

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
1	Titel	BRMO	Titel aanpassen.	Titel verraadt meer dan dat hij waarmaakt, het gaat alleen over preventie en verspreiding en bijv. niet over antibioticagebruik.	Gewijzigd. Afbakening aangescherpt: geen behandeling van infecties. WIP-richtlijnen gaan over infectiepreventie, niet over de behandeling.
2	Verklarende woordenlijst			In de verklarende woordenlijst wordt geen onderscheid gemaakt tussen (verheffingen van) endemische zorginfecties, dragerschap, kolonisatie en (exogene) uitbraken. Dit wreekt zich op diverse plaatsen in de Richtlijn (bijvoorbeeld bij punt 8, blz 16).	Gewijzigd. Afbakening aangescherpt: RL gaat over (een uitbraak) van dragerschap van of infecties door veelvoorkomende BRMO. Exclusie: (behandeling) van infectie met BRMO.
3	verklarende woordenlijst		Toevoegen: MRSA Klebsiella oxa 48 Kleinschalig wonen		Geen actie MRSA. Er wordt niet meer verwezen naar MRSA . Geen actie Klebsiella. Wordt maar 1x als voorbeeld genoemd. Toegevoegd: definitie kleinschalig wonen.
2	Verklarende woordenlijst		Vermijd de afkorting MIC	Deze wordt in een verpleeghuis eerder uitgelegd als Melding Incidenten Cliëntenzorg.	Gewijzigd. MIC verwijderd, stond alleen verklarende woordenlijst
4	Verklarende woordenlijst p. 4 r.10	pathogene micro-organismen	potentieel pathogene micro-organismen	De term pathogene micro-organismen is niet juist; het betreft hier potentieel pathogene micro-organismen . Deze term dus ook aanpassen in de andere BRMO-richtlijnen	Gewijzigd. Pathogene tussen haakjes gezet.
2	Par. 1.1		In §1.1 kan duidelijker gewezen worden op de grote verschillen tussen de gevolgen van BRMO-infecties voor de populaties in de Eerstelijns/ziekenhuizen en die		Toegevoegd: grotere kans op verspreiding BRMO door delen woonomgeving, incontinentie, verminderd hygiënebesef bij cliënten en combinatie van

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			van diverse subgroepen in een verpleeghuis: terminale patiënten (de meesten), tijdelijke revalidanten en langdurige onzelfstandige bewoners (meestal in kleinschalige woongroepen bijeen).		handelingen door verzorgenden. Ook opgenomen: cijfers BRMO in verpleeghuizen.
5	par. 1.2 Blz 6 regel 26	"...dat het bijzonder lastig is om"	woord "is" wijzigen in "kan zijn".	Het woord "is" maakt dat er sprake is van een feit; dit is niet terecht; een (outbreak van) BRMO kan wel degelijk terug gedrongen worden. Dat dit lastig kan zijn is inderdaad waar, en inderdaad kan het "bijzonder lastig" zijn.	Gewijzigd.
5	par 1.3 Blz 6 regel 33	"infecties".	De tekst van regel 33 zou daarom beter kunnen worden gewijzigd in "kruisbesmettingen leidend tot kolonisatie" of "verspreiding"	de tekst hier is in tegenspraak met regels 11 tm 13 op blz 6. Immers verspreiding van BRMO zal een eerste stap zijn. Vervolgens raken cliënten gekoloniseerd, en vervolgens kan in sommige gevallen infectie optreden.	Geen actie. Het ultieme doel blijft het voorkomen van (zorggerelateerde) infecties.
14	p. 6, r. 37-40	verwijzing naar LCI bij kleinschalig wonen	PBM wegwerpschort wordt niet beschreven met lange mouw...er is onderscheid tussen CPE en overige BRMO hierin is AcinSPP niet meegenomen...voor kleding een verwijzing naar wassen op 40 graden via BRMO richtlijn ziekenhuizen>>>dit is hierin niet vermeld		Geen actie. De LCI-richtlijn geldt voor kleinschalig wonen voor ouderen niet in instellingsverband en voor kleinschalig wonen niet voor ouderen. Daar gelden dus andere voorschriften.
6	Par. 1.5			Er worden de Specialisten ouderen geneeskunde genoemd:	Geen actie. De verpleegkundige beroepsgroep wordt al genoemd

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				wij denken dat ook verpleegkundig specialisten steeds meer in verpleeghuizen bij zullen gaan dragen aan beleid, zoals infectiepreventie.	in §1.5 en hier vallen verpleegkundig specialisten ook onder.
2	Par 1.7		vermelding van eventuele dienstbetrekking in een verpleeghuisorganisatie van de expertgroepleden is zinvol	omdat deze een rol speelt bij hun meningsvorming.	Geen actie. De affiliatie staat al in 'Samenstelling expertgroep'.
1	H2 p.8 r.28-31	De Expertgroep beseft dat ze hiermee bepaalde resistenties, zoals die tegen trimethoprim/sulfamethoxazol (cotrimoxazol), niet meenemen hoewel dit middel wel een belangrijke behandeloptie is binnen de oraal toedienbare antibiotica in de verpleeghuizen.	Trimethoprim/sulfamethoxazol alsnog opnemen? (was specifieke vraag aan Verenso-referenten)	10x nee, belangrijkste argumentatie aansluiting houden met ZH-richtlijn, daarnaast ook afnemend gebruik van cotrimoxazol 3x ja, 2x zonder argumentatie	Geen actie. Resistentie tegen cotrimoxazol niet opnemen in richtlijn.
7	H2 p.9 tabel 1, 2, 3	Tabellen definities BRMO		Voor mij zijn de tabellen op 9: tabel 1, 2 en 3 erg onduidelijk. Het is niet duidelijk uitgelegd wat je hiermee moet.	Gewijzigd. Specifiek benoemd dat arts-microbioloog criteria hanteert voor BRMO als omschreven in BRMO-ZH (p.8 r.32). Tabellen 1, 2, 3 in een bijlage opgenomen. Ook toelichting bij de tabellen (betekenis A, B, C) aangepast.
1	H2 Tabel 1, 2, 3	Tabellen definities BRMO	Toevoegen: meldingsplicht van microbioloog aan specialist ouderengeneeskunde dat er sprake is van een BRMO.	Tabellen erg onduidelijk/complex en kans op misinterpretatie door specialisten ouderengeneeskunde. Bijv. Streptococcus pneumoniae valt onder : "A" maar is wel tegen 2 antibiotica(groepen) resistent. Dan zou de str. pn.	Idem.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				onder B vallen. Of zijn de strept. pn òf tegen penicillinen òf tegen vancomycine resistent en niet tegen beide tegelijk?	
8	H2 p.9 tabel 3	Tabellen definities BRMO		Enterococcus faecium => hier moet achter staan VRE	Geen actie. Is in deze tabel niet logisch.
1	H2 p.9 tabel 3	<i>Enterococcus faecium</i>	<i>Enterococcus faecium</i> (VRE)		Idem
5	H3 Blz 9 regel 9	Voer gericht onderzoek naar BRMO uit: ...		Het is van groot belang dat de instellingen waarvoor deze richtlijn bestemd is, worden gewezen op deze richtlijn, en mn op dit punt. Dit is immers een nieuw fenomeen waarmee de instellingen niet bekend zijn. Naast de bewustwording, zal ook aandacht geschonken moeten worden aan de kosten die verbonden zijn aan deze richtlijn. Uiteraard vallen beide acties niet onder de verantwoordelijkheid van de WIP, echter het tijdsinterval tussen uitbrengen richtlijn, en de tijd die de IGZ instellingen gunt tot aan implementatie, met mogelijke (al dan niet aangekondigde toetsing), zal weloverwogen moeten zijn. Wie verantwoordelijk is voor de kosten die gemoeid zijn met dit onderdeel van de richtlijn, is uiteraard niet aan de WIP, maar wel degelijk een aandachtspunt.	Toegevoegd. Implementatietermijnen in de Inleiding.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
8	H3 p.9 r.11-12	Minder dan twee maanden geleden langer dan 24 uur in een buitenlandse zorginstelling werden verpleegd	Voorstel om te spreken over een buitenlandse zorginstelling, maar deze dan wel middels voorbeelden benoemen.	in de richtlijn voor ziekenhuizen staat alleen buitenlands ziekenhuis beschreven en wordt niet over een buitenlandse zorginstelling gesproken. De term zorginstelling houdt in Nederland doorgaans alleen de VenV instellingen in, niet de ziekenhuizen.	Geen actie. Term zorginstelling is juist de universele benaming.
14	9, regel 11-12	opname in een buitenlandse zorginstelling		in WIP ZH; alleen van toepassing op gram negatieve mo	Geen actie. Eén beleid is duidelijker en in deze setting is moeilijker onderscheid te maken tussen verschillende BRMO.
1	H3 p.9 r.18	.. langer dan 24 uur in een buitenlandse zorginstelling werden verpleegd.	Aanpassen term zorginstelling	De term zorginstelling houdt in Nederland doorgaans alleen de V&V instellingen in.	Zie hierboven.
4	H3 p.9 r.13	Na ‘... waar een BRMO uitbraak heerst.’	toevoegen: ... en nog geen dragerschapskweken zijn afgenomen.		Geen actie. Indien er al dragerschapskweken zijn afgenomen geldt er individueel beleid omdat bij kweken die langer dan 24 uur geleden zijn afgenomen moet worden meegewogen hoe groot de kans is op nieuwe overdracht.
14	p. 10	tabel 4 nieuw screeningoverzicht BRMO		schema is niet opgenomen in BRMO richtlijn ziekenhuizen	Geen actie, Het schema is een uitwerking van de NVMM-richtlijn voor diagnostiek van BRMO. Serviceverlening aan specialisten ouderenzorg.
7	tabel 4	Screening BRMO-verdachte cliënt.		Met betrekking tot tabel 4 op pagina 10: het is voor mij onduidelijk wanneer je wat moet doen: wie bepaalt dat? wanneer heb je verdenking op bepaalde	Gewijzigd. In tekst onderscheid gemaakt tussen micro-organisme bekend en onbekend (overname buitenlandse zorginstelling). Toegevoegd aan tabel 4: regel

