Reactieformulier conceptrichtlijn 'Antimicrobial Stewardship'

Pagina	Naam	Organisatie	Commentaar	Respons
Algemeen	R. Moorlag	NVZA	Is de tijdige toediening van antibiotica (door-to-antibiotic time) bewust niet meegenomen. Bij bepaalde indicaties (sepsis, CAP PSI V), of misschien juist in de vorm van het formuleren van een algemene norm voor toediening bij (overige) infectieuze aandoeningen.	Zie pag. 9 Stewardship Richtlijn. De Stewardship doelen in de richtlijn zijn beperkt tot de kwaliteitindicatoren uit de onderstaande Delphi-procedure. Voor tijdige toediening wordt verwezen naar de betreffende richtlijnen, waar dat voor zover van toepassing wel is opgenomen. *van den Bosch CM, Geerlings SE, Natsch S, Prins JM, Hulscher ME. Quality indicators to measure appropriate antibiotic use in hospitalized adults. Clin Infect Dis 2015;* ***60****(2): 281-91.*
Algemeen	R. Moorlag	NVZA	Is er bewust geen aanbeveling meegenomen met betrekking tot therapieduur? Conform richtlijnen of e.d.?	De Stewardship richtlijn is een generieke richtlijn. In de SWAB CAP en sepsis richtlijn staat therapieduur bijvoorbeeld wel vermeld. Voor vele indicaties is er geen duidelijke bewijskracht en een zoekstrategie naar alle evidence omtrent antibiotica therapieduur is voor deze richtlijn te omvangrijk.
Algemeen	Edwin Boel	UMCU	De introductie van een nieuwe richtlijn is een mooi moment om richting te geven. Na de vrolijke introductie van de A-teams lijkt het mij nu tijd om daarvan af te stappen en te gaan spreken over Antimicrobial Stewardship teams. Het lijkt mij zinnig om helder en eenduidig positie te kiezen, waarbij de naam staat voor de inhoud.	A-team is inmiddels een gevestigde term in Nederland en de richtlijncommissie vindt het niet wenselijk om de naamgeving te wijzigen.
Algemeen	E. Boel	UMCU	Antimicrobial Stewardship is niet van de Antimicrobial Stewardship teams. De teams zijn er om Antimicrobial Stewardship te promoten en verbeteren. In de ideale wereld zouden de Antimicrobial Stewardship teams over een paar jaar overbodig moeten zijn. Wees daarom helder dat stewardship van iedereen is, een onderdeel van de normale bedrijfsvoering is. In principe moet er geen werk van infectiologen, microbiologen of apothekers overgenomen worden. In de richtlijn kan dit uitgelegd worden.	Antimicrobial Stewardship is inderdaad van iedereen maar toezicht hierop zal ons inziens nooit overbodig zijn. Daar is de IGZ ook duidelijk over: elk ziekenhuis moet toezien op juist antibioticagebruik, en daarvoor zijn de Antimicrobial Stewardshipteams ingesteld.
Algemeen	E. Boel	UMCU	Er is voor veel van de aanbevelingen weinig tot geen evidence. De commissie kiest er toch voor om stevige aanbevelingen te doen. Het is de	Een update van de richtlijn zal plaatsvinden in 2021. De verwijzing op pagina 11 naar 2017 verwijst naar het Cochrane review.

