



ABR Zorgnetwerk Zuidwest-Nederland

**Janet Vos,
netwerkmanager**

27 januari 2020



Disclosure-slide voor sprekers op scholingsbijeenkomsten

Disclosure belangen drs. Janet Vos & drs. Sanne van Loon

(potentiele) Belangenverstrengeling

Geen

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven

Geen

- Sponsoring of onderzoeksgeld
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding
- Aandeelhouder
- Andere relatie, namelijk ...

- nee
- nee
- nee
- nee

Waarom doen we het ook al weer & ook nog regionaal?



- Bacteriën worden ongevoelig voor de werking van antibiotica. Dat is een risico voor de volksgezondheid;
- Resistente bacteriën blijven niet binnen de muren van zorginstellingen maar verspreiden zich door de regio;
- Door regionaal samen te werken kun je de verspreiding van resistente bacteriën tegengaan en resistentievorming voorkomen;
- Twaalf taken op het gebied van infectiepreventie, goed voorschrijven en delen en overdragen van relevante informatie zoals uitbraken en dragerschap.



Basistaken regionale zorgnetwerken



1. Betrekken en onderlinge **netwerkvorming** zorginstellingen
2. **Stimuleren** optimale deelname aan landelijke en regionale **surveillance**
3. **Regionale informatie** ook **landelijk** delen
4. Maken en implementeren van **transmurale werkafspraken**
5. Goed gebruiken **beschikbare data**
6. Regionale **communicatie** over **aanwezigheid BRMO**
7. **Regionaal risicoprofiel** en beheersplan **actueel** houden.
8. Verzorgen en ondersteunen van **kennisdeling** en **deskundigheidsbevordering**
9. Stimuleren van inzicht **kwaliteit infectiepreventie**, bij voorkeur **uniform**
10. Stimuleren dat organisaties **maatregelen** gericht op **preventie** van verspreiding **in beeld brengen en delen**
11. Op verzoek **advisering** over **bestrijdingsmaatregelen bij uitbraak**
12. Activiteiten t.a.v. **antimicrobial stewardship**





Overzicht regio Zuidwest-Nederland



- Regio Zuidwest-Nederland bestaat uit drie sub-regio's:

- Regio Rotterdam Rijnmond
- Regio Zuid-Holland Zuid
- Regio Zeeland



- De zorg in Zuidwest-Nederland:

- 11 ziekenhuizen
- 9 medisch microbiologische laboratoria
- Ruim 400 V&V locaties en ruim 100 thuiszorgorganisaties
- 800-900 huisartsen



1. Netwerk en risico's in beeld

1A. Website & nieuwsbrief

1B. Organisatie jaarlijkse kennis- en netwerkdag

1C. Communicatie rol GGD in het Zorgnetwerk

1D. Werkgroep risicoprofiel actief houden en 2 geactualiseerde versies risicoprofiel

2. Inzicht geven en krijgen in BRMO's in de regio

2A. Regionaal microbiologenoverleg

2B. Enquêtes werkwijzen regionale MML's

2C. Voorbereiden en gefaseerde aanpak regionale prevalentietelling

2D. Onderzoeken mogelijkheden delen van regionale labdata onderling

2E. (Grens) bewegingen patiënten

3. Transmurale overdracht en communicatie onderling

3A. Ondertekenen en implementeren transmurale werkafspraken

3B. Doorontwikkeling MUIZ door ontsluiting van informatie uit MUIZ tbv preventiemaatregelen

3C. Regionaal uniforme BRMO informatie

3D. Casemanagement BRMO overplaatsing

3E. Casemanager follow up

4. Samenwerken in en ondersteunen bij regionale infectiepreventie

4A. Ondersteunen uitrol Handen uit de Mouwen

4B. Monitoren vervolg inspiratiedag Hygiënisch werken

4C. Organiseren regionale infectiepreventieweek.

5. Deskundigheidsbevordering: leren van elkaar

5A. Scholing huisartsen

5B. Project scholing thuiszorg doorontwikkelen en toegankelijk maken voor andere zorgsectoren

5C. Samenwerking met MBO's en HBO's in de regio

5D. Regionaal BRMO-praktijkoverleg

5E. Meerjaren scholingsplan

6. Antimicrobial stewardship

6A. Uitrol antibiotica stewardship in de verpleging en verzorging

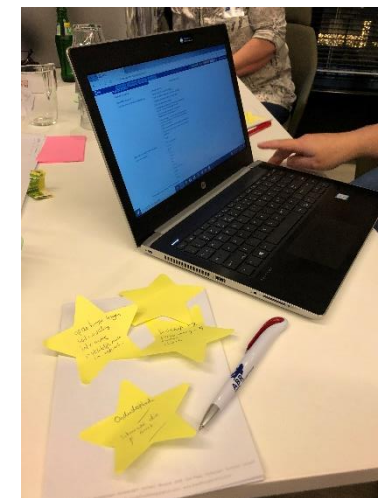
6B. Doorontwikkeling project regionaal formulair verpleeghuizen Zuid-Holland

6C. Stewardship in de huisartsenpraktijk

6D. Regionaal A-team



Foto-impressie activiteiten



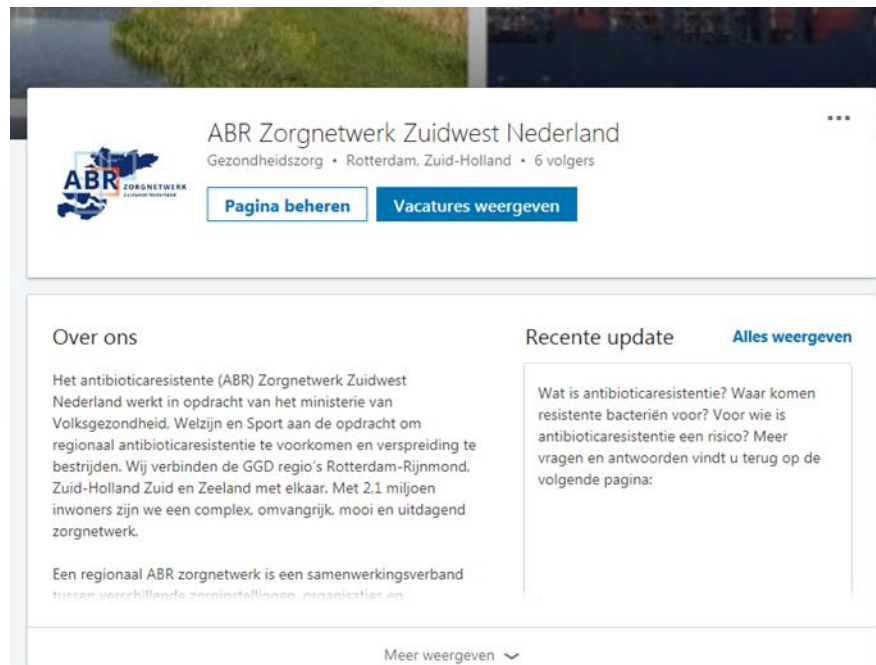
Communicatie

@AbrZwn



LinkedIn ABR Zorgnetwerk Zuidwest Nederland

www.abrzorgnetwerkzwn.nl





Blijf betrokken en meedoen!



Ik heb
een goed
idee!

Namelijk:

Wat is je naam?

Via welke weg mogen we contact met je opnemen?



Ik wil
graag actief
worden!

Over welk onderwerp wil je meedenken of in welke
werkgroep wil je deelnemen?

Wat is je naam?

Via welke weg mogen we contact met je opnemen?



Meer informatie en contact:

abr.zwn@erasmusmc.nl

010-7032366

The background features a collage of images: a petri dish with orange bacterial colonies, a close-up of a person's face, and a group of people. Overlaid on these are thick, curved lines in blue and green, creating a sense of movement and connection.

ABR Zorgnetwerk - Holland West

Sanne van Loon, programmamanager

27 januari 2020





Thema 1
Regio kennen



Thema 2
Informatie delen



Thema 3 Antibiotic stewardship
(voorschrijfgedrag van artsen)
en infectiepreventie op orde



Thema 4
Kennis en advies

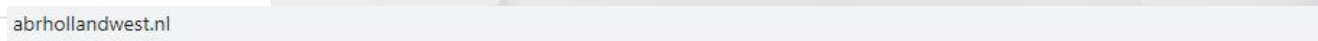
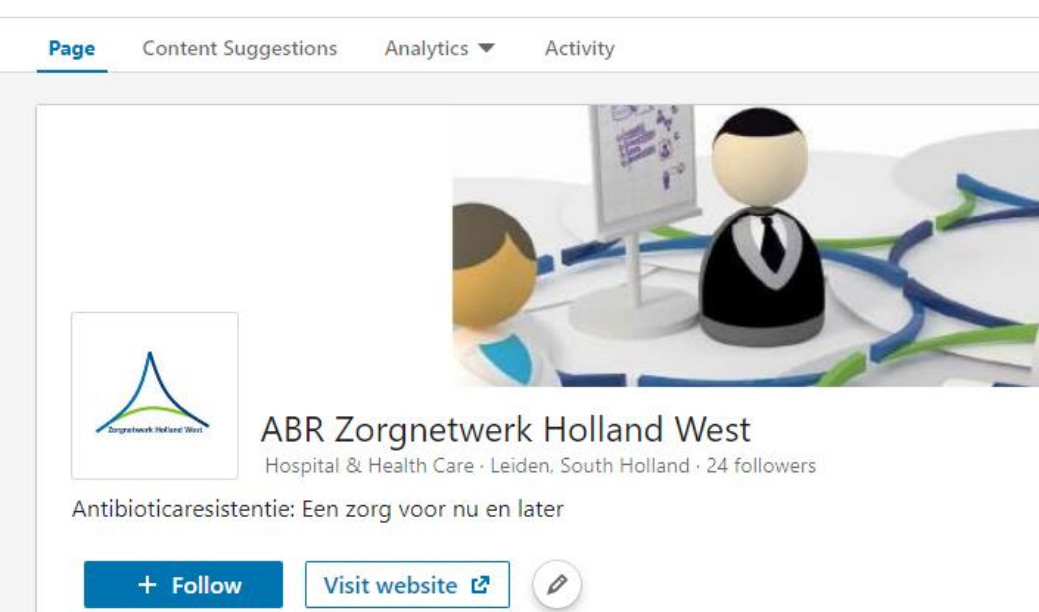
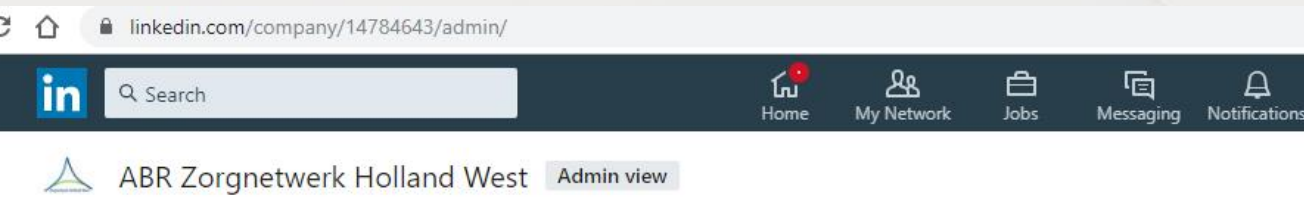


Overzicht regio Holland West

- Regio Holland West bestaat uit twee subregio's:
 - Haaglanden
 - Hollands Midden
- De zorg in Holland West:
 - 6 ziekenhuizen
 - 6 medisch microbiologische laboratoria
 - 188 verpleeghuislocaties
 - 3 huisartsenkringen
 - Zorginstellingen gericht op revalidatie, gehandicapten, thuiszorg



Communicatie



Antibioticaresistentie
**Een zorg voor
nu en later**

Aanmelden
Nieuwsbrief

Regionale taken Holland West

Antibioticaresistentie (ABR) is wereldwijd een toenemend probleem en een van de grootste uitdagingen voor de mondiale gezondheidszorg. In Nederland zijn resistentiecijfers nog relatief laag in vergelijking met andere landen. Ook hier neemt echter de resistentie toe en zijn maatregelen nodig om verdere stijging en verspreiding tegen te gaan.

themas/antibiotic-stewardship



Antibiotica allergie

9 OUT OF 10

patients who report a penicillin allergy are not truly allergic



Evaluating your patients for true penicillin allergy means less use of broad-spectrum antibiotics and giving your patients the best care.



MRSA NETWORK HOLLAND WEST

MRSA Network Holland West is een initiatief van MRSA-behandelaren in de regio met het doel publiek en zorgverleners van relevante informatie over MRSA te voorzien, samenwerking rond MRSA te bevorderen en vragen over MRSA te beantwoorden.



- Informatie voor patiënten en zorgverleners
- Regionale verwijsinformatie
- Regionale patiënt-informatiefolders
- Mogelijkheid tot vragen stellen MRSA team

VRAGEN AAN HET MRSA TEAM

Neem contact op, dan helpen we u graag verder

[Stel een vraag](#)

Stel een vraag

Ik ben een

☐ Zorgverlener ☐ Patiënt

Naam

Telefoonnummer

E-mailadres

Uw vraag / opmerking

☐ Ik heb kennis genomen van de [privacyverklaring](#) van het MRSA Network Holland West en ga hiermee akkoord.



Antibioticaresistentie

Een zorg voor nu en later



Volg ons ook op:



E-mail abr@ggdhm.nl

Website <https://abrhollandwest.nl>



Richtlijn UW- en LW- infectie:

Hoe levert de richtlijn een bijdrage aan de doelstelling om
antibioticaresistentie terug te dringen?

Verenso - Regiobijeenkomst maandag 27 januari 2020

Jayant Kalpoe,
arts-microbioloog, Streeklab Haarlem



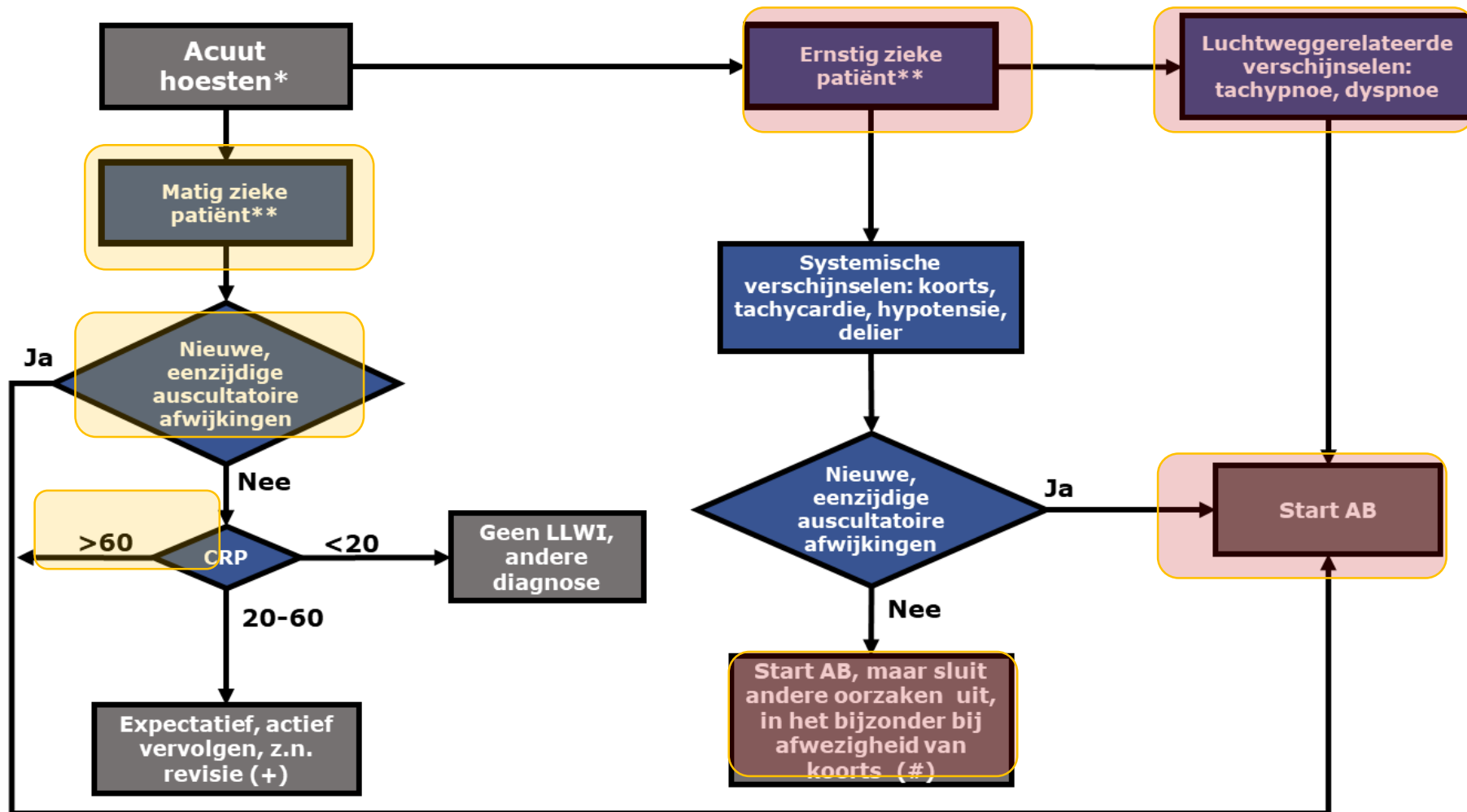
Inhoud

- Richtlijn luchtweginfectie
 - Behandeling in het kort
 - Epidemiologie data microbiologie laboratorium
 - Verpleeghuizen vs ziekenhuizen vs huisartsen
- Richtlijn urineweginfectie
 - Rationale voor keuze van antibiotica
 - Epidemiologie data microbiologie laboratorium (UWI incl. ABR)
- Conclusie / Discussie



Beslisboom bij verdenking LWI

Stroomdiagram ingangsklacht Acuut hoesten





Lage LWI: Antimicrobiële behandeling

- **Amoxicilline/clavulaanzuur** 3dd 625 mg per os, 5 dagen
 - verleng naar 7 dagen bij (verdenking op) aspiratie en/of trage klinische verbetering
 - Onvoldoende klinische verbetering na 48 uur:
 - overweeg toevoegen van ciprofloxacin 2dd 500 mg per os , 7 dagen. Of,
 - insturen naar het ziekenhuis
- Tweede keus (als geen sprake van aspiratie),
 - **cotrimoxazol** 2dd 960 mg per os, 7 dagen;
 - Als (verdenking op) aspiratie: clindamycine 3dd 600 mg per os, 7 dagen
- Bij onbetrouwbare orale intake:
 - ceftriaxon 1x dd 1 g i.m, 5 dagen

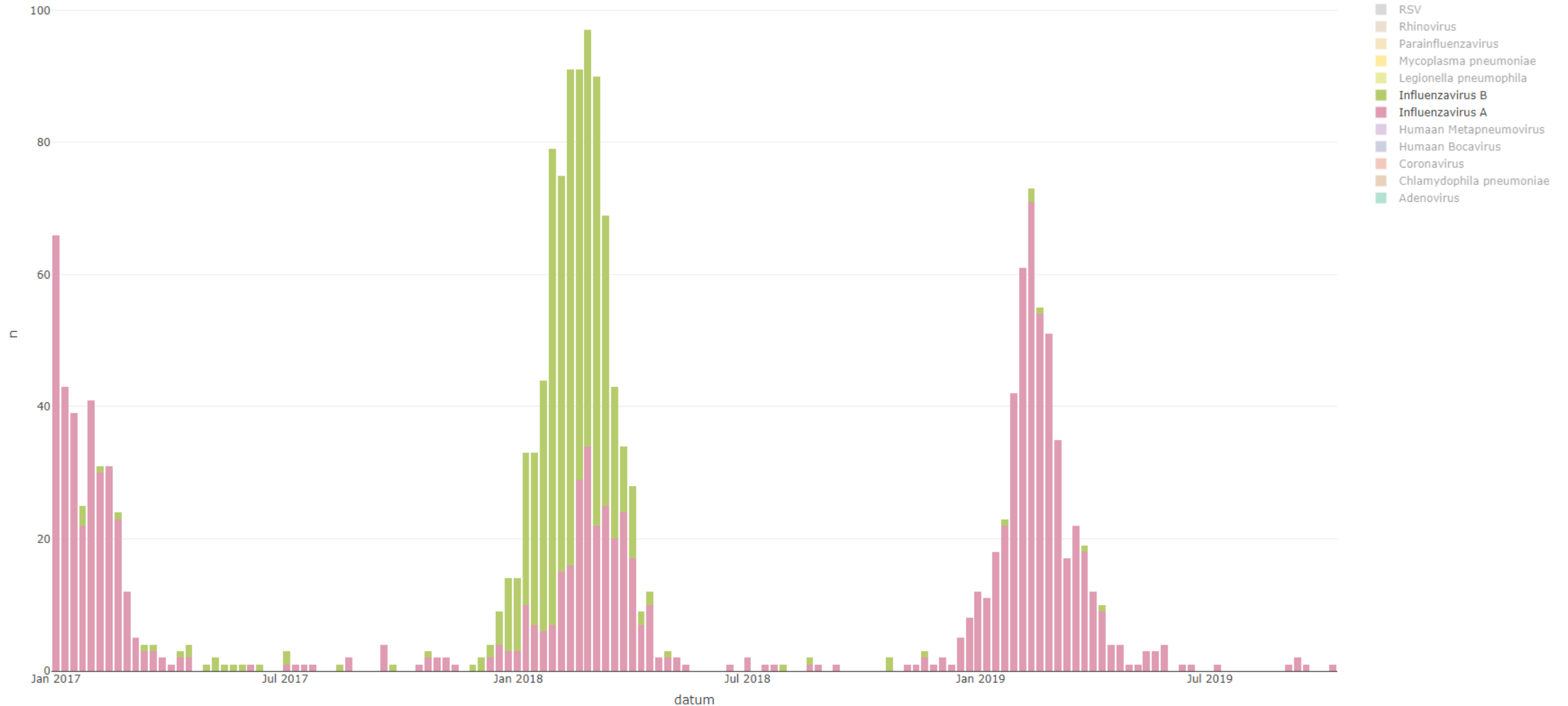


Epidemiologie (atypische) respiratoire pathogenen

- “Banale kweek” van diep respiratoir materialen (sputum)
 - Pneumokokken
 - H. influenzae
- PCR op respiratoire pathogenen
 - Bordetella, Legionella, M. pneumoniae, C. pneumoniae, Adenovirus, Bocavirus, Coronavirussen, hMPV, para-influenzavirus, RSV, Influenza A/B virus
- Urine antigeen testen
 - Legionella
 - Pneumokokken
- Serologie