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				micro-organismen ?	'overname buitenlandse zorginstelling'.
8	tabel 4	Screening BRMO-verdachte cliënt.	Bij verdenking van een BRMO-verdachte patiënt standaard screenen (rectumkweek of feces)	Men weet vooraf namelijk niet of patiënt (bijvoorbeeld) een acinetobacter heeft en dat er dan ook sputum ingestuurd moet worden. Dat doe je pas al patiënt hiermee bekend is. Sputum zou in dit geval bij extra kweekmateriaal genoemd moeten worden, zodat je dit afneemt als er productieve hoest is.	Zie hierboven. Gewijzigd. Overal in 2 ^e kolom (standaardkweek) 'sputum' gewijzigd in 'sputum of keelwab' en toelichting als voetnoot ingevoegd.
1	Tabel 4	Screening BRMO-verdachte cliënt.		Sputumkweek in vph-setting vaak zeer moeilijk af te nemen	Zie hierboven.
3	Tabel 4: derde rij	sputum	Toevoegen: en/of keel kweek	Niet alle patiënten kunnen sputum ophoesten.	Zie hierboven.
4	tabel 4	"sputum" uit tweede kolom	verplaatsen naar derde kolom		Zie hierboven.
9	tabel 4	Screening BRMO verdachte cliënt voor Acinetobacter, Stenotrophomonas en Pseudomonas gebeurt dmv rectaal swab of feces en sputum	Sputum op indicatie zoals bij ESBL	Bij ESBL staat sputum bij extra kweekmateriaal op indicatie, met verwijzing naar 'bij productieve hoest'. Indien geen productieve hoest is sputumkweek niet realiseerbaar.	Zie hierboven.
1	Tabel 4	Tabel ingedeeld op basis van micro-organismen	Aangeven welke kweekset afnemen indien cliënt uit buitenlandse zorginstelling.	Nu niet duidelijk welke kweken afgenomen moeten worden.	Zie hierboven.
1	Tabel 4	Screening BRMO-verdachte cliënt.	Aanpassingen doen voor screenen op onbekende BRMO.		Zie hierboven.
1	Tabel 4	Tabel ingedeeld op basis van micro-organismen	Tabel indelen op basis van af te nemen kweken	Minder categorieën waardoor overzichtelijker	Geen actie. Het uitgangspunt is steeds het micro-organisme.
10	tabel 4	screening ook kweken van een evt. focus	hier ook weglaten of bij zkh opnemen?	dit is niet in de richtlijn zkh opgenomen	Geen actie. De ziekenhuis-versie verwijst naar de NVMM-richtlijn