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

			bedoeling om in 2017 tot een update te komen. Bij een aantal aanbevelingen lijkt het dan logisch om de aanbeveling op dat moment verder te verbreden, in plaats van nu al een veel bredere aanbeveling op te schrijven dan wat er vanuit literatuur kan worden geconcludeerd. Zoals de commissie in haar praktijk praktijkgids antimicrobial stewardship zelf adviseert: begin klein en probeer niet alles tegelijk te doen. De sterkste aanbeveling zou moeten zijn dat er meer onderzoek noodzakelijk is.	Vandaag de dag wordt de kwaliteit van evidence niet meer bepaald aan de hand van de CBO richtlijn. Inmiddels gebruikt men internationaal de GRADE methode. Dit scoort de kwaliteit per variabele (bv. 'Mortality)' en niet per studie. De quality of evidence per variabele hangt af van diverse factoren, o.a. 'Study design' en 'Risk of Bias'. De kwaliteit van de evidence voor een variabele kan 'high', 'moderate', 'low' of 'very low' zijn. De daarop volgende aanbeveling voor een stewardship doel wordt gebaseerd op een combinatie van factoren: 'Quality of evidence', 'Patients' values & preferences', 'Balance between benefits, harms & burdens', 'Resources and cost'. Dit betekent dat een variabele met lage kwaliteit van evidence desondanks toch een sterke aanbeveling kan krijgen indien men de andere factoren in acht neemt. Zie tabel 2 op pagina 17 van de richtlijn. Lage kwaliteit van evidence staat daarom niet gelijk aan een zwakke aanbeveling. Op deze manier heeft de richtlijncommissie per Stewardshipdoel de evidence bekeken en de afweging gemaakt. De WHO zit ook uitdrukkelijk op deze lijn: *A number of factors explain why WHO guideline developers make strong recommendations inconsistent with GRADE guidance. Alexander PE, Gionfriddo MR, Li SA, Bero L, Stoltzfus RJ, Neumann I, Brito JP, Djulbegovic B, Montori VM, Norris SL, Schünemann HJ, Thabane L, Guyatt GH. J Clin Epidemiol. 2015 Sep 20. pii: S0895-4356(15)00425-4. doi: 10.1016/j.jclinepi.2015.09.006. [Epub ahead of print] PMID: 26399903 [PubMed - as supplied by publisher]*
Algemeen	C. Swanink	Rijnstate	Jammer dat er naast elke aanbeveling (strong recommendation) staat dat de evidence low of very low is. Dit suggereert dat je zelf mag weten wat je er mee doet. Het is immers niet evidence based. Dit is echter in tegenspraak met de praktijk, waarbij je niet ongemotiveerd mag afwijken van richtlijnen. Dat wordt nu eigenlijk ontkracht door de manier waarop de gegevens gepresenteerd worden.	Zie boven
Algemeen	A.van Dam	OLVG	Het zou voor de lezer informatiever zijn als de	De richtlijn commissie kan zich vinden in dit commentaar.

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

			referenties in de tekst worden geexpliciteerd in plaats van te noemen dat in drie studies een gunstig effect werd gevonden en in één niet. Dat schept voor de lezer de mogelijkheid het manuscript na te lezen en bijvoorbeeld de externe validiteit te beoordelen.	Referenties worden toegevoegd aan de tekst in het manuscript.
Algemeen	A. van Dam	OLVG	Het is uit de richtlijn niet geheel duidelijk wie de doelgroep is van de richtlijn. Voor wie is de richtlijn precies geschreven? Wij gaan ervan uit dat het hier om opgenomen patiënten gaat. Klopt dat? Dat zou expliciet in de richtlijn gezet kunnen worden, in combinatie met de opmerking dat stewardship voor ambulante patiënten ook gewenst is.	Op pagina 8 staat genoteerd dat de richtlijn bedoeld is voor de 'hospital setting'. Er zal explicieter worden vermeld dat hiermee opgenomen patiënten bedoeld worden maar dat Stewardship ook voor ambulante patiënten gewenst is.
5	R. Moorlag	NVZA	*'Take blood cultures and cultures from the site of infection before starting systemic antibiotic therapy'.* In tabel 1 op pagina 12 staat bij het punt mbt kweken of plaats van infectie "preferably before starting systemic antibiotic therapy". Zou de toevoeging van 'preferably' ook niet in de summary van recommendations op pagina 5 moeten worden opgenomen? Het afnemen van (een 2e set) kweken mag bij bv. sepsis toch niet het geven van antibiotica vertragen. Kan verwarring geven, vanuit de kliniek horen we dat er soms gewacht wordt op bv het afnemen van een 2e kweek uit een zelfde arterielijn na 15 minuten voor het toedienen van AB, duidelijk moet zijn dat dit niet de bedoeling is.	De Stewardship doelen in tabel 1 op pagina 12 en de bijbehorende terminologie zijn gebaseerd op de kwaliteitsindicatoren vanuit de onderstaande Delphi-studie. Door toevoeging van de term 'preferably' aan de aanbeveling zou deze worden afgezwakt. De richtlijn commissie vindt dit niet gewenst. Daarnaast moet in de kliniek duidelijk gemaakt worden dat het niet nodig om 15 minuten te wachten voor het afnemen van een 2de kweek, dit mag direct achter elkaar gebeuren. *van den Bosch CM, Geerlings SE, Natsch S, Prins JM, Hulscher ME. Quality indicators to measure appropriate antibiotic use in hospitalized adults. Clin Infect Dis 2015;* ***60****(2): 281-91.*
9	R. Moorlag	NVZA	Mbt "take two sets of bloodcultures before starting systemic antibiotic therapy"; Specificeren met 'preferably'?	
9	R. Moorlag	NVZA	Mbt "take cultures form suspected sites of infection before starting systemic antibiotic therapy"; Specificeren met 'preferably'?	
12	R. Moorlag	NVZA	Mbt 'take at least two sets of blood cultures before starting systemic antibiotic therapy. Specificeren met 'preferably'?	

