



Adviesrapport

NOORD NEDERLAND INFECTIEVEILIG borgen van infectiepreventie in de VVT

30 april 2022

met addendum over vervolgacties dd 31 mei 2022

Opdrachtgever

Annet Hunderman, netwerkmanager ABRZNN

namens stuurgroep ABRZNN

Opdrachtnemer

Lowine van Schuylenburg, adviseur

Begeleidingsgroep ABRZNN

Jos Rietveld, directeur publieke gezondheid GGD Groningen (voorzitter)

Astrid-Odile de Visser, bestuurder Interzorg Noord-Nederland

Everhard Hofstra, arts M+G infectieziektebestrijding GGD Fryslân

Alida Bremer, deskundige en hoofd infectiepreventie Treant

Loes Huender, sectordirecteur UMCG

Nina Lamsma, deskundige infectiepreventie

Wim Niessen, arts infectieziektebestrijding ABRZNN

Managementsamenvatting

Noord Nederland heeft de ambitie om de meest infectie veilige regio van Nederland te worden. Nu de eerste hectiek van de Coronapandemie afneemt, voelen (zorg)professionals en bestuurders de urgentie om infectiepreventie in regionaal verband structureel beter te borgen. De noordelijke zorgketen is namelijk zo sterk als de zwakste schakel en het is van belang dat alle zorgpartners hun infectiepreventie op orde hebben.

De VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) heeft zich het afgelopen decennium ontwikkeld tot een onmisbare schakel in veel noordelijke zorgketens. Vanwege de steeds complexere zorg in de VVT, staat infectiepreventie bij veel organisaties inmiddels stevig op de agenda. Waar dat gewenst is, willen de zorgpartners in het ABRZNN actief bijdragen aan verdere optimalisatie van infectiepreventie in de VVT.

Infecties leiden soms tot forse gezondheidsschade en tot hoge zorgkosten, terwijl er schaarste is aan mensen en middelen. Uitbraken, medische behandelingen en ziekenhuisopnames door infecties moeten dus waar mogelijk voorkomen worden. Bij uitbraken stagneert de doorstroom van patiënten van de ene organisatie naar de andere. Infecties leggen een beslag op de beschikbare capaciteit en leiden er toe dat patiënten niet altijd de juiste zorg op de juiste plek krijgen.

Er is veel kennis beschikbaar over de organisatie van goede infectiepreventie in de VVT en organisaties zijn primair zelf verantwoordelijk voor het organiseren ervan. Vanwege genoemde schaarste is het belangrijk dit efficiënt vorm te geven en daarbij zoveel mogelijk gebruik te maken van elkaars goede voorbeelden en faciliteiten in de regio.

Deskundigen Infectiepreventie (DI) zijn de inhoudelijke experts op het gebied van infectiepreventie en brengen hun kennis in op tactisch en strategisch niveau. Samen met de specialist ouderengeneeskunde en de arts-microbioloog bieden zij de inhoudelijke expertise op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie binnen de VVT organisatie. Belangrijk is dat alle zorg- en huishoudelijke medewerkers en vrijwilligers beschikken over de kennis en middelen om infectie veilig te werken en dat dit vanuit hun VVT organisatie ondersteund en gestimuleerd wordt.

In de kleinere woonzorgvormen, waar zorg en wonen gescheiden zijn, is het moeilijker om infectiepreventie goed te borgen. De meesten beschikken over minder (financiële) middelen en kennis. Ook werken er vaak meerdere (thuis)zorgorganisaties en huisartsen die informatie niet altijd tijdig delen. Daardoor worden infectiepreventie maatregelen soms te laat ingezet. In geval van een uitbraak wordt met name door kleine organisaties bij herhaling een beroep gedaan op de expertise van de GGD. Lokaal kunnen zorgpartners elkaar stimuleren tot het organiseren en structureel borgen van goede infectiepreventie en elkaar wegwijs maken met alle mogelijkheden in het regionale netwerk.

Er is behoefte aan meer DI's in de VVT. De opleiding in Groningen is bereid hier de opleidingscapaciteit voor te verhogen. In de VVT ontbreekt het nu nog aan de hiervoor benodigde begeleidingscapaciteit. Ziekenhuizen en VVT werken steeds nauwer samen en kunnen ook samen optrekken in het regionaal opleiden van DI's. Ook in de VVT zijn strategische personeelsplanning en financiering voor het opleiden van personeel belangrijk.