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
					waarin de focus is opgenomen.
1	H4	Aanvullende infectiepreventiemaatregelen	Toevoegen preventieve maatregelen voor bezoek en vrijwilligers		Preventieve maatregelen bezoek staan al in §.4.3. Gewijzigd: aan §4.3 vrijwilligers toegevoegd. Voor bezoek en vrijwilligers gelden dan dezelfde aanbevelingen. Gewijzigd. Toepassen aanvullende infectiepreventie-maatregelen: bezoekers gewijzigd in mantelzorgers/ vrijwilligers.
14	p. 10 r.13	opname in een buitenlandse ziekenhuis		eerder op p.9 wordt gesproken over een zorginstelling	Gewijzigd: ziekenhuis in zorginstelling.
1	p.10 r.15	komen van een afdeling uit en andere zorginstelling waar een BRMO-uitbraak heerst.	Toevoegen: dit geldt ook voor cliënten afkomstig van een andere afdeling binnen dezelfde afdeling	Neem ik aan?	Gewijzigd in: 'van een afdeling (uit een andere zorginstelling)'
8	H4 p.10 r.20-24	Toelichting: neem, indien niet bekend is van welke type BRMO de cliënt verdacht wordt, maatregelen zoals beschreven bij Acinetobacter species en draag tevens een chirurgisch mondneusmasker (deze maatregelen dekken ook de maatregelen voor MRSA).	Maatregelen conform beleid MRSA, op basis van kweekuitslag beleid versoepelen.	Kan simpeler.	Gewijzigd. Toegevoegd aan tabel 5: regel 'Overname buitenlandse zorginstelling'.
1	H4 p.10 r.21-22	... en draag tevens een chirurgisch mondneusmasker en draag tevens een chirurgisch mondneusmasker, ook indien de cliënt niet hoest. Je houdt tijdens deze isolatie periode (waarin nog onduidelijk is of de cliënt besmet is met een BRMO) de MRSA-richtlijn aan		Geen actie. De richtlijn betreft BRMO geen MRSA. Dit zou suggereren dat je een chirurgisch mondneusmasker draagt bij hoestende patiënten.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			omdat de cliënt daar in principe ook verdacht voor is.		
3	H4 Blz 10, r. 22	Deze maatregelen dekken ook de maatregelen voor MRSA	Laten vervallen	Eerder wordt vermeld dat MRSA niet wordt besproken	Gewijzigd. Er wordt niet meer verwezen naar MRSA.
2	H4 p.11 r.1-2	'eigen karakter van verpleeghuizen ...'	Toevoegen: concrete invulling over dragerschap, kolonisatie en infectie met BRMO bij de diverse subgroepen.		Geen actie. Met het karakter wordt bijvoorbeeld de huiselijke omgeving bedoeld.
3	H4 Blz 11, r.15 t/m 18	Vermeld de BRMO-positieve status in het cliëntendossier.		Spreekt elkaar tegen: vermeld de BRMO positieve status versus onvoldoende wetenschappelijk bewijs in de motivatie.	Gewijzigd.: Opmerking verwijderd waarin staat dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor een cliëntvolgsysteem. Dit sloeg niet op de bovenstaande aanbeveling.
1	H4 p.11 r.15	vermeld de BRMO-positieve status in het cliënten dossier	Toevoegen: goed zichtbaar.		Gewijzigd.
14	p. 11 r.23-24	bezoekers: tenzij verzorgende handelingen zijn verricht alleen handhygiëne bij verlaten kamer		dit geldt ons inziens ook voor huisgenoten	Gewijzigd: bezoekers in mantelzorgers/vrijwilligers.
1	H4		Toevoegen: leg aan de cliënt uit waarom speciale maatregelen nodig zijn (mondeling en schriftelijk)		Gewijzigd. Toegevoegd: cliënt informeren over de te nemen infectiepreventiemaatregelen en reden waarom.
14	Tabel 5	per soort BRMO aparte maatregelen, ook tussen acute infectie en post behandeling		het betreft geen eenduidig en complex beleid; de vraag is of we van medewerkers (incl. specialisten ouderenzorg) kunnen verwachten/verlangen dat zij kennis hebben van en over het type BRMO dat is aangetoond, indien dit niet het geval is zal iedere isolatie afzonderlijk door een deskundige	Geen actie. Het is onmogelijk om beleid te maken zonder micro-organismen te noemen. Er kan z.n. contact worden gelegd met het laboratorium over het type m.o.. het te voeren beleid staat dan in de tabel.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				infectiepreventie of arts-microbioloog dienen te worden ondersteund. Dit is in instellingen zonder FTE van een dergelijke functionaris onmogelijk.	
1	Tabel 5	Tabel infectiepreventiemaatregelen	Toevoegen maatregelen bij verdenking op onbekende BRMO.		Gewijzigd. Toegevoegd regel 'Overname buitenlandse zorginstelling' aan tabel 5.
1	Tabel 5	Tabel infectiepreventiemaatregelen	Toevoegen: aanvullende infectiepreventiemaatregelen voor BRMO-verdachte cliënt	Nu staat dat op p.10 r. 20-24 een beetje bij.	Zie hierboven.
2	Tabel 5	Tabel infectiepreventiemaatregelen	Tabel 5 geeft bij incidenteel voorkomen per groep BRMO aanvullende maatregelen zonder nuancering van cliëntensubgroep, dragerschap, kolonisatie en infectie. In verpleeghuizen is echter geen inzicht op het effect van deze aanvullingen, die bovendien voorbijgaat aan de grote noodzaak tot prioriteitstelling betreffende basale hygiëne van cliëntèle en zorgpersoneel.	Schrap de tabel en formuleer een concreet advies hoe in een verpleeghuis te reageren op een BRMO-kweekuitslag die met de cliënt mee uit het ziekenhuis komt of die een toevalsbevinding is tijdens het verpleeghuisverblijf. Adviseer een structureel consulentenschap van de medische microbioloog voor alle specialisten ouderengeneeskunde die praktiseren in verpleeghuizen en kleinschalige ouderenzorgvoorzieningen. Lever een protocol met 'maatregelen die de specialist ouderengeneeskunde neemt wanneer een cliënt drager is, is gekoloniseerd of een infectie heeft met BRMO'.	Tabel schrappen: geen actie. Wel beter onderscheid tussen bekend en onbekend micro-organisme in zowel tabel 4 als 5 (zie ook hierboven). Gewijzigd. Toegevoegd: structureel consulentenschap aan H2.
1	Tabel 5	Tabel infectiepreventiemaatregelen:	Minder verschillende maatregelen door minder	Arts kan dan beter uit tabel aanvullende maatregelen kiezen,	Geen actie: tabel is opgebouwd op basis van indeling soort micro-

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
		veel verschillende maatregelen	categorieën te maken (bijv. 2: strikt voor CPE en Acinetobacter en aanvullend voor de andere BRMO) OF Tabel indelen op maatregelen i.p.v. micro-organismen OF samenvattingskaartje	overzichtelijker. Kies eventueel voor een wat te zware maatregel die in ieder geval wordt uitgevoerd.	organisme. Wel gewijzigd: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en <i>Stenotrophomonas matophilia</i> samengevoegd omdat zelfde groep en zelfde maatregelen.
3	Tabel 5: 2 ^{de} rij/kolom 4	Halterschort bij Enterobacteriaceae		Wat is de overweging geweest om te kiezen voor een halterschort i.p.v. een disposable jasschort met lange mouwen?	Conform richtlijn contactisolatie voor de ziekenhuizen niet standaard een schort. Hier is standaard gekozen voor altijd een halterschort om alert te maken op de bijzondere situatie.
9	Pag 12, tabel 5	Indien m.o. is: Enterobacteriaceae (incl. ESBL, excl. CPE) is volgens tabel bij verzorging van cliënten halterschort voldoende.	Schort met lange mouw toevoegen in tabel bij cliënten met Enterobacteriaceae (incl. ESBL, excl. CPE)	Halterschortjes wil je überhaupt meer ingezet hebben bij vuile werkzaamheden. Door dat ook bij ESBL te doen wordt het minder duidelijk voor de medewerkers dat het hier om een isolatiepatiënt gaat. Voor het bewustzijn/ de alertheid is isolatieschort met lange mouw beter.	Zie hierboven.
11	tabel 5	bij CPE en Acinetobacter een schort met lange mouwen	Schort met lange mouwen i.p.v. halterschort.	het is ons niet duidelijk waarom bij CPE en Acinetobacter een schort met lange mouwen gewenst is, en in andere situaties slechts een halterschort. Wanneer patiënten getild worden is er overdracht van de patiënt naar de kleding van de verzorgende mogelijk, en zeker VREs kunnen dan overgedragen worden.	Zie hierboven. Acinetobacter is strikte isolatie conform ziekenhuisversie=lange mouw. Bij CPE zijn qua schort we strenger dan de ziekenhuizen, dit maakt ook weer alert.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
1	Tabel 5		Maatregelen meer laten aansluiten op richtlijnen voor algemene voorzorgsmaatregelen.	Bijvoorbeeld: volgens algemene voorzorgsmaatregelen een overschort met korte mouw, hier met lange mouw.	Geen actie. Dit zijn geen Algemene voorzorgsmaatregelen maar juist specifieke maatregelen bij specifieke micro-organismen. Er is niet voor alle micro-organismen indicatie voor lange mouw. Zie ook hierboven.
12	tabel 5	Het dragen van een halterschort als beschermende maatregel bij (contact)isolatieverpleging	vervangen door schort met lange mouwen.	Je draagt het schort niet omdat het gemakkelijk moet zitten, je draagt het omdat je je uniform/eigen kleding wilt beschermen tegen mogelijk contact met besmette oppervlakken, tijdens ondersteunen van cliënten, tijdens verzorging cliënt, beddenopmaken etc. Het besmettingsrisico en de besmettingsroute zijn dezelfde als in het ziekenhuis. Daar wordt voor iedere vorm van contactisolatie tenminste een jasschort met mouwen (kort/lang) voorgeschreven en wordt een halterschort (is hetzelfde als vochtwerend schort) als isolatieschort niet toegestaan. Het halterschort mag alleen gebruikt worden als bescherming van eigen kleding, dienstkleding of jasschort om te voorkomen dat deze nat kunnen worden. (Zie hiervoor WIP	Zie hierboven.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				<p>richtlijn: Persoonlijke beschermingsmiddelen, juli 2008, revisie juli 2013). Tevens gebruikt IGZ als standaard tijdens de bezoeken aan de verpleeghuizen het criterium; dat beschermende kleding de dienstkleding/eigen kleding volledig moet bedekken. Een halterschort voldoet niet aan deze norm.</p> <p>Conclusie: Bij isolatie altijd een schort gebruiken dat kleding volledig bedekt. Het halterschort mag alleen gedragen worden als algemene voorzorgsmaatregel om kleding te beschermen tegen spatten.</p> <p>Dit valt goed uit te leggen zowel aan cliënten als aan medewerkers in ziekenhuis en verpleeghuis.</p>	
14	Tabel 5	halterschort als BPM		net als in ZH met een schort met mouw en manchet, anders weinig zinvol; medewerkers dragen vaak geen uniform en wassen thuis	Zie hierboven.
5	tabel 5	CPE: er moet een isolatieschort aangetrokken worden met lange mouw.		De voorgestelde maatregelen mbt CPE zijn relatief streng. Gezien de gevolgen van een kruisbesmetting naar medecliënten, is dit verdedigbaar.	Geen actie nodig.
11	Tabel 5	maatregelen m.b.t. Enterobacteriaceae	Ons voorstel is om isolatiemaatregelen m.b.t. Enterobacteriaceae te beperken	Enterobacteriaceae die ESBL-produceren of die resistent zijn voor aminoglycosiden en	Geen actie. Op dit moment is er te weinig onderbouwing voor differentiatie in beleid.