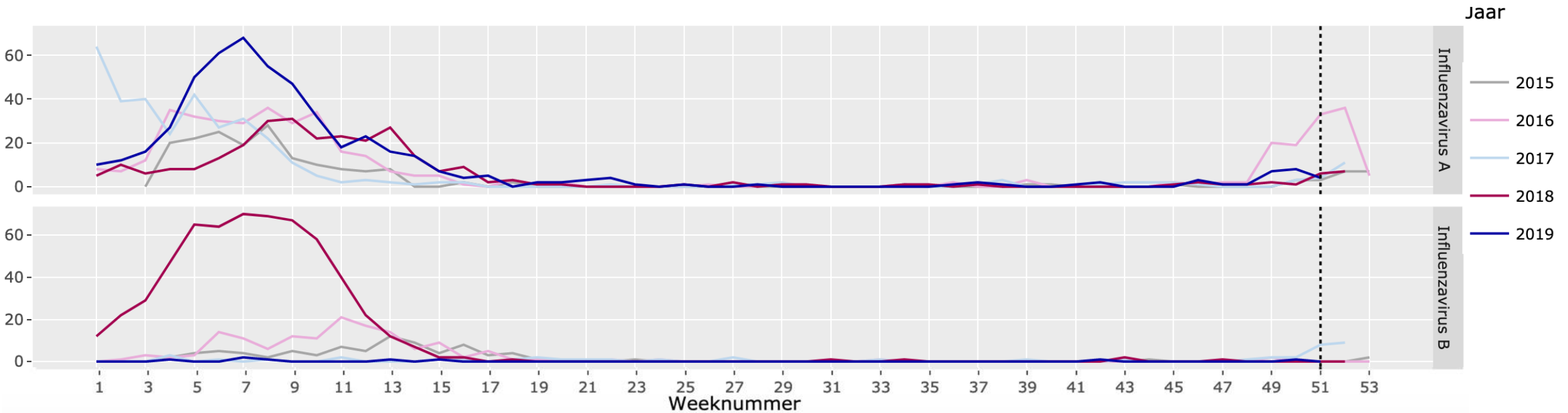
Epidemiologie atypische respiratoire pathogenen

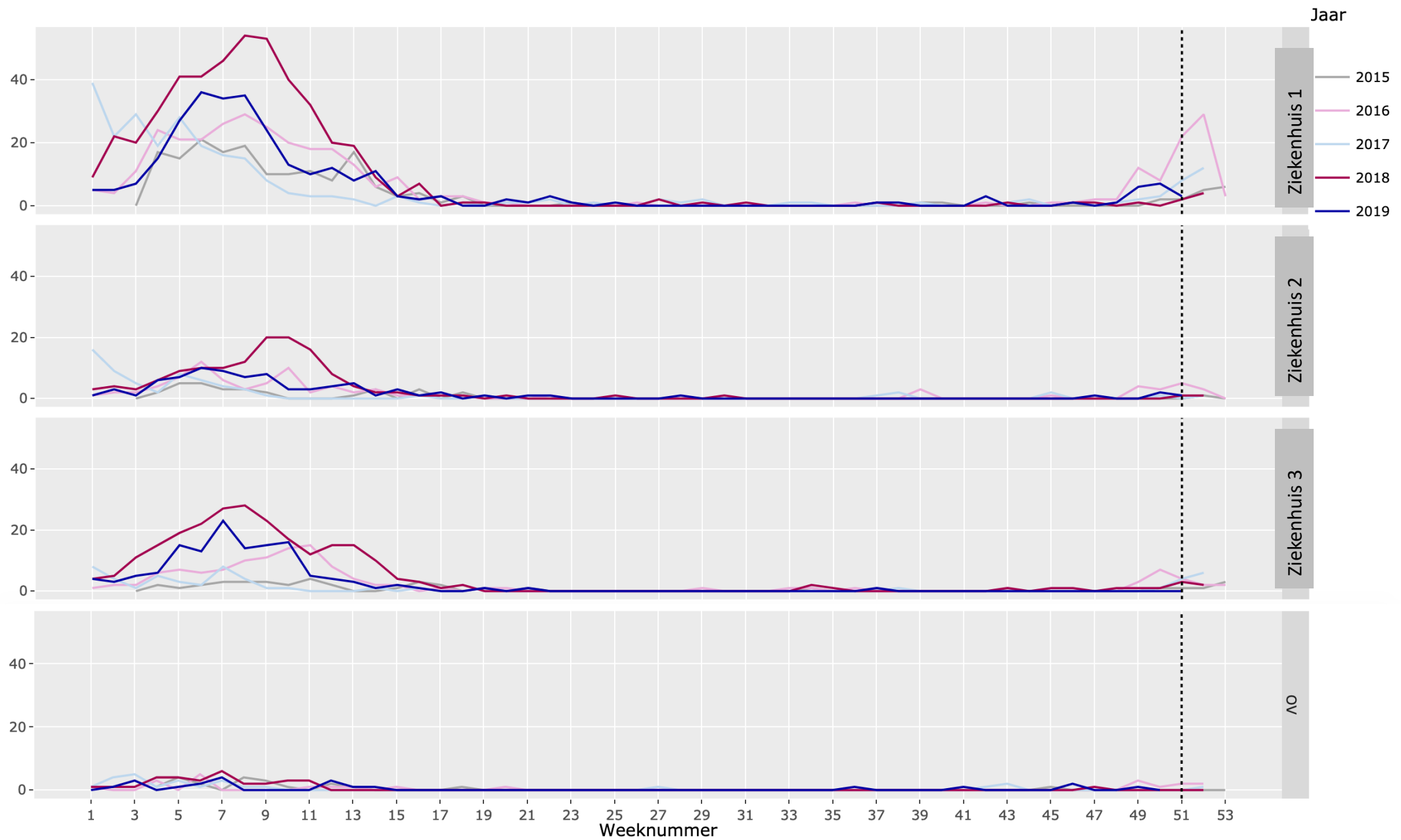
Respiratoir pakket uitslagen regio Kennemerland





Epidemiologie atypische respiratoire pathogenen

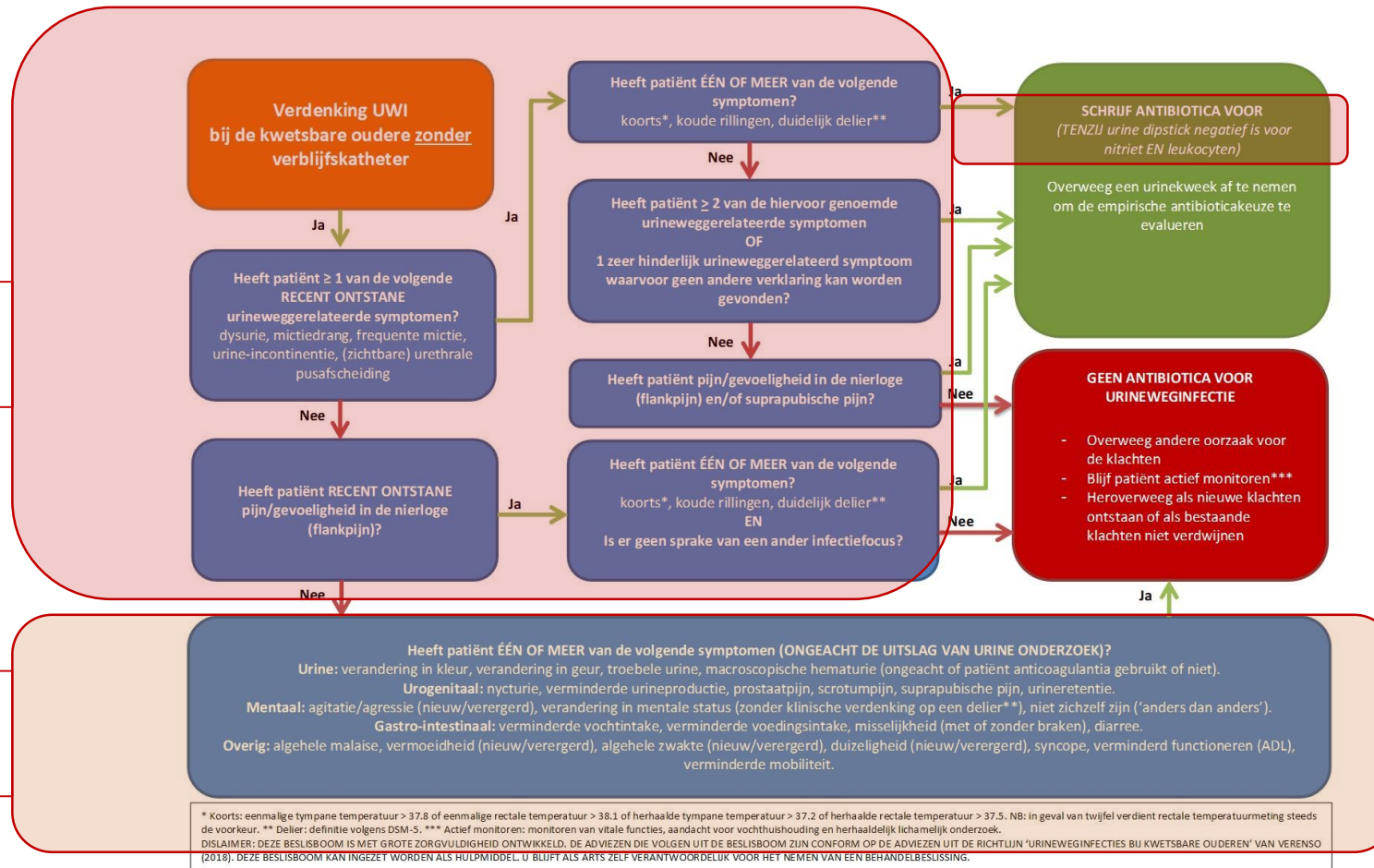




Beslisboom bij verdenking UWI

KLACHTEN EN SYMPTOMEN

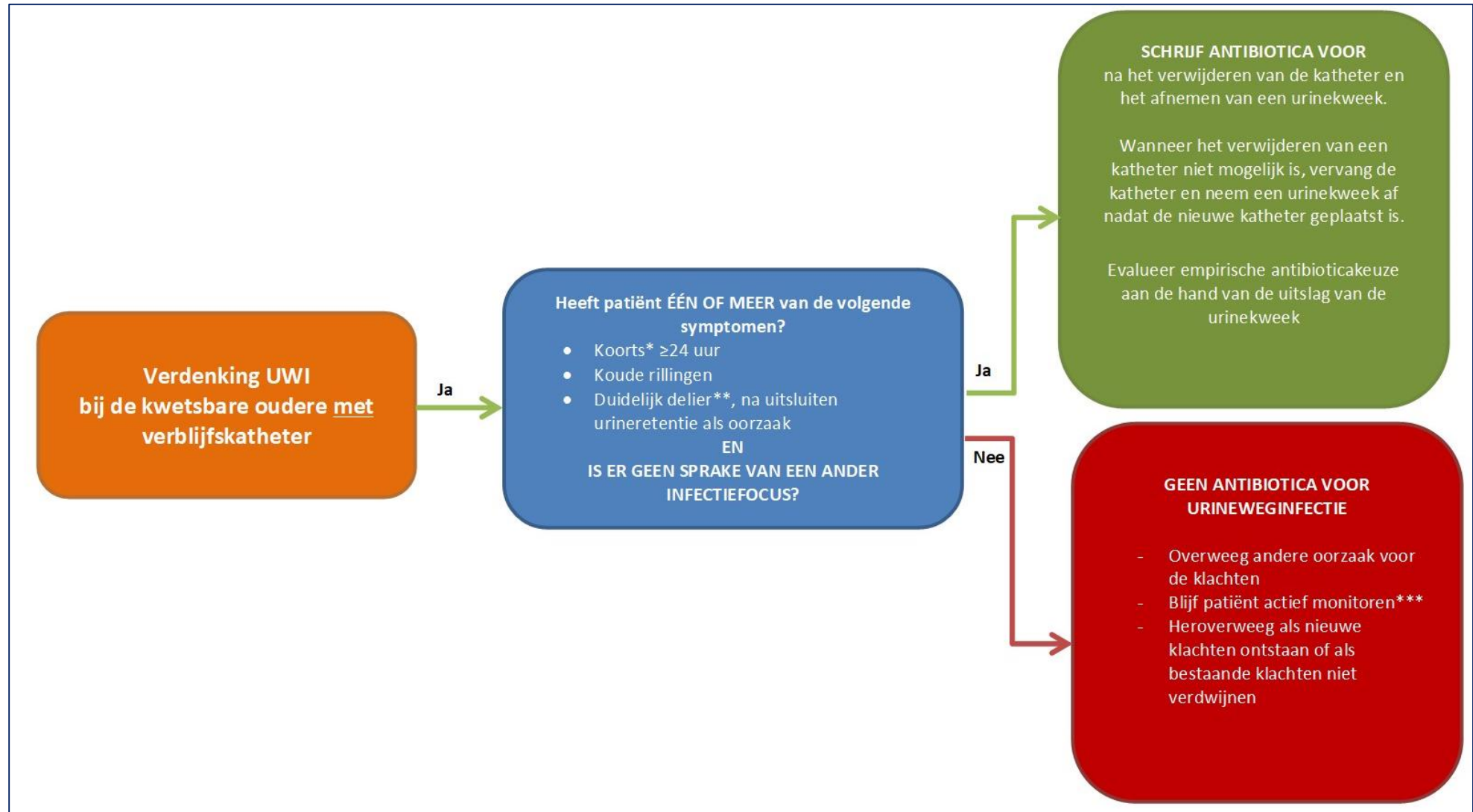
ASPECIFIEKE KLACHTEN



Behandelbeleid bij patiënten zonder katheter

- Cystitis:
 - Nitrofurantoïne (2dd 100mg retard of 4dd 50mg gedurende 5 dgn)
 - Fosfomycine, bij contra-indicatie, (eenmalig 3 gram voor het slapen)
 - Indien bij uitzondering ciprofloxacin nodig is: behandelduur van drie dagen
 - Zorg voor inzicht in lokale resistentiecijfers met hulp van het medisch microbiologische laboratorium
- Urineweginfecties met tekenen van weefselinvasie:
 - Baseer keus van empirische therapie zo mogelijk op:
 - lokale resistentiedata
 - eerdere kweekgegevens van patiënt
 - Indien deze ontbreken:
 - Amoxicilline/clavulaanzuur,
 - Cotrimoxazol, of
 - Ciprofloxacin
 - Vrouwen: tien dagen; Mannen: veertien dagen
 - Stroomlijn empirische therapie wanneer kweekresultaten beschikbaar zijn

Behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties



Behandeling van katheter-gerelateerde urineweginfecties

- Baseer de keus van empirische therapie zo mogelijk op:
 - lokale resistentiedata
 - Eerdere kweekgegevens van patiënt
 - Indien deze ontbreken:
 - Amoxicilline/clavulaanzuur,
 - Cotrimoxazol, of
 - Ciprofloxacin
 - Vrouwen: tien dagen; Mannen: veertien dagen
- Stroomlijn empirische therapie wanneer kweekresultaten beschikbaar zijn.

Behandelbeleid bij patiënten zonder catheter:

ONDERBOUWING

Middelgroep	Middel	Thuis				Gepoolde resistentie, % (95% BI)	Verzorgingshuis	Verpleeghuis		Gepoolde resistentie, % (95% BI)
		Nethmap, 2015 (n= 142)	Nys, 2006				Van Buul, 2016 (n= 39)	Verhoef, 2016 ^{†‡} (n= 2934)	Hoogen-doorn, 2013 ^{†‡} (n= 108)	
			71-80 jr. (n= 254)	81-90 jr. (n= 137)	>90 jr. (n= 25)					
β-lactam	Amoxicilline	38% (31-46)	31% (26-37)	26% (20-34)	20% (9-39)	31% (7-35)	51% (36-66)	45% (42-47)	39% (30-48)	45% (43-47)
	Amoxicilline/ clavulaanzuur	12% (8-18)	5% (3-9)	4% (2-8)	4% (6-35)	6% (5-9)	41% (27-57)	25% (23-28)	7% (4-14)	24% (23-26)
	Ceftriaxon	-	-	-	-	-	-	-	4% (1-9)	4% (1-9)
Quinolonen	Ciprofloxacin	12% (8-18)	7% (5-11)	2% (0,7-6)	4% (6-35)	7% (7-9)	23% (13-38)	20% (18-23)	14% (9-22)	20% (18-21)
	Norfloxacin	-	7% (5-11)	2% (0,7-6)	4% (6-35)	5% (4-8)	21% (11-36)	25% (22-27)	10% (6-17)	24% (23-26)
Sulfonamiden en Trimethoprim	Cotrimoxazol	19% (13-26)	21% (16-26)	17% (12-24)	16% (0,7-20)	19% (16-23)	15% (7-30)	22% (20-24)	26% (19-35)	22% (21-24)
	Trimethoprim	20% (14-27)	24% (19-30)	20% (14-27)	16% (6-35)	22% (19-25)	23% (13-38)	25% (23-27)	26% (19-35)	25% (24-27)
Overigen	Nitrofurantoin	1% (0-4)	2% (1-5)	3% (18-33)	0% (0,7-20)	2% (1-4)	0% (0-9)	1% (0,6-2)	2% (0,5-7)	1% (0,7-2)
	Fosfomycine	1% (0-4)	-	-	-	1% (0,1-4)	8% (3-20)	-	-	-
	Gentamicine	-	-	-	-	-	-	-	1% (0,2-5)	1% (0,2-5)



vereniging van specialisten
ouderengeneeskunde

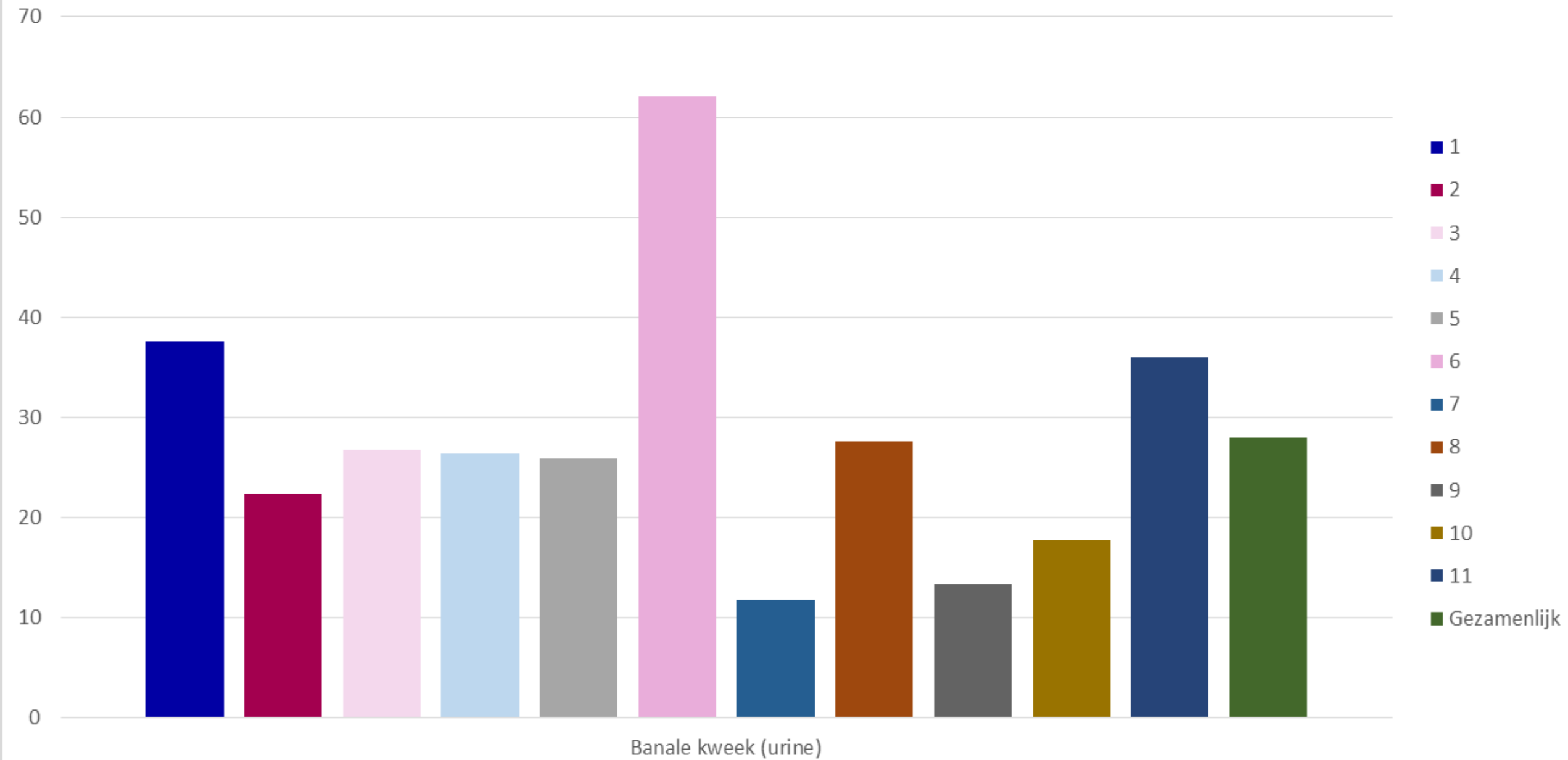
Zorg voor inzicht in lokale resistentiecijfers met hulp van het medisch microbiologische laboratorium.

