

Visie op de regionale aanpak van bijzonder resistente micro-organismen

Rol voor de GGD als bruggenbouwer op weg naar een verbeterde samenwerking in de aanpak van antimicrobiële resistentie

Utrecht, december 2013

Werkgroep Visie rol GGD bij aanpak BRMO in opdracht van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI)

- Anja Schreijer, MD PhD, Arts Infectieziektebestrijding, GG&GD Utrecht, (voorzitter);
- Aimée Tjon-A-Tsien, MD, PhD, Arts M&G infectieziektebestrijding, GGD Rotterdam Rijnmond;
- Jelle Doosje, MPH, Senior adviseur Crisisbeheersing, Zorg & Veiligheid GGD-Nederland
- Fred Slijkerman Megelink, Regionaal Arts Consulent regio Noord Holland & Flevoland RIVM/LCI ; tevens Arts M&G infectieziektebestrijding GGD Hollands Noorden
- Pauline Tolsma, Arts M&G, Infectieziektebestrijding GGD Hart voor Brabant
- Peter Jacobs, Regionaal Arts Consulent Limburg, tevens Arts M&G, GGD Limburg-Noord.
- Ron de Groot, deskundige infectie preventie, RIVM/LCI.

INHOUD

Voorwoord Prof. Dr. Christian Hoebe	pag 2
Samenvatting	pag 3
1. Inleiding	pag 4
- waarom nu een visiedocument	pag 4
- impact van antimicrobiële resistentie	pag 4
- definitie Bijzonder Resistente Micro Organismen	pag 4
- definitie verheffing of uitbraak	pag 5
2. Kernvragen en doel	pag 5
3. Huidige situatie	pag 5
- betrokkenheid GGD verschilt per instelling	pag 6
- samenwerkingsconvenant met laboratoria	pag 6
4. Werkterrein GGD	pag 7
5. Taken van de GGD bij aanpak BRMO	pag 7
- Taken van de GGD bij aanpak BRMO	pag 7
- Handreiking tot uitwerken taken voor GGDen	pag 8
6. Wat is er nodig van instellingen en andere ketenpartners	pag 9
- Bereidheid tot delen van kennis en data tussen GGD en instellingen: melden van uitbraken	pag 9
7. Toekomst:	pag 9
- regionale BRMO teams	pag 9
8. Werkgroep	pag 9
9. Bijlagen	pag 10
- Bijlage 1 referentielijst	
- Bijlage 2 lijst met afkortingen	
- Bijlage 3 deeltaken infectieziektebestrijding	
- Bijlage 4 Regionale teams voor de aanpak van bijzonder resistente micro-organismen	

VOORWOORD

Eén van de grootste bedreigingen in de gezondheidszorg is de toenemende resistentie van bacteriën voor de beschikbare antibiotica. Infecties met resistente bacteriën zijn immers geassocieerd met toegenomen morbiditeit, mortaliteit, en kosten in vergelijking met infecties met bacteriën die wel gevoelig zijn. Voor de infectieziektebestrijding vormt deze bedreiging een eigen dynamiek, omdat er veel spelers in het spel zijn als het om uitbraken van BRMO (bijzonder resistente micro-organismen) gaat. Dit is zowel in de openbare gezondheidszorg als binnen de instellingen het geval. Het is een onderwerp waar de GGD'en de laatste jaren mee worstelen en ik juich het van harte toe dat er nu een visie document ligt dat de rol van de GGD binnen het BRMO vraagstuk richting geeft. BRMO problemen spelen zich af in een tijd met snelle informatie voorzieningen en met mondige burgers die zich ook rustig voor een dure medische ingreep in India laten behandelen. Als souvenir kan al snel een BRMO meegenomen worden die bij betrokkene kan leiden tot opname in ziekenhuis en tot verdere verspreiding naar gezinsleden of medepatiënten. De GGD kan daadwerkelijk een rol te spelen bij de bestrijding en bij de informatievoorziening aan huisartsen en burgers, en ook complementair zijn bij de bestrijding binnen ziekenhuizen en verpleeghuizen. Voorwaarde is dat de GGD dan tijdig en volledig geïnformeerd wordt. De werkgroep heeft met recht gekozen om de GGD neer te zetten als bruggenbouwer. Dit moet echter wel een proactieve en stevige bruggenbouwer zijn waarin de GGD haar positie steviger mag innemen als samenwerkingspartner van medische specialisten en arts-microbiologen. Steviger dan soms nu het geval lijkt. De GGD heeft het zelf in de hand om betrokkenheid te krijgen voor BRMO problemen die in instellingen spelen. Dat kan ook betekenen dat je bij raden van bestuur van ziekenhuizen of verpleeghuizen langs gaat, omdat de argumenten vóór transparantie nog nooit zo duidelijk op tafel lagen. De impact van foute aanpak zijn immers medisch en maatschappelijk enorm, zoals te zien is aan de recente uitbraken van resistente Klebsiella stammen en Vancomycine resistente enterokokken in ziekenhuizen. Alleen een GGD die een pro-actieve positie inneemt kan ook werkelijk wat betekenen voor deze bestrijding. Beste collega's, neem deze handschoen op. We kunnen met deze voorliggende brug immers de toekomst tegemoet.

Prof.dr. Christian J.P.A. Hoebe,
Afdeling Seksuele Gezondheid, Infectieziekten en Milieu, GGD Zuid Limburg
Afdeling Medische Microbiologie, Maastricht Universitair medisch Centrum

SAMENVATTING

Antibioticaresistentie vormt een grote bedreiging voor de volksgezondheid. Resistentie wordt veroorzaakt door wereldwijd veelvuldig of onjuist gebruik in zowel de veterinaire en humane sector. Zonder nieuwe antibiotica en bestrijdingsmethoden tegen infectieziekten veroorzaakt door resistente bacteriën, komen we steeds meer met onze rug tegen de muur te staan. Een groep resistente micro-organismen, aangeduid als Bijzonder Resistente micro-organismen (BRMO) die in toenemende mate worden gezien, zoals ESBL-producerende Gram-negatieve bacteriën en VRE, vraagt extra maatregelen. Nieuwe BRMO zoals carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae (CPE) stellen ons voor nieuwe vragen en problemen. Zowel binnen de muren van ziekenhuizen en instellingen als in de openbare gezondheidszorg. De risico's van BRMO voor gezonde en zieke personen zijn nog grotendeels onbekend, evenals de mate van verspreiding onder de normale populatie. Dat medisch toerisme een toenemende rol speelt in de introductie van nieuwe resistente stammen in Nederland is inmiddels bekend. Maar ook constateren we dat antibiotica resistente micro-organisme in ons milieu, bodem en oppervlaktewater zitten. Extra aandacht, bron- en contactopsporing, surveillance en regie is daarom hard nodig om deze problemen in ons land te kunnen beteugelen. Dit vraagt om passende maatregelen, een proactieve GGD en samenwerking tussen ketenpartners en GGD. Alleen door juiste en tijdige informatievoorziening is de GGD in staat de burgers, bestuurders en werkers in de gezondheidszorg goed te informeren.