Commen- tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			<p>tot alleen de CPEs en de rest te schrappen.</p> <p>Een uitzondering is de situatie waarin transmissie van een ESBL binnen een instelling vastgesteld is aan de hand van klinische kweken, maar dan zou ook een verdere inventarisatie van dragerschap onder de bewoners moeten plaatsvinden, en zou instructie over hygiënemaatregelen op zijn plaats zijn.</p>	<p>fluorchinolonen zijn intussen gemeengoed in Nederland, tot 8% in de algemene populatie voor ESBL. Binnen een verpleeghuis is in elk geval geen lager dragerschap te verwachten. Het opleggen van maatregelen voor diegenen, waarbij toevalligerwijze dragerschap vastgesteld is, is o.i. niet nuttig en wel belastend voor zowel patiënt als instelling. We kunnen ons zelfs voorstellen dat het verrichten van diagnostiek hierdoor ontmoedigd wordt, zeker als dat zou leiden tot isolatie van uiteindelijk 8% van de opgenomen patiënten. Een eigen toilet is vaak niet realiseerbaar; toiletten zijn ook vaak aanwezig in badkamers. Het is aannemelijk dat algemene, altijd toe te passen maatregelen als goede handhygiëne de hoeksteen is die voorkomt dat dit soort stammen zich verspreiden.</p>	
12	Tabel 5	Acinetobacter species: geen masker.	Als beschermende maatregel dient bij Acinetobacter species (BRMO) naast schort met lange mouwen, handschoenen ook een chirurgisch mondneusmasker te worden gedragen.	Acinetobacter species is een bacterie, die o.a. op de huid voorkomt, en als eigenschap heeft dat hij, net als MRSA, zeer lang buiten het lichaam kan overleven. De verspreidingsweg is net als MRSA, via direct contact of via de lucht (luchtstromen met	Geen actie. Chirurgisch mondneusmasker bij MRSA is vooral om te voorkomen dat dat de mond en neus, door aanraken met de handen/handschoenen, in contact komen met specifieke micro-organismen die zich

Commen- tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				<p>huidschilfers, stofdeeltjes of kledingpluisjes bedekt met betreffende bacterie). Net als MRSA wordt in het ziekenhuis voor Acinetobacter BRMO strikte isolatie geïndiceerd, d.w.z. handschoenen, schort, mondneusmasker en muts.</p> <p>De isolatievorm strikte isolatie in de verpleeghuizen is reeds versoepeld, omdat een cliënt niet constant in een dichte kamer kan verblijven (zoals in het ziekenhuis). Beschermende maatregelen worden alleen toegepast tijdens risicomomenten. Hoewel het besmettingsrisico en de besmettingsroute dezelfde zijn als in het ziekenhuis en de beschermende maatregelen al zijn versoepeld, is het mij niet duidelijk waarom ook nog de persoonlijke beschermingsmiddelen worden verminderd. Een resistente Acinetobacter wordt in het verpleeghuis namelijk net zo gevreesd als in het ziekenhuis. Waarom wijken dan de isolatiemaatregelen zoveel af? Waarom is het dragen van een masker geen optie in het verpleeghuis, maar moet het wel</p>	<p>makkelijk kunnen nestelen in de neus en keel.</p>