Er valt tussen organisaties veel te verbeteren in de informatieoverdracht van BRMO's en micro-organismen met een hoog risico op verspreiding. Enerzijds door hier heldere transmurale werkafspraken over te maken, anderzijds door de informatieoverdracht te digitaliseren. Hiermee wordt zowel een kwaliteitsslag als een efficiëntieslag gemaakt.

Ook rond het thema infectiepreventie is het belangrijk om de hiervoor benodigde samenwerking efficiënt en doelgericht te organiseren. De bestaande lokale samenwerkingsverbanden kunnen hier een duidelijke rol in oppakken. Sommige thema's moeten in breder verband opgepakt worden. Een voorzet ligt voor en het is aan de zorgpartners in ABRZNN om samen een concrete noordelijke samenwerkingsagenda rond infectiepreventie op te stellen met daarbij afspraken over hoe dit samen te vervolgen.

Inhoud

Managementsamenvatting	1
1. Inleiding	3
2. Schets van goede infectiepreventie in de VVT.....	4
2.1 Infectiecommissie en -beleid	5
2.2 Inzet en positionering van disciplines in infectiepreventie	6
2.3 Blijvende aandacht voor scholing van personeel	8
2.4 Beschikbaarheid van de juiste middelen	8
2.5 Snel beschikbare informatie over BRMO's, infecties en dragerschap	8
2.6 Het samenspel tussen bestuur en professionals	9
2.7 Aansluiting bij een zorgnetwerk.....	9
3. Implementeren en borgen van infectiepreventie in de VVT.....	10
3.1 De financiële keuze: investeren in preventie of in uitbraken	10
3.2 Integreren van personeelsbeleid en kwaliteitsbeleid	11
3.3 Leren leuk maken	11
3.4 Integreren van infectiepreventie in bestaande protocollen.....	11
3.5 De digitale informatievoorziening op orde brengen.....	12
3.6 De complementariteit van welzijn en infectiepreventie.....	12
3.7 Kleine woonzorgvormen in het regionale zorglandschap.....	12
4. Schets van het regionale speelveld rond infectiepreventie	13
4.1 Enkele kenmerken van de VVT	13
4.2 De regionale spelers	14
4.3 Regionale netwerken infectiepreventie: REDIAM, SIF en RAI	15
4.3.1 Platform Deskundigen Infectiepreventie VVT	15
5. Aanbevelingen in de regionale samenwerking Infectiepreventie	16
5.1 Verbeteren van de informatieoverdracht in de regionale keten	16
5.1.1 Maken van transmurale werkafspraken	16
5.1.2 Digitaliseren informatieoverdracht	17
5.1.3 Bundelen van informatie.....	17
5.2 Regionaal opleiden van meer Deskundigen Infectiepreventie	17
5.3 Gezamenlijk inkopen van beschermingsmiddelen	18
5.4 Versterken van het thema infectiepreventie in alle zorgopleidingen	18
5.5 Flexibel inzetten van Deskundigen Infectiepreventie	19
5.6 Infectiepreventie en Healthy Ageing	19
5.7 De kracht van wetenschappelijk onderzoek infectiepreventie	20
5.8 Leiderschap van Deskundigen Infectiepreventie.....	20
6. Een regionale samenwerkingsagenda rond infectiepreventie.....	22
6.1 Top-down en/of bottom-up benadering	22
6.2 Het ABRZNN netwerk	23
6.3 Bestaande lokale samenwerkingsverbanden	24
6.4 Voorzet voor een regionale samenwerkingsagenda	24
7. Conclusie.....	25
8. Slotbeschouwing.....	25
9. Addendum: vervolgacties.....	26
Lijst afkortingen	27
Gebruikte bronnen	27
Bijlage 1: met de regio gemaakte analyse vraagstuk infectiepreventie	30
Bijlage 2: driehoek antibiotica resistentie, laboratoriumdiagnostiek en infectiepreventie	33
Bijlage 3: kenmerken van de VVT	34
Bijlage 4: diversiteit aan woonvormen in de VVT	36

1. Inleiding

De zorgpartners in het Antibiotica Resistentie Zorgnetwerk Noord-Nederland (ABRZNN) hebben de ambitie om de meest infectieveilige regio van Nederland te worden. Resistentie tegen antibiotica vormt één van de belangrijkste bedreigingen van de volksgezondheid. Hierdoor ontstaan infecties die moeilijker of soms helemaal niet meer behandeld kunnen worden. Wanneer infecties voorkomen worden, is er minder antibiotica nodig en wordt resistentie voorkomen. Het is dan ook een regio-breed belang om infectiepreventie goed te organiseren.