Het is nodig dat de kennis over de effecten en verspreiding van BRMO wordt vergroot. Dit vraagt van instellingen en laboratoria optimale transparantie, kennis- en informatiedeling, meldingsbereidheid, maar ook extra scholing. Instellingen zijn terughoudend melding te doen bij een GGD, omdat de noodzaak hiervan onbekend is of omdat zij vrezen voor negatieve publiciteit. Uitbraken van BRMO worden nu veelal landelijk gemeld bij het RIVM (SO-ZI/AMR). Dit is nodig voor het landelijk overzicht. Maar dat is onvoldoende. Ook de GGD moet beschikken over adequate gegevens in de regio. De GGD moet in staat worden gesteld binnen de regio verbanden te leggen tussen uitbraken en onverwachte verheffingen van dragerschap en ziekte in instellingen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de algemene populatie. Onlangs hebben GGD Nederland en de Nederlandse Vereniging van Medisch Microbiologen het samenwerkingsconvenant met de medisch microbiologische laboratoria geëvalueerd. Er is geconstateerd dat het convenant onverminderd belangrijk blijft. Om de BRMO problematiek te lijf te gaan is het echter belangrijk dat de samenwerking en informatie uitwisseling niet alleen tussen GGD en arts-microbioloog, maar in de gehele zorgketen verbetert.

In deze notitie wordt een beschrijving gegeven van de BRMO problematiek in Nederland en de rol van de GGD in de bestrijding. Er wordt een pleidooi gehouden om de samenwerking en informatie uitwisseling in de zorgketen verder te verbeteren. Dat is nodig om het hoofd te bieden aan de resistentieproblematiek.

Voor wie? Deze notitie is bedoeld voor GGD'en en GGD Nederland om over de BRMO problematiek in gesprek te gaan met ketenpartners, zowel op lokaal als op nationaal niveau. Deze notitie is dus geen *richtlijn* BRMO voor GGD'en. Binnen het platform BRMO in de publieke gezondheid wordt onder leiding van het LCI wel gewerkt aan een richtlijn BRMO in de publieke gezondheid voor GGD medewerkers.

INLEIDING:

In dit document wordt de visie verwoord van GGD-professionals infectieziektebestrijding op de rol van de GGD bij de aanpak van resistente micro-organismen.

Waarom nu een visiedocument?

Door wereldwijd veelvuldig gebruik van antibiotica in de veterinaire en humane sector dreigen steeds meer micro-organismen resistent te worden, die vervolgens bijdragen aan de ziektelast bij de mens. Dit zal in toenemende mate een impact op de kosten van de gezondheidszorg gaan hebben. Een bijkomend probleem is dat er weinig antibiotica in ontwikkeling zijn. Hierdoor is het belang van preventie nog groter in de bestrijding van infectieziekten veroorzaakt door resistente micro-organismen. Door toenemende globalisering, met snelle verspreiding van infectieziekten, zijn infectieziektepreventie en hygiënische maatregelen belangrijker dan ooit. Voor de behandeling van de infecties van BRMO in sommige werelddelen zijn er bijna geen antibiotica meer voorhanden. Daarnaast worden resistente micro-organismen aangetroffen in de omgeving, in water, in de bodem en in voedsel. Het is te verwachten dat vanwege de vergrijzing de vraag naar gezondheidszorg en verpleeghuiszorg zal toenemen en daarmee het voorschrijven van antibiotica. Een toename van intramurale zorg en daardoor de frequentie waarmee patiënten worden opgenomen en heropgenomen in verschillende instellingen, maakt dat de resistentieproblematiek zich buiten ziekenhuizen uit kan breiden naar verpleeghuizen en de bevolking in het algemeen. Dit maakt duidelijk dat BRMO niet meer alleen een nosocomiaal probleem is maar ook binnen de openbare gezondheidszorg een probleem aan het worden is (1).

Impact van antimicrobiële resistentie

Infecties die worden veroorzaakt door antibioticaresistente bacteriën leiden tot een hogere morbiditeit en mortaliteit en tot langere opnames in het ziekenhuis (2). Momenteel is het resistentieprobleem in Nederland nog gering in vergelijking met andere landen in Europa. Echter, de landelijke toename van ESBL-producerende Gram-negatieve bacteriën en uitbraken van carbapenem-resistente *Klebsiella* stammen en Vancomycine resistente enterokokken (VRE) in Nederlandse ziekenhuizen zijn alarmerende signalen. Recent onderzoek laat zien dat 8,5 procent van de Nederlanders drager is van een ESBL-producerende bacterie. Risicofactoren zijn gebruik van een breed spectrum bètalactamantibiotica en bezoek aan het buitenland (voornamelijk Noord-Afrika) (3) Onderzoek van de Consumentenbond (in opdracht van het Ministerie van Economische zaken) laat zien dat antibiotica-resistente ESBL-bacteriën aanwezig zijn op 40% van het onderzochte kalfsvlees en 13% van de biefstukken. Eerder onderzoek in 2012 toonde al aan dat vrijwel al het kippenvlees in de Nederlandse supermarkten besmet is met ESBL-bacteriën (4). In veel Europese landen is 25% van de isolaten van bacteriën die verantwoordelijk zijn voor ernstige infecties bij de mens resistent. Jaarlijks zijn er 25.000 sterfgevallen te wijten aan multiresistentie. De kosten die dat met zich meebrengt worden geschat op 1,5 miljard (gezondheidszorg en productiviteitsverlies) (5). In het geval van een carbapenemase producerende bacterie zijn de therapeutische opties zeer beperkt en dit zal in de nabije toekomst niet verbeteren.

Al langer is de multiresistentie van *Mycobacterium tuberculosis* bekend (MDR-TBC en XDR-TBC). Dit heeft zeer langdurige of niet meer behandelbare tuberculose als gevolg.

Dat resistentie zich niet beperkt tot bacteriën alleen blijkt o.a. uit de toenemende mate resistentie onder schimmels en virussen (6,7).

Definitie BRMO

Aspecten die bepalen of een bacterie bijzonder resistent is, zijn het resistentiepatroon, het vermogen van de bacterie de resistentie eigenschap over te dragen en de pathogeniciteit van de betrokken bacterie. Resistentie tegen één middel kan soms voldoende reden zijn de bacterie het label BRMO te geven, vooral als het behandelarsenaal beperkt is en de bacterie pathogeen.

De WIP heeft in de WIP richtlijn BRMO ziekenhuizen gedefinieerd welke soorten bacteriën als bijzonder resistent moeten worden beschouwd en de te nemen maatregelen in het ziekenhuis beschreven. Voor een optimale aansluiting bij de zorgketen hanteren we in deze visie dezelfde

indeling van BRMO als vastgesteld door de WIP (8).