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				in een ziekenhuis? Waarom die enkele keer dat Acinetobacter BRMO voorkomt in een verpleeghuis niet alles uit de kast om verspreiding te voorkomen, net zoals in het ziekenhuis, dus met mondneusmasker? Dit valt goed uit te leggen zowel aan cliënten als aan medewerkers in ziekenhuis en verpleeghuis.	
10	tabel 5	Acinetobacter species geen NM-masker	m.i. is dan ook een masker geïndiceerd (tot sputumkweek neg is)	bij de screening wordt wel geadviseerd sputum te testen als standaard kweek	Zie hierboven.
11	Tabel 5	Maatregelen bij Stenotrofomonas maltophilia	Schrappen van maatregelen voor ter preventie van cotrimoxazol-resistente Stenotrofomonas maltophilia	relevantie lijkt ons gering. Dit komt overigens zelden voor.	Geen actie. Uitgangspunt is om BRMO-ziekenhuis te volgen.
11	tabel 5	Maatregelen bij VRE: kamer delen mogelijk.	VRE-positieve patiënten op een eenpersoonskamer.	Van de beschreven BRMOs is VRE waarschijnlijk degene die het gemakkelijkst overgedragen wordt. Om overdracht van VRE te voorkomen is een gedeelde kamer onwenselijk. Ook een desinfectieprocedure na afloop is bij een gedeelde kamer lastig.	Gewijzigd. Opgenomen bij voorkeur 1-pers. kamer. Mogelijk wordt anders de logistieke druk te groot.
5	Tabel 5	VRE-maatregelen komen niet overeen met CPE maatregelen.	Net zoals bij CPE zou ik willen pleiten voor het niet ontzeggen van deelname aan sociale gelegenheden in de gemeenschappelijke ruimte. Het dragen van een schort met lange mouwen is mi geïndiceerd, en voor VRE veel meer van belang dan voor CPE. De afvoer van het	VRE is wel degelijk in staat tot overleving gedurende lange tijd in de omgeving, en om die reden is het delen van een kamer en het sanitair niet wenselijk.	Gewijzigd. Badkamer cliëntgebonden. Zie verder hierboven. Bezoek aan gemeenschappelijke ruimte wordt niet ontzegd bij VRE.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			linnengoed zou eveneens conform CPE in een gesloten intacte zak moeten plaats vinden.		
9	tabel 5	Indien m.o. is: <i>Enterococcus faecium</i> is volgens de tabel bij kamer/appartement en badkamer is delen mogelijk	Kamer/Appartement: 1-persoons Badkamer: Cliënt-gebonden	<i>Enterococcus faecium</i> (VRE?) is een plakbacterie die lange tijd overleeft, ook in de omgeving van de cliënt. Daarnaast is het een snelle verspreider.	Zie hierboven.
14	Tabel 5	delen van kamer en appartement		niet toegestaan bij CPE, AcinSPP en Strep pneumoniae, wel bij een VRE	Zie hierboven.
9	tabel 5	Indien m.o. is: <i>Enterococcus faecium</i> is volgens de tabel bij verzorging van cliënten halterschort voldoende.	Schort met lange mouw toevoegen in tabel bij cliënten met <i>Enterococcus faecium</i>	<i>Enterococcus faecium</i> (VRE?) is een plakbacterie die lange tijd overleeft. Mede hierdoor is het aan te raden een isolatieschort met lange mouw te gebruiken. Bij voorkeur disposable. Daarnaast is voor het bewustzijn/ de alertheid een isolatieschort met lange mouw beter.	VRE is conform ziekenhuisrichtlijn contactisolatie waarbij schort niet standaard is. Halterschort maakt al extra attent op bijzondere situatie.
1	Tabel 5	Algemeen	Meer aandacht voor de voetnoten	Juist daar staat het gedrag	Geen actie.
1	Tabel 5	Handschoenen: ja	Hoe om te gaan met handschoenen bij percussie	Percussie lukt niet met handschoenen aan.	Geen actie.
1	tabel 5	Algemeen	Ga uit van 1-persoonskamers	De meeste vph zijn daar reeds op ingericht.	Gewijzigd.
1	Tabel 5	Toilet/po: clientgebonden	Alternatieven aanbieden indien cliëntgebonden toilet niet mogelijk is, bijv. frequentie R&D.	Aanbevelingen voor cliëntgebonden toiletgebruik zijn in de praktijk niet uitvoerbaar in voorzieningen voor kleinschalig wonen.	Geen actie. De richtlijn is voor algemene situaties. Er moet lokaal beleid gemaakt worden.
14	tabel 5	delen van badkamer		niet bij PE en AcinSPP maar wat als toilet in dezelfde ruimte is geplaatst	Zie hierboven.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
1	Tabel 5 noot 1	Handhygiëne: bij binnenkomst kamer, na uitdoen van handschoenen en bij verlaten van de kamer		Onduidelijk: 3x desinfecteren per bezoek?	Gewijzigd. Voetnoot aangepast: handhygiëne toepassen op de 5 momenten of, indien van toepassing, na uitdoen van de handschoenen.
4	Tabel 5 noot 1	Handhygiëne: bij binnenkomst kamer ...	Bij ¹⁾ : “Bij binnenkomst kamer” verwijderen.	Dit is overbodig omdat men bij het verlaten van een ‘BRMO-kamer’ handhygiëne toepast. Als je dan een volgende kamer ingaat hoeft je geen handen meer te wassen. Verder gelden de ‘basis handenwas momenten’	Zie hierboven.
1	Tabel 5 noot 2	... alleen bij verzorging bij direct patiëntencontact .. dus niet bij sociaal contact.		Bij sociaal contact geef je een hand dat is wel direct contact maar geen verzorging. Moet dat met handschoen?	Gewijzigd. Toegevoegd aan Verklarende woordenlijst: omschrijving van cliëntgebonden werkzaamheden en sociaal contact.
5	tabel 5 noot 8	“Cliënt kan, na overleg met deskundigen, de toegang tot gemeenschappelijke ruimten worden ontzegd”.	In het geval van een mbt basale hygiëne instrueerbare, geklede cliënt, waarvan eventuele wonden zijn bedekt, zijn er geen redenen de client de toegang tot gemeenschappelijke ruimten te ontzeggen.	Dit is niet verdedigbaar. Het betreft cliënten die wellicht hun verdere leven verblijven in een verpleeghuis, woonzorgcentrum of voorziening voor kleinschalig wonen voor ouderen. Het is van groot belang dat het risico reëel ingeschat wordt, en het is niet aan te raden dit over te laten aan een willekeurige deskundige uit de betreffende instelling. Deze kan verleid worden de soms hevige emotionele lading van dragerschap met CPE te laten meetellen, terwijl deskundigheid en ervaring inmiddels landelijk is opgedaan (Maasstad ziekenhuis;	Gewijzigd: ‘deskundige’ in ‘arts-microbioloog en/of DIP-er’

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				overplaatsing van patiënten naar overige zorginstellingen). Immers, het dragerschap beperkt zich tot de darm. Ook in de open populatie wordt immers aan dragers van CPE geen beperkingen opgelegd.	
1	Tabel 5	Eindreiniging/einddesinfectie	Verschil tussen einddesinfectie en eindreiniging beschrijven?		Gewijzigd. Eindreiniging en – desinfectie opgenomen in verklarende woordenlijst.
3	Tabel 5: 2 ^{de} rij/kolom 2	Desinfecteer herbruikbare materialen	Eindreiniging wijzigen in einddesinfectie	Wordt gesproken over desinfectie van herbruikbare materialen. Terwijl gesproken wordt over eindgreiniging en niet over einddesinfectie	Zie hierboven.
1	Tabel 5	Eindreiniging/einddesinfectie	Voor alle groepen einddesinfectie benoemen		Geen actie. Niet voor alle micro-organismen geïndiceerd.
8	tabel 5	Eindreiniging/einddesinfectie	Mogelijk alleen sanitair einddesinfectie?	Einddesinfectie gehele kamer kan erg lastig zijn in verzorgingshuis.	Geen actie. Bij enkele BRMO algehele einddesinfectie nodig om transmissie te voorkomen.
10	Tabel 5 noot 15	desinfecteer..... na het verlaten van de kamer na het verlaten van de kamer, bij gebruik van sluiskamers in de sluis etc.	herbruikbare materialen in de sluis desinfecteren indien dit van toepassing is	Geen actie: sluiskamers ontbreken in deze setting.
1	tabel 5 noot 16	Desinfectie cliëntgebonden materialen	Hoe steriliseer je een oximeter, bloeddrukmeter, verwijzen naar een bijlage?		Geen actie. Reiniging, desinfectie en sterilisatie is niet de primaire focus van deze richtlijn. Er wordt al verwezen naar richtlijn RDS.
1	Tabel 5 noot 16	Desinfectie niet cliëntgebonden materialen	Hoe desinfecteer je een stethoscoop? Alcohol, chloor?		Zie hierboven.
3	Tabel 5 Noot 17	Gebruik schoonmaakmateriaal cliëntgebonden	Microvezel benoemen	Wordt er schoongemaakt met (disposabe) microvezel?	Zie hierboven.
14	Tabel 5, voetnoot 17	gebruik per cliënt aparte materialen	altijd alle materialen cliëntgebonden gebruiken		Geen actie. Staat al dat schoonmaakmateriaal cliëntgebonden moet worden

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
					gebruikt.
14	Tabel 5	afvoeren zonder bijzonder maatregelen behalve bij CPA, AcinSPP	alle materialen gesloten afvoeren		Gewijzigd.
2	Hoofdstuk 5 en 7	Beëindigen aanvullende infectiepreventie maatregelen	In plaats van beëindigen aanvullende infectiepreventie maatregelen (H5) kan men beter kiezen voor een kort, concreet en uitvoerbaar protocol over: 'monitoring van BRMO in (kleinschalige) verpleeghuizen'. Doe dit niet met (punt)prevalentie onderzoek (zie aanbeveling in H7) maar wel met incidentie-onderzoek (vooraf/bij (her)opname van alle nieuwe cliënten; bij alle diagnostiek van vermoedelijke UWI's een urinekweek of bij gebrek aan urine een perineumkweek; voorafgaande aan ieder halfjaarlijks Multidisciplinair Overleg van langdurige bewoners).	Aan incidentie-onderzoek kan men direct verbeteracties koppelen, uit prevalentie-onderzoek niet.	Geen actie. Incidentie geeft meer inzicht maar is te kostbaar.
4	p.14 r.7	Stel bij heropname van cliënten die korter dan 1 jaar geleden BRMO-positief zijn bevonden ... direct aanvullende infectiepreventie maatregelen in.	Graag ESBL uitsluiten.	Voor ESBL is dit niet geloofwaardig; immers 8%-10% van de bevolking is drager.	Geen actie. Er wordt aangesloten bij de ziekenhuis-versie.
1	p.14 r.24	Beëindig de aanvullende infectiepreventie maatregelen voor Enterobacteriaceae	Verduidelijken: indien de kweek ESBL positief is wanneer moet dan opnieuw gekweekt worden.	Voor CPE en Enterococcus faecium wordt dit antwoord wel gegeven.	Geen actie. In r.25 staat expliciet incl. ESBL.
14	p.14 r. 24-31	Beëindig de aanvullende infectiepreventie maatregelen		in tegenspraak met tabel en voetnoot op pagina 12 wat	Geen actie. Tabel zegt maatregelen zolang ≤48 uur