Lokale variatie

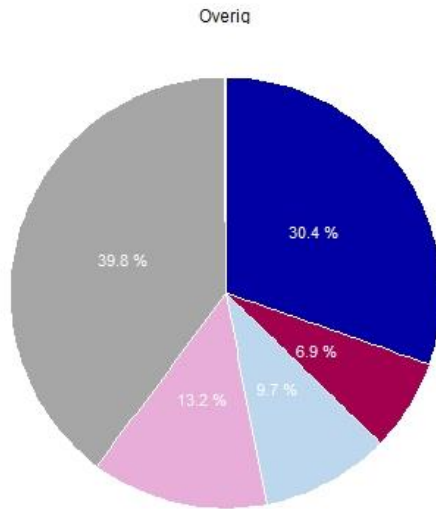
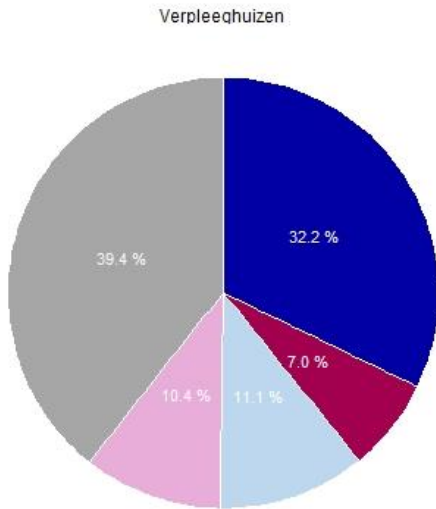
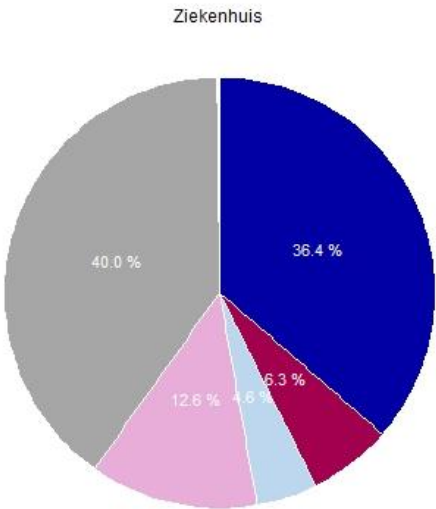
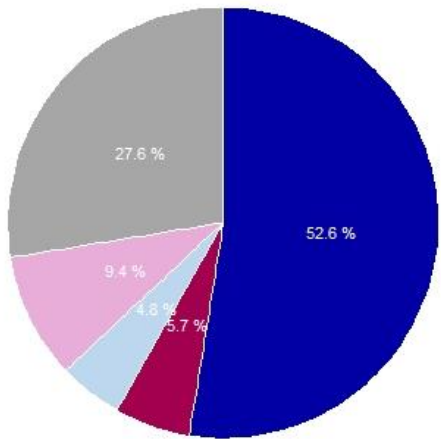
Antibioticaresistentie wordt in belangrijke mate gedetermineerd door antibiotische consumptie. Er is dan ook een duidelijke variatie in resistentie tussen instellingen en zelfs afdelingen binnen instellingen omdat populaties en voorschrijfgedrag verschillen (Hasper, 2012; Friedmann, 2003)

Voor veel microbiologische laboratoria zal het mogelijk zijn lokale resistentie data aan te leveren. Het zal hier dan echter vaak wel gaan om een geselecteerde patiëntenpopulatie waarbij empirische therapie gefaald heeft.

aanvragen per 1.000 patienten
(aanvragen/praktijkgrootte)

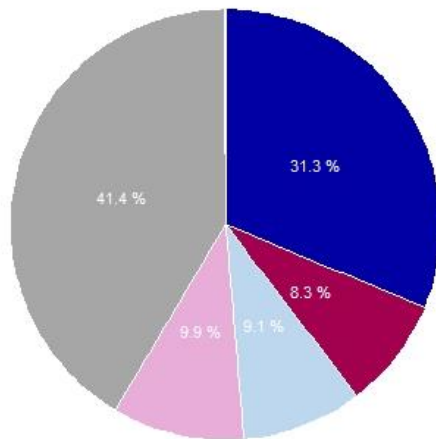
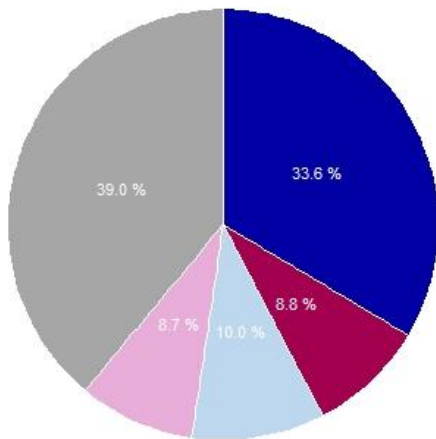
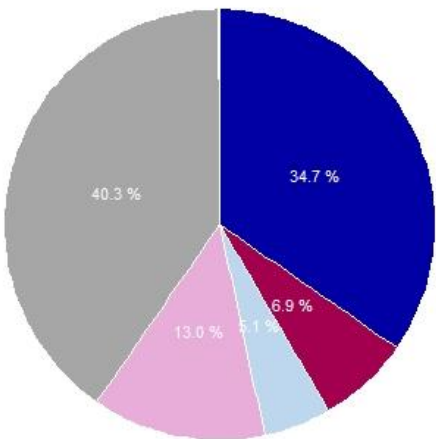
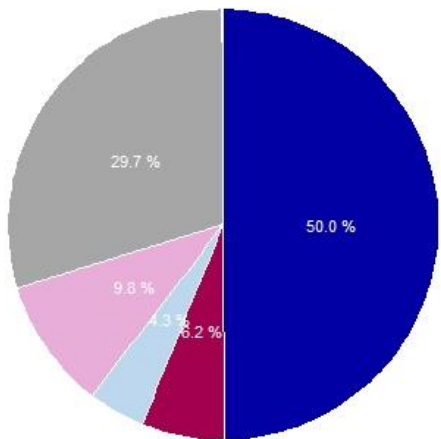


Micro-organismen verdeling urinekweken



2018

- Micro-organisme groep
- E. coli
 - K. pneumoniae
 - P. mirabilis
 - Enterobacterales overig
 - Overig



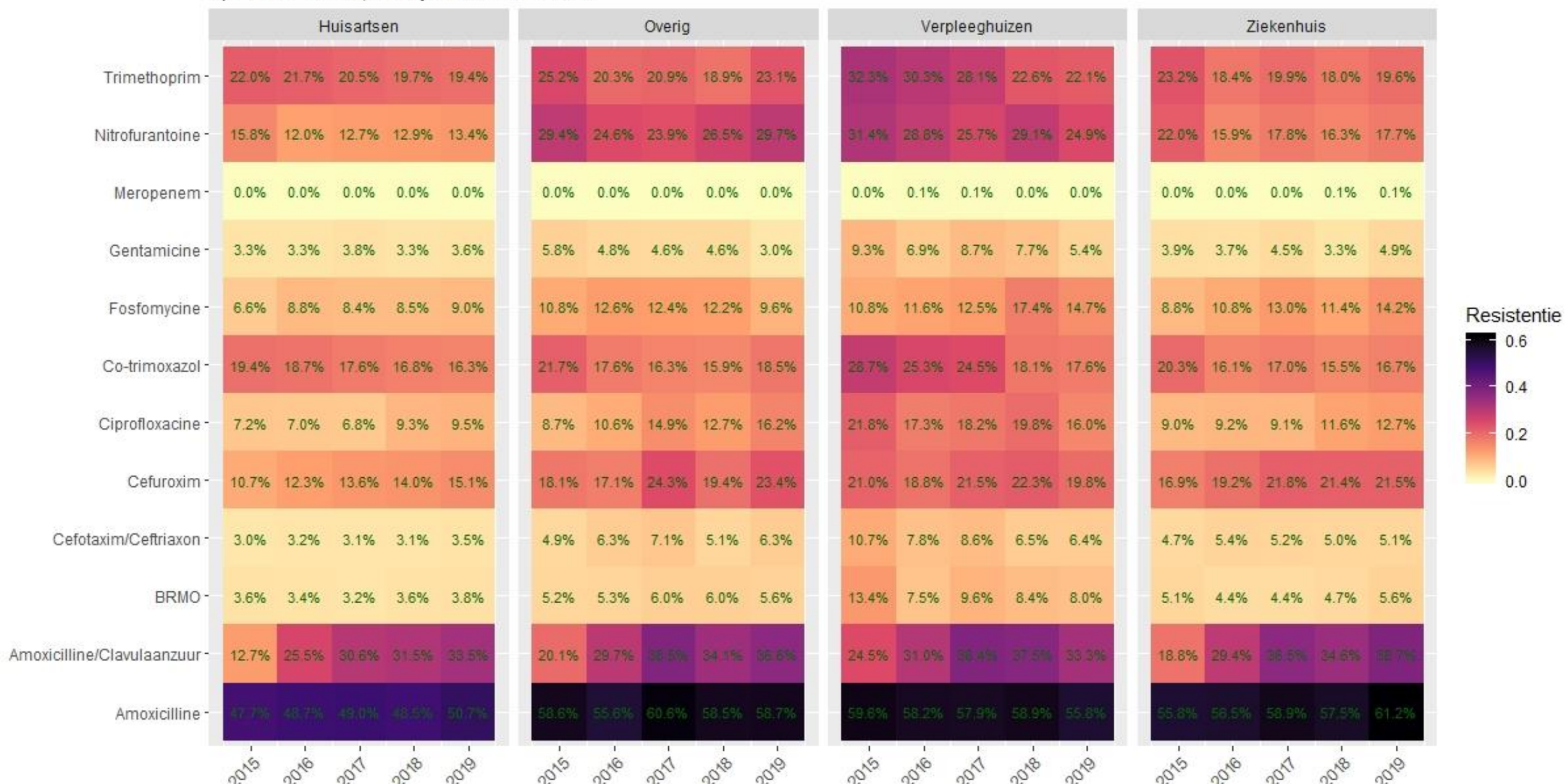
2019

Resistentieoverzichten – REGIONAAL

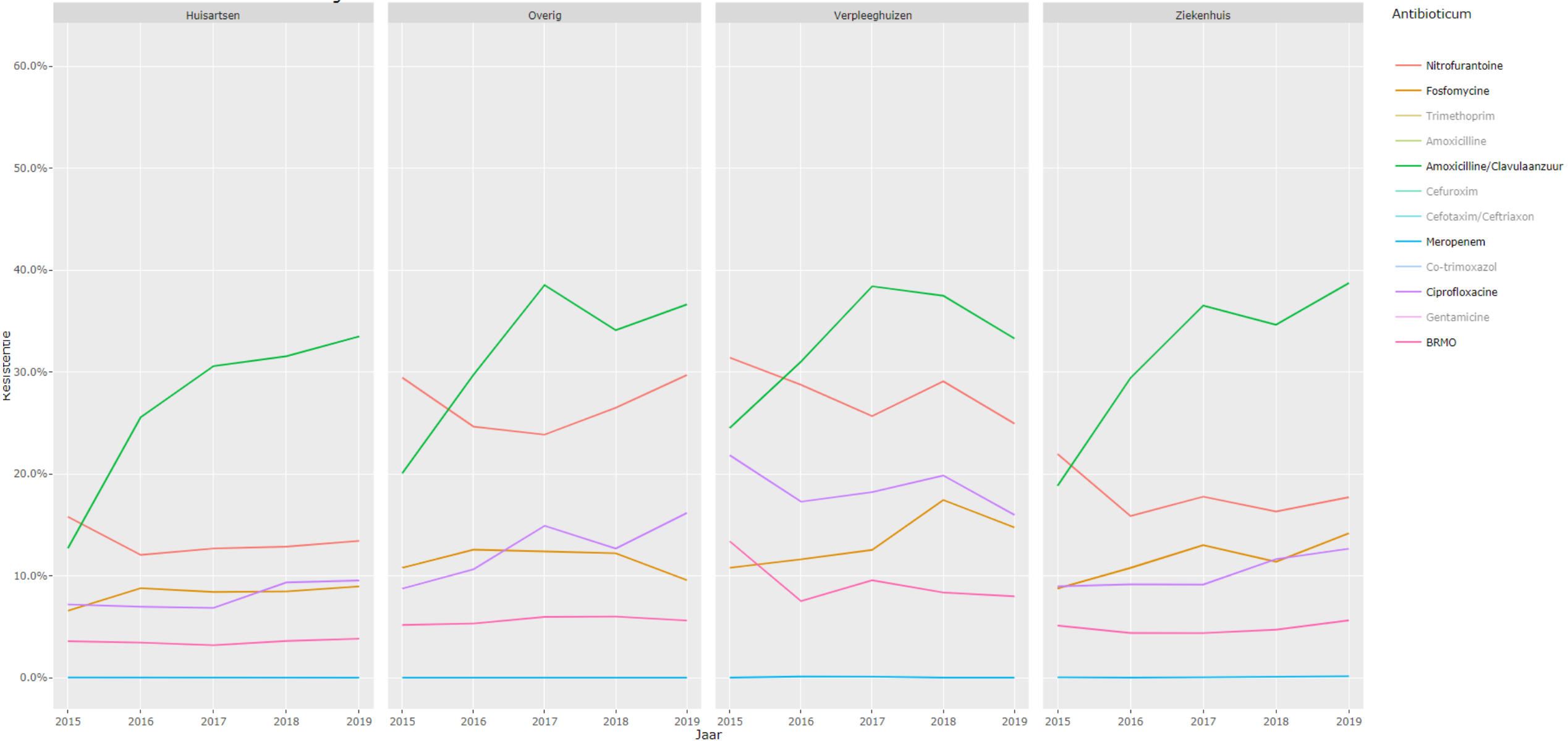
Urine *Enterobacterales*

ABR in Enterobacterales uit urine Regionaal

Specimen = Urine, Family = Enterobacterales

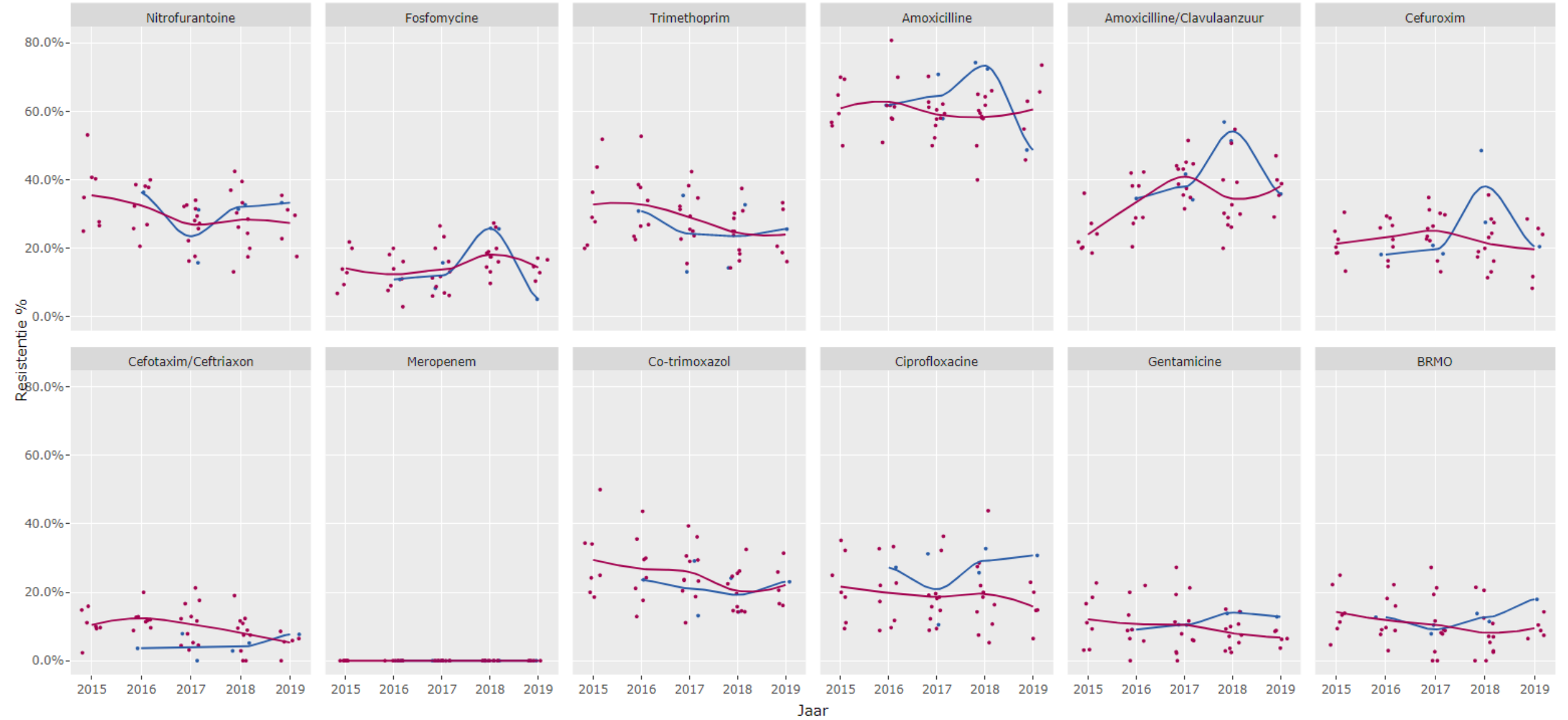


ABR in Enterobacterales uit urine Regionaal



Selecteer een verpleeghuis

ABR in Enterobacterales uit urine per verpleeghuis



Resistentieoverzichten – verpleeghuizen

Urine *Enterobacterales*

	Regio 2018	2015	2016	2017	2018	Vershil met regio
ESBL	3,6%	15,7%	12,8%	17,0%	9,7%	6,1%
Gentamicine	4,0%	19,6%	19,5%	17,0%	14,0%	10,0%
Ciprofloxacine	14,6%	45,1%	38,1%	37,8%	39,0%	24,3%
Co-trimoxazol	19,3%	40,6%	43,3%	34,9%	23,8%	4,4%
Meropenem	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%	0,2%
Cefotaxim/ceftriaxon	4,6%	15,4%	14,6%	18,7%	11,1%	6,5%
Cefuroxim	16,2%	24,8%	23,8%	31,4%	29,4%	13,2%
Amoxi/Clav	33,9%	26,6%	38,1%	49,1%	44,3%	10,4%
Amoxicilline	51,6%	62,2%	61,0%	62,7%	62,7%	11,1%
Trimethoprim	22,8%	44,1%	50,3%	38,8%	27,5%	4,7%
Fosfomycine	9,7%	9,4%	14,9%	13,0%	18,3%	8,6%
Nitrofurantoine	15,2%	31,1%	29,0%	27,5%	28,2%	13,0%

Belangrijk voor interpretatie:

Wat is het huidige kweekbeleid?