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

20	A.van Dam	OLVG	The Guideline committee recommends to prescribe empirical antibiotic therapy according to the guidelines. De mening dat er geen redenen zijn om aan te nemen dat dat ook voor andere infecties dan CAP geldt, verdient ons' inziens een minder krachtige aanbeveling dan "strong".	Aangezien de meerderheid van de evidence binnen dit Stewardshipdoel betrekking heeft op 'CAP' zal er een splitsing gemaakt worden in de aanbeveling voor voorschrijven volgens de richtlijn m.b.t. 'CAP' en 'overige indicaties'. De commissie geeft echter voor beide een sterke aanbeveling bij een laag niveau evidence.
21	R. Moorlag	NVZA	In de literatuur overview / aanbeveling wordt niets beschreven over het belang van urine antigeen sneltesten voor pneumokokken en legionella. Is dit bewust niet meegenomen?	De Stewardship doelen in de richtlijn zijn beperkt tot de kwaliteitindicatoren uit de onderstaande delphi-procedure. Het belang van urine antigeen sneltesten valt hier niet onder en hier is dan ook geen zoekstrategie voor ontworpen. Dit onderwerp komt wel uitgebreid aan de orde in de SWAB richtlijn Community-acquired pneumonie. *van den Bosch CM, Geerlings SE, Natsch S, Prins JM, Hulscher ME. Quality indicators to measure appropriate antibiotic use in hospitalized adults. Clin Infect Dis 2015;* ***60****(2): 281-91.*
21	A. van Dam	OLVG	*It is recommended to take blood cultures and cultures from the site of infection before starting systemic antibiotic therapy.* Bloedkweken afnemen wordt nu vaak,, maar zeker niet altijd gedaan, maar wij twijfelen sterk aan het nut van het afnemen van bloedkweken bij alle patiënten waarbij systemische antibiotica gestart zijn. Bij een cystitis waarvoor een ander middel dan nitrofurantoine gekozen wordt en bij een niet-ernstige cellulitis is het afnemen van bloedkweken o.i. niet zinvol en er zijn zeker nog andere indicaties voor systemische antibiotica waarbij bloedkweken vrijwel nooit een positief resultaat opleveren. Wij zouden dit graag beter uitgewerkt willen zien, dus alleen bloedkweken bij ofwel bepaalde indicaties, of een bepaalde SIRS/SOFA score. Zie ook *"Does this adult patient with suspected bacteremia require blood cultures? Coburn B, Morris AM, Tomlinson G, Detsky AS. JAMA. 2012 Aug 1;308(5):502-11."*	De richtlijn commissie is van mening dat het opnemen van een patiënt voor een behandeling met systemische antibiotica een weerspiegeling is van een ernstig klinisch beeld/'mate van ziek zijn'. Hierbij wordt het afnemen van bloedkweken dan ook noodzakelijk geacht. Voor een patiënt die gedurende een ziekenhuis opname een cystitis ontwikkeld en hier met antibiotica voor behandeld wordt is er inderdaad geen directe indicatie voor het afnemen van bloedkweken.
21	A.van Dam	OLVG	Wij zijn het wel eens met het nut van cultures from the site of infection, al zal dit niet altijd mogelijk	De richtlijn commissie is het eens met dit commentaar. Er wordt een toevoeging in de richtlijn gemaakt dat bij de beslissing om