Om deze ambitieuze doelstelling te realiseren moet infectiepreventie goed ingebed en geborgd zijn bij alle zorgorganisaties. De keten is namelijk zo sterk als de zwakste schakel, en dit is bij de overdracht van ziekmakende micro-organismen zeker het geval.

De afkorting VVT staat voor **verpleging, verzorging en thuiszorg**. Het betreft zorg aan langdurig en/of chronisch zieken, zoals deze in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, woonzorgcentra en in de thuissituatie geboden wordt, gefinancierd vanuit de Wet Langdurige Zorg (WLZ), de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Verder betreft het de herstelgerichte revalidatiezorg en de ziekenhuis verplaatste zorg, welke in toenemende mate in verpleeghuizen en in de thuissituatie geboden wordt en gefinancierd wordt vanuit de ZVW.

De VVT heeft zich het afgelopen decennium in hoog tempo ontwikkeld tot een onmisbare ketenpartner in het regionale zorglandschap. Ten aanzien van infectiepreventie zijn verbeterpunten gesignaleerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Gedurende de Coronapandemie is duidelijk geworden dat infecties alleen maar bestreden en voorkomen kunnen worden als alle partners daar actief in zijn en samenwerken. Als gevolg van deze regionale saamhorigheid hebben de partners in het ABRZNN gezamenlijk de opdracht verstrekt om te onderzoeken wat er nodig is om infectiepreventie in de VVT in Noord-Nederland beter te borgen.

De afgelopen maanden zijn veel gesprekken gevoerd met (zorg)professionals, managers en bestuurders in Groningen, Friesland en Drenthe. Dit had tot doel om zicht te krijgen op goede voorbeelden, knelpunten en om een beeld te krijgen van waar de regio naar toe wil werken. De gezamenlijk gemaakte analyse in bijlage 1, is een belangrijke basis voor dit adviesrapport geworden. Duidelijk is dat de betrokkenheid bij dit thema groot is en dat er een stevig fundament is voor het zetten van concrete vervolgstappen.

In dit adviesrapport zal als basis allereerst een beeld geschetst worden van hoe goede infectiepreventie in de VVT eruit ziet en waar verbeterpotentieel ligt. Vervolgens worden handreikingen gedaan aan VVT organisaties voor wat ze zelf op kunnen pakken. Aansluitend wordt een beeld geschetst van het regionale speelveld rond infectiepreventie en worden handreikingen gedaan voor zaken die in regionaal verband opgepakt kunnen worden. Tot slot worden concrete suggesties gedaan om te komen tot een noordelijke samenwerkingsagenda rond infectiepreventie.