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
		voor Enterobacetriaceae		betreft opheffen bij pneumonie en –adequate- behandeling	behandeling, dit sluit aan bij eerste serie kweken na >48 uur behandeling.
5	Blz 14 regel 28	De cliënt heeft tenminste twee negatieve BRMO-kweken, afgenomen met een tussenpoos van tenminste 24 uur	het is niet rationeel om een scheiding aan te brengen tussen de duur van dragerschap met ESBL en dragerschap met CPE	beiden vallen in de categorie enterobacteriaceae; en er zijn geen redenen om aan te nemen dat dragerschap met Klebsiella ESBL + zich volgens een ander epidemiologisch patroon gedraagt dan een Klebsiella NDM of OXA-48. Dragerschap met dergelijke verwekkers zal in ieder geval een jaar gevolgd moeten worden (zie ook het stuk in de NtvMM van Mens et al 2013).	Geen actie: er staat al een motivatie waarom wordt afgeweken voor CPE (langdruring en intermitterend aanwezig).
3	Blz 14, regel 28	2 negatieve BRMO kweken (voor beëindigen aanvullende maatregelen)	2 negatieve <u>rectum</u> kweken	Specificeren van welk materiaal. Zijn 2 negatieve urine kweken ook voldoende? Mag dit al direct na/bij ontslag uit het ziekenhuis?	Gewijzigd. Toelichting aangepast.
1	p.14 r.33	Motivatie: als een cliënt eenmaal drager is van een bijzonder resistent micro-organisme is het niet duidelijk hoeveel sets kweken afgenomen moeten worden om betrouwbaar te kunnen vaststellen wanneer de cliënt geen drager meer is. In navolging van de NVMM-richtlijn gelden de actuele aanbevelingen voor de detectie van dragerschap van Salmonella spp. (6).	Minimaal 2 sets op verschillende tijdstippen (in overleg met de microbioloog)		Gewijzigd. Aanpassing motivatie waarom deels wel en deels niet wordt aangesloten bij de NVMM-richtlijn.
11	p.14 r.38-39	Beëindigen aanvullende maatregelen: een tussenpoos van een jaar voor VRE.	na <u>drie maanden controlekweken afnemen</u> , indien deze negatief zijn de <u>isolatiemaatregelen</u>	Een tussenpoos van een jaar is o.i. voor VRE onnodig lang. We verwachten ook een weinig	Geen actie. Termijn van 1 jaar blijft gehandhaafd. Aan motivatie toegevoegd dat termijn van 1

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			<u>opheffen</u> (wel het label “VRE positief” bij een eventuele overplaatsing naar een ziekenhuis handhaven) <u>en dan nog 3 maanden te controleren</u> of de patiënt inderdaad VRE-negatief blijft.	gemotiveerde verzorging wanneer een VRE-kweek negatief is bij een patiënt, en vervolgens nog een jaar lang maatregelen genomen moeten worden. Dit lijkt ons een goed compromis tussen de wenselijkheid van een goede woonsituatie van de patiënt, kosten voor extra maatregelen binnen een verpleeghuis, en de wenselijkheid van voorkomen van transmissie van VRE.	jaar arbitrair is en dat is aangesloten bij MRSA-richtlijn.
9	P.14 r.38-42	Beëindiging aanvullende infectiepreventiemaatregelen voor CPE en <i>Enterococcus faecium</i> indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden. - De cliënt heeft tenminste 2 negatieve BRMO-kweken, afgenomen met een tussenpoos van tenminste 1 jaar.	De maatregelen blijven in ieder geval gelden <u>voor de duur van 6 maanden</u> na de eerste positieve VRE bevinding. De cliënt heeft tenminste negatieve rectumkweken afgenomen met een tussenpoos van tenminste 24 uur. De 2 kweeksets hebben een tussenpoos van tenminste 1 jaar.	Bij <i>Enterococcus faecium</i> (VRE?) zijn minimaal 5 negatieve opeenvolgende rectumkweken met een tussenpoos van minimaal 24 u nodig om aanvullende maatregelen op te kunnen heffen? Landelijk bestaat nog steeds de discussie m.b.t. VRE en wanneer je iemand VRE vrij mag verklaren? Bij dragerschap van <i>Enterococcus faecium</i> kan het 7 dagen duren tot het uitgescheiden wordt door de cliënt. Zijn hiervoor na 5 negatieve kweken nog meer controlekweken nodig? VRE is een andere categorie dan overige BRMO?	Geen actie. We sluiten aan bij de ziekenhuisrichtlijn die weer aansluit bij de richtlijn van de NVMM over detectie van BRMO. Hoofdstuk over VRE ontbreekt.
14	p.14 r.38-42	Zie hierboven.		voor CPE en VRE 1 jaar isolatie en VRE toch sanitair en ruimte delen met anderen	Gewijzigd. Tabel 5: badkamer cliëntgebonden en 1-pers.kamer bij voorkeur.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
9	P.14 r.40-41	De cliënt heeft tenminste 2 negatieve BRMO-kweken, afgenomen met een tussenpoos van tenminste 1 jaar.	De cliënt heeft tenminste 4 negatieve BRMO-kweken: zowel de eerste als de definitieve controle bestaat uit 2 kweeksets, afgenomen met een tussenpoos van tenminste 24 uur.	Hiermee controleer je langdurig dragerschap, maar je controleert 2 keer wel erg beperkt (op basis van 1 enkele kweekset). De ervaring is dat een 2 ^e BRMO-kweekset, kort erna afgenomen nog weleens groei laat zien waar dit in een 1 ^e kweekset is gemist.	Zie hierboven.
1	p.14 r.41-42	Tenminste 2 negatieve kweken met een tussenpoos van minimaal 1 jaar	Periode van het tijdsinterval in overleg met de microbioloog of conform MRSA-richtlijn	1 jaar is veel te lang	Zie ook boven.
3	Blz 15, regel 3-4	Twee negatieve controlekweken met 24 uur tussenpoos is geenszins een garantie dat de bacterie niet meer aanwezig is.		Is een periode van 1 jaar wel een garantie dat de bacterie niet meer aanwezig is?	Zie ook boven.
3	Blz 14, regel 41	Tussenpoos van tenminste 1 jaar		Geldt dit ook voor de ziekenhuizen? Anders is de termijn wel heel lang.	Geen actie. Aanbeveling geldt niet voor ZH.
1	p.15 r.8-9	Na de eerste negatieve kweek kan een jaar worden gewacht met het afnemen van kweken.	Verduidelijken: wordt in de tussentijd (d.w.z. na de eerste negatieve kweek) de cliënt als drager beschouwd.		Geen actie. Zolang er maatregelen moeten worden getroffen wordt de client als drager beschouwd.
3	Blz 15, regel 14-18	Voer, wanneer bij een cliënt onverwacht een BRMO is aangetroffen, bij medebewoners contactonderzoek uit volgens het ringprincipe. Dit geldt niet wanneer een onverwachte ESBL of ciprofloxacine/ gentamicine resistente enterobacteriaceae is aangetroffen in een niet-uitbraak situatie.		Spreekt elkaar tegen. Alle BRMO wel een contact onderzoek/ onverwachte ESBL.....	Geen actie. Er staat niet expliciet 'alle'.
1	p.15 r.15-18 en r.22	Voer, wanneer bij een cliënt onverwacht een BRMO is		Onduidelijk: wanneer is sprake van een uitbraaksituatie?	Geen actie: zowel in de tekst als in verklarende woordenlijst staat