Wat is het huidige antibioticaformularium?

Resistentieoverzichten

Urine *Enterobacterales*

	Regio 2018	2015	2016	2017	2018	Verschil met regio
ESBL	3,6%	15,7%	12,8%	17,0%	9,7%	6,1%
Gentamicine	4,0%	19,6%	19,5%	17,0%	14,0%	10,0%
Ciprofloxacin	14,6%	45,1%	38,1%	37,8%	39,0%	24,3%
Co-trimoxazol	19,3%	40,6%	43,3%	34,9%	23,8%	4,4%
Meropenem	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,2%	0,2%
Cefotaxim/ceftriaxon	4,6%	15,4%	14,6%	18,7%	11,1%	6,5%
Cefuroxim	16,2%	24,8%	23,8%	31,4%	29,4%	13,2%
Amoxi/Clav	33,9%	26,6%	38,1%	49,1%	44,3%	10,4%
Amoxicilline	51,6%	62,2%	61,0%	62,7%	62,7%	11,1%
Trimethoprim	22,8%	44,1%	50,3%	38,8%	27,5%	4,7%
Fosfomycine	9,7%	9,4%	14,9%	13,0%	18,3%	8,6%
Nitrofurantoine	15,2%	31,1%	29,0%	27,5%	28,2%	13,0%

Middel	Aant	Percenta
Nitrofurantoine	567	25,2%
Ciprofloxacin	494	21,9%
Amoxicilline/clavulaanzuur	388	17,2%
Amoxicilline	199	8,8%
Flucloxaciline	145	6,4%
Fosfomycine	105	4,7%
Trimethoprim	101	4,5%
Doxycycline	79	3,5%
Cotrimoxazol	62	2,8%
Clindamycine	39	1,7%
Metronidazol	14	0,6%
Fluconazol	9	0,4%
Azitromycine	8	0,4%
Clarithromycine	8	0,4%
Itraconazol	7	0,3%
Cefuroxim	6	0,3%
Ceftriaxon	4	0,2%
Cefotaxim	3	0,1%
Colistine	3	0,1%
Ceftazidim	2	0,1%
Feneticilline	2	0,1%
Dapson	1	0,0%
Levofloxacin	1	0,0%
Linezolid	1	0,0%
Meropenem	1	0,0%
Minocycline	1	0,0%
Voriconazol	1	0,0%
Totaal	2251	

Bijgevoegd de antibiotica
voorschriften uit 2018 tbv het FTO
LWI en UWI

Groeten,
Apotheker Ouderenzorg



Belangrijk voor interpretatie:

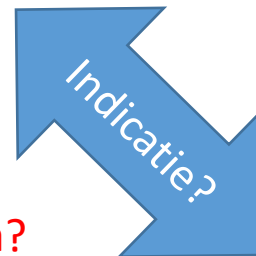
Wat is het huidige kweekbeleid?

Wat is het huidige antibioticaformularium?

Passen we ons formularium aan op basis van deze data?

Passen we ons kweekbeleid aan op basis van deze data?

Over een jaar evalueren we de resultaten weer!



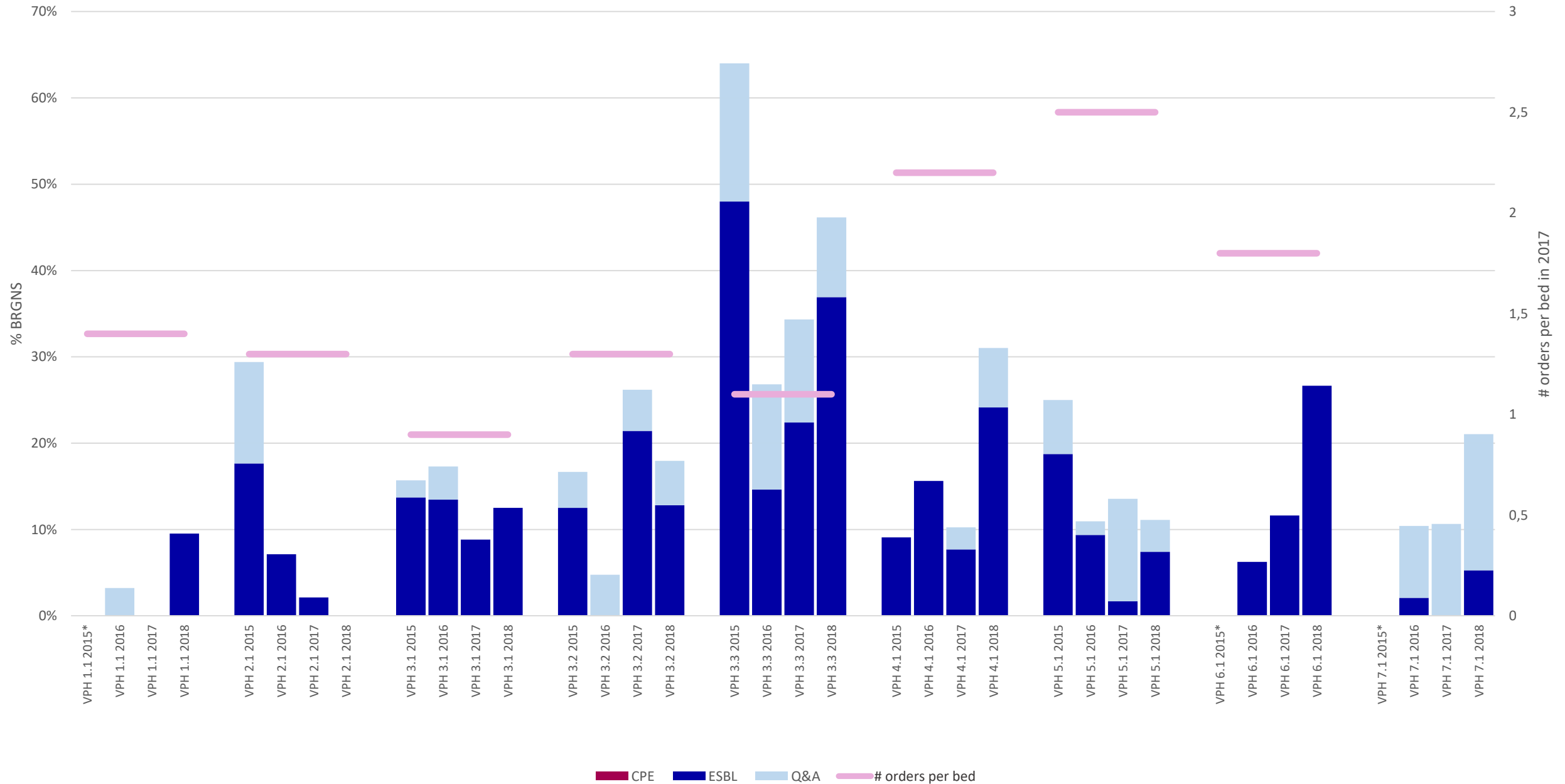
Discussie

- Potentieel veel waarde in lokale data
- Spiegelgesprekken (DTO/FTO) doe je op lokaal niveau met lokale data
- Welke mate van aggregatie is voldoende voor het ABR zorgnetwerk?
- Meerdere mogelijkheden voor delen van data op lokaal en regionaal niveau

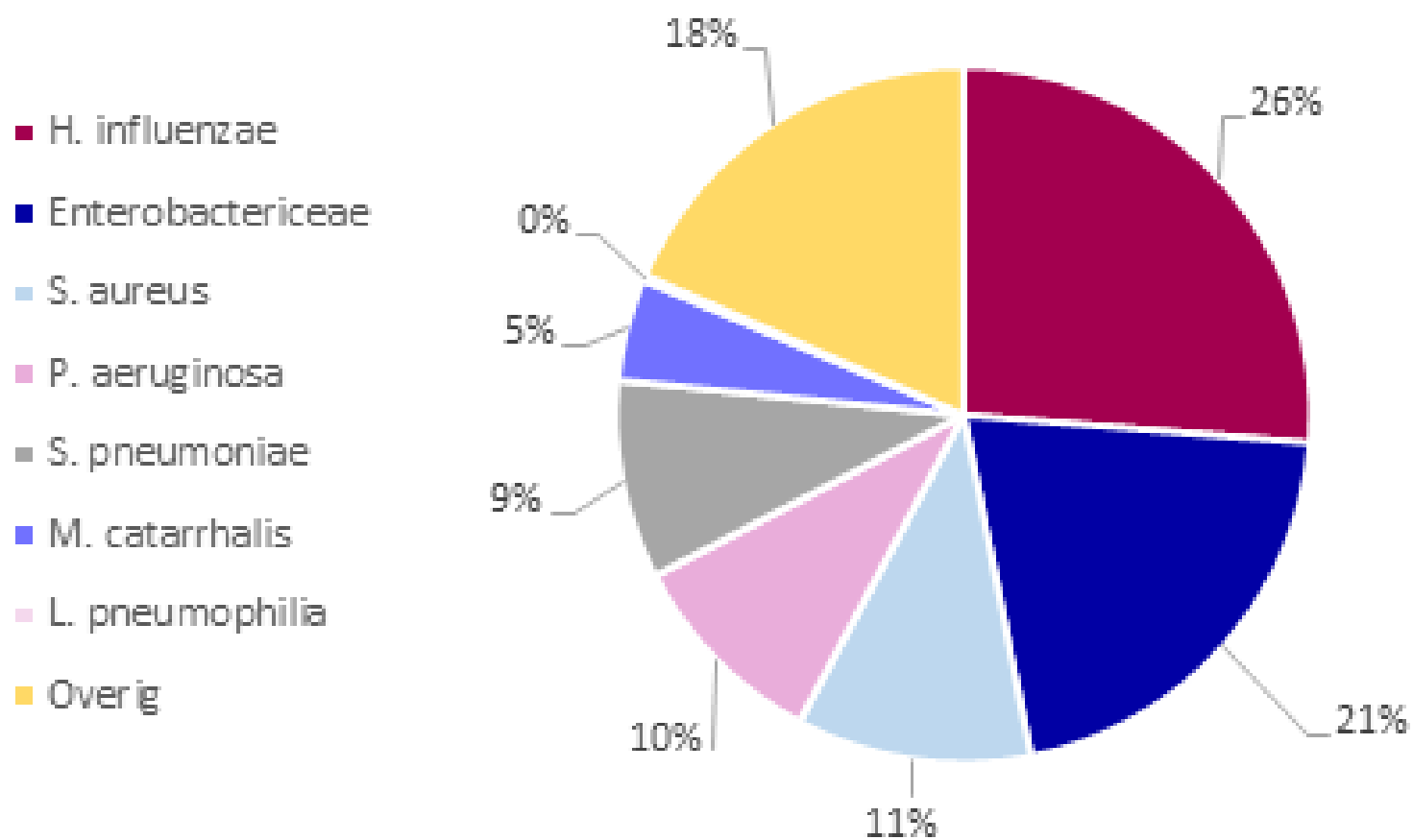
% BRGNS (t.o.v. Enterobacterales) per verpleeghuislocatie

(selectie: locaties > 30 Enterobacterales; eerste isolaat)

* Geen data



Verwekkers respiratoir regio (totaal) 2018





Antibiotic Stewardship (AMS) in verpleeghuizen: beide regio's belicht

27-01-2020

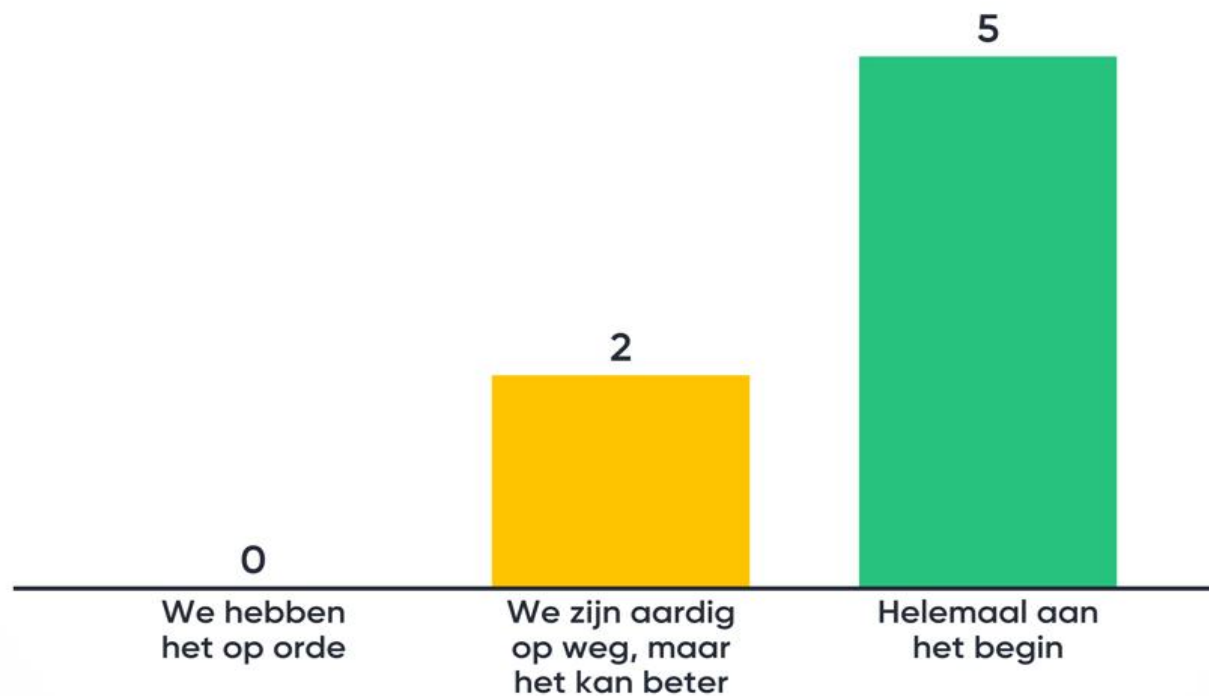
Sandra Bernards (arts microbioloog LUMC)

Hanneke Geluk (specialist ouderengeneeskunde LUMC / Topaz)

Marleen Rijnveld (projectleider formulariumtraject)



Waar staat jouw organisatie mbt AMS?



 7

Bijeenkomst zorgnetwerk ABS 7 November 2019, Leiden

AMS: wat en waarom?



Toename van BRMO

Afname beschikbare orale antibiotica

→ kwaliteit van leven, kosten, toekomst

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

1. Verantwoord
antibioticagebruik

2. Hygiëne en infectiepreventie

- Basishygiëne
- Opsporen van BRMO
- Voorkomen van verspreiding
BRMO



HANDLEIDING

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP BINNEN DE VERPLEEGHUISZORG

Handleiding AMS



RANDVOORWAARDEN

Draagvlak bij alle betrokkenen

Tijd en geld

Organisatiestructuur ingericht met:

- Infectiecommissie
- A-team / projectteam
- Vakgroep specialisten ouderengeneeskunde (FTO)

Handleiding AMS



KERNACTIVITEITEN BIJ INRICHTEN ABS - programma

A-team/projectteam: SO, apotheker, arts-microbioloog

Farmacotherapeutisch overleg (FTO)

Scholing verzorgenden / verpleegkundigen

- Basishygiene, beschermende maatregelen, BRMO uitbraakmanagement
- Richtlijnen urineweginfecties en lage luchtweginfecties

het FTO



DOELEN

1. Draagvlak creëren
2. Formularium aanpassen aan resistentiecijfers en richtlijnen
3. Voorschrijfgegevens spiegelen aan formularium

UITDAGINGEN

- Indicatie vermelden in voorschrijfsysteem
- Klopt de indicatie?

Handmatig checken van de indicatie

	0) Uw code:	Eric	
	1) Geslacht patient:		
☒	Man		FOUT! Man en vrouw tegelijk.
☒	Vrouw		
	2) Indicatie:		
☒	Urineweginfectie: ga door naar vraag 3.		FOUT! Twee antwoorden tegelijk.
☒	Anders dan urineweginfectie: u hoeft het formulier niet verder in te vullen		
	3) Catheter à demeure in situ?:		
☒	Ja		FOUT! Ja en Nee tegelijk.
☒	Nee		
	4) Welk antibioticum?:		
☒	Nitrofurantoin		
☒	Fosfomycine		
☒	Ciprofloxacin		
☒	Trimethoprim		
☒	Cotrimoxazole		
☒	Augmentin		
☒	Anders: vul in:	chloramfenicol	
	5) Klachten/symptomen:		
☒	Dysurie		

Aan de slag!



Waar begin jij...?

Randvoorwaarden...

Overleg SO, apotheker, arts-microbioloog...

Farmacotherapeutisch overleg (FTO)...

Scholing...



Nettie Verduijn
Hanneke Geluk
specialisten ouderengeneeskunde

nverduijn@ziggo.nl
h.j.geluk-jongerman@lumc.nl

Sandra Bernards
arts-microbioloog

a.t.bernards@lumc.nl

E-mail abr@ggdhm.nl

Website <https://abrhollandwest.nl>



Samenwerking in aanpak MRSA

Beke Schubert, internist-infectioloog, LUMC

Wat zijn BRMO's?