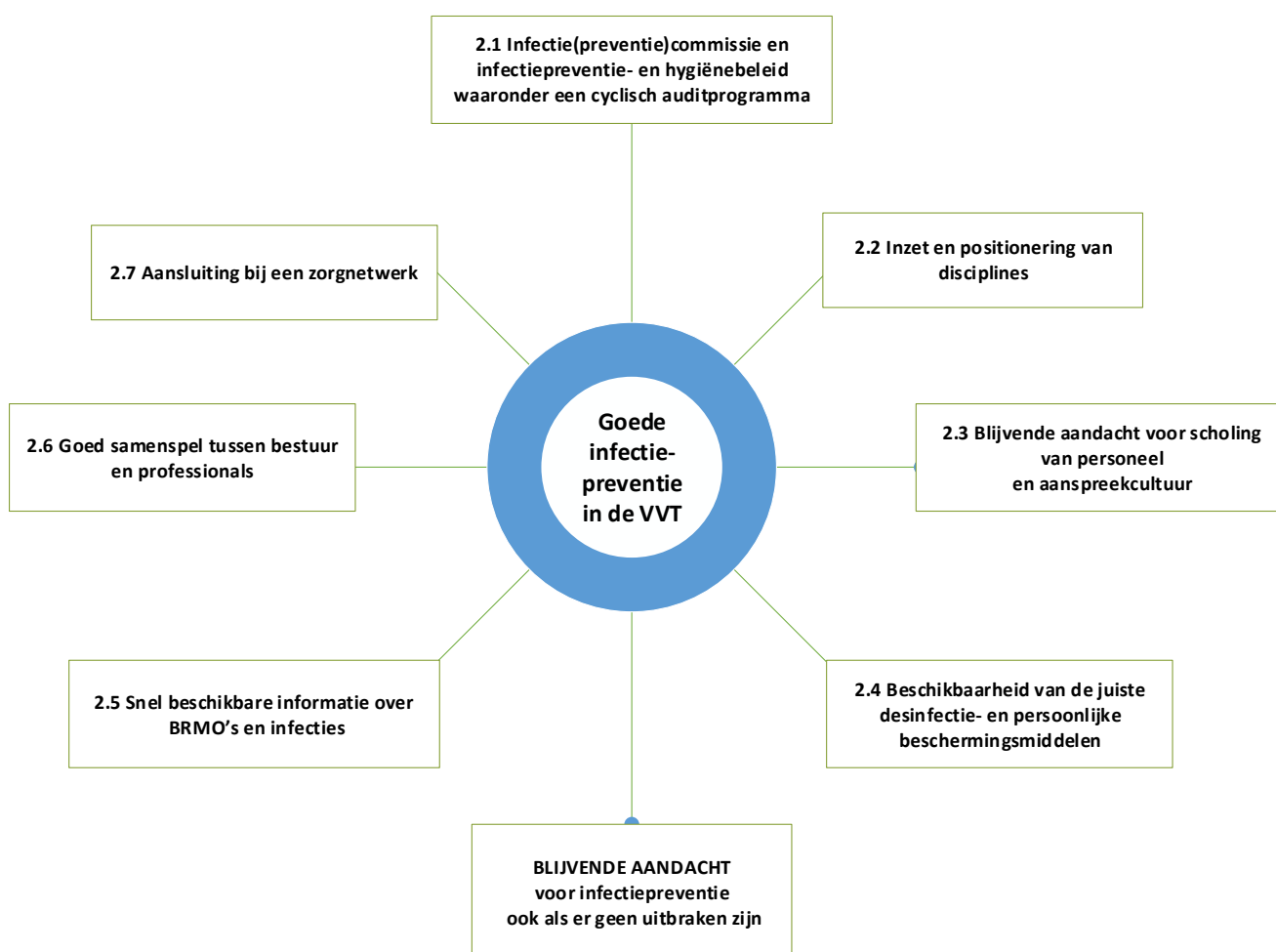
Algemene vertrekpunten bij dit advies, zijn de toenemende schaarste aan mensen en middelen en de noodzaak om infectiepreventie goed en zo efficiënt mogelijk te organiseren. Een belangrijke rol speelt verder het breed gedeelde besef dat de regionale zorgpartners van elkaar afhankelijk zijn voor het vormgeven van goede infectiepreventie en er belang bij hebben om elkaar hierin te versterken.

2. Schets van goede infectiepreventie in de VVT

Als basis wordt eerst een overzicht gegeven van hoe goede infectiepreventie in VVT-organisaties eruit ziet. De elementen daarin worden weergegeven in Figuur 1. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt elk element nader toegelicht.

Deze elementen zijn grotendeels gebaseerd op het [kwaliteitskader verpleeghuiszorg](#), [kwaliteitskader wijkverpleging](#), het [IGJ toetsingskader verpleeghuiszorg](#) en het [IGJ toetsingskader wijkverpleging](#). Het valt op dat de regels voor de thuiszorg algemener zijn opgesteld als onderdeel van “veilige zorg thuis”.

Ondanks verschillen in de organisatie van infectiepreventie in de intramurale setting van verpleeg- en verzorgingshuizen en de extramurale setting van de thuiszorg, zijn er ook overeenkomsten in de basis elementen voor goede infectiepreventie. Omwille van de leesbaarheid van dit rapport wordt alleen waar dat relevant is onderscheid gemaakt tussen de intramurale en de extramurale setting.