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

			zijn. In die gevallen is het wel goed om te documenteren dat dit bewust niet gedaan is (dus niet in alle gevallen een BAL bij afwezigheid van sputumproductie, huiduitstrijken in geval van cellulitis, of punctie in bepaalde situaties)	niet te kweken, de reden hiervoor expliciet vermeld moet worden in het dossier.
21	A. van der Bij	Diakonessen-huis	Afname van kweken van de infectielokatie en bloedkweken voor start van systemische antibiotica. Dit is een brede aanbeveling en de vraag is of dit in de praktijk haalbaar is bij alle indicaties. In ons ziekenhuis scoren we hoog ten aanzien van kweekafnames ten opzichte van het landelijke gemiddelde op basis van een studie uitgevoerd door het AMC (impact studie). Percentages echter komen niet boven de 50% voor bloedkweken en 70% voor lokatiekweken landelijk gezien. Onze zorg: Deze aanbeveling kan mogelijk als een indicator voor ASP/kwaliteit van zorg worden gebruikt. Is er een kans dat dit als indicator gebruikt kan worden door de IgZ? En zo ja zou enige nuancering dan op zijn plaats zijn?	De zorg dat afname van kweken van de infectielokatie en bloedkweken voor de start van systemische antibiotica gebruikt kan worden als indicator voor kwaliteit van zorg door de IGZ mag geen belemmering zijn voor de aanbeveling in de richtlijn. De richtlijncommissie is van mening dat de IGZ voldoende rekening hoort te houden met de praktijk bij het scoren van indicatoren.
24	A. van Dam	OLVG	*"It is recommended to change empirical antibiotics to pathogen-directed therapy as soon as culture results become available".* Bij ons bestaat geregeld discussie of versmalling van antibiotica gerechtvaardigd is wanneer een bepaalde bacterie uit een kweek geïsoleerd is: is dit dan een relevante, of de enige verwekker, is het materiaal representatief voor de site of infection? Dit is iets wat o.i. wel in de overwegingen hierbij thuis hoort.	Een terecht punt van discussie. De richtlijn commissie is van mening dat 'pathogen directed' een dekkende omschrijving van het Stewardship doel is. Echter, dit houdt niet in dat in alle gevallen enkel de gekweekte micro-organismen behandeld moeten worden. Andere overwegingen, waarvan u een aantal voorbeelden geeft, kunnen ook een rol spelen.
27	A. van Dam	OLVG	*The Guideline committee recommends to switch systemic antibiotic therapy from intravenous to oral antibiotic therapy after 48 -72 hours on the basis of the clinical condition and when oral treatment is feasible.* Wat wordt bedoeld met "feasible"? Zijn daar criteria voor? Bepaalde ziektebeelden uitsluiten, zoals endocarditis?	De volledige beschrijving van het Stewardshipdoel is als volgt (tabel 1, pagina 12): *'Switch after 48–72 h, when the clinical condition of the patient is stable, oral intake and gastrointestinal absorption are adequate, and when sufficiently high concentrations in blood with a suitable oral antibiotic can be achieved'*. Deze criteria zijn o.i. voor de dagelijkse praktijk voldoende richtinggevend. Het is uiteraard wenselijk dat elk ziekenhuis hiervoor duidelijke criteria benoemt, bijvoorbeeld in het antibioticaboekje. In 2016 is een Delphi procedure gedaan om