Definitie verheffing of uitbraak

Onder een epidemiologische verheffing of uitbraak wordt verstaan: twee of meer patiënten met een epidemiologische link waarbij het zelfde type BRMO is geïsoleerd. Van epidemische link wordt gesproken wanneer stammen in eenzelfde tijdsperiode op eenzelfde locatie aangetroffen worden en behoren op basis van typering (waarschijnlijk) tot dezelfde kloon. Dit is conform de WIP richtlijn BRMO ziekenhuizen.

Samenvattend: Resistente micro-organismen vormen een bedreiging voor de publieke gezondheid. Om verdere verspreiding vroegtijdig een halt toe te roepen moeten instellingen, laboratoria en GGD'en duidelijke afspraken maken over de melding en bestrijding van uitbraken of verheffingen van resistente micro-organismen binnen en buiten instellingen.

2. KERNVRAGEN

1. Welke rol kan de GGD te vervullen ten aanzien van BRMO in de openbare gezondheidszorg?
2. Wat kunnen ketenpartners (ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen, huisartsen etc.) die een rol spelen in de zorg voor patiënten (en dragers) van resistente micro-organismen van de GGD verwachten?

Doel:

Ontwikkelen en beschrijven van een duidelijke en breed gedragen rol van de GGD bij de aanpak van bijzonder resistente micro-organismen. Deze rol wordt door alle GGD'en gesteund en uitgevoerd en is duidelijk bij de ketenpartners.

3. HUIDIGE SITUATIE

Er bestaan momenteel geen eenduidige afspraken over de samenwerking tussen (zorg)instellingen en de GGD in het kader van de preventie en bestrijding van BRMO. Ketenpartners zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen weten onvoldoende wat ze kunnen verwachten van de GGD. Verder is er bij het algemene publiek weinig bewustzijn over de ernst van het resistentieprobleem (9). Instellingen zijn veelal terughoudend melding te doen bij een GGD omdat zij vrezen voor negatieve publiciteit. Tevens lijken partijen de risico's van dragerschap van BRMO buiten het ziekenhuis niet altijd goed te kennen. Uitbraken van BRMO worden sinds 2012 landelijk gemeld bij het signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie (SO-ZI/AMR), een samenwerking van het RIVM, de NVMM en de VHIG. Meldingscriteria voor het SO-ZI/AMR zijn (10):

*Uitbraken die de toegankelijkheid van de zorg negatief beïnvloeden (of een dreiging hiertoe). In de praktijk betekent dit (dreiging van) het sluiten van een (deel van een) afdeling.

* Uitbraken waarbij ondanks ingestelde infectiepreventiemaatregelen transmissie blijft bestaan. Maandelijks worden meldingen besproken, wordt de dreiging beoordeeld en zonodig wordt externe expertise aangeboden. Dit is nodig voor het landelijk overzicht. Maar dat is onvoldoende. Op dit moment ontvangt de GGD, als lokale infectieziektebestrijder, geen specifieke informatie uit dit overleg. De GGD moet echter wel beschikken over adequate gegevens in de regio om verbanden te leggen tussen uitbraken en onverwachte verheffingen van dragerschap en ziekte in instellingen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de algemene populatie. Daarnaast moet de GGD geïnformeerd zijn om vragen van burgers en bestuurders omtrent uitbraken te kunnen beantwoorden. De IGZ heeft de noodzaak van melden van calamiteiten door uitbraken van micro-organismen extra onder de aandacht gebracht bij ziekenhuizen middels een circulaire (11). Het ECDC riep in hun Technical Report van september 2011 lidstaten onder andere op tot versterking van de infrastructuur van de publieke gezondheid, de oprichting van public health laboratory networks, en een meldplicht voor carbapenemase producerende Enterobacteriaceae (CPE's) aan publieke gezondheidsautoriteiten (12). In augustus 2011 adviseerde GGD Nederland de Tweede Kamer om maatregelen te nemen om bestrijding van resistentie, de gegevensuitwisseling en de samenwerking in de zorg te verbeteren (13). Verder ontbreekt soms wetenschappelijke basis over mogelijkheden tot beperken van verspreiding van uitbraken van sommige BRMO buiten het ziekenhuis. De LCI werkt momenteel in samenwerking

met betrokken partners, waaronder SO-ZI/AMR, NVMM en GGD, aan de richtlijn BRMO in de publieke gezondheid. Tot slot wordt de zorgzwaarte in instellingen steeds hoger, met als consequentie dat mensen langer in thuishituatie blijven wonen. Deze mensen worden vaak verzorgd/verpleegd door wisselend personeel van thuiszorgorganisaties. Deze situatie vergt een specifieke benadering bij aanpak van uitbraken van BRMO, anders dan binnen instellingen, en hier kan de GGD 'een advies op maat' leveren.

Betrokkenheid GGD bij uitbraken van BRMO kan verschillen per instelling

De GGD heeft vooral een taak in de publieke (extramurale) gezondheidszorg. De intramurale en extramurale gezondheidszorg zijn echter onlosmakelijk met elkaar verbonden ook voor wat betreft verspreiding van BRMO. De GGD kan wel een ondersteunde rol spelen bij uitbraken van BRMO in instellingen. VWS maakt onderscheid tussen instellingen die onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) vallen (ziekenhuizen, verpleeghuizen) en instellingen die daar niet onder vallen (www.uzi-register.nl). Van instellingen die onder de KWZ vallen wordt verwacht dat zij zelf over expertise op het gebied van de technische hygiëne beschikken. Er wordt vanuit gegaan dat zij, ook op het gebied van BRMO, snel zelf problemen zullen herkennen en maatregelen treffen. De IGZ constateerde in 2006 een aantal gebreken bij sommige verpleeghuizen op dit punt. In 2012/2013 bezoekt de IGZ opnieuw verpleeghuizen, waarbij gelet wordt op naleving van infectiepreventiemaatregelen volgens werkinstructies en protocollen van de instelling op basis van de landelijke richtlijnen. Hierbij wordt o.a. aandacht besteed aan beleid omtrent MRSA/BRMO en antibioticabeleid. Het is dus belangrijk om in de regio een goede samenwerking en afspraken tot stand te brengen tussen ziekenhuis (laboratoria), verpleeghuis en GGD over resistentie. Instellingen die niet onder de Kwaliteitswet vallen, zullen over het algemeen niet of veel minder beschikken over hygiënische expertise en uitvoerend personeel om dit beleid goed uit te voeren. Het ligt dan voor de hand om de GGD hierin te schakelen en een rol te laten spelen wanneer advies over de aanpak gewenst is.

