

RAC Invitational conference AMR

Verslag

14 december 2015



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

Aanleiding

Op 14 december 2015 organiseerde de RAC i.s.m. LCI en leden van de NVIB een bijeenkomst met als thema antimicrobiële resistentie (AMR) in de openbare gezondheidszorg en de rol/taak van de GGD bij de aanpak daarvan. AMR is ook in Nederland een toenemende bedreiging voor de (volks)gezondheid. Het is niet alleen meer een medisch probleem van de behandelaar, maar breidt zicht uit naar het publieke domein. Het onderwerp staat hoog op de Europese agenda en in Nederland wordt in meerdere werkgroepen een basis gelegd hoe hiermee om te gaan.

In deze veranderende omgeving zal de GGD ook een andere positie c.q. rol dienen in te nemen als lokale infectieziektebestrijder. Het doel van deze middag beoogde AMR in het publieke domein een prominentere plaats op de agenda van de GGD-professionals te bezorgen. Van iedere GGD was minimaal één vertegenwoordiger (arts M&G/IZB, DIP'er) aanwezig. Daarnaast waren deelnemers aanwezig vanuit de COM, RIVM/Cib, GGD GHOR Nederland en LOVI. Naast flitspresentaties was er ruimschoots tijd voor discussie in groepen, debat of plenair.

Onderstaand zijn de uitkomsten op hoofdlijnen weergegeven. Deze kunnen als input dienen voor de landelijke werkgroepen die door het ministerie van VWS zijn ingesteld, voor GGD GHOR Nederland, voor LOI/ GGD'en en voor de agenda van de RAC.

In de evaluatie is de middag gewaardeerd met een 7,8 en benoemd als zinvol en inspirerend. De presentaties zijn te vinden op RIVM websitepagina "Regionale infectieziektebestrijding" (http://www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Regionale_infectieziektebestrijding).

Presentaties

1. **Aura Timen:** Een schets van het maatschappelijke probleem van de AMR vanuit het perspectief van de publieke gezondheid.
2. **Clementine Wijkmans:** de kernpunten van de meerwaarde van de GGD in de aanpak van AMR en nu verder. Het perspectief van medisch leiderschap.
3. **Sabine de Greeff:** het vóórkomen van AMR in Nederland - (recente) trends en toekomstperspectief.
4. **Leonie Jansen:** Een praktijkverhaal uit de regio Utrecht.
5. **Groepsdiscussie**
6. Lagerhuisdebat o.l.v. **Gijs Weenink**, debatleider.
7. **Florine Frakking:** hoe werkt het signaleringsoverleg AMR, wat kan de GGD hiermee? Hoe komt de GGD in beeld?
8. **Silke David:** regionale zorgnetwerken AMR – wat zijn de (voorlopige) ideeën van de landelijke werkgroep hierover?

Uitkomsten van de discussies

1. Zorgnetwerk

Er wordt binnen de regio een (zorg)netwerk opgebouwd, waarbij er voor gewaakt wordt dat dit niet te groot en daarmee onbeheersbaar wordt. De GGD zou zich als publiek gefinancierde onafhankelijke organisatie strategisch ergens tussen ziekenhuizen en verpleeg-/verzorgingshuizen kunnen positioneren. Een zorgnetwerk is er niet om de patiënt te volgen, maar om de bestrijding en preventie te coördineren. 80% van de aanwezigen vindt dat de GGD de coördinatie op zich moet nemen in de antibioticaresistentiebestrijding.

Het is belangrijk om te weten welke zorginstellingen er in een regio zijn en wat ze (nog niet) geregeld hebben (als onderdeel van het Regionaal Risicoprofiel):

- Infectiecommissie
- Antibioticacommissie
- DIP (Deskundige Infectie Preventie) in dienst of beschikbaar
- Afspraken met een ziekenhuis of met een GGD

Leg het focus op de instellingen die weinig of niets hebben geregeld. Audit organisaties (huisartsen, Thuiszorg, instellingen) om te kijken hoe het daar gaat.

2. Patiëntenstromen

Real-time inzicht in regionale patiëntenstromen is nodig om adequaat te kunnen interveniëren bij een uitbraak van BRMO of bij het formuleren van preventieve interventies/strategieën.

3. GGD-intern

Zowel op uitvoerend als op directieniveau dient er bij de GGD draagvlak en betrokkenheid te zijn. Bij elke GGD behoort een DIP publieke gezondheid werkzaam te zijn naast de arts en verpleegkundige infectieziektebestrijding. De DIP-PG wordt gefinancierd uit publieke middelen om onafhankelijk handelen en adviseren te waarborgen. De DIP-PG is er primair voor publieke taken en kan eventueel aanvullend ingezet worden voor markttaken.

4. Outbreak management regionaal

De GGD heeft een rol bij uitbraken die het instellingsniveau overstijgen. De GGD bevordert de tijdige melding daarvan. De GGD brengt relevante partijen met elkaar om tafel.

5. Hygiënetoezicht

De GGD heeft geen taak in het (formele) toezicht op de kwaliteit van de hygiëne in instellingen en behoort die ook niet toebedeeld te krijgen. Adviseren over en bevorderen van hygiëne wordt belangrijker gevonden.

