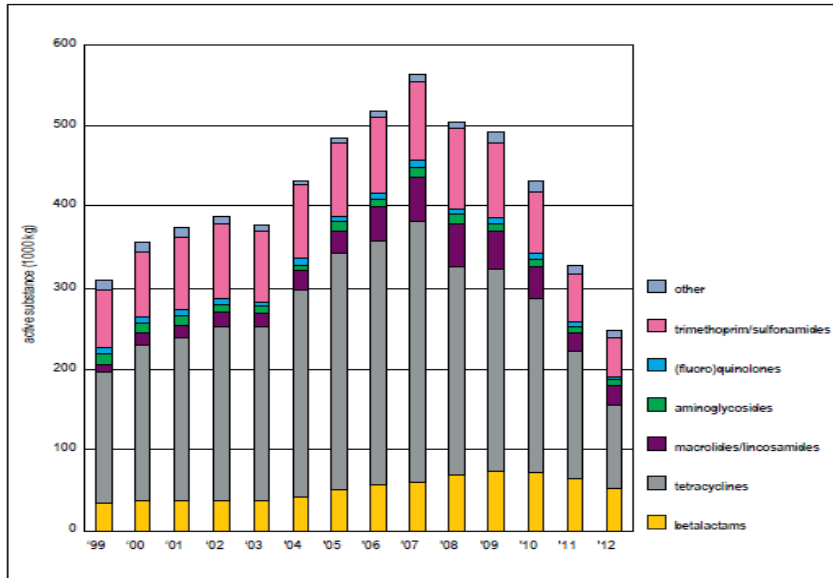


Figure AUse01. Veterinary therapeutic sales from 1999-2012 (FIDIN-2012).



Figure Eco03. Trends in resistance (in%) of *E. coli* isolated from raw poultry meat products

# Antimicrobial Stewardship

3



CONFIRM YOUR ACCOUNT  
GET A FREE GIFT »

HOME

ARTICLES ▾

ISSUES ▾

SPECIALTIES & TOPICS ▾

FOR AUTHORS ▾

Keyword, Title, Author, or Citation

SEARCH

Advanced Search >

**This article is available to subscribers only.** [Sign in](#) now if you're a subscriber.

Access Provided By:  
UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Free Preview

 PRINT |  E-MAIL  
 DOWNLOAD CITATION

SPECIAL ARTICLE ARCHIVE

## Do Practice Guidelines Guide Practice?

Jonathan Lomas, M.A., Geoffrey M. Anderson, M.D., Ph.D., Karin Domnick-Pierre, M.Sc., Eugene Vayda, M.D., F.R.C.P.(C), Murray W. Enkin, M.D., F.R.C.S.(C), and Walter J. Hannah, M.D., F.R.C.S.(C)  
N Engl J Med 1989; 321:1306-1311 | [November 9, 1989](#)

Access this article:

**SUBSCRIBE TO NEJM** »

Or purchase this article - \$15

**Print Subscriber?** Activate your online access now.

**Institutions may purchase access to NEJM Archive.**  
[Learn More.](#)

We conclude that guidelines for practice may predispose physicians to consider changing their behavior, but that unless there are other incentives or the removal of disincentives, guidelines may be unlikely to effect rapid change in actual practice. We believe that incentives should operate at the local level, although they may include system-wide economic changes. (N Engl J Med 1989;321:1306–11.)

# Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America Guidelines for Developing an Institutional Program to Enhance Antimicrobial Stewardship

**Timothy H. Dellit,<sup>1</sup> Robert C. Owens,<sup>2</sup> John E. McGowan, Jr.,<sup>3</sup> Dale N. Gerding,<sup>4</sup> Robert A. Weinstein,<sup>5</sup> John P. Burke,<sup>6</sup> W. Charles Huskins,<sup>7</sup> David L. Paterson,<sup>8</sup> Neil O. Fishman,<sup>9</sup> Christopher F. Carpenter,<sup>10</sup> P. J. Brennan,<sup>9</sup> Marianne Billeter,<sup>11</sup> and Thomas M. Hooton<sup>12</sup>**

<sup>1</sup>Harborview Medical Center and the University of Washington, Seattle; <sup>2</sup>Maine Medical Center, Portland; <sup>3</sup>Emory University, Atlanta, Georgia;

<sup>4</sup>Hines Veterans Affairs Hospital and Loyola University Stritch School of Medicine, Hines, and <sup>5</sup>Stroger (Cook County) Hospital and Rush University Medical Center, Chicago, Illinois; <sup>6</sup>University of Utah, Salt Lake City; <sup>7</sup>Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota;

<sup>8</sup>University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, and <sup>9</sup>University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania; <sup>10</sup>William Beaumont Hospital, Royal Oak, Michigan; <sup>11</sup>Ochsner Health System, New Orleans, Louisiana; and <sup>12</sup>University of Miami, Miami, Florida

# Stewardship

“....The primary goal of antimicrobial stewardship is to optimize clinical outcomes while minimizing unintended consequences of antimicrobial use, including toxicity, the selection of pathogenic organisms (such as *Clostridium difficile*), and the emergence of resistance”.