Samenwerkingsconvenant GGD en laboratoria: *onverminderd belangrijk*

In 2005 is een modelconvenant overeengekomen tussen GGD Nederland, Vereniging voor GGDen, en de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). In de jaren daarna is dit modelconvenant in de meeste regio's geïmplementeerd. Het doel van dit convenant was de versterking en afstemming van werkprocessen, kennis en kunde van de GGD en het Medisch Microbiologisch Laboratorium zodanig dat - ter bescherming van de volksgezondheid - de surveillance en bestrijding van infectieziekten in de regio optimaal wordt uitgevoerd. Daarom bevatte dit convenant niet alleen afspraken over de wijze waarop materiaal naar medisch microbiologische laboratoria (MML's) wordt ingezonden en gegevens worden uitgewisseld, maar ook over de landelijke uniformering van werkwijzen, een consulterende rol van de arts microbioloog, early warning, ondersteuning bij bron- en contactonderzoek, ondersteuning bij outbreak-management en participatie in wederzijdse scholing en opleiding. Middels een enquête onder zowel GGD'en en MML's is de huidige stand van zaken en opvattingen over het convenant geïnventariseerd. Hieruit blijkt dat het convenant onverminderd belangrijk blijft voor de infectieziektebestrijding, mede gelet op de resistentieproblematiek. Op onderdelen kan het convenant worden verbeterd. Er is geconstateerd dat de financiering van public health laboratorium-taken niet goed is geregeld. Dit belemmert optimale samenwerking tussen GGD en ziekenhuizen. In 2013 zullen daarom GGD Nederland en de NVMM het initiatief nemen om het convenant te verbeteren en de implementatie te bevorderen. Hiertoe zullen beide organisaties een expertbijeenkomst organiseren. Dit biedt kansen om dan ook afspraken te maken over gegevensuitwisseling en informatieverstrekking rond BRMO-uitbraken.

4. WERKTERREIN GGD

De doelstelling en de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding wordt onderverdeeld in negen deeltaken, de zogenaamde basistaken. De taken en bijbehorende activiteiten worden in bijlage 3 toegelicht en bestaan uit:

- 1) Afwikkeling meldingen van infectieziekten
- 2) Bron- en contactopsporing
- 3) Surveillance
- 4) Beleidsadvisering
- 5) Outbreakmanagement
- 6) Regie en netwerk
- 7) Preventie
- 8) Wetenschappelijk onderzoek
- 9) Vangnet

Voor de aanpak van BRMO zijn al deze taken van belang en maakt dat de GGD een geschikte intermediair is die alle betrokken partijen kent en bruggen kan slaan.

5 TAKEN VAN DE GGD BIJ DE AANPAK VAN BRMO

Op basis van eerdere ervaringen van GGD'en met uitbraken van BRMO kunnen een aantal taken van de GGD beschreven worden op het terrein van uitbraakmanagement en op het terrein van algemene preventieve activiteiten op het gebied van BRMO.

1) Uitbraakmanagement

- Inschatten risico publieke gezondheid: De GGD professional kijkt met een publieke gezondheid visie naar een uitbraak en schat de gevolgen voor de publieke gezondheid in en anticipeert hierop.
- Afstemmen beleid met ketenpartners: Communicatie over het hoe en waarom van het beleid is essentieel. Ketenpartners zijn: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, thuiszorgorganisaties en andere instellingen waar uitbraken zich voor kunnen doen. In sommige regio's bestaan reeds transmurale werkafspraken voor MRSA. Deze kunnen vertaald worden naar BRMO, zodra de eerder genoemde richtlijn BRMO in de publieke sector af is.
- (Risico-)communicatie: De GGD stemt met de betrokken ketenpartners af welke rol ieder speelt in de communicatie tijdens uitbraken (instelling communiceert naar bewoners, patiënten en bezoekers, terwijl de GGD communiceert richting het algemeen publiek). De GGD stemt af met de gemeentelijk communicatie adviseur.
- Opschaling in de regio: De GGD kan via zijn Directeur Publieke Gezondheid (DPG) de afstemming tussen zorginstellingen en -hulpverleners (de Witte Kolom) bevorderen door inzet van het bureau GHOR (opschaling in de regio).
- Informeren gemeentebesturen: indien van toepassing informeert de GGD zijn gemeentebestuur (-besturen) over uitbraken van BRMO in zijn regio. De burgemeester is verantwoordelijk voor de lokale/ regionale infectieziektebestrijding en dient o.a. geïnformeerd te worden wanneer er sprake is van een cluster ziekten door een BRMO, er sprake is van gevaar voor de publieke gezondheid en/of wanneer er onrust onder de bevolking ontstaat.
- GGD kan een rol spelen als adviseur binnen instellingen, maar neemt niet de verantwoordelijkheid van de instelling mbt bestrijding BRMO over. De GGD kan wel overwegen om uitvoerende werkzaamheden tegen betaling over te nemen.

2) Algemene preventieve taken GGD omtrent BRMO

- Voorlichting en risicocommunicatie: De GGD heeft een taak in het propageren van het verstandig omgaan met antibiotica en het creëren van bewustwording van het resistentie probleem bij het publiek. Hieronder valt o.a. het realiseren van bewustzijn bij reizigers die het reizigersspreekuur van de GGD bezoeken over het oplopen van BRMO in het buitenland. Daarnaast vraagt de GGD aandacht voor verstandig omgaan met antibiotica in de veehouderij en de gevolgen voor de volksgezondheid. Tot slot is het zaak de basiskennis over hygiëne te bevorderen bij professionals en burgers.
- Regionale surveillance: Naast voorkomen van verspreiding kan de GGD meewerken aan het vroegtijdig signaleren van verheffingen en het leggen van epidemiologische verbanden in de regio (bv tussen uitbraken/verheffingen binnen en buiten instellingen). Als de GGD op periodieke basis een

overzicht heeft van BRMO in de regio, kan enerzijds transmissie tussen instellingen inzichtelijk gemaakt worden, anderzijds tijdig duidelijkheid worden verschaft of een regio bijzondere problemen heeft.

- Onderzoek: Gezamenlijk onderzoek met andere ketenpartners naar resistentieontwikkeling en bestrijding hiervan is nodig als onderbouwing van verder beleid. Bij dit onderzoek dient ook de veterinaire sector te worden betrokken.