6. Algemene adviesrol

De algemene adviesrol van de GGD is zowel reactief als proactief.

De awareness van antibioticagebruik bij de bevolking ligt mede op het bordje van de GGD. Denk bijvoorbeeld aan de toolkit. Landelijk én regionaal informatie geven.

De GGD kan ook een bijdrage leveren aan het bevorderen van het zelfstandig opstellen van antibioticumbeleid binnen instellingen (een soort antibiotic stewardship voor instellingen).

7. Meldingsplicht

ECDC pleit voor een meldingsplicht van *sommige* BRMO. Een meldingsplicht kan helpen bij

- Het verbeteren van de regionale aanpak door het wegvallen van privacydrempels bij de melding en bestrijding.
- verbeteren van de informatievoorziening over het vóórkomen en de verspreiding van BRMO.

Maak specifieke resistentie mechanismen (bijv. eerst CPE) meldingsplichtig omdat je daar als GGD iets mee kunt/moet doen. Begin de meldingsplicht beperkt en bouw de meldingsplicht verder uit als de weg via de meldingsplicht van CPE is geplaveid.

GGD'en gebruiken 'geen meldingsplicht' nu soms als excuus om er (vrijwel) niets aan te doen.

GGD'en worden aan de andere kant soms buitenspel gezet omdat er geen meldingsplicht is.

Meldingsplicht van dragerschap van BRMO (dus zonder ziektelast) is een relatief zwaar instrument.

8. Diagnostiek op AMR

Vanuit kostenoverweging wordt er steeds minder getest op AMR. Het is daarom zaak de ziektekostenverzekeraars bij de AMR aanpak/discussie te betrekken, maar dit kan alleen bovenregionaal geregeld worden. Er zou hiertoe op nationaal niveau een initiatief moeten worden genomen.

9. Risicoprofiel

Een regionaal risicoprofiel (humaan en veterinair) is nuttiger dan periodieke screening op BRMO omdat het niet alleen aangeeft wat waar in welke hoeveelheden voorkomt, maar daarnaast ook wat je ermee moet doen. We moeten definiëren wat we onder een regionaal risicoprofiel verstaan; uniformiteit is daarbij belangrijk voor onderlinge vergelijking. Belangrijke factoren kunnen zijn:

- Pathogenen
- Bronnen van de diverse BRMO
- Transmissie via patiëntenstromen, binnen gezinnen, via voeding, veestapel enz. en risicogroepen benoemen.
- Risicoclassificatie
- Antibioticagebruik (humaan, veterinair)
- Diagnostiek
- Grensoverschrijdende aspecten (indien voor een regio van toepassing)
- Financiering (diagnostiek, bestrijding)

10. Regierol

Het gaat hier om een volksgezondheidsprobleem, dit is een taak voor de GGD.

Alleen actief zijn op uitvoerend niveau is niet voldoende. Afstappen op directies van koepels, proactief zijn. De arts M&G moet zaken aankaarten bij de DPG. De DPG kan dan de bestuurders van zorginstellingen meekrijgen en de arts M&G doet dit bij de verantwoordelijke uitvoerende professionals.

We moeten naar onze grenzen kijken, naar wat we wel of niet kunnen. Soms moeten we zaken naar een niveau hoger tillen, bijvoorbeeld als we vinden dat richtlijnen van buiten de GGD moeten worden aangepast. Dat kan alleen landelijk.

Eigenlijk liggen alle randvoorwaarden voor de regierol binnen de GGD zelf en zijn er geen externe randvoorwaarden.

Wat is onder meer nodig voor een coördinerende rol:

- Meer inzicht in data, en slechten van barrières op dit punt
- Bestuurlijk convenant
- Transparantie

We gaan voor coördinatie, niet voor leiding. Coördinatie moet samen met ketenpartners gebeuren.

11. Een volksgezondheidsprobleem de komende 5 jaar!

Antibioticaresistentie wordt niet gezien als de grootste bedreiging voor de volksgezondheid. In potentie kan het dit wel worden in de toekomst. Vandaar onze activiteiten nu. Het is nu nog vooral een probleem van de ziekenhuizen.

12. Scholing

GGD artsen hebben individueel behoefte aan meer scholing rond thema AMR. Als beroepsgroep kunnen GGD-artsen een meer actieve bijdrage kunnen leveren via de NVIB (Nederlandse Vereniging Infectieziektebestrijding).

13. Signaleringsoverleg ZI/AMR

Instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen melden situaties aan het SO-AMR bij het RIVM voor advies en ter monitoring. De aanwezigen vinden dat de GGD hierin ook een rol moet hebben; ze worden nu gepasseerd en werkt verstorend voor andere wel meldingsplichtige situaties. Over een half jaar zal een evaluatie plaatsvinden van het SO-ZI/AMR. De GGD moet hierin betrokken worden.

14. Komt er een “blauwdruk” voor GGD’en?

Er zal geen document komen waarin precies staat wat een moet GGD doen. Wel een raamwerk of kaders waarmee de GGD binnen de eigen regio aan de slag kan. Verdere invulling is afhankelijk van de lokale situatie.