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
		aangetroffen, bij medebewoners contactonderzoek uit volgens het ringprincipe. Dit geldt niet wanneer een onverwachte ESBL of ciprofloxacin/ gentamicine resistente enterobacteriaceae is aangetroffen in een niet-uitbraak situatie.			definitie van uitbraak.
10	pg 15 rg 17-18	geen contactonderzoek bij cipro / genta R Enterobacteriaceae	ook bij vplh toevoegen	bij zkh wel contactonderzoek	Geen actie, is al gemotiveerd.
4	p.15 r.22	Contactonderzoek is wel geïndiceerd bij vermoeden van een uitbraak.	Vermoeden weglaten.	Als er één positieve drager is dan is er meestal wel een vermoeden van een uitbraak en gaat men onnodig zoeken.	Gewijzigd: ‘vermoeden van’ tussen haakjes geplaatst.
5	Blz 15 regel 25	Het wordt aan de instelling overgelaten of de DIP en/of de specialist ouderengeneeskunde het nodig vinden om een contactonderzoek uit te voeren, en over welke ring onderzocht zou moeten worden. Het al dan niet inroepen van de GGD of een arts-microbioloog is naar eigen inzicht.	De meest rationele aanbeveling zou een aanbeveling zijn tot het consulteren van de arts-microbioloog, zeker gezien de conclusies uit Rapport Lemstra (2012). Deze heeft een logische rol in het outbreak-management aangezien de arts-microbioloog daarnaast expertise kan bieden bij de uit te voeren screening en zo nodig bij de behandeling van eventuele infecties.	Het is niet rationeel om een specialist ouderengeneeskunde deze inschatting te laten maken, aangezien deze specialist weliswaar wel BIG-geregistreerd is, maar in dit onderwerp niet is geschoold. Het leggen van de beslisbevoegdheid bij de DIP, die in principe wel geschoold is in deze materie, maar niet BIG-geregistreerd is, is eveneens onwenselijk.	Gewijzigd: ‘deskundige infectiepreventie en/of specialist ouderenzorg’ in ‘arts-microbioloog/GGD-arts in overleg met de deskundige infectiepreventie’
5	Blz 15 regel 28:	“bij medebewoners die inmiddels zijn overgeplaatst naar huis”.	Als contactonderzoek geïndiceerd is voor inmiddels ontslagen patiënten vanuit het ziekenhuis (en dat is het geval) dan is dat ook voor de hier bedoelde cliënten geïndiceerd.	Dit is verantwoord voor ESBL, gezien het percentage dragerschap onder de algemene bevolking. Echter voor de overige BRMO is het niet verstandig om na een reële kans op blootstelling de screening achterwege te laten vanwege het feit dat de cliënt	Toegevoegd: tenzij de 1e ring positieve cliënten oplevert.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
				niet meer beschikbaar is om snel te kweken.	
5	Blz 15 regel 30:	“afhankelijk van de lokale situatie”.		Dit is onwenselijk. Het zal helder moeten worden dat alle Nederlandse zorginstellingen de verplichting hebben dragerschap met BRMO bij een over te plaatsen patiënt c.q. cliënt te vermelden. Niet alleen om eventuele verspreiding van BRMO kn kaart te brengen en verdere verspreiding te voorkomen, maar niet in de laatste plaats om te borgen dat in het geval van een onverhoopte infectie de juiste antibiotische keuzes gemaakt worden.	Gewijzigd. Zin verwijderd.
2	p.15 r.31-37	In afwachting van de uitslag van de BRMO-kweek zijn geen aanvullende infectiepreventiemaatregelen bij medebewoners nodig. Contactonderzoek onder medewerkers is niet nodig. Motivatie: medewerkers zijn meestal geen, of slechts kortdurend, drager van BRMO. Dragerschap bij medewerkers leidt niet tot besmetting van cliënten als de medewerker de algemene voorzorgsmaatregelen en, indien van toepassing, de aanvullende infectiepreventiemaatregelen		Bij contactonderzoek (6.1) wreekt zich het gebrek aan evidence in een verpleeghuis wel heel duidelijk. Men veronderstelt ten onrechte dat de verspreiding van BRMO in de leefgemeenschap van de cliëntèle en in de werkgemeenschap van de zorgverleners voldoende gescheiden is om bij elkaar een endemische verheffing of een uitbraak te veroorzaken.	Geen actie. Het betreft hier een incidentele bevinding niet van een epidemische verheffing.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
		correct naleeft (10).			
10	pg 15 rg 36-37de aanvullende inf.prev. maatregelen	verwijderen "en, indien van toepassing de aanvullende infectiepreventiemaatregelen"	het gaat hier over <u>medewerkers</u> die evt cliënten besmetten; mdw nemen voorzorgsmaatregelen om te voorkomen dat cliënten hen besmetten niet andersom staat verwarrend zo	Gewijzigd. Aanvullende infectiepreventie maatregelen gewijzigd in Algemene voorzorgsmaatregelen.
1	p.16 r.2-4	Voer contactonderzoek uit als BRMO-dragerschap wordt aangetoond bij een BRMO-verdachte cliënt en er geen of onvoldoende aanvullende infectiepreventiemaatregelen zijn toegepast tussen de opname van de cliënt en de uitslag van de test.	Kan hier ook worden uitgesloten voor ESBL en cipro/genta resistente enterobacteriaceae?	In navolging van par. 6.1	Geen actie. Het gaat alleen om de situatie dat de aanvullende infectiepreventiemaatregelen niet of onvoldoende zijn toegepast.
5	Blz 16 regel 16:	Evalueer de gegevens die uit routinematig uitgevoerde diagnostiek beschikbaar zijn regelmatig en voer in aanvulling hierop zo nodig (punt)prevalentieonderzoek uit onder cliënten naar dragerschap van BRMO.		Het zo nodig uitvoeren van een puntprevalentie surveillance studie is uiteraard zeer nuttig. Het is mij bekend dat het niet aan de WIP is om uitspraak te doen over financiering, maar het mag duidelijk zijn dat in deze tijden van grootschalige bezuinigen in de zorg, een dergelijk voorstel geen gehoor zal vinden tenzij er een verplichting wordt opgelegd, of tenzij de kosten vanuit extern gedragen worden.	Gewijzigd. Gewijzigd 'zo nodig' in 'als er aanwijzingen zijn voor een epidemische verheffing'
1	p.16 r.15-17	Evalueer de gegevens die uit routinematig uitgevoerde diagnostiek beschikbaar zijn regelmatig en voer in aanvulling hierop zo nodig	Is er een aanbeveling te doen over de noodzaak van routinematig kweken?	Het is mijn ervaring dat in verpleeghuizen betrekkelijk weinig gekweekt wordt in verband met de kosten.	Gewijzigd: 'routinematig' verwijderd.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
		(punt)prevalentieonderzoek uit onder cliënten naar dragerschap van BRMO.			
4	p.16 r.30	Melding, op indicatie, van de uitbraak aan de GGD conform de Wet Publieke Gezondheid	Aangeven dat melding conform de WPG alleen verplicht is bij uitbraak van infecties en niet bij dragerschap.	Eigenlijk zou dit onderscheid door het hele document gemaakt moeten worden.	Gewijzigd. Geen verwijzing naar artikelen maar alleen naar de Wet Publieke Gezondheid. Het betreft hier hoofdstuk epidemische verheffing.
5	Blz 16 regel 38	In ieder geval worden uitgenodigd: een arts-microbioloog en/of deskundige infectiepreventie van de instelling, vertegenwoordiger van het management, specialist ouderengeneeskunde, vertegenwoordiger van de GGD en de leidinggevende van de afdeling.		Hiervoor geldt hetzelfde bezwaar als eerder benoemd.	Gewijzigd in: arts-microbioloog/GGD-arts.
11	hoofdstuk 9		toevoegen van de volgende kennislacunes, o.a. "Wat is de prevalentie van BRMO in verpleeghuizen?" en "Wat is het risico op verspreiding van BRMO binnen deze verpleeghuizen?"		Gewijzigd. Tweede is toegevoegd. Eerste niet meer relevant, er loopt momenteel prevalentieonderzoek.
13	Algemeen		Ons voorstel is om de 2 concepten naast de huidige richtlijn te leggen en eventuele discrepanties er uit te halen en onderling te verwijzen (bijvoorbeeld hyperlink) zodat het duidelijk is voor de gebruikers en die niet gaan verdwalen in de richtlijnen.	Op dit moment is er een WIP richtlijn, een WIP richtlijn BRMO in verpleeghuizen (in concept) en de richtlijn van het LCI (in concept). Naar aanleiding van de presentatie van de beide concepten komen er reacties uit het land met welke richtlijn er rekening gehouden moet worden.	Toegevoegd in afbakening: setting waarvoor richtlijn geldt en verwijzing naar LCI-richtlijn.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
2	Algemeen		Voeg toe een korte concrete paragraaf over regionale monitoring. Laat de regionale afdeling microbiologie (half)jaarlijkse alle kweekdata van Eerstelijn, verpleeghuizen en ziekenhuizen verzamelen. Houdt hierover een (half)jaarlijks regionaal overleg over de gevolgen voor iedere populatie op zichzelf en voor oversteken naar elkaar toe. Publiceer deze data landelijk (bijvoorbeeld via RIVM).		Toegevoegd: 'bij voorkeur op regionaal niveau' in H7 Surveillance BRMO.
6	Algemeen			het werd ons niet helemaal duidelijk hoe om te gaan met medewerkers die drager/ besmet zijn, en of er risico's zijn voor zwangeren: mogen besmetten werken?	Toegevoegd hoofdstuk 'BRMO-positieve medewerkers'.
1	Algemeen		Toevoegen: verschil tussen deze en ZH-richtlijn verduidelijken		Geen actie. Staat al her en der gemotiveerd. Waar opportuun toevoegen motivatie.
1	Algemeen		De aanbevelingen mogen meer nadruk krijgen (vet, ander lettertype, beschrijven aan begin hoofdstuk)		Op zich goede suggesties maar voldoet niet aan WIP-format. De aanbevelingen zijn gekenmerkt door het 'handje'.
11	Algemeen		Toevoegen: algemene paragraaf, waarin benadrukt wordt dat algemene principes van hygiëne de grondslag vormen voor preventie van transmissie van BRMO. Zowel goede scholing van personeel als aanwezigheid van		Her en der opgenomen in de richtlijn dat de beschreven infectiepreventiemaatregelen aanvullend zijn op de algemene voorzorgsmaatregelen.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			bv handen alcohol zijn belangrijk. Handen alcohol is niet altijd beschikbaar in verpleeghuizen. Een verwijzing bij deze paragraaf naar de richtlijn handhygiëne (die dan aan zou moeten sluiten bij de “five moments of hand hygiene” en dus een kleine revisus behoeft) kan onderdeel zijn van deze paragraaf		
1	Algemeen		Kan in de richtlijn een uitzondering worden gemaakt voor cliënten in palliatieve en terminale fase?		Geen actie. De richtlijn beschrijft algemene situaties.
1	Algemeen		Toevoegen: benoem uitdrukkelijk dat het een verplichting is voor de organisatie om de richtlijn in menskracht en middelen mogelijk te maken		Geen actie. Dit staat al beschreven in de Inleiding.
2	Algemeen		geef in een pre-ambule (dus vóóraf) aan dat deze richtlijn is alleen bedoeld is om te komen tot zo uniform mogelijke afspraken tussen een verpleeghuis en het plaatselijke ziekenhuis en de plaatselijke Eerstelijns. Zet dan ook 1.5 in de pre-ambule. Verder kan deze richtlijn niet gaan.	Een WIP-richtlijn is gebaseerd op reproduceerbare vormen van evidence. In Punt 9 (kennislacunes) geeft de Expertgroep duidelijk aan dat er géén wetenschappelijk onderbouwde kennis is over de effecten van BRMO in verpleeghuizen.	Geen actie. Afspraken tussen verpleeghuis en ZH is niet het enige, de richtlijn beveelt ook maatregelen aan.
1	Algemeen		Aandacht voor andere vormen van preventie dan bronnen uit cliënten uit buitenland/ziekenhuis		Geen actie. Onduidelijk welke bronnen bedoeld worden.
1	Algemeen		Toevoegen: omgaan met BRMO-	Het uitvoeren van	Opgenomen als kennislacune.