Handreiking tot uitwerking taken voor GGDen:

UITBRAAKMANAGEMENT

Taken van de GGD tijdens een uitbraak van BRMO in een instelling zijn in onderling overleg te bepalen afgeleid van bovengenoemde taken. Elke GGD kan hier zijn eigen invulling aangeven, maar gedacht kan worden aan:

- ondersteuning bij communicatie (brieven, teksten op website)
- in kaart brengen in hoeverre verspreiding buiten het ziekenhuis heeft plaatsgevonden
- meedenken en acties uitzetten ter verdere voorkoming verspreiding buiten de instelling
- afstemmen eenduidig beleid bij ketenpartners
- informeren en adviseren van burgemeester en wethouders en overige bestuurders in de regio
- adviseren in communicatie en landelijke persbericht naar de media
- (adviseren over) het opzetten van een case registratie
- (ondersteuning bij en advies over) epidemiologische verwerking van data
- het aanleveren van periodieke rapportages over BRMO in de regio
- contact leggen met het bureau GHOR door de GGD (DPG) voor ondersteuning coördinatie in de Witte Kolom.
- gezamenlijk schrijven van wetenschappelijke artikelen over de uitbraak
- deelnemen aan het outbreakteam van de instelling als ambtelijk secretaris

ALGEMENE PREVENTIEVE TAKEN GGD OMTRENT BRMO

- 1) De GGD maakt bovengenoemd takenpakket duidelijk aan ketenpartners, zoals artsen-microbioloog, deskundigen infectiepreventie, communicatieadviseurs, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen. Dit kan worden gerealiseerd door dit op te voeren als agendapunt bij reeds bestaande overlegvormen. Tevens kunnen dan afspraken gemaakt worden over het melden van BRMO bij de GGD. Hierbij kunnen de meldingscriteria van het SO-IZ/AR als leidraad gebruikt worden.
- 2) De GGD kan samen met artsen-microbioloog een (regionaal) congres over het thema BRMO organiseren en hierbij andere (regionale) ketenpartners uitnodigen. Denk hierbij ook aan gemeenten en besturen van ziekenhuizen.
- 3) De GGD schrijft mee aan landelijke richtlijnen die ontwikkeld worden over het onderwerp, zoals de richtlijn BRMO buiten instellingen.
- 4) De GGD mengt zich meer in landelijke discussies over het onderwerp op congressen, symposia en nieuwe media.
- 5) De GGD initieert samen met ketenpartners wetenschappelijk onderzoek om kennis te vergaren over juiste bestrijding van BRMO buiten instellingen. Op deze manier worden samenwerkingsverbanden gecreëerd en versterkt.
- 6) GGD professionals zorgen dat zij adequaat geschoold zijn op het gebied van BRMO. Zij worden hierin gefaciliteerd door het management van de GGD.

6 WAT IS ER NODIG VAN INSTELLINGEN EN ANDERE KETENPARTNERS?

1) Het vroegtijdig melden van signalen van uitbraken of epidemiologische verheffingen van BRMO bij de GGD. Het is bijzonder lastig om een verheffing van BRMO terug te dringen zodra deze eenmaal aangetroffen is. Daarom is het, ook in de publieke gezondheid, zaak om vroegtijdig een verheffing/ uitbraak van BRMO te bestrijden. Hier is dus een belangrijke taak voor de laboratoria

weggelegd. Dit geldt zowel voor ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, maar ook voor huisartsen en thuiszorgorganisaties.

2) Het in een vroeg stadium uitnodigen van de GGD voor in ieder geval één bijeenkomst van het uitbraakteam. In dit overleg worden afspraken gemaakt over rollen en taken en wordt het beleid bepaald richting instelling en algemeen publiek.

Bereidheid tot delen van kennis en informatie tussen GGD en instellingen: melden van uitbraken

Uitbraken met resistente bacteriën doen zich zowel binnen als buiten (zorg-) instellingen voor. In de Wet publieke gezondheid (Wpg, artikel 26) is opgenomen dat instellingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, uitbraken van infectieziekten moeten melden aan de GGD (14). Een centraal discussiepunt is of dragerschap van resistente bacteriën onder deze meldingsplicht valt, omdat dit niet expliciet beschreven staat in de Wpg. Vanwege de recente uitbraak van de vancomycine resistente enterococ (VRE) in meerdere ziekenhuizen in Nederland heeft een deskundigenberaad plaatsgevonden om een advies te schrijven aan de minister van VWS over de bestrijding van de uitbraak. In dit advies is opgenomen dat ook uitbraken van dragerschap en ziekte van VRE gemeld zouden moeten worden aan de GGD (13). Een logisch vervolg op dit advies zou zijn dat alle uitbraken van dragerschap van BRMO en ziekte door BRMO gemeld worden bij de GGD. In de recente richtlijn BRMO in Ziekenhuizen van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) wordt dan ook geadviseerd om bij een epidemische verheffing van BRMO dit te melden aan GGD en het Signaleringsoverleg (SO-ZI/AMR)(8). Voor meldingen aan de GGD zouden dezelfde criteria als voor het SO-ZI/AMR kunnen gelden, deze zijn (10):

* Uitbraken die de toegankelijkheid van de zorg negatief beïnvloeden (of een dreiging hiertoe). In de praktijk betekent dit (dreiging van) het sluiten van een (deel van een) afdeling.

* Uitbraken waarbij ondanks ingestelde infectiepreventiemaatregelen transmissie blijft bestaan.

Idealiter is een meldplicht dus niet noodzakelijk omdat als er genoeg vertrouwen bestaat tussen GGD en instellingen, uitbraken vanzelfsprekend gemeld worden.

7. TOEKOMST:

Regionale BRMO teams

Bij de uitvoering van deze taak van de GGD kan ook gedacht worden aan het opzetten van regionale BRMO-teams. In deze teams participeren idealiter een arts microbioloog, arts infectieziektebestrijding, deskundige infectiepreventie (van GGD of instelling) en sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding. Afhankelijk van de situatie kunnen deze teams aangevuld worden met bv. een specialist ouderengeneeskunde, huisarts, communicatiemedewerkers etc. Hiermee worden eventuele capaciteitsproblemen (bv in kleinere regio's) opgevangen terwijl zij toch aan deze taak van de GGD kunnen voldoen. Een ander voordeel is dat op deze manier niet bij alle medewerkers expertise op dit gebied noodzakelijk is. De haalbaarheid van dit idee moet nog verder onderzocht worden, zowel binnen GGD als in gesprekken met ketenpartners. In bijlage 4 wordt dit idee verder onderbouwd.

8. Werkgroepleden

- Anja Schreijer, MD PhD, Arts Infectieziektebestrijding, GG&GD Utrecht, aandachtsgebied BRMO (voorzitter).
- Aimée Tjon-A-Tsien, MD, PhD, Arts M&G infectieziektebestrijding, GGD Rotterdam Rijnmond, aandachtsgebied BRMO .
- Fred Slijkerman Megelink, Regionaal Arts Consulent regio Noord Holland & Flevoland RIVM/LCI ; tevens Arts M&G infectieziektebestrijding GGD Hollands Noorden
- Jelle Doosje, MPH, Senior adviseur Programma Crisisbeheersing, Zorg & adviseur Veiligheid GGD-Nederland
- Pauline Tolsma, Arts M&G, Infectieziektebestrijding GGD Hart voor Brabant
- Peter Jacobs, Regionaal Arts Consulent Limburg, tevens Arts M&G, infectieziektebestrijding GGD Limburg-Noord.
- Ron de Groot, deskundige infectie preventie, LCI, aandachtsgebied BRMO.