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

				deze criteria exact te benoemen; de resultaten hiervan zullen begin 2017 in het Journal of Antimicrobial Chemotherapy worden gepubliceerd (Development of operationalized intravenous to oral antibiotic switch criteria. H. Akhloufi, M. Hulscher, D.C. Melles, J.M. Prins, H. van der Sijs, A. Verbon).
29	A. van Dam	OLVG	Het opstellen van een antibiotic plan vonden wij een waardevol iets, al is in de richtlijn verder niet gedefinieerd wat dit inhoudt. In onderliggende documentatie vonden wij *"Antibiotic plan is indication, name, doses, route, and interval of administration".* Is dit wat bedoeld wordt? Ook te verwachten therapieduur (of moment waarop heroverwogen moet worden of de antibiotica gecontinueerd moeten worden) zou wat ons betreft in zo'n plan thuis horen.	De therapieduur hangt ook wel in enige mate af van de respons op therapie en de kweekresultaten; daarom is dit bij aanvang van therapie vaak nog niet precies te bepalen.
31	R. Moorlag	NVZA	Colistine wordt genoemd als middel waarvoor TDM wordt aanbevolen. Dit is nog niet overal in NL gangbaar. In de literatuur overview mbt TDM op blz 31 wordt niet verwezen naar literatuur mbt TDM van colistine. Is hier voldoende evidence voor?	Voor een volledig overzicht van middelen waar TDM voor toegepast dient te worden verwijzen wij u naar de website van NVZA: http://tdm-monografie.org/. Colistine zal bij gebrek aan evidence en mogelijkheden betreffende implementatie in de praktijk uit de richtlijn verwijderd worden. Te verwachten is dat nieuwe middelen bij de revisie van de richtlijn t.z.t. toegevoegd kunnen worden.
31	R. Moorlag	NVZA	Wanneer het gewenst is in de aanbeveling een compleet overzicht van alle antimicrobiële middelen te geven waarbij TDM noodzakelijk is dan bv. ook flucytosine opnemen?	
33	E. Boel	UMCU	TDM voor aminoglycosiden en glycopeptiden is ook in onderliggende stukken genoemd. Uitbreiding naar andere middelen lijkt prematuur.	
34	C. Swanink	Rijnstate	Heel opmerkelijk vind ik dat het een zwakke aanbeveling is om bij het ontbreken van klinische of microbiologische aanwijzingen voor infectie te overwegen om antibiotica te stoppen. Dit zou toch ook een sterke aanbeveling moeten zijn, anders kan iedereen antibiotica voorschrijven en wordt dit nooit meer gestopt. Dat hier geen bewijs voor te vinden is in de literatuur begrijp ik wel. Ik	Evaluatie van deze indicator in de praktijk leerde dat deze moeilijk te operationaliseren is, met een lage K tussen verschillende beoordelaars (van den Bosch CM, Hulscher ME, Natsch S, Wille J, Prins JM, Geerlings SE. Applicability of generic quality indicators for appropriate antibiotic use in daily hospital practice: a cross-sectional point-prevalence multicenter study. Clin Microbiol Infect. 2016 Jul 16. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27432770).