Commen-tator	Regel/pagina	Oude tekst	Nieuw voorstel	Argumentatie	Verwerking in RL
			positieve cliënt met cognitieve problemen/PG-indicatie	infectiepreventiemaatregelen bij deze groep is uiterst lastig.	
1	Algemeen		Toevoegen: hoe motiveer je team van verzorgenden om extra maatregelen te nemen?	omdat a) scholing niet verplicht is b) de focus op gedrag en 'omgaan met' ligt c) locatie managers en maatregelen tegenstrijdig met woonidee.	Geen actie.
1	Algemeen		Toevoegen: ingaan op chronisch dragerschap van BRMO en behandelen van dragerschap.	Bij MRSA wordt ingegaan op het beëindigen van dragerschap waarbij een algemene aanpak wordt gegeven.	Geen actie. Bij het formuleren van de maatregelen is al rekening gehouden met de huiselijke omgeving. Behandelen van dragerschap valt buiten deze richtlijn.

Overige opmerkingen:

- De richtlijn goed onder de aandacht brengen (1).
- Minder complex microbiologisch taalgebruik of aangeven hoe hier mee om te gaan (1).
- Onvoldoende kennis bij zorgverleners, in staat stellen tot bijscholing (1).
- Twijfel over haalbaarheid van/motiveren tot alle BRMO-voorschriften als het al moeilijk is 'normale hygiëne' uit te voeren (1).
- Overdracht van/tijdig informeren van cliënt met multi-resistente organismen zal moeten verbeteren bij overplaatsing (1).
- De situatie in de meeste kleinschalige woonvoorzieningen zijn een probleem m.b.t. hygiënemaatregelen: gedeelde toiletten, geen wastafel, personeel doet allerlei handelingen door elkaar. Hygiënemaatregelen vraagt zeer veel inzicht bij personeel en in discipline. In geval van uitbraken lukt dat vaak, het wordt een probleem bij chronisch dragerschap (1).
- Kosten kunnen belemmerend werken, zeker als noodzaak niet duidelijk is in richtlijn van bijv. kweken (1).
- (on)mogelijkheid tot isoleren (1).
- Dragen van mondneusmasker wordt weinig geaccepteerd door PG zorgteams vanwege desoriëntatie cliënt door afwezigheid gezichtsherkenning (1).
- Minimale personele bezetting (1).
- Maatregelen tegenstrijdig met huiselijk woonidee, vergt veel om personeel te overtuigen (1).
- Ik zou één richtlijn maken voor primaire en één voor secundaire gebruikers (1).
- Ik zou deze richtlijn prima kunnen gebruiken langs de ziekenhuislijn (1).
- De richtlijn sluit niet aan bij het huidig handelen maar maakt wel goed duidelijk op welke manier dit handelen moet worden aangepast (1).
- Al met al is de richtlijn helder en goed te implementeren als er volgens de WIP-richtlijnen wordt gewerkt in een instelling (1).
- Overigens ben ik blij met de richtlijn, ook in de huidige vorm (1).
- Ja, ik vind hem duidelijk en kort en laat mogelijkheid voor aanpassing in eigen situatie (1).