BRMO = bijzonder resistente micro-organismen

Definitie RIVM:

Een BRMO is resistent tegen de 1^e keuze antibiotica
of tegen meerdere groepen antibiotica

Meest voorkomende BRMO's

HUD

MRSA

Methicilline-resistente *Staphylococcus aureus*

Search & Destroy

DARMBACTERIËN

VRE

Vancomycine-resistente
Enterokokken

ESBL

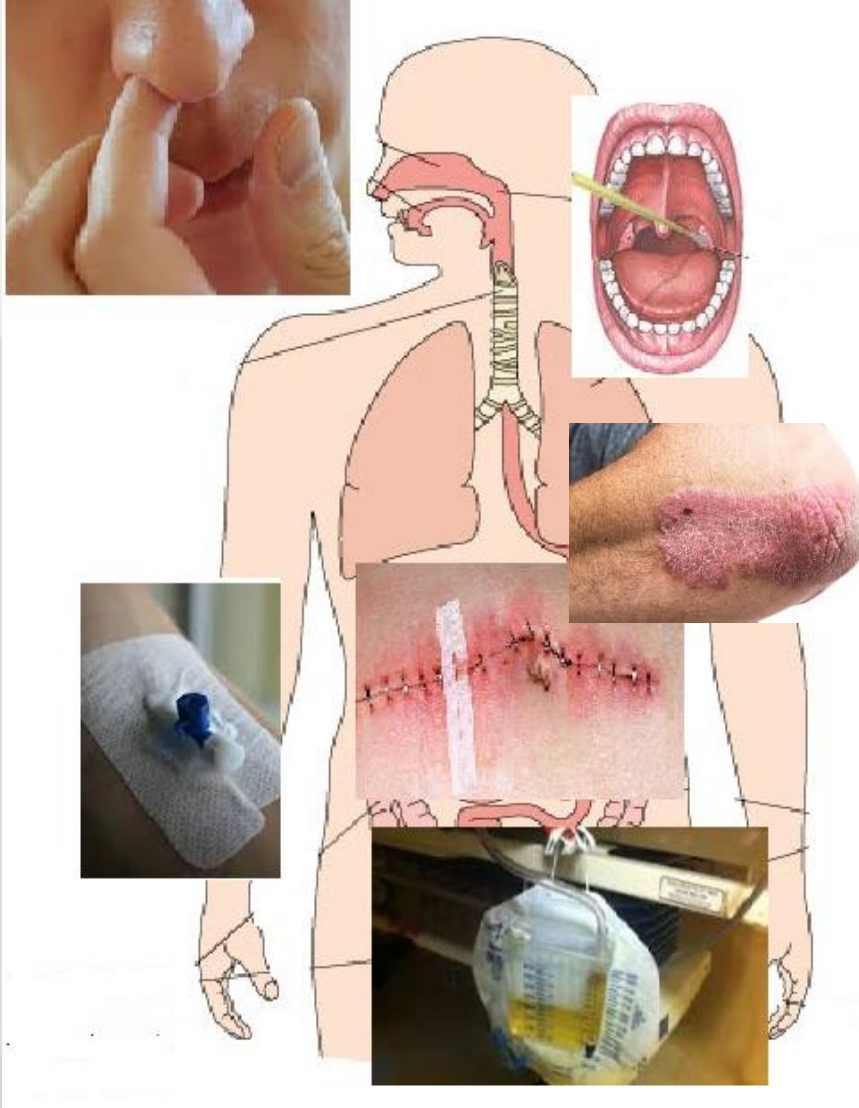
Extended-spectrum betalactamase-producerende
Enterobacteriaceae

CPE/CRE

Carbapenemase-producerende/resistente
Enterobacteriaceae

Voorkom verspreiding

MRSA op het lichaam



- Dragerschap $\neq$ Infectie
- Afname inventarisatie- en controlekwaken:
 - Neus
 - Keel
 - Perineum
 - Evt. huidlaesies
 - Evt. urine bij CAD

MRSA-dragerschap

In Nederland:

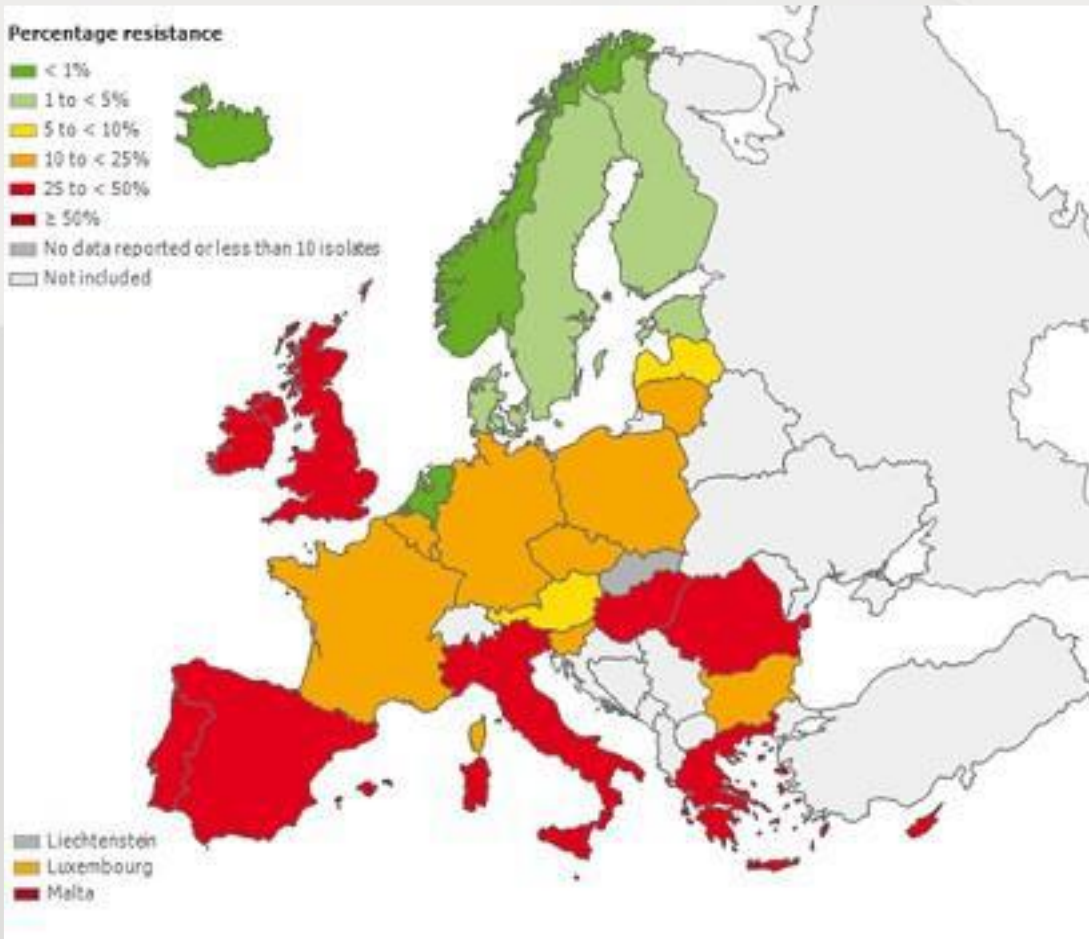
<1% van algehele bevolking is MRSA-drager

- 0.2% versus 0.4% in verpleeghuizen
- Patiënten in Nederlandse ziekenhuizen 1.2%

Referentie RIVM/LCI-richtlijn



MRSA – search and destroy



1. Screening op MRSA bij verhoogd risico:

- Behandeling buitenlands ziekenhuis
- Contact met MRSA-drager
- Contact met varkens/vee

2. Als MRSA-positief:

- Infectiepreventie-maatregelen
- Eradicatie behandeling

Eradicatie MRSA-dragerschap gecompliceerd versus ongecompliceerd



Ongecompliceerd uitsluitend in de neus EN

- Geen actieve infectie
- Geen actieve huidlaesies
- Geen lichaamsvreemd materiaal
- Gevoelig voor mupirocine neuszalf
- Geen eerder gefaalde eradication behandeling

Alle andere gevallen:
**Gecompliceerd MRSA -
dragerschap**

Behandeling bij beiden:

5 dagen schema met:

- neuszalf
- wasinstructies
- extra hygiëne-
maatregelen



+ ANTIBIOTICA

Maar hoe moet het in andere zorginstellingen?



“SEARCH”

1. Stel de MRSA-status cliënt vast
2. Registreer diagnose in cliënt dossier
3. Informeer cliënt (en medewerkers)

“DESTROY”

1. Neem maatregelen verspreiding te voorkomen
2. Behandel dragerschap (eradicatie)
3. Controleer effect behandeling

“SEARCH”: MRSA-status cliënt



- **Of reeds bekend:** overdracht verwijzer
 - actief navragen status bij opname
- **Of inschatting:** Wie heeft risico op MRSA?

Hoog risico:

- Opname buitenlandse ziekenhuis*
- Opname uit instelling met uitbraak MRSA*
- Eerder op één kamer met onverwacht MRSA-drager
- Contact met varkens (vee)

Matig verhoogd risico:

- 1^e jaar na succesvolle behandeling MRSA-dragerschap



Stel diagnose: **Afname inventarisatiekwaken**

“DESTROY”

Neem maatregelen tegen verspreiding:



Bij bewezen MRSA-status (of hoog risico):

1. 1 persoons kamer (of cohort verpleging)
Beschermende maatregelen medewerkers
(masker, handschoen, kleding)
Opnames uitstellen?
2. Bij overplaatsing: overdracht MRSA-status (ook aan ambulance!)
3. Dragerschap-behandeling (eradicatie)

Medewerker

Wie heeft risico op MRSA?

- Contact met MRSA-drager
- Gewerkt in buitenlands ziekenhuis

Maatregelen

- Stel diagnose: **Afname inventarisatiekwaken**
- Beperking werkzaamheden volgens WIP richtlijn
- Dragerschap-behandeling (eradicatie)



Controle kweken na eradicator



	Aantal controle kweken	Tussenpoos	Actie bij negatieve uitslag
MRSA	3x keel/ neus/ perineum	7 dagen	- ontlabe de cliënt - isolatiemaatregelen opheffen

Vervolg: 1x controle kweken na 2 maanden en 1 jaar

Onverwacht MRSA positieve cliënt



- Inventarisatiekweken van alle cliënten van de afdeling en bij alle medewerkers die onbeschermd in contact zijn geweest.

Wees voorbereid!

- Vraag vroegtijdig en laagdrempelig om hulp:
 - DIP
 - GGD
 - MRSA polikliniek/behandelaren in de regio
- Crisisteam nodig?
Informeer op tijd de juiste personen/functionarissen:
 - DIP, manager, leidinggevend zorgpersoneel, specialist ouderengeneeskunde

MRSA-draaiboek voor elke instelling

MRSA netwerk

– onderdeel van Zorgnetwerk Holland West



www.mrsanetwerk.nl

- **Informatie voor cliënten:** download informatiefolders in meerdere talen
- **Vragen stellen:** mogelijkheid voor cliënten en betrokkenen per email vragen in te sturen
- **Alle actuele richtlijnen**
- **Contactgegevens:** MRSA poliklinieken/behandelaren in de regio
- **Stappenschema:** Welke acties nodig bij nieuwe cliënt met MRSA



[Home](#) > [Voor zorgverleners](#) > [Nieuwe patiënt met MRSA](#) > [Ik ben arts in een zorginstelling](#)

Voor zorgverleners

Nieuwe patiënt met MRSA >

[Ik ben huisarts](#) >

[Ik ben arts in een ziekenhuis](#) >

[Ik ben arts in een zorginstelling](#) >

[Ik ben verpleegkundige/verzorgende](#) >

[Wanneer moet de GGD geïnformeerd worden?](#) >

[Landelijke protocollen](#) >

Ik ben arts in een zorginstelling

Als arts van een patiënt bij wie MRSA is vastgesteld adviseren wij u de volgende acties:

+ Registratie MRSA-dragerschap status

+ Communicatie MRSA-status

+ Infectiepreventiemaatregelen rond MRSA

+ Behandeling van MRSA

+ Gecompliceerd en ongecompliceerd MRSA-dragerschap

• Sc

Contactinformatie regio Rotterdam

- Het **MRSA-team in het Maasstad Ziekenhuis** bestaat uit:
 - Jan den Hollander, Rachida El Moussaoui (beiden infectioloog),
 - Marjolein Damen (microbioloog),
 - Conny van Hulst (doktersassistente)
- **Verwijscriteria:** falen na eerste behandeling elders, persisterende infectie, MRSA positief zorgpersoneel en familie/ huisgenoten
- **Verwijsbrief ZD naar:** interne poli mvv MRSA-poli MSZ of via 010-2912044 (C. van Hulst)
- De wachttijd is max. 5 werkdagen

Take home message

“Search & Destroy” ook in het verpleeghuis!

- Documenteer en communiceer
- Wees voorbereid: zorg voor draaiboek; ken je contacten

Het blijft teamwerk – vraag laagdrempelig hulp erbij!

Voor vragen of opmerkingen:

www.mrsanetwerk.nl

Stel een vraag





Antibiotica-allergie

In de dagelijkse praktijk

Merel Lambregts, Internist-infectioloog
LUMC/ Zorgnetwerk Holland West

Casus

- 82 jarige man, dementieel syndroom
- Pneumonie
- Allergie label: amoxicilline, uitslag.



Is het echt een allergie?

9 OUT OF 10

patients who report a penicillin allergy are not truly allergic



Evaluating your patients for true penicillin allergy means less use of broad-spectrum antibiotics and giving your patients the best care.

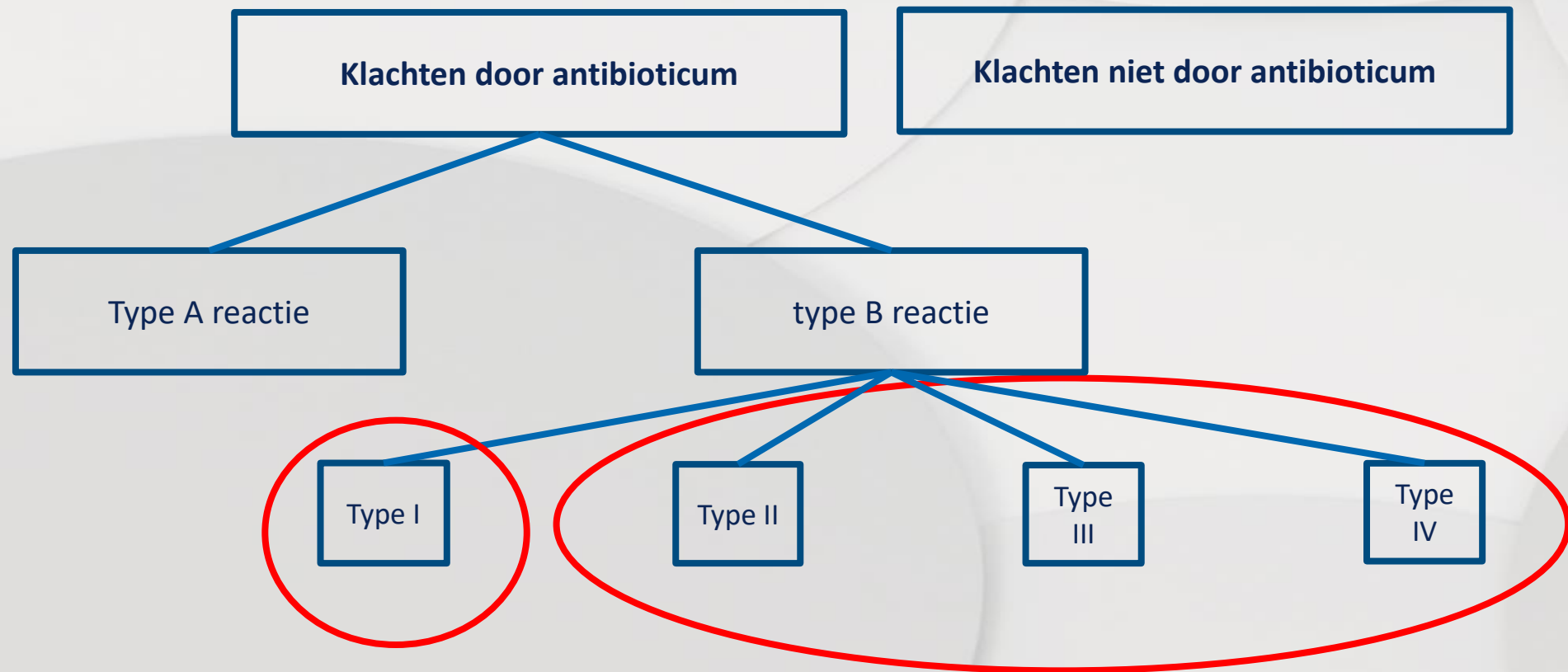


Maakt het uit?

- Meer 2e keuze antibiotica
 - Minder effectief
 - Meer bijwerkingen/interacties
 - Groter risico op toename antibioticaresistentie
- Therapeutische dilemma's



Klachten tijdens antibiotica?



Acute type

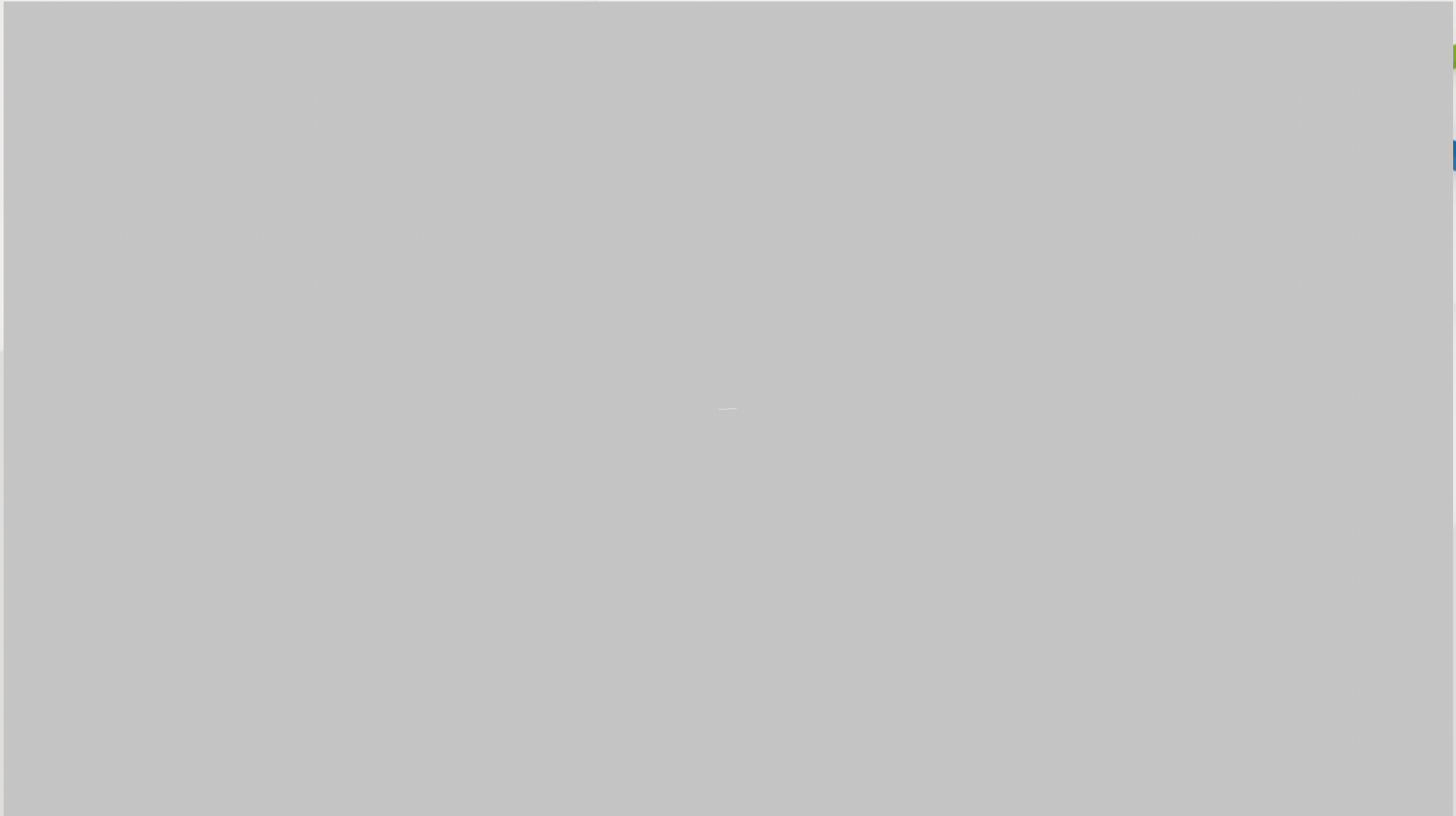
Vertraagde type

Acute type

- Binnen 6 uur
- Urticaria
- Angio-oedeem
- Anafylactische shock
- Dyspnoe



Film op volgende slide



Vertraagde type

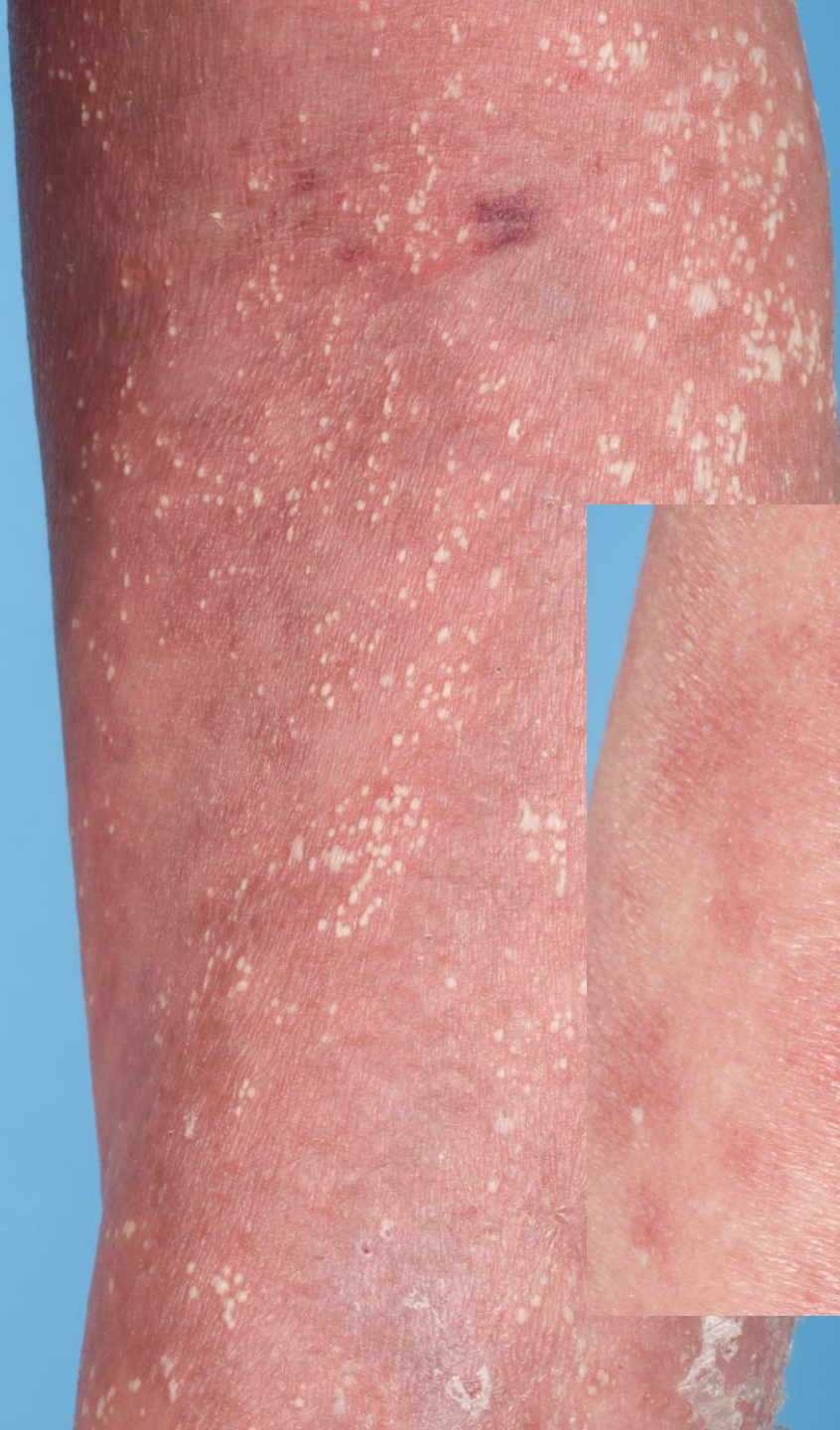
- Maculopapeleus exantheem
- Jeuk
- Bij herhaalde expositie geen toename reactie



Ernstige vertraagde reacties







Doel anamnese

1. Vertraagd versus acuut
2. Ernst van de reactie
3. Kans op herhaling

Vragen:

- Wanneer
- Tijdsbeloop
- Symptomen
- Ziekenhuisopname
- Re-expositie
- Getest?