# Conditions

1. Core members of a multidisciplinary antimicrobial stewardship team include an infectious diseases physician and a clinical pharmacist with infectious diseases training (AII) who should be compensated for their time (AIII), with the inclusion of a clinical microbiologist, an information system specialist, an infection control professional, and hospital epidemiologist being optimal (AIII).
2. Collaboration between the antimicrobial stewardship team and the hospital infection control and pharmacy and therapeutics committees or their equivalents is essential (AIII).



# Conditions

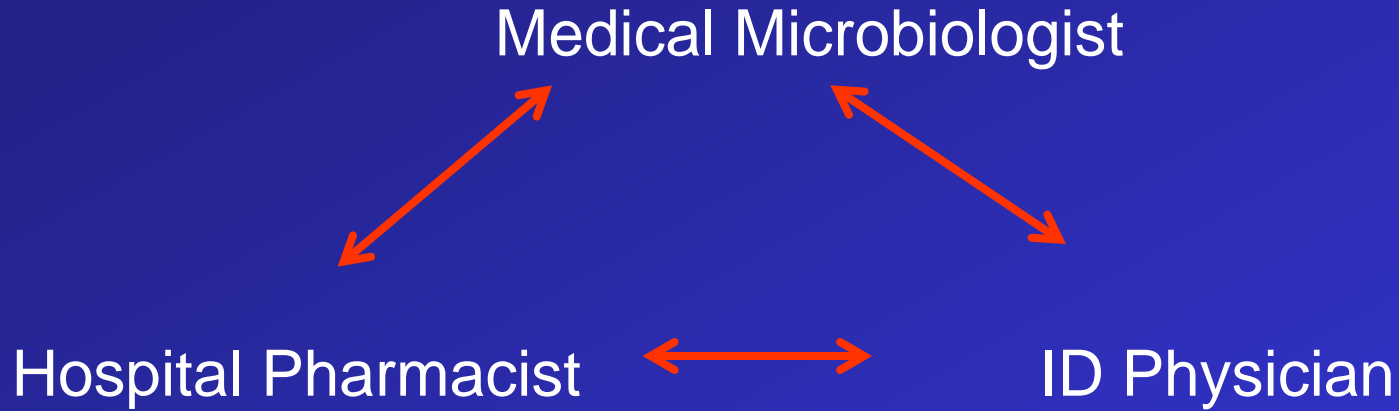
1. Core members of a multidisciplinary antimicrobial stewardship team include an infectious diseases physician and a clinical pharmacist with infectious diseases training (A-II) who should be compensated for their time (A-III), with the inclusion of a clinical microbiologist, an information system specialist, an infection control professional, and hospital epidemiologist being optimal (A-III).
2. Collaboration between the antimicrobial stewardship team and the hospital infection control and pharmacy and therapeutics committees or their equivalents is essential (A-III).
3. The infectious diseases physician and the head of pharmacy, as appropriate, should **negotiate** with hospital administration **to obtain adequate authority, compensation,** and expected outcomes for the program (AIII).

THERE IS NO PLAN B



**THE A-TEAM**  
HITTING CINEMAS JULY 28

# ANTIBIOTIC STEWARDSHIP



# SWAB position paper: Conditions for an effective Antimicrobial Stewardship program

Een A-team moet voldoen aan een aantal eisen:

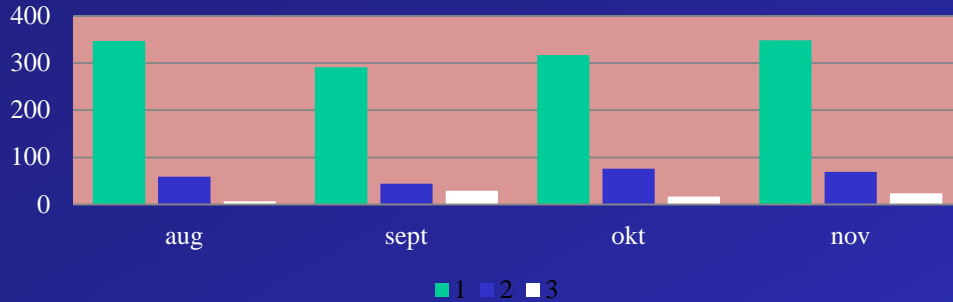
- Het bestaat uit ten minste een internist-infectioloog, arts-microbioloog en ziekenhuisapotheker, en afhankelijk van de lokale situatie ook uit een kinderarts-infectioloog en/of intensivist, bij voorkeur aangevuld met één of meerdere verpleegkundigen met aandachtsgebied kwaliteitszorg c.q. kwaliteitsfunctionarissen.
- Het werkt nauw samen met de commissie verantwoordelijk voor infectiepreventie en ziekenhuishygiëne en met de antibioticacommissie. De antibioticacommissie blijft primair verantwoordelijk voor het opstellen en actueel houden van de lokale antibioticarichtlijnen.
- Het kan terugvallen op een internist-infectioloog voor consulten aan het bed.
- Leden van het A-team worden gemandateerd en financieel gecompenseerd door de raad van bestuur.
- Het A-team wordt ondersteund door het ziekenhuisinformatiesysteem om de juiste gegevens (realtime) te verkrijgen.



# Activities A-team

- Standard monitoring + consultation
  - Reserve antibiotics
  - Certain patient categories
- Point prevalence measurements of overall quality
  - ECDC
  - Quality indicators
- Audits and local resistance percentages
- Improvement projects, e.g., iv-oral switch, *S.aureus* bacteremia, surgical prophylaxis

## Correct vs. incorrect use of reserve antibiotics



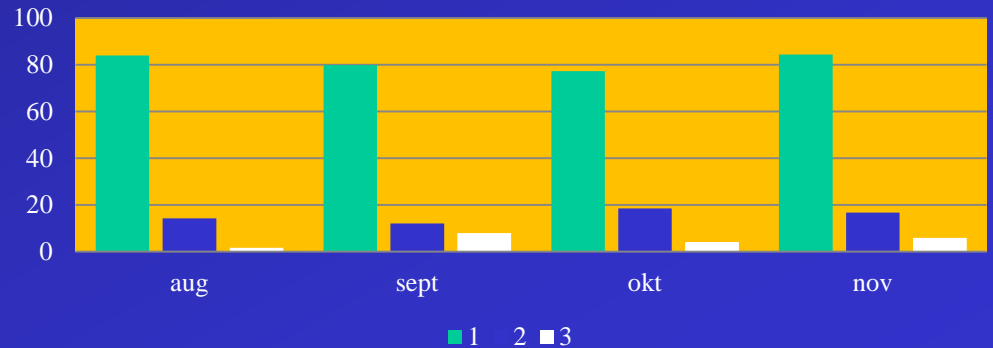
Score:

1 = correct

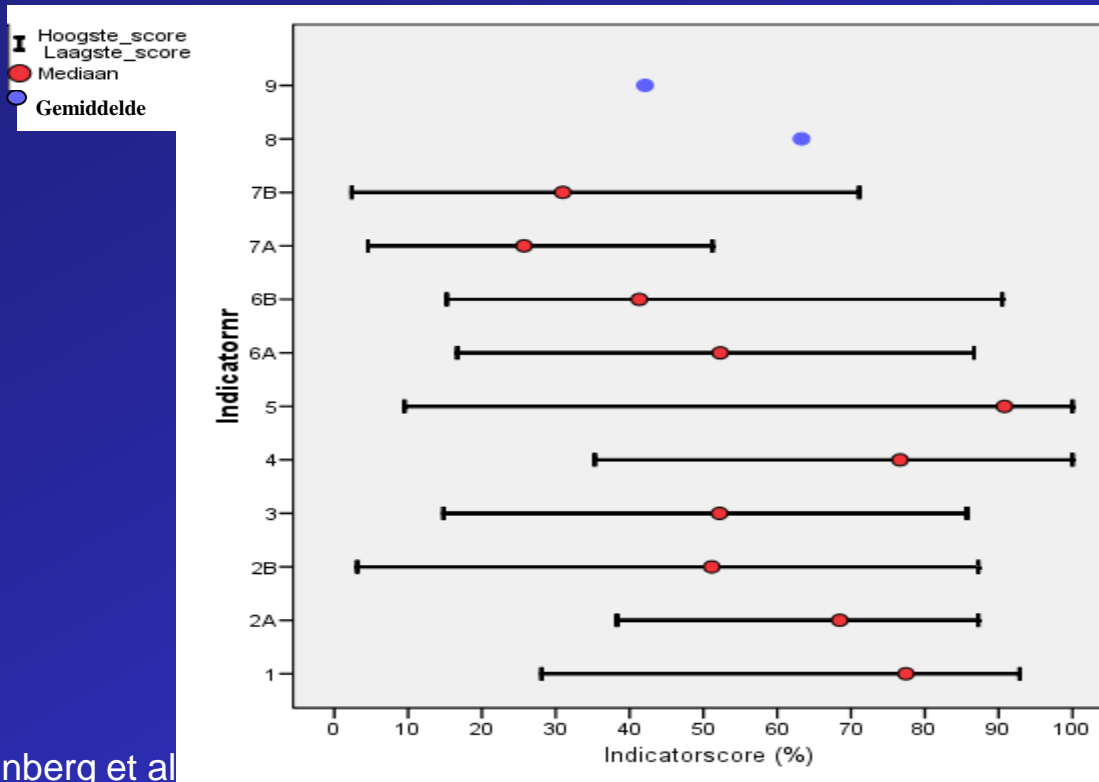
2 = incorrect

3 = unclear

## percentages per maand



# Indicatoren



Aanpassing dosering aan nierfunctie

Verwisselen transurethrale katheter

Behandeling man conform lokale richtlijn

Behandeling man conform SWAB-richtlijn

Behandelduur conform lokale richtlijn

Behandelduur min. 10 dagen (SWAB)

Selectief gebruik van fluorochinolonen

Stroomlijnen van therapie n.a.v. kweekuitslag

Iv. – oraal switch na 48-72 uur (als mogelijk)

Empirische therapie volgens lokale richtlijn

Empirische therapie volgens SWAB-richtlijn

Afname urinekeek

# Activities A-team

- Standard monitoring + consultation
  - Reserve antibiotics
  - Certain patient categories
- Point prevalence measurements of overall quality
  - ECDC
  - Quality indicators
- Audits and local resistance percentages
- Improvement projects, e.g., iv-oral switch, *S.aureus* bacteremia, surgical prophylaxis



# Annual Report to Board of Directors

- Use of (reserve) antibiotics
- In general: Quality local antibiotic use  
e.g., point-prevalence measurements, iv-oral switch, streamlining, bed-side consultations etc.
- Local resistance percentages and outbreaks

# Advice to Dutch Healthcare Inspectorate, June 2012

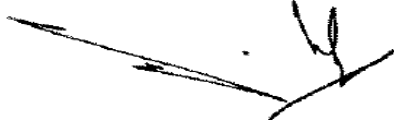
- As of 2014, each hospital should have an A-team. End of 2015: fully operational
- Stakeholders: Healthcare Inspectorate, Min. Health, Professional societies (VIZ, NVMM, NVZA) should make an implementation strategy
- SWAB central role in this process
- Coming years A-teams in nursing homes and Stewardship for GP's

Voor de langdurige zorg wilt u eerst de resultaten van lopend onderzoek afwachten alvorens nadere richtlijnen vast te stellen

**Datum**  
13 september 2012

De inspectie onderschrijft de ideeën zoals gepresenteerd in uw visiedocument en roept betrokkenen op hier voortvarend mee aan de slag te gaan. Dit betreft zowel betrokken zorgverleners als verantwoordelijk bestuurders van ziekenhuizen en koepelorganisaties die de implementatie van nieuwe richtlijnen en van A-teams zullen moeten faciliteren. De inspectie zal toezien op, gefaseerde, invoering van de maatregelen en zal op termijn naleving van de nieuwe en aangescherpte richtlijnen handhaven.

Met vriendelijke groet,



J.K. van Wijngaarden  
Hoofdinspecteur Publieke en Geestelijke Gezondheidszorg

# A-team 2014



## EERSTE NATIONALE SWAB CURSUS ANTIBIOTIC STEWARDSHIP



**Donderdag 12 & vrijdag 13  
december 2013**

**Zonheuvel Hotel  
Conferentiecentrum Doorn**

**ONLINE INSCHRIJVEN:  
[www.congresscare.com](http://www.congresscare.com)**

# VOORWOORD

## A-team 2014 EERSTE NATIONALE SWAB CURSUS ANTIBIOTIC STEWARDSHIP 12-13 december 2013

Mondiaal is er sprake van een gestage toename in resistentie tegen antimicrobiële geneesmiddelen. Ook in Nederland is er de laatste jaren een duidelijke stijging van de resistentiepercentages. Voor goed gebruik van antibiotica zijn educatie en het publiceren van richtlijnen alleen onvoldoende effectief. Dit vormt een belangrijke bedreiging voor de patiëntveiligheid.