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

			hoop dat de commissie wil overwegen om dit te herformuleren.	Daarom is deze Aanbeveling “Zwak”.
36	E. Boel	UMCU	Voorschrijven volgens richtlijnen is een harde aanbeveling. Aanwezigheid van een lokale richtlijn is logisch. Wat er bedoeld wordt met het corresponderen met de nationale richtlijn is onduidelijk, bovendien zijn er vele (inter)nationale richtlijnen en zijn er niet enkel SWAB-richtlijnen. Ook voor dit punt is geen evidence en wellicht wat voorbarig.	Voorgeschreven therapie dient gebaseerd te zijn op de nationale richtlijn. Indien deze niet aanwezig is of verouderd, dient voorgeschreven te worden volgens internationale richtlijnen. Indien afgeweken wordt van de richtlijn dient de reden hiervoor expliciet vermeld te worden. Binnen Nederland is afwijken van de nationale richtlijn op basis van lokale resistentie patronen in de praktijk vrijwel nooit een geldige reden: er zijn in NL nauwelijks lokale verschillen in resistentie.
41	E. van Elzakker	NVMM	In de literatuur zou een bedside consult vergeleken met telefonisch consult voor de S.aureus bacteriemie een betere uitkomst geven. Er wordt niet gesproken van een ander type consult, nl het consult op de afdeling waarbij de patiënt wordt besproken met de behandelend arts en aan de hand van anamnestische en klinische gegevens een antibiotisch behandelplan opgesteld wordt (het afdelingsconsult of MDO). Dit is ook superieur aan een telefonisch consult en een kritische vraag zou kunnen zijn welke meerwaarde een echt bedside consult dan heeft.	De richtlijncommissie houdt vast aan de gevonden evidence, welke sterk pleit voor het bedside consult. Voor een MDO is in het geval van *S.aureus* bacteriemie geen evidence beschikbaar. Zie verder respons op item 42.
42	E. van Elzakker	NVMM	*“It is recommended to perform a bedside consultation in patients with S.aureus bacteremia, bacterial endocarditis, intravascular infections or prosthetic joint infections.”* In het document wordt gerefereerd aan een aantal studies die allen gaan over S.aureus bacteriemie. Extrapolatie naar de drie andere groepen van patiënten is gebaseerd op expert opinion. In de laatste kolom staat echter dat de level of evidence very low is (zoals voor de S.aureus bacteriemie), maar dit zou een * moeten zijn: “no evidence obtained from the literature”.	De richtlijncommissie is naar aanleiding van de onder 42. genoemde reacties op de concept-richtlijn tot de conclusie gekomen dat het gewenst is om binnen het Stewardship doel ‘bedside consult’ een onderscheid aan te brengen afhankelijk van de indicatie. S.*aureus*: een sterkte aanbeveling op basis van de gevonden evidence. Prosthetic joint infection: de richtlijn commissie is van mening dat een MDO hier inderdaad in de praktijk vaak volstaat en een bedside consult niet altijd nodig is. Bacterial endocarditis, (intra)vascular infections, langdurig voorschrijven van (thuis) antibioticagebruik: de richtlijn

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

				commissie is als groep tot de consensus gekomen dat ondanks een lage kwaliteit van evidence een bedside consult bij deze indicaties aanbeveling behoeft.
42	E. van Elzakker	NVMM	Ik vind het bezwaarlijk dat de aanbeveling”strong” is om bij alle genoemde categorieën een bedside consult te doen. Dit gaat voorbij aan de vele activiteiten die rondom patiëntengroepen met complexe infecties al plaatsvinden en goed verlopen. Deze afdelingsconsulten en MDO worden op veel plaatsen al verricht zonder een echt bedside consult. Ik denk dat dat ook de essentie is: advisering en structurele betrokkenheid bij patiënten met complexe infecties door een arts-microbioloog of infectioloog. Door deze richtlijn zou een grote verandering in werkwijze in veel ziekenhuizen in gang gezet moeten worden. Alvorens de daarbij behorende toename in kosten te kunnen verantwoorden en de mogelijk lastige discussies met de RvB, en de medische staf aan te gaan om hier locaal invulling aan te kunnen geven moet hier meer onderbouwing voor komen. Er zal moeten worden aangetoond dat door deze aanbeveling de uitkomst voor de patiënt positief beïnvloed wordt. In de richtlijn van de IDSA kon ik deze aanbeveling ook niet terugvinden. Over interventies bij specifieke patiëntengroepen wordt wel het volgende gezegd. *Should ASPs Implement Interventions to Improve Antibiotic Use and Clinical Outcomes That Target Patients With Specific Infectious Diseases Syndromes? Recommendation: We suggest ASPs implement interventions to improve antibiotic use and clinical outcomes that target patients with specific infectious diseases syndromes (weak recommendation, low-quality*	