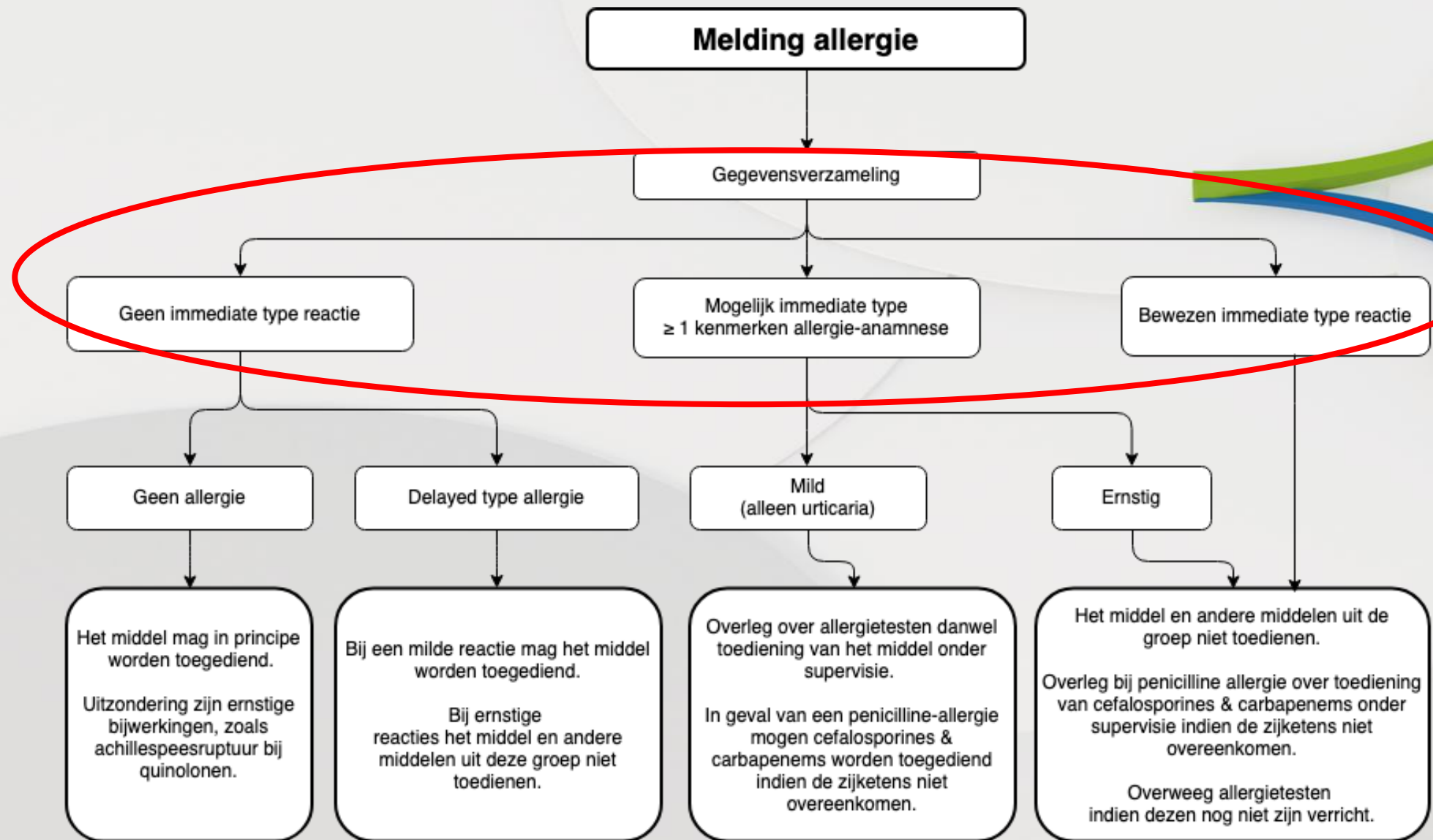


Casus

- 82-jarige man
- Dementieel syndroom
- Pneumonie
- Allergie voor amoxicilline
 - Uitslag, 12 jaar geleden

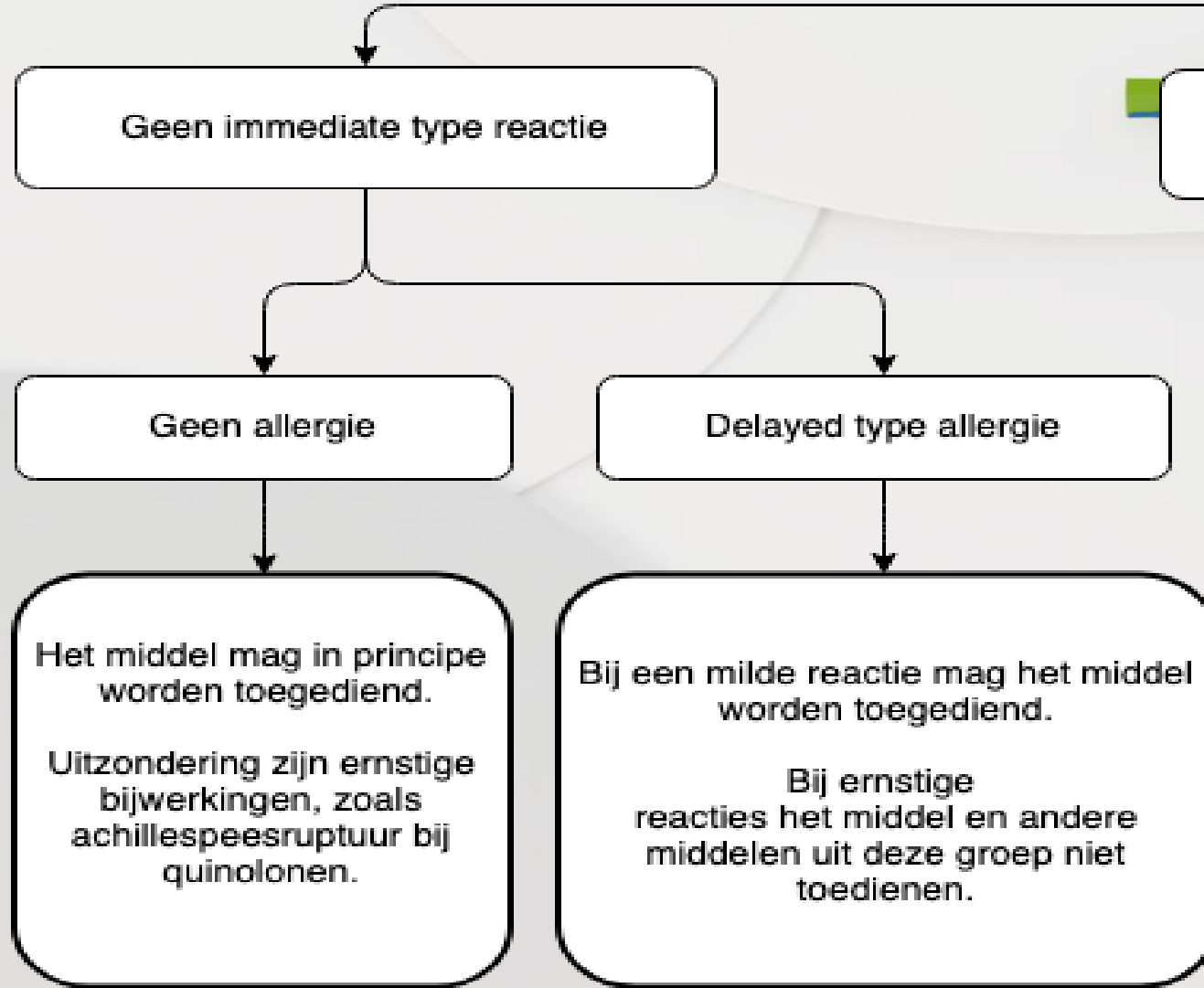
Wat schrijft u voor?

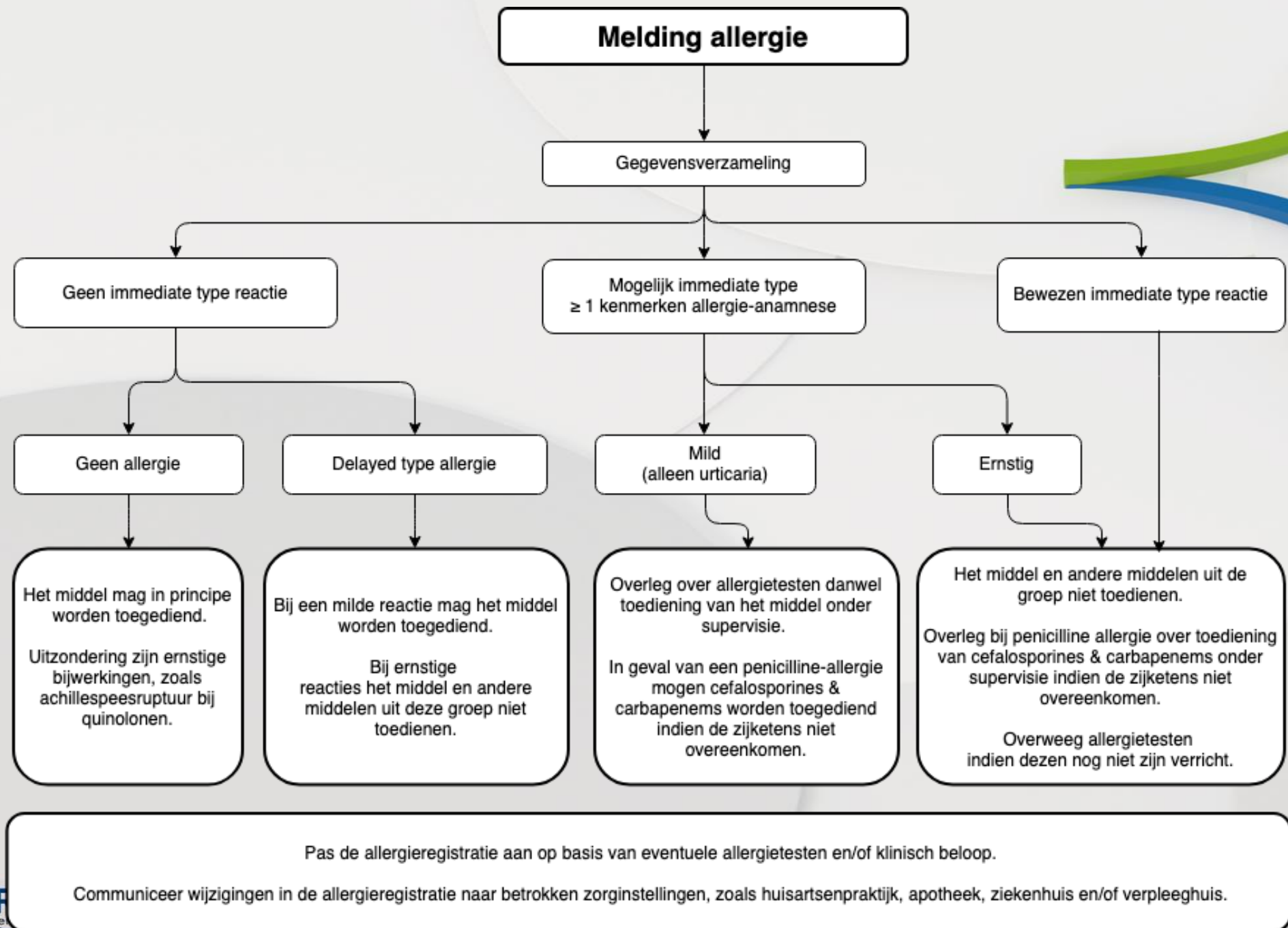




Pas de allergieregistratie aan op basis van eventuele allergietesten en/of klinisch beloop.

Communiceer wijzigingen in de allergieregistratie naar betrokken zorginstellingen, zoals huisartsenpraktijk, apotheek, ziekenhuis en/of verpleeghuis.





Registratie allergie

- Type antibioticum (specifiek)
 - Kenmerken reactie
 - Datum reactie
-
- Voorkomt problemen (elders in de keten)



Registratie & correspondentie



Actuele medicatie

labetalol tablet; 3 x per dag 100 milligram oraal

magnesiumsulf 100mg/ml 50ml injectievloeistof; volgens afspraak via perfusor 1-3 gram/uur iv

amoxicilline/clavulaanzuur tablet; 3 x per dag 1 stuk , gedurende 4 dagen ; oraal

nadroparine injectievloeistof; 1 x per dag 2850 internat.eenh. subcutaan subcutaan

paracetamol tablet; 4 x per dag 1000 milligram , gedurende 4 dagen ; oraal

naproxen tablet; 3 x per dag 500 milligram , gedurende 3 dagen ; oraal

temazepam capsule; 1 x per dag 10 milligram , gedurende 1 dagen ; oraal

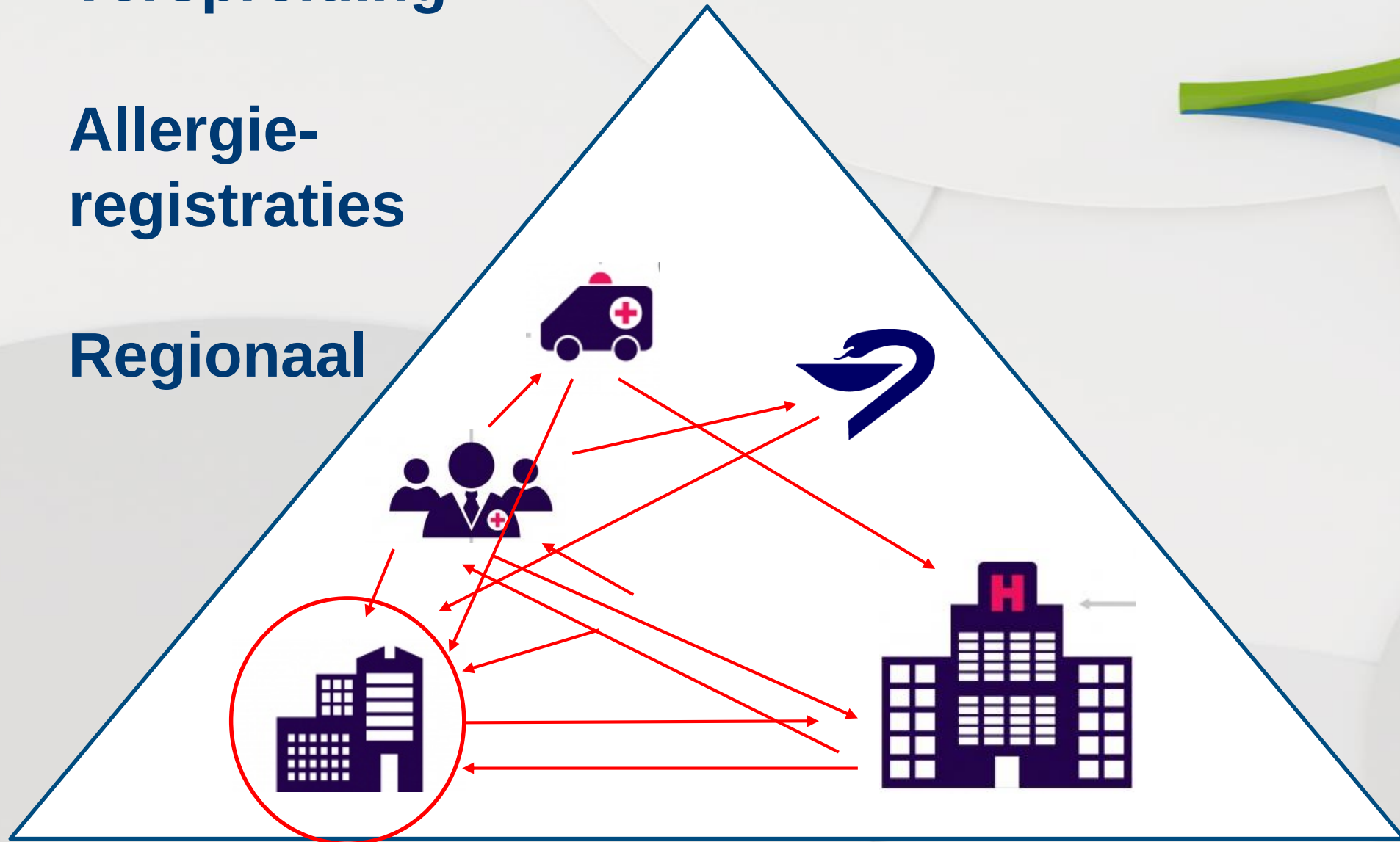
Allergieën

Penicillines.

Verspreiding

Allergie- registraties

Regionaal

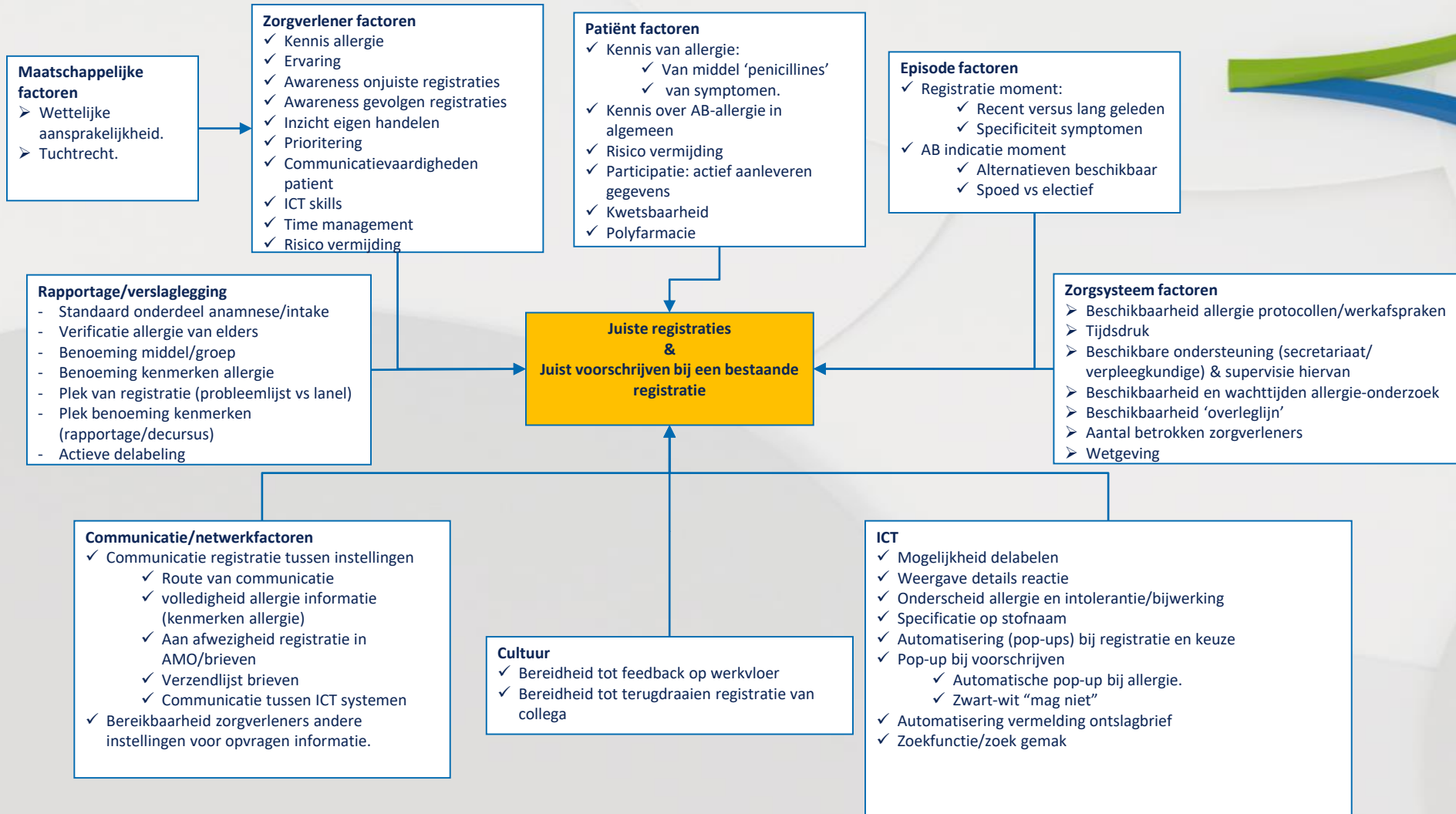


Conclusies regio

- Relevante informatie niet terug te vinden.
 - Specifieke antibioticum
 - Tijdsbeloop van klachten
 - Symptomen
- Op basis van label type allergie niet te bepalen



Hoe komt het? tussen analyse



Hoe komt het?