Klankbordgroep:

- Platform antibiotica resistentie in de openbare gezondheidszorg, RIVM-LCI, bestaande uit: Aura Timen (LCI) voorzitter, Peter Jacobs (RAC), Fred Slijkerman (RAC), Desiree Beaujean (LCI), Akke van der Bij (CIb-EPI), Aimee Tjon a Tsien (GGD-Rotterdam-Rijnmond), Anja Schreijer (GG&GD-Utrecht), Halaby Teysir (NVMM, COM-er), Ron de Groot (LCI) secretaris, Ineke Roede (WIP), Carolien Oldenkamp (ActiZ), Anja Bakker (VHIG (ZorgSaam)).

Bijlage 1 Referentielijst

- (1) de Boer AS, van Vliet JA, Coutinho RA, Strategisch beleidsplan RIVM 2011-2015, RIVM 2011
- (2) de Kraker et al., Mortality and hospital stay associated with resistant Staph. aureus and Escherichia coli bacteremia: estimating the burden if antibiotic resistance in Europe. Plos medicine, 2011 (8).
- (3) Reuland et al. Antibiotic resistance in the community in the Netherlands. Oral presentation; VUmc symposium Antibiotic resistance an ecological perspective, 2013.
- (4) Consumentenbond, "Resistent door een lapje vlees", Consumentengids, juni 2013
- (5) ECDC/EMEA joint technical report "The bacterial challenge: time to react"; 2009
- (6) CDC. Antiviral agents for the treatment and chemoprophylaxis of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011;60(No. RR-1).
- (7) Risk assessment on the impact of environmental usage of triazoles on the development and spread of resistance to medical triazoles in Aspergillus species. Stockholm: ECDC; 2013.
- (8) Richtlijn BRMO in Ziekenhuizen, Werkgroep Infectiepreventie (WIP) april 2013
- (9) Grigoryan L et al; SAR consortium. Attitudes, beliefs and knowledge concerning antibiotic use and self-medication: a comparative European study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007 Nov;(11):1234-43.
- (10) Nota inrichting SO-ZI/AMR, 11 december 2012
- (11) Circulaire melden van uitbraken van micro-organismen, IGZ, 10 april 2013
- (12) ECDC technical report risk assessment on the spread of Carbapenemase producing enterobacteriaceae (CPE) through patient transfer between health care facilities, with special emphasis on cross border transfer. Stockholm: ECDC, 2011
- (13) Advies aanpak antibioticaresistentie ziekenhuizen, brief aan de vaste kamercommissie VWS, GGD Nederland, 30 augustus 2013
- (14) LCI draaiboek Wet Publieke Gezondheid, gedownload van RIVM.nl op 10 juni 2012. Adviesbrief n.a.v. deskundigenberaad vancomycine-resistente enterokokken (VRE), RIVM, 15 juni 2012

Bijlage 2 Lijst met afkortingen

AR	antibiotica resistentie
BRMO	bijzonder resistente micro organismen
CIb	centrum voor infectieziektebestrijding
CPE	carbapenemase producing enterobacteriaceae
CPT-KNCV	commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose
DPG	directeur publieke gezondheid
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ESBL	extended spectrum beta-lactamase
GGD	gemeentelijke gezondheidsdienst
GHOR	geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
IGZ	inspectie voor de gezondheidszorg
LCI	landelijke coördinatie infectieziektebestrijding
LOI	landelijk overleg infectieziektebestrijding
MDR-TBC	multi drug resistant tuberculosis
MML	medisch microbiologisch laboratorium
NVMM	Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
POI	provinciaal overleg infectieziektebestrijding
RAC	regionaal arts consulent infectieziektebestrijding
RIVM	rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
SOA	seksueel overdraagbare aandoening
SO-ZI/AMR	signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie
VHIG	vereniging voor hygiëne & infectiepreventie in de gezondheidszorg
VRE	vancomycine resistente enterokok
WIP	werkgroep infectiepreventie
Wpg	Wet publieke gezondheid
XDR-TBC	extensively drug resistant tuberculosis

Bijlage 3. Deeltaken van de infectieziektebestrijding

De doelstelling en de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding wordt onderverdeeld in negen basistaken en bestaan uit:

1) Afwikkeling meldingen van infectieziekten zoals omschreven in de Wet Publieke Gezondheidszorg binnen de daarvoor landelijk vastgestelde termijn en structuur. Hiermee ondersteunt de GGD de gestructureerde infectieziektebestrijding en de surveillance op landelijk niveau, inclusief 24 uren bereikbaarheid voor spoedeisende vragen op het gebied van infectieziekten binnen de publieke gezondheidszorg.

2) Bron- en contactopsporing. Doel: indien van toepassing voorkomen van het optreden van secundaire infecties en bewerkstelligen van eliminatie of isolatie van bronnen volgens landelijk opgestelde richtlijnen (individueel en collectief). De GGD adviseert over de preventie- en bestrijding van infectieziekten en voeren deze preventie maatregelen indien nodig zelf uit of in samenwerking met netwerkpartners.

3) Surveillance

De GGD brengt lacunes, trends, clusters en verheffingen van infectieziekten in beeld, door het verzamelen en registreren van infectieziektegerelateerde gegevens. Dit kan aanleiding vormen voor analyse, interventies en het ontwikkelen van beleid ten behoeve van infectieziektebestrijding en hygiëne in zijn regio. Ook kan op basis van surveillance besloten worden onderzoek te doen.

4) Beleidsadvisering

De GGD zorgt dat Gemeentebestuur en netwerkpartners zijn geïnformeerd zodat zij in staat worden gesteld om zonodig een afgewogen en kwalitatief goede beslissing te kunnen nemen die bijdraagt aan goede infectieziektebestrijding (gevraagd en ongevraagd advies). Dit advies is gebaseerd op informatie uit landelijke en regionale surveillance, op risico-inventarisatie, wetenschappelijk onderzoek, inhoudelijke richtlijnen en wet – en regelgeving ten behoeve van infectieziektebestrijding en hygiëne.

5) Outbreakmanagement

De GGD bereidt zich, samen met noodzakelijke partners, goed voor op het managen van een infectieziekte-uitbraak. Daardoor kan de GGD snel en adequaat handelen als er sprake is van uitbraak van infectieziekten, zodat verdere verspreiding en publieke onrust zoveel mogelijk wordt voorkomen.

6) Regie en netwerk

De GGD bevordert dat de infectieziektebestrijding binnen de regio door alle betrokkenen goed wordt opgepakt door het ontwikkelen en onderhouden van een lokaal/regionaal netwerk op het gebied van de infectieziektebestrijding. Daarbij bewaakt de GGD de kwaliteit van de wettelijke meldingsplicht.