Figuur 1: De elementen van goede infectiepreventie in de VVT

2.1 Infectiecommissie en -beleid



De infectiecommissie of infectiepreventiecommissie is een multidisciplinair team dat ongeveer 4 tot 6 keer per jaar bij elkaar komt voor het maken van infectie(preventie)beleid. Organisaties kunnen er ook voor kiezen om infectiepreventie als vast onderwerp te koppelen aan een ander overleg. De infectiecommissie wordt door de Raad van Bestuur geïnstalleerd. De commissie bestaat idealiter uit een DI, specialist ouderengeneeskunde (SO) of arts, lijnmanager, kwaliteitsmedewerker, zorgmedewerker en een arts-microbioloog op afroep en houdt zich bezig met:

- Protocollen: vertaling van de landelijke standaarden en richtlijnen naar de eigen organisatie en kwaliteitssysteem.
- Auditering: de infectiecommissie brengt in een cyclisch auditprogramma in kaart of protocollen in de praktijk worden nageleefd. Zijn de randvoorwaarden op de werkvloer op orde? Zijn de middelen om voldoende hygiënisch te werken beschikbaar? Werkt iedereen volgens de protocollen?
- Implementatie en scholing: Om de protocollen in de praktijk te laten landen zijn implementatie en scholing nodig. Aandachtsvelders of contactpersonen infectiepreventie kunnen hierbij helpen. Zij vormen de schakel tussen de infectiecommissie en de werkvloer.
- Surveillance: De specialist ouderengeneeskunde/arts is verantwoordelijk voor het monitoren van zorginfecties. Een surveillanceprogramma geeft inzicht in de resultaten ten opzichte van andere organisaties. Dit soort data kan stimulerend werken bij medewerkers om de aandacht te houden.
- Uitbraakmanagement: De infectiecommissie is ook verantwoordelijk voor draaiboeken bij uitbraken. Uitbraakmanagement draait er om onnodige gezondheidsschade te voorkomen en om ervoor te zorgen dat alles zo snel mogelijk weer 'normaal' wordt. Het is van belang om uitbraken te evalueren en draaiboeken na afloop eventueel aan te passen.
- Antibioticagebruik: De infectiecommissie bewaakt of er een antibioticabeleid wordt gevoerd door de medische staf. Bij voorkeur vindt minimaal één keer per jaar farmacotherapeutisch overleg (FTO) plaats met de apotheker en arts microbioloog. Ze bespreken hier of de juiste middelen in de juiste dosering op het juiste moment worden voorgeschreven, het gebruik van het formularium, het kweekbeleid etc.
- Evaluatie van beleid: De infectiecommissie is niet alleen verantwoordelijk voor een visie op het infectiepreventiebeleid en een meerjaren- en jaarplan, maar ze moeten deze plannen ook evalueren. Het is van belang dat de commissie aan de Raad van Bestuur laat zien wat er binnen de organisatie gebeurt. De IGJ spreekt namelijk het bestuur aan.



De meeste grotere VVT organisaties hebben een infectie(preventie)commissie en infectiepreventiebeleid. De IGJ constateert vooral *tekortkomingen in de uitvoering van infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen in de praktijk en dat deze door bestuurders nog onvoldoende ondervangen worden. Daarvoor is meer (praktijk)scholing van zorgmedewerkers en schoonmaakmedewerkers nodig. Ook is een cyclisch auditprogramma op infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen nodig om risico's sneller in beeld te hebben en verbetermaatregelen te kunnen volgen.* Bestuurders geven in gesprek aan dat veel personeelwisselingen de bemensing van de infectiecommissie en het vormgeven van een goed infectiepreventiebeleid bemoeilijken. Zorgprofessionals geven aan dat het door middel van surveillance in kaart brengen van bijvoorbeeld BRMO-besmettingen nog maar weinig gebeurt en dat nog niet in alle organisaties een optimaal antibioticabeleid bestaat. De vrees bestaat dat de aandacht voor infectiepreventiebeleid verslapt na de Coronapandemie.