- Zorgverlener factoren
- Patientfactoren
- Communicatie
- ICT beperkingen
- Gebrek richtlijnen



Take-home

- Veel AB allergie registraties zijn onterecht
- Goede anamnese en goede registratie belangrijk
- Maak onderscheid tussen acuut en vertraagd type reactie en tussen mild en ernstig
- Vaak is toch mogelijk om het antibioticum te geven

Meer weten?

- Blended learning 18 februari
- Geaccrediteerde E-learning
- Zakkaart en info folders: www.abrhollandwest.nl/
- Richtlijn volgt

Contact: abr@ggdhm.nl



Transmurale communicatie BRMO

Verenso regioavond Antibiotica resistentie en infectiepreventie 27 jan'20
Nettie Verduijn, specialist ouderengeneeskunde

disclosure n.verduijn



Potentiele belangenverstrengeling	nee
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	nee
Sponsoring of onderzoeksgeld	nee
Honorarium of andere (financiële) vergoeding	nee
Aandeelhouder	nee
Andere relatie, namelijk	nee

Transmurale communicatie BRMO:



Communicatie in de keten op cliëtniveau
over al dan niet aanwezigheid van een BRMO

Transmurale communicatie over BRMO:



Gaat dit vanzelfsprekend goed??

Doel van transmurale communicatie



- optimaliseren van de communicatie en informatievoorziening in de keten
- verankeren van de informatieoverdracht bij verplaatsing van patiënten in de regio.
- borgen van de informatievoorziening aan de patiënt

Zorgketen

- Microbiologische laboratoria
- Eerste lijn
huisartsen (post), thuiszorg
- ZH-en zorginstellingen
poli klinieken, particuliere klinieken
- Revalidatiecentra
- Ambulancevervoer
- GGD

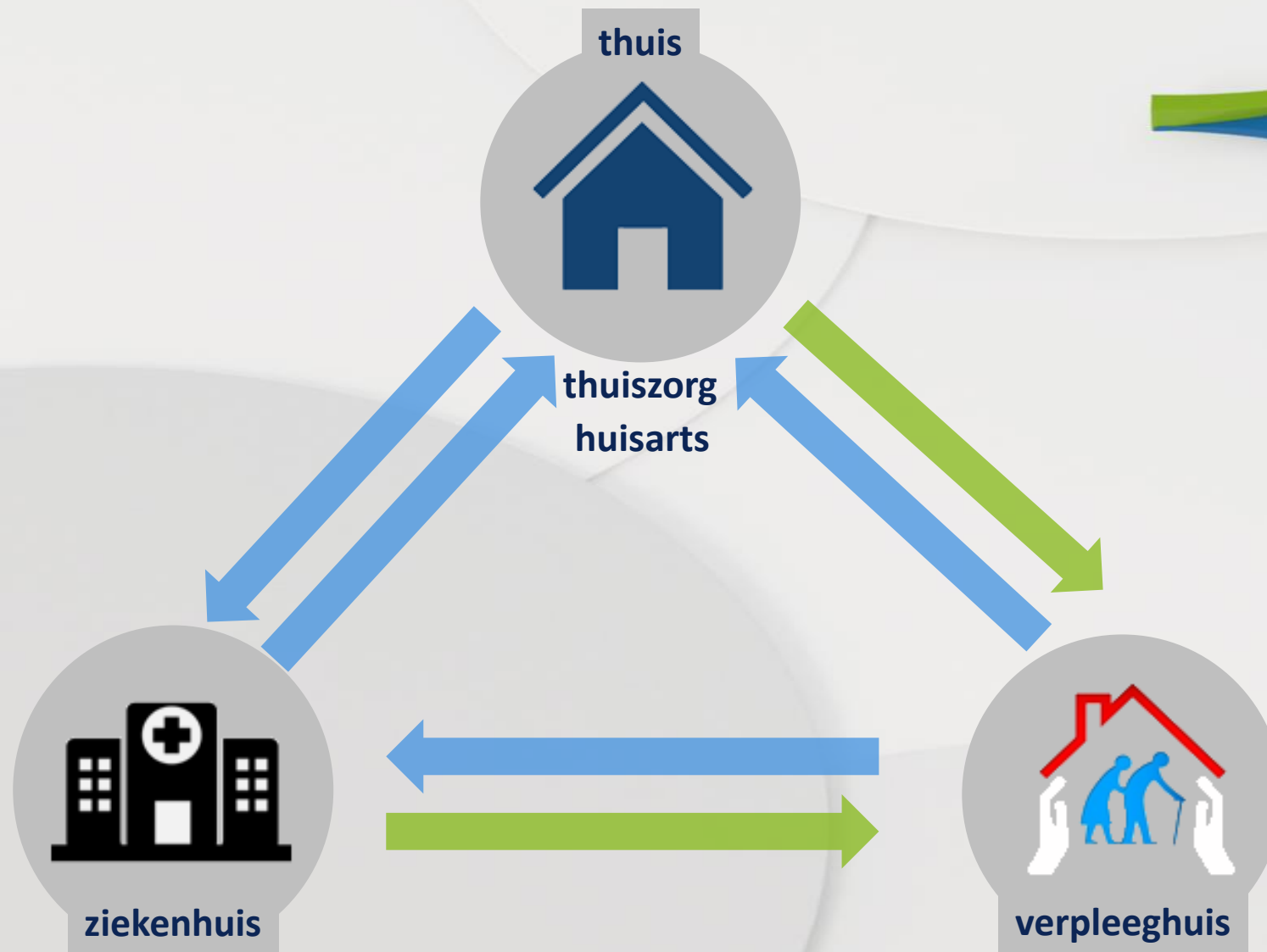


rollen/ verantwoordelijkheden



Er is altijd een **zender en een ontvanger**, beide hebben de plicht om alert te zijn bij overplaatsing

De ontvanger vraagt dan ook actief naar de BRMO-status



rollen / verantwoordelijkheden



Arts-microbioloog:

Geeft een positieve eerste bevinding liefst telefonisch door aan de aanvrager

rollen/ verantwoordelijkheden



Aanvrager (arts/v.s):

- informeert de patiënt
- reikt patiëntenfolder uit
- maakt aantekening in dossier (label)
- stelt hygiëne maatregelen vast
- voert evt vervolgweken uit
- vermeldt de BRMO-status in ontslagbrief

rollen/ verantwoordelijkheden



Verpleegkundige:

- vermeldt BRMO in verpl overdracht
- vermeldt tevens evt uitbraak, ongeacht BRMO-status van de patiënt
- informeert z.n. de ambulancemedewerker al bij de aanvraag

rollen/ verantwoordelijkheden



Transfermedewerker:

- vermeldt BRMO in overdrachtsformulier

Screening bij opname vanuit huis:



- Bent u korter dan twee maanden geleden in een buitenlandse zorginstelling geweest waarbij u er langer dan 24 uur bent verpleegd? (nb voor MRSA: zie de uitgebreidere vragen in het MRSA- protocol).
- Bent u afkomstig uit een zorginstelling waar een MRSA of BRMO uitbraak heerst?
- Woont of werkt u in de thuissituatie met levende varkens / vleeskalveren / vleeskuikens?
- Heeft u zelf een BRMO?
- Heeft u, uw naaste familie of partner de MRSA bacterie?
- Bent u het afgelopen jaar woonachtig geweest in een asielzoekerscentrum (AZC)?

Rollen/verantwoordelijkheden



Patiënt:

- Zorg dat de patiënt goed op de hoogte is van zijn BRMO, door mondelinge en schriftelijke informatie.
- Wijs hem er op dat hij de brief met de BRMO info steeds bij zich heeft bij bezoek aan ZH/arts

Aanvullende rol s.o. / v.s.



- Beoordeelt of het proces van zenden en ontvangen t.a.v. BRMO goed geregeld is
- Stelt omissies aan de orde zowel bij eigen instelling als bij de burens

knelpunten



- Uitslag is bekend pas na ontslag patiënt
- Ontslag locatie wordt niet vermeld
- Uitbraak is niet bekend bij ontvangende instelling
- Transferdocument wordt als leidend beschouwd

Knelpunten - vervolg



- Geen automatische vulling van overdracht
- Overdrachtsbericht is later dan de cliënt
- Ontvangende partij weet niet hoe te handelen
- Er zijn geen beschermende materialen beschikbaar
- Er is geen contract met een D.I.

Transmurale communicatie: Implementatie van afspraken



- informeren van besturen
- introduceren afspraken bij professionals
- beschikbaar stellen van informatie / folders
- borgen door infectiecommissies
- zie website abrhollandwest.nl

Transmurale communicatie



kan het vanzelfsprekend worden??



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Meldingen van BRMO- uitbraken aan het SO- ZI / AMR

Paul Bijkerk - RIVM



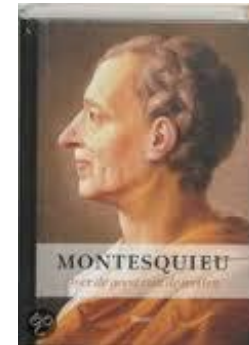
Signaleren van uitbraken in zorginstellingen

- **Doel SO-ZI/AMR**

- Vroegsignalering van uitbraken die volksgezondheid kunnen bedreigen
- Maken van een risico-inschatting
- Verloop van uitbraak volgen
- Advies geven over inschakelen externe expertise
- Waarschuwingen aan het veld afgeven

- **Het is **GEEN** taak om**

- Kwaliteit of adequaatheid van maatregelen om verspreiding binnen ziekenhuizen te voorkomen te beoordelen (IGJ)
- Direct advies te geven over de aanpak





Leden SO-ZI/AMR

- Gezamenlijk initiatief van: RIVM/Cib, NVMM, VHIG
- Deelnemers:
 - Voorzitter : Christina Vandenbroucke (NVMM)
 - Vice-voorzitter : Juliette Severin (NVMM)
 - Secretaris RIVM : Paul Bijkerk / Annelot Schoffelen (RIVM)
 - Leden van RIVM : Paul Bergervoet
: Daan Notermans
: Manon Haverkate
 - Lid VHIG (DIP) : Marije den Drijver / Monique Wooning(VHIG)
 - Lid Verenso (SO) : Desiree aan de Stegge (Verenso)



Juridische status

- Convenant ziekenhuizen (18-12-2013):
 - RIVM
 - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
 - Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Convenant verpleeghuizen (nog niet ondertekend):
 - RIVM
 - Verenso
 - Actiz



Wanneer meldingen?

Meldingscriteria zijn:

Ziekenhuizen

- › Uitbraken die de toegankelijkheid van zorg negatief beïnvloeden (of bij dreiging hiertoe). In de praktijk betekent dit melding bij (dreigende) sluiting van (een deel) van een afdeling
- › Uitbraken waarbij, ondanks ingesteld infectiepreventiemaatregelen, transmissie blijft bestaan.

Verpleeghuizen

- › Alleen uitbraken van BRMO worden gemeld. Een BRMO-uitbraak wordt als volgt gedefinieerd: 2 of meer bewoners met een fenotypisch gelijkende BRMO conform WIP-richtlijnen en epidemiologische link (in tijd, plaats, persoon). Een arts-microbioloog beoordeelt fenotypische gelijkenis op basis van resistentiepatroon.



Hoe kan gemeld worden?

- ZKH via NVMM-website: besloten deel
- VPH via RIVM:
- <https://www.rivm.nl/surveillance-van-infectieziekten/signalering-infectieziekten/signaleringsoverleg-zi-amr> of uitbraaksignalering@rivm.nl
- Via MUIZ (meldpunt GGD Rotterdam e.o.) doorgeleide van relevante meldingen

[Documenten en publicaties](#) [Onderwerpen](#) [Over RIVM](#) [Zoeken](#)

[Home](#) > [Surveillance van infectieziekten](#) > [Signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie](#)

Signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie

[← Signalering infectieziekten](#)

[Signaleringsoverleg Infectieziekten](#)

[Signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie](#)

[Signaleringsoverleg zoönosen](#)

[Inf@ct](#)

[Labinf@ct](#)

[Vetinf@ct](#)

Maandelijks overzicht van nieuwe gemelde uitbraken in ziekenhuizen en andere zorginstellingen

Het signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie (SO-ZI/AMR) is een overlegstructuur om uitbraken van antibioticaresistente micro-organismen in ziekenhuizen die een potentieel gevaar zijn voor de volksgezondheid (snel) op te merken. Ziekenhuizen melden uitbraken van resistente bacteriën wanneer de uitbraak de continuïteit van zorg in gevaar brengt, bijvoorbeeld doordat een afdeling gesloten moet worden, of wanneer ondanks ingestelde infectiepreventiemaatregelen de bacterie zich blijft verspreiden en nieuwe besmettingen optreden. Meldingen komen vooral van ziekenhuizen, maar ook andere zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, kunnen melden.

Het SO-ZI/AMR vindt plaats op elke 2e dinsdag van de maand. De aanwezige deskundigen beoordelen mogelijke consequenties voor (andere) zorginstellingen, risicogroepen in die zorginstellingen en voor de publieke gezondheid. Het SO-ZI/AMR geeft geen beoordeling van de kwaliteit van de maatregelen die het ziekenhuis heeft genomen om de verspreiding van resistente bacteriën binnen de instelling te beperken. Het geeft wel een inschatting van de dreiging voor de publieke gezondheid en kan, wanneer nodig, het ziekenhuis adviseren externe expertise in te schakelen.

Het SO-ZI/AMR is een gezamenlijk initiatief van het Centrum Infectieziektebestrijding van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Nederlandse Vereniging voor Medisch Microbiologie (NVMM) en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG). Voor vragen kunt u ook contact opnemen via uitbraaksignalering@rivm.nl of via tel 030-2744760.

[Inloggen](#) →

Melden van een uitbraak

Wilt u melding maken van een uitbraak dan kan dat door het [meldformulier](#) in te vullen en te versturen naar uitbraaksignalering@rivm.nl.



Vervolg

- 2^e dinsdag v/d maand vergadering SO-ZI/AMR
 - Bespreken nieuwe meldingen en lopende meldingen
 - Beoordeling mogelijke consequenties
 - Classificatie in fase 0-5
 - Eventueel uitnodigen melder



Fasering

Er worden 6 fasen onderscheiden door het SO-ZI/AMR:

Fase 1: Geen verdere implicaties voor de (publieke) zorg verwacht, en naar verwachting zal het signaal spoedig van de website verdwijnen. *Een signaal kan maximaal 2 maanden in fase 1 verblijven.*

Fase 2: Aanvullende informatie nodig voor beoordeling, duurt langer dan verwacht: informatie opvragen.

Fase 3: Mogelijke dreiging, vertegenwoordigers van de instelling(en) waar het probleem zich voordoet contacteren of uitnodigen.

Fase 4: Reactie is onvoldoende, aanpak niet effectief, hulpvraag vanuit uitbraakteam: ondersteuning aanbieden.

Fase 5: Na meerdere interacties nog steeds onvoldoende effectieve actie of ondersteuning wordt afgehouden: overleg met IGZ om hulp te laten accepteren.

Fase 0: Afgerond.



Rapportage

- Maandelijks in Wekelijks overzicht van Infectieziektesignalen RIVM-CIb (aanmelden via <https://signalen.rivm.nl/aanmelden>)
- Jaarrapport Nethmap



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Signaleringsoverleg, Vertrouwelijk

Jaargang 2019, Editie week: 51, 19 december 2019

- [Binnenlandse signalen](#)
 - › 3491 Toename patiënten met psittacose in het oosten van Nederland
 - › 3470 Importcasus van Lassakoorts in Nederland (vervolg)
 - › 3492 Grote drukte op kinderafdelingen door luchtweginfecties
- [Signalen uit het SO-ZI/AMR](#)
 - › Overzicht lopende meldingen aan het signaleringsoverleg zorginfecties en antimicrobiële resistentie (SO-ZI/AMR)*
- [Buitenlandse signalen](#)
 - › 3471 Uitbraak van Cryptosporidium in Zweden (vervolg)
- [Recente Jaarrapporten en publicaties](#)
 - › 3493 WHO Jaarrapportage malaria 2019

Tabel. Overzicht van lopende meldingen aan het SO-ZI/AMR.

Nr.	Instelling	Meld- datum	Plaats / regio / regionaal zorgnetwerk antibiotica- resistentie	Micro- organisme en resistentie (mechanisme)	Typering uitbraaks tam	Fase**	Afdeling	Patiënten / mede- werkers
397	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	11-10- 2019	Nijmegen GAIN	<i>E. faecium</i> - VRE-VanB		1		4 pt
398	Verpleeghuis	29-10- 2019	Euregio Zwoile	<i>S. aureus</i> - MRSA-MecA		1	Psycho- geriatrie	3 pt

		Hospitals n=34	LTCFs n=25	Total 2018 n=59
		n (%)	n (%)	n (%)
	Microorganism (resistance mechanism)*			
	Enterococcus faecium (VRE)	13 (38)	2 (8)	15 (25)
	Staphylococcus aureus (MRSA)	7 (20)	13 (52)	20 (34)
	Acinetobacter spp. (CP)	3 (9)	0 (0)	3 (5)
	Citrobacter freundii (CP)	1 (3)	0 (0)	1 (2)
	Escherichia coli (ESBL)	0 (0)	8 (32)	8 (13)
	Klebsiella pneumoniae (CP)	3 (9)	0 (0)	3 (5)
	Klebsiella pneumoniae (ESBL)	1 (3)	0 (0)	1 (2)
	Pseudomonas aeruginosa (CP)	1 (3)	0 (0)	1 (2)
	Norovirus	3 (9)	0 (0)	3 (5)
	Other	2 (6)	2 (8)	4 (7)
	Reason of reporting			
	threatening of ward closure	26 (76)	5 (20)	31 (53)
	ongoing transmission	2 (6)	2 (8)	4 (7)
	combination of both	2 (6)	1 (4)	3 (5)
	HRMO outbreak (not in a hospital)	0 (0)	15 (60)	15 (25)
	unknown	4 (12)	2 (8)	6 (10)
	Highest level phase			
	phase 1	30 (88)	23 (92)	53 (89)
	phase 2	2 (6)	2 (8)	4 (7)
	phase 3	1 (3)	0 (0)	1 (2)
	phase 4	1 (3)	0 (0)	1 (2)
	phase 5	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Median number of patients: (range)	12 (2-55)	3 (1-4)	6 (1-55)
	Median duration outbreak in days from reporting date until end of the outbreak: (range)	48 (13-113)	69 (0-153)	49 (0-153)
	Request for help	0 (0)	1 (4)	1 (2)
	*MRSA=methicillin-resistant Staphylococcus aureus; VRE=vancomycin-resistant Enterococcus faecium; ESBL=extended-spectrum beta-lactamase; CP=carbapenemase-producing			



Totalen 2017

				VPL	ZKH	Anders
TOTAAL AANTAL MELDINGEN	60	Euroregio Zwolle	5		4	1
ZKH	38	GAIN	5		1	4
VPL	21	Holland West	5		2	3
ANDERS	1	Limburg	4			4
		Noord-Brabant	8		3	5
		Noord-Holland				
		Oost / Flevoland	9		2	7
		Noord-Holland				
		West	4		1	3
		Noord-NL	7		3	4
		Utrecht	5		3	2
		Zuidwest-NL	8		2	6
TOTAAL AANTAL MELDINGEN	60		60	21	38	1

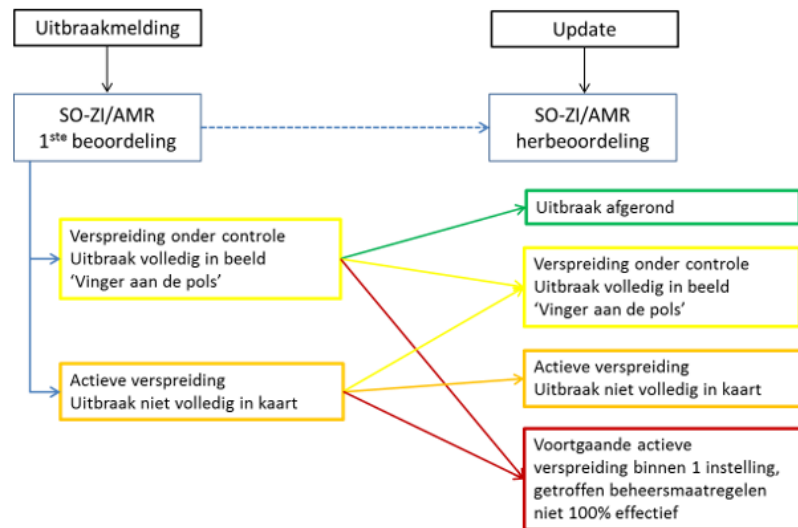


Vergoeding BRMO-uitbraakkosten

- NZA-beleidsregel BRMO-uitbraak: was alleen beschikbaar voor Wlz-cliënten
- Per 1-1-2020: ook verpleeghuizen met cliënten die zorg via geriatrische revalidatiezorg en/of eerstelijnsverblijf ontvangen (met financiering vanuit de zorgverzekeringswet).
- Nieuwe NZa-beleidsregel zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_278332_22/1/



Evaluatie Berenschot – voorstel nieuwe werkwijze



Kernpunten voorstel:

- Fasering
- Uitbraken melden op 1 plaats voor elke zorginstelling
- Realtime inzicht beschikbaar – RZN



Ervaring tot nu toe

- Ervaring met ziekenhuizen positief: alles gemeld, fase 4 hoogste fase
- Steeds meer meldingen van verpleeghuisuitbraken aan SO-ZI/AMR

The background features a collage of images related to healthcare and medicine, including petri dishes with bacterial cultures, a close-up of a human eye, and a person wearing a medical cap. Overlaid on these images are several thick, curved lines in blue and green, creating a dynamic, abstract pattern.