7) Preventie

De GGD beschermt en bevordert de gezondheid door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen. Dit gebeurt door het informeren van het algemene publiek, professionals en geïdentificeerde risicogroepen. Een ander voorbeeld is inspectie van ondernemingen (zoals ondernemingen die tatoeages, piercings en/of permanente make up aanbrenge(n)) op het gebied van hygiëne en verzorgen de vergunningverlening.

8) Wetenschappelijk onderzoek

De GGD neemt deel aan of voert onderzoek uit ten behoeve van het verwerven van nieuwe kennis en het verhogen van het kennisniveau ten aanzien van infectieziektepreventie en infectieziektebestrijding.

9) Vangnet

De GGD verleent of regelt tijdelijk zorg aan cliënten in het kader van de infectieziektebestrijding binnen de publieke gezondheidszorg, waar geen andere instelling of instantie op dat moment in voorziet. Het gaat om activiteiten die voor een beperkte tijd worden uitgevoerd. Einddoel is deze activiteiten te incorporeren in bestaande organisaties en structuren.

Bijlage 4: Regionale teams voor de aanpak van bijzonder resistente micro-organismen

Op weg naar een verbeterde samenwerking tussen instelling, laboratorium en GGD.

Anja Schreijer, MD, PhD arts infectieziektebestrijding GG&GD Utrecht

Geschreven in het kader van de opleiding Arts Maatschappij & Gezondheid, NSPOH, juni 2013

Het probleem: bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) vormen een bedreiging voor de publieke gezondheid.

Door wereldwijd veelvuldig gebruik van antibiotica in de veterinaire en humane sector dreigen steeds meer micro-organismen resistent te worden. Voor infecties die worden veroorzaakt door BRMO betalen we een hoge prijs: ze leiden tot een hogere morbiditeit en mortaliteit en tot langere ziekenhuisopnames (1). Dit hebben Nederlandse ziekenhuizen aan den lijve ondervonden tijdens recente uitbraken van BRMO zoals carbapenem-resistente Klebsiella stammen en Vancomycine resistente enterokokken (VRE). Het resistentie probleem beperkt zich niet tot ziekenhuizen alleen. Onderzoek van de Consumentenbond (in opdracht van het Ministerie van Economische zaken) laat zien dat antibiotica-resistente ESBL-bacteriën aanwezig zijn op 40% van het onderzochte kalfsvlees en 13% van de biefstukken. Eerder onderzoek in 2012 toonde al aan dat vrijwel al het kippenvlees in de Nederlandse supermarkten besmet is met ESBL-bacteriën (2). Verder is bekend dat 8,5% van de Nederlanders drager van een ESBL-producerende bacterie is en onder Nederlanders die zich bij de huisarts melden met darmklachten is dit percentage zelfs 10,6 %! (3). Op Europees niveau zijn jaarlijks 25.000 sterfgevallen te wijten aan multiresistentie. De kosten die de resistentieproblematiek voor Europa met zich meebrengt worden geschat op 1,5 miljard (gezondheidszorg en productiviteitsverlies) (4). In landen buiten Europa (zoals India) zijn voor de behandeling van de infecties met BRMO soms helemaal geen antibiotica meer voorhanden. Wereldwijd stevenen we dus af op een situatie waarbij infecties straks niet meer te behandelen zijn met antibiotica en keren we terug naar een tijdperk waarin mensen weer gemakkelijk overlijden aan een long- of blaasontsteking. Voor het resistentie probleem is er op korte termijn geen oplossing, terwijl het probleem alleen maar toeneemt. Er zijn maar weinig nieuwe antibiotica in ontwikkeling en door ons reisgedrag brengen we resistente micro-organismen mee uit landen waar de ernst van het resistentieprobleem nog vele malen groter is dan in Nederland. Daarnaast verwacht het RIVM dat de vergrijzing het resistentieprobleem zal verergeren, door toename van antibioticagebruik in combinatie met een stijging in opname- en heropnamefrequentie van patiënten in verschillende zorginstellingen*. Dit maakt dat de resistentieproblematiek zich buiten ziekenhuizen uit kan breiden naar verpleeghuizen en de bevolking in het algemeen (5). Door de toenemende zorgzwaarte in de instelling zien we ook een stijging in de verzorging van patiënten in de thuissituatie. Deze situatie vergt een specifieke benadering bij aanpak van uitbraken van resistente micro-organismen, anders dan binnen instellingen. Het resistentie vraagstuk leeft dus niet alleen binnen de muren van de ziekenhuizen maar ook daarbuiten in de openbare gezondheidszorg.

De huidige situatie: geen regionale afspraken, geen meldplicht en een matige samenwerking

Het is bijzonder lastig om een verheffing of uitbraak van BRMO terug te dringen zodra deze eenmaal aangetroffen is. Daarom is het, ook in de publieke gezondheid, zaak om vroegtijdig een verheffing of uitbraak van BRMO te bestrijden. Er bestaan momenteel geen eenduidige afspraken over de samenwerking tussen instellingen, laboratoria en de GGD in het kader van de preventie en bestrijding van BRMO. Instellingen en laboratoria zijn terughoudend in het melden bij de GGD omdat zij de risico's van dragerschap van BRMO buiten het ziekenhuis niet altijd kennen, niet weten wat de GGD kan betekenen, of vrezen voor negatieve publiciteit. Anderzijds zijn niet alle GGD'en overtuigd van hun taak binnen de bestrijding van BRMO. GGD'en die deze rol wel op zich willen nemen kampen soms met capaciteitsproblemen om deze taak goed uit te kunnen voeren. De rol van de GGD binnen het BRMO vraagstuk is recent uiteengezet in het visiestuk van het landelijk overleg infectieziektebestrijding (6).

* Een organisatie is een zorginstelling als deze valt onder de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ). Dit zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en gehandicapteninstellingen.