Antimicrobial Stewardship is internationaal erkend als een van de belangrijkste beheersmaatregelen in de ontwikkeling van resistentie. De beroepsorganisaties hebben bij monde van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) een plan van aanpak gepresenteerd, dat door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de minister is omarmd. De IGZ verwacht dat ieder ziekenhuis in Nederland op korte termijn (1 januari 2014) over een Antimicrobial Stewardship programma en een Antibioticateam (A-teams) beschikt.

Een A-team bestaat uit tenminste een internist-infectioloog (of internist meervoudig profiel met profielstage Infectieziekten), arts-microbioloog, en ziekenhuisapotheker en wordt ingesteld door de Raad van Bestuur.

Het A-team houdt op dagelijkse basis toezicht op naleven van de lokale antibioticarichtlijnen en op de kwaliteit van het antibioticabeleid in ruimere zin, en initieert projecten die goed antibioticabeleid borgen.

In overleg met de beroepsgroepen en de IGZ organiseert de SWAB nu een praktijkcursus die het implementeren van een A-team kan ondersteunen. In deze eerste nationale cursus Antibiotic Stewardship worden A-teams (in oprichting) getraind om het antibioticabeleid in hun ziekenhuis te implementeren. De drie leden van het A-team verkrijgen in deze cursus de praktische vaardigheden om alle aspecten van Antibiotic Stewardship in het eigen ziekenhuis te implementeren.

Na doorlopen van de cursus is het A-team in staat om in 2014 het Antibiotic Stewardship programma in het eigen ziekenhuis volgens de inzichten van de beroepsgroepen en de IGZ succesvol in gang te zetten.

De SWAB zal deze cursus in het volgende jaar herhalen, opdat alle ziekenhuizen in Nederland op korte termijn over een SWAB A-team kunnen beschikken.

Wij heten uw A-teams daarom van harte welkom op donderdag 12 en vrijdag 13 december aanstaande in Zonheuvel Hotel Conferentiecentrum te Doorn.

*Namens het SWAB bestuur;*  
**Prof. dr. I.C. Gyssens & Prof. dr B.J. Kullberg**

Interactie opleidingen organiseert in samenwerking met SWAB

Donderdag 18 december 2014

Uitreiking  
praktijkids aan  
Minister Edith  
Schippers

# NATIONAAL CONGRES **Antibiotic Stewardship**

CONGRESCENTRUM DE WERELT, LUNTEREN



STICHTING WERKGROEP  
ANTIBIOTICABELEID

 **interactie**  
OPLEIDINGEN



# Praktijkgids

Hier een subheading





# Inhoudsopgave

Voorwoord	48
<b>Hoofdstuk 1. Achtergronden Antimicrobial Stewardship</b>	48
<b>Hoofdstuk 2. De organisatie van een Antimicrobial Stewardship Programma</b>	48
Bij aanvang te nemen stappen	48
De algemene opzet van een ASP	48
Rapportage	48
<b>Hoofdstuk 3. Randvoorwaarden</b>	48
<b>Hoofdstuk 4. Standaard monitoring en advies bij specifieke patiëntencategorieën</b>	48
<b>Hoofdstuk 5. De Punt Prevalentie Survey (PPS)</b>	48
<b>Hoofdstuk 6. Aanvullende metingen van (de kwaliteit van) het antibioticumgebruik</b>	48
Kwaliteit van antibioticumgebruik	48
Kwantiteit van antibioticumgebruik	48
Resistentie	48
<b>Hoofdstuk 7. Verbeteren van voorschrijfgedrag</b>	48
<b>Het plannen van een verbeterproject</b>	48
<b>Voorbeelden van thematische verbeterprojecten</b>	48
Optimaliseren chirurgische profylaxe	48
Begeleiding behandeling <i>S. aureus</i> sepsis	48
Stroomlijnen, inclusief IV-orale switch	48
Dosisoptimalisatie	48
Gebundelde interventies	48
<b>Stewardship op speciale afdelingen</b>	48
<b>Integratie stewardship en infectiepreventie</b>	48

secretariaat@swab.nl