Audits in verpleeghuizen

Disclosure-slide voor sprekers op scholingsbijeenkomsten

Disclosure belangen Gwen Teesing PhD candidate, Otti Ziere, deskundige infectiepreventie

(potentiele) Belangenverstrengeling

Geen

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven

Geen

- Sponsoring of onderzoeksgeld
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding
- Aandeelhouder
- Andere relatie, namelijk ...

- nee
- nee
- nee
- nee

Antibioticaresistentie

- Twee pijlers
 - Introductie en verspreiding micro organismen, waaronder BRMO, zo beperkt mogelijk houden
 - Juist voorschrijven AB (indicatie, middel, duur)

Doelstelling



Taak voor het netwerk:

- inzicht in mate van implementatie van infectiepreventie
- streven naar identieke en reproduceerbare manier van het voeren van audits in de regio

Wat levert het op

- Deskundige, objectieve en kosteloze nul-meting
- Inzicht eigen organisatie
- Uitgangspositie voor verbetering
- Verbetercyclus
- Wederzijdse kennisverhoging
- Audittool voor instelling
- Kennis delen en vergroten in netwerk



Wat 'kost' het?



- Beschikbaar stellen interne medewerker tbv auditbezoek (4-6 uur)
- Bereidheid opstellen verbeterplan na terugkoppeling bevindingen
- Bereidheid verbeterpunten (anoniem) te delen met regionaal coördinatieteam
- Bereidheid audit (intern) te herhalen binnen 1 jaar en uitkomsten daarvan te delen

Onderwerpen



- Persoonlijke hygiëne
 - Persoonlijke hygiëne medewerkers
 - Hand hygiëne
 - Persoonlijke beschermingsmiddelen
 - Infecties bij medewerkers
- Opslag
- Urinelozing en stoelgang
- Reiniging en desinfectie
- BRMO

Plus

- Uitbraakmanagement
- Structuur IP
- Melding infectieziekten bij GGD
- Antibioticabeleid



Stand van zaken

- Streven naar minimaal 20 auditbezoeken
- 4 x audits uitgevoerd
- 3 x audits gepland
- 4 x in laatste fase interne afstemming
- 5 x gesprekken gaande met instelling
- Nog weinig data beschikbaar



Belangrijkste bevindingen

- Wat gaat goed
- Wat verdient aandacht





HANDSOME: Handhygiëne In Verpleeghuizen

Gwen Teesing, GGD Rotterdam-Rijnmond, Erasmus MC

- Handhygiëne-compliance onbekend
- RCT
- Nieuwe interventie
- Compliance gemeten (okt 2016) met drie follow-ups (t/m okt. 2017)

Steekgroep

- >80 verpleeghuizen (ongeveer 160 units) door Nederland
- Alleen verzorgenden/verpleegkundigen waren geobserveerd

De 5 Momenten



Wat is vóór bewonerscontact?

HANDSOME	WHO
Kamer In	Moment 1
Kamer Uit	Moment 4 & Moment 5
Voor Schoon	Moment 2
Na Vies	Moment 3

Wat is de omgeving van de bewoner?

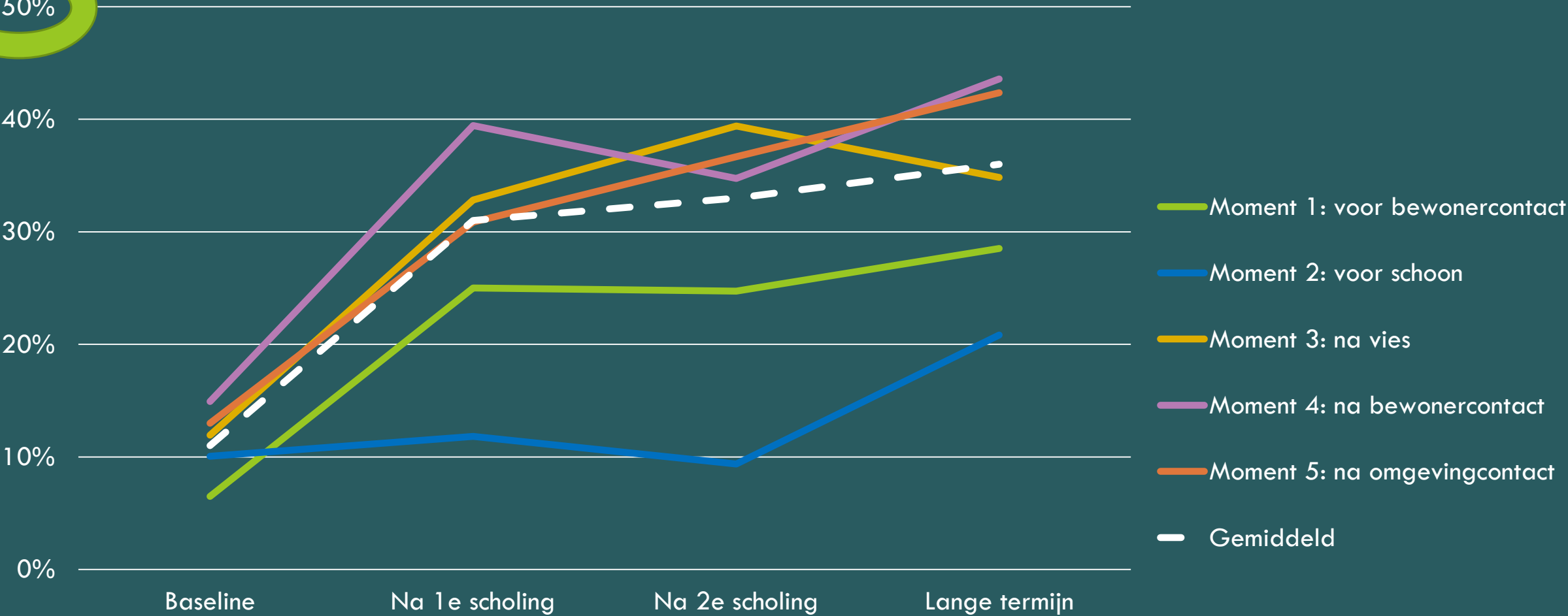


FAQ'S

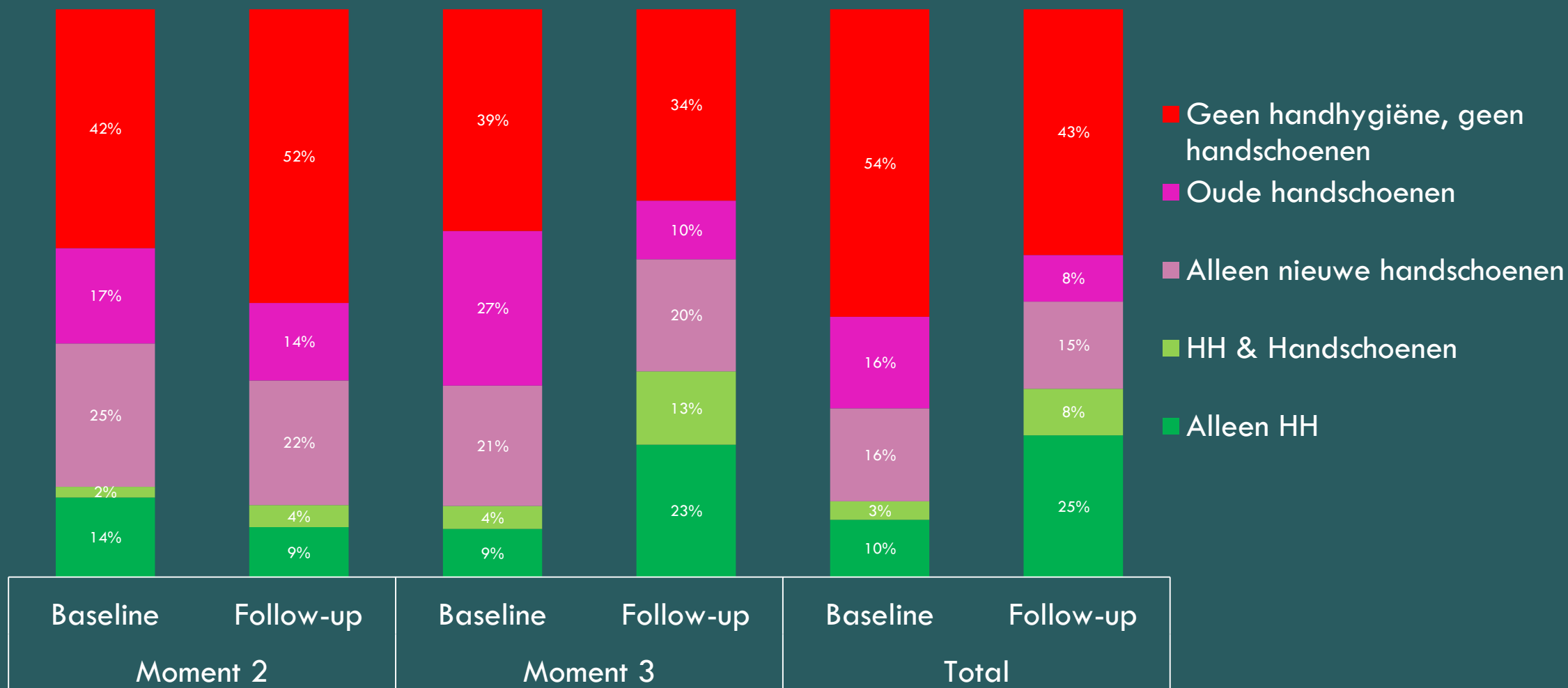
Categorie	Vraag	Antwoord	Toelichting
<i>Aankleden</i>	Moet er HH worden gedaan tussen het wassen en omkleden door?	Nee.	In de praktijk zie je vaak dat tussen het wassen van de bewoner door, er vaak al wat kleding wordt aangetrokken om te voorkomen dat de bewoner het (te) koud krijgt. HH tussen het wassen en omkleden is dus niet nodig. Na het wassen (en aankleden) volgt dus een moment 4.
	Hoe moet er worden gescoord als de schoenen van de bewoner worden aangedaan?	Alleen de deur, de vloer zelf en de onderkant van de schoen vallen buiten de bewonersomgeving. Als de vloer niet wordt aangeraakt, en de onderkant van de schoenen ook niet, dan hoeft je niet te scoren dat je buiten de bewonersomgeving bent.	De onderkant van de schoenen zijn echter wel vies. Als er daarna wordt doorgegaan met de zorg, is er dus wel een moment 1. Als het aandoen of aanduwen van schoenen de laatste handeling is en de medewerker gaat de kamer uit, is het een na-moment.

Compliance per WHO moment – interventiegroepen verpleeghuizen

50%



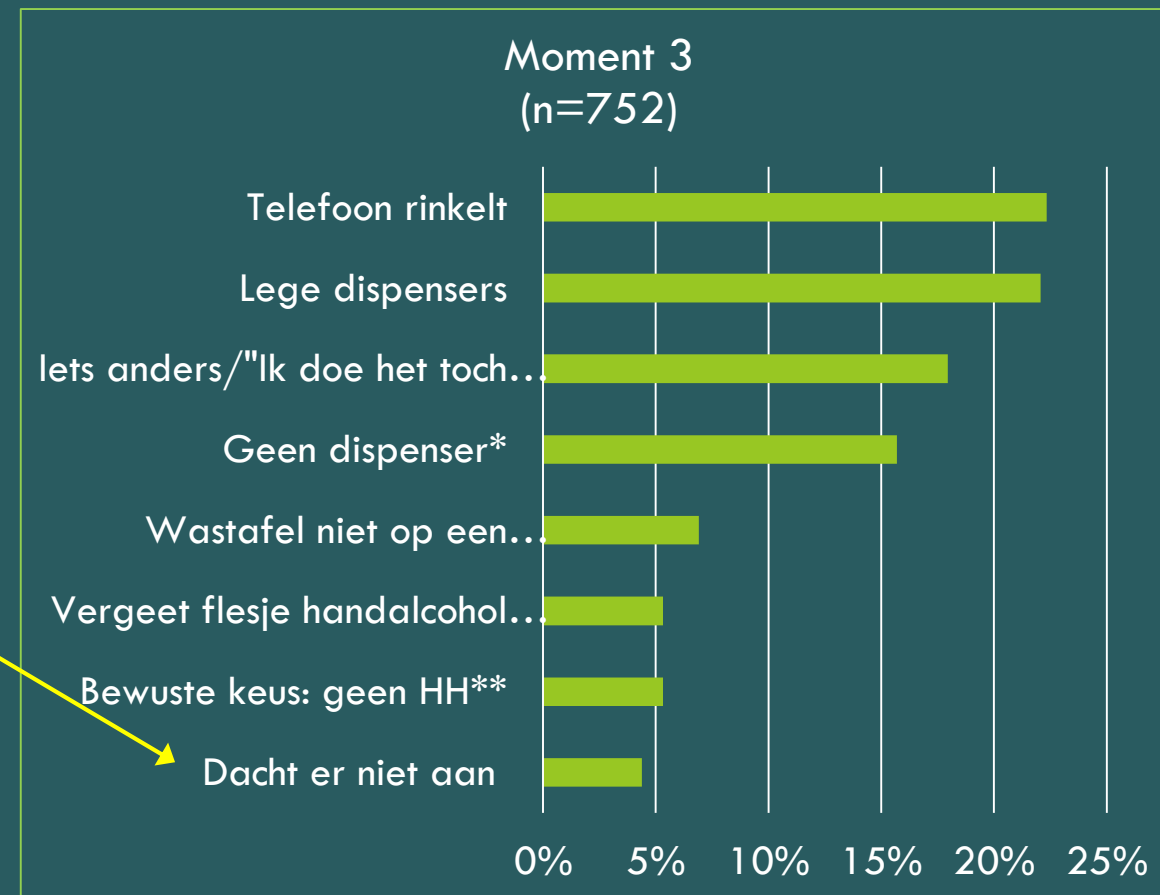
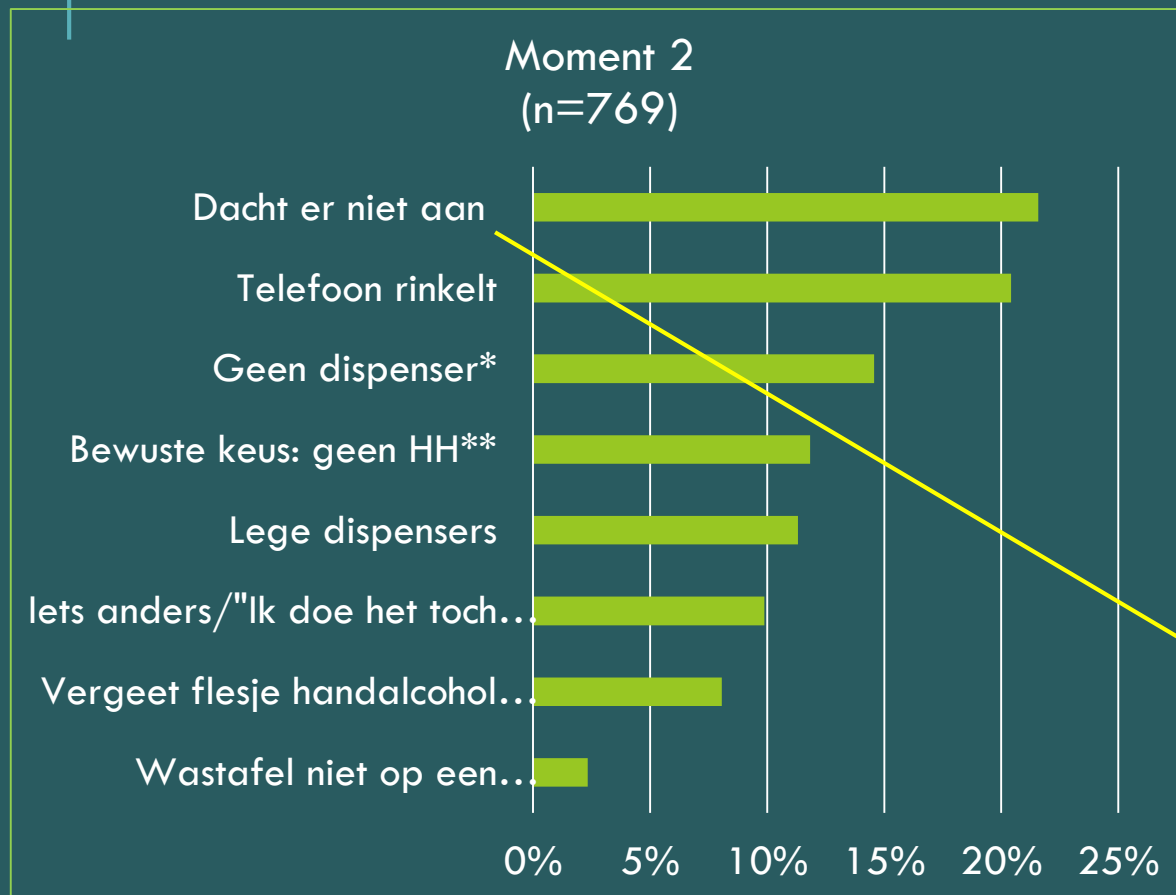
Handhygiëne compliance en handschoenen



Submomenten: Moment 3



BARRIÈRES HANDHYGIËNE



* Geen dispenser voor zeep/handalcohol/papieren handdoeken of geen handcrème

** Doet pijn, Niet huiselijk, Kost te veel tijd, Droge handen

RESULTATEN EN VERVOLG

96% van de 488 respondenten raadt HANDSOME aan voor andere verpleeghuizen.

Vervolg ➡ Train de Trainers (12 trainingen, 128 aanwezigen, 53 verpleeghuisorganisaties vertegenwoordigd + 4 GGD'en).

HANDSOME-materialenverbruik tussen 1 april 2019 en 31 oktober 2019:

- De e-learning: 14.000 keer gestart en 3.000 certificaten uitgereikt.
<https://www.free-learning.nl/modules/handhygiene/>
- Posters: 600 downloads
- Totale handleiding: 300 downloads
- Alle 3 lessen (apart): 530 downloads

Kijk naar www.zorgvoorbeter.nl/handsome

Meer informatie: g.teesing@rotterdam.nl