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

			evidence). Comment: ASP interventions for patients with specific infectious diseases syndromes can be an effective way to improve prescribing because the message can be focused, clinical guidelines and algorithms reinforced, and sustainability improved. ASPs should regularly evaluate areas for which targeted interventions are needed and adapt their activities accordingly. This approach is most useful if the ASP has a reliable way to identify patients appropriate for review. Dit geeft meer ruimte voor de professionals betrokken bij het ASP om locaal invulling te geven hoe de uitvoer van deze aanbeveling het beste aansluit op de locale situatie.
42	E. Boel	UMCU	Bedside consultation bij *Staphylococcus aureus* bacteremie is een sterke aanbeveling. Er is ook literatuur om dat te ondersteunen, hoewel deze wel uit een andere setting komt dan de Nederlandse. De commissie kiest ervoor om deze aanbeveling meteen te verbreden naar endocarditis, intravasculaire infecties en prosthetic joint infecties. Hoewel goede zorg bij dergelijke ernstige infecties van groot belang is, lijkt het toch wat voorbarig om direct in de eerste versie van deze richtlijn een dergelijke verbreding toe te passen. Overigens is uit de richtlijn tekst niet duidelijk of de uitbreiding enkel geldt voor infecties met S. aureus of voor deze infecties als zodanig.
42	A. van Dam	OLVG	*“The Guideline committee recommends to perform a bedside consultation in patients with S. aureus bacteremia, bacterial endocarditis, intravascular infections or prosthetic joint infections. Formal consultation by an infectious disease specialist leading to written comments and advice on treatment based on physical examination and review of medical records (informal consultation, for example by telephone, does not count as bedside consultation”.* Voor S.aureus

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41

			bacteriemieen zijn we het hier mee eens, maar voor de andere genoemde indicaties (waarvoor ook geen verder bewijs van het nu in de literatuur gegeven wordt) denken wij dat dit niet in alle gevallen nodig is. Er is een geregeld overleg tussen de orthopedie en de microbiologie over protheseinfecties, en in sommige, maar zeker niet alle, gevallen vinden wij een bedside-consult door een infectioloog als aanvulling zinvol. Voor endocarditis geldt iets soortgelijks, en “intravasculaire infecties ” zouden wij willen beperken tot die gevallen waarbij een prothese aanwezig is (dus niet een flebitis of een lijnsepsis). Ook candidemieen zouden wat ons betreft hier nog wel thuis horen. Ons voorstel is dat er hier ofwel een “weak recommendation” voor andere indicaties dan S.aureus bacteriemieen opgenomen wordt, ofwel een strong recommendation om deze casuistiek in het A-team te bespreken, waarbij in het A-team dan besloten kan worden of een bedside consultation zinvol is.	
42	I. Overdevest	PAMM	Bij het lezen van de conceptrichtlijn ABS viel mij aanbeveling 5.11 op, waarin wordt aanbevolen om een bedside consult te verrichten bij specifieke infecties. Zoals de richtlijn zelf al aangeeft is de kwaliteit van evidence hiervoor “very low”. Daarbij komt dat de studies waaran gerefereerd wordt zijn verricht in landen waar de microbiologie een andere rol heeft dan in Nederland. Ik kan mij daarom voorstellen dat een gedegen follow up van dergelijke patiënten een zelfde resultaat kan genereren, zonder dat deze follow-up perse “bedside” moet zijn. Aangezien de invulling van de richtlijn in verschillende ziekenhuizen anders kan zijn lijkt het mij beter om de term “bedside” te vervangen door “gedegen follow-up”.	

Download van SWAB.nl | 2026-11-03 18:41