Uitbraken van BRMO worden sinds 2012 landelijk gemeld bij het signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie (SO-ZI/AMR). Dit is nodig voor het landelijk overzicht, maar dat is onvoldoende. Op dit moment ontvangt de GGD, als lokale infectieziektebestrijder, geen specifieke informatie uit dit overleg. De GGD is op deze manier niet in staat om verbanden te leggen tussen uitbraken en onverwachte verheffingen van dragerschap en ziekte in zorginstellingen en de algemene populatie. Ook kan de GGD op deze manier vragen van burgers en bestuurders omtrent uitbraken niet beantwoorden. In de Wet publieke gezondheid (Wpg, artikel 26) is opgenomen dat zorginstellingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, uitbraken van infectieziekten moeten melden aan de GGD (7). Een centraal discussiepunt bij laboratoria, instellingen en GGD'en is of dragerschap van resistente bacteriën onder deze meldingsplicht valt, omdat dit niet expliciet beschreven staat in de Wpg. De noodzaak tot melden bij de regionale GGD wordt echter steeds duidelijker: De commissie Lemstra onderzocht de uitbraak van de resistente Klebsiella bacterie in het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam. Eén van de aanbevelingen van deze commissie aan de overheid was, om een expliciete meldingsplicht op te nemen in de Wpg voor bacteriën die resistentie ontwikkelen tegen de carbapenems (8). Ook in de tuchtrechtzaak die de IGZ aanspande tegen de arts-microbioloog van het Maasstad ziekenhuis woog het niet melden van de uitbraak bij de GGD zwaar. Het regionaal tuchtcollege legde de arts-microbioloog de maatregel van een berisping op (9). Het ECDC (European Center for Disease Prevention and Control) riep in 2011 lidstaten op tot versterking van de infrastructuur van de publieke gezondheid, de oprichting van public health laboratory networks, en een meldplicht voor de resistente carbapenemase producerende Enterobacteriaceae (CPE's) aan publieke gezondheidsautoriteiten (10). De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2013 middels een circulaire de noodzaak van melden van calamiteiten door uitbraken van micro-organismen extra onder de aandacht gebracht bij ziekenhuizen (11). Idealiter is een meldplicht niet noodzakelijk omdat bij voldoende vertrouwen tussen laboratorium, GGD en instelling, het melden van uitbraken vanzelfsprekend is.

Een mogelijke oplossing: regionale BRMO-teams

De regionale samenwerking op het gebied van BRMO wordt versterkt door de invoering van regionale BRMO-teams. Binnen deze teams kunnen kennis en expertise van ziekenhuis en public health professionals op het gebied van infectieziektebestrijding gebundeld worden.

Voor de aanpak van het resistentie probleem *binnen* ziekenhuizen wordt al gepleit voor het invoeren van zogenaamde Antibioticateams (A-teams) in de Nederlandse ziekenhuizen (12). De bestrijding van BRMO *buiten* de ziekenhuizen vergt een bredere aanpak met oog voor de public health aspecten.

Hiertoe zijn per regio BRMO-teams nodig, waarin een arts microbioloog, arts infectieziektebestrijding, deskundige infectiepreventie en sociaal verpleegkundige infectieziektebestrijding samenwerken. Binnen het team heeft de arts-microbioloog oog voor het opstellen en advisering van antibioticabeleid voor zijn aanvragers (zowel binnen als buiten instellingen). Daarnaast houdt de arts-microbioloog toezicht op de monitoring van resistentie binnen en buiten het ziekenhuis. De GGD professional kijkt met een publieke gezondheid visie naar een uitbraak en schat de gevolgen voor de publieke gezondheid in en anticipeert hierop. Zo verzorgt de GGD binnen het team de voorlichting en risicocommunicatie en informeert de GGD het gemeentebestuur. Daarnaast bevordert de GGD via zijn Directeur Publieke Gezondheid de afstemming tussen zorginstellingen en hulpverleners voor wat betreft het bewaken van de zorgcontinuïteit. Het BRMO-team geeft samen adviezen over preventie van verspreiding buiten het ziekenhuis. Verder moet het team vroegtijdig verheffingen van BRMO signaleren en epidemiologische verbanden leggen in de regio. Daarbij moet het beleidsadvies afgestemd worden met de verschillende ketenpartners (zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde).

Communicatie over het hoe en waarom van het beleid is daarbij essentieel. Afhankelijk van de situatie kunnen deze teams aangevuld worden met bv. een specialist ouderengeneeskunde, huisarts, communicatiemedewerkers etc. In regionale BRMO teams werken instelling, laboratorium en GGD

op een efficiëntere en dus goedkopere manier samen dan wanneer zij dat afzonderlijk zouden doen. Hiermee worden eventuele capaciteitsproblemen van zowel GGD'en, laboratoria als instellingen (bv in kleinere GGD regio's of kleinere instellingen) opgevangen, terwijl zij toch aan de noodzaak van een goede aanpak van BRMO kunnen voldoen. Een ander voordeel is dat op deze manier niet bij alle medewerkers expertise op dit gebied noodzakelijk is. De haalbaarheid van dit idee moet nog verder onderzocht worden, zowel binnen de GGD als in gesprekken met ketenpartners.

Conclusie

Resistente micro-organismen vormen een bedreiging voor de publieke gezondheid. Om verdere verspreiding vroegtijdig een halt toe te roepen moeten instellingen, laboratoria en GGD'en duidelijke afspraken maken over de melding en bestrijding van uitbraken of verheffingen van resistente micro-organismen binnen en buiten instellingen. Het is daarom tijd voor regionale BRMO teams waarin professionals van zorginstellingen en GGD'en samen de strijd aan gaan tegen uitbraken en verheffingen van bijzonder resistente micro-organismen in de regio. Daartoe moeten zowel GGD, laboratorium als instelling overtuigd worden van de noodzaak van een gemeenschappelijke en kostenbesparende aanpak waarbij de kennis van ziekenhuis professionals én public health professionals gebundeld worden.

Bijlage 1 Referentielijst

- (1) de Kraker et al., Mortality and hospital stay associated with resistant Staph. aureus and Escherichia coli bacteremia: estimating the burden of antibiotic resistance in Europe. Plos medicine, 2011.
- (2) Consumentenbond, "Resistent door een lapje vlees", Consumentengids, juni 2013
- (3) Reuland et al. Antibiotic resistance in the community in the Netherlands. Oral presentation; VUmc symposium Antibiotic resistance an ecological perspective, 2013.
- (4) ECDC/EMA joint technical report "The bacterial challenge: time to react"; 2009
- (5) de Boer AS, van Vliet JA, Coutinho RA, Strategisch beleidsplan RIVM 2011-2015, RIVM 2011
- (6) GGD als bruggenbouwer bij de aanpak van bijzonder resistente micro-organismen in de openbare gezondheidszorg; Op weg naar een verbeterde samenwerking tussen zorginstellingen en GGD'en bij de aanpak van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) in het publieke domein, LOI, juni 2013
- (7) LCI draaiboek Wet Publieke Gezondheid, gedownload van RIVM.nl op 10 juni 2012.
- (8) "Oog voor het onzichtbare" Onderzoek naar de uitbraak van de Klebsiella Oxa-48 bacterie in het Maasstad Ziekenhuis Rotterdam. Externe onderzoekscommissie MSZ, maart 2012.
- (9) Uitspraak regionaal tuchtcollege, beslissing in de zaak onder nummer van: 2012-098c, 14 mei 2013
- (10) ECDC technical report risk assessment on the spread of Carbapenamase producing enterobacteriaceas (CPE) through patient transfer between health care facilities, with special emphasis on cross border transfer. Stockholm: ECDC, 2011
- (11) Circulaire melden van uitbraken van micro-organismen, IGZ, april 2013
- (12) De kwaliteit van het antibioticabeleid in Nederland, Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van Antibioticateams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn, SWAB, juni 2012