In de vaak kleinere woonzorg combinaties zijn wonen en zorg gescheiden. Dit zijn risicolocaties voor de verspreiding van Bijzondere Resistente Micro-Organismen (BRMO's), zoals blijkt uit het in 2020 door ABRZNN opgestelde regionale risicoprofiel en uit eerder [onderzoek](#). Veelal wordt er geen actief infectiepreventiebeleid gevoerd, beschikken zij niet structureel over de benodigde kennis en faciliteiten hiervoor en zijn hun financiële en organisatorische mogelijkheden hiertoe beperkt. Voor het formeren van een infectiecommissie zijn ze vaak te klein. Bij uitbraken wordt bij herhaling een beroep op de expertise van de GGD gedaan, wat oneigenlijk gebruik is van de uit publieke middelen gefinancierde wettelijke vangnetfunctie van de GGD.



Thuiszorgorganisaties zijn in het kader van hun kwaliteitsbeleid zelf verantwoordelijk voor hun infectiepreventiebeleid. Er is sprake van twee grote groepen medewerkers, te weten het huishoudelijke personeel en het zorgpersoneel (verpleegkundigen en verzorgenden). In de grotere organisaties die zowel intramurale als extramurale zorg bieden, draait de thuiszorg veelal mee in het organisatie brede beleid. Het risico op verspreiding van BRMO's in de thuissituatie is kleiner dan in de intramurale setting.



De thuiszorg bij individuele cliënten en in woonzorgvormen kent een andere dynamiek dan het werken in een intramurale setting. DI's, artsen, kwaliteitsverpleegkundigen, aandachtsvelders en andere disciplines actief in infectiepreventie lopen niet rond bij mensen thuis. Daardoor is er minder zicht op het naleven van hygiënerichtlijnen en is het organiseren van een aanspreekcultuur moeilijker. Verder wordt de zorg in de leefsituatie van cliënten en hun gezinnen geleverd, wat vanuit het oogpunt van infectiepreventie zijn beperkingen kent. Vooral voor de kleinere thuiszorgorganisaties en ZZP'ers is het moeilijker om een goed infectiepreventiebeleid te voeren en te organiseren. Bij uitbraken springt de GGD dan vaak bij, en is er onduidelijkheid over wie het benodigde laboratoriumonderzoek moet betalen.

2.2 Inzet en positionering van disciplines in infectiepreventie

De specialist ouderengeneeskunde/arts, de deskundige infectiepreventie en de arts-microbioloog bieden samen de benodigde inhoudelijke expertise op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie binnen de VVT organisatie.



De beroepsvereniging Verenso van specialisten ouderengeneeskunde (SO), benoemt de SO als de enige van deze drie disciplines die voortdurend aanwezig is in de intramurale setting van het verpleeghuis. Zij ziet voor de SO daarom een duidelijke (regie)rol weggelegd bij infectiepreventie-, uitbraak- en antibioticabeleid. Het gaat bijvoorbeeld om het voorschrijven en toepassen van de juiste infectiepreventiemaatregelen, het gericht voorschrijven van antibiotica en het motiveren en instrueren van zorgprofessionals, patiënten en mantelzorgers om (de juiste) infectiepreventiemaatregelen toe te passen. Daarnaast heeft de SO een voorbeeldfunctie en adviseert hij/zij het bestuur over het terugdringen van infectiepreventie en antibioticaresistentie, aldus [Verenso over de rol van de specialist ouderengeneeskunde in infectiepreventie](#).



De Deskundige Infectiepreventie (DI) is de specialist op het gebied van infectiepreventie. De DI is expert in het ontwikkelen, implementeren, bevorderen en monitoren van infectiepreventiebeleid. DI's dragen daarmee bij aan het optimaliseren van de kwaliteit van de zorg en aan het voldoen aan wet- en regelgeving. In een organisatie moet de positie van de DI zodanig zijn, dat deze onafhankelijk kan functioneren en daarin niet belemmerd wordt door eventuele tegenstrijdige belangen. De DI adviseert niet alleen inhoudelijk, maar is ook op tactisch en strategisch niveau gesprekspartner van management en Raad van Bestuur. Aangezien organisaties een voorkeur uitspreken om te werken met DI's die hun organisatie en gebouwen kennen, hebben de Raden van Bestuur er belang bij "hun" DI aan zich te

binden. Een goede positie binnen de organisatie waarbij ze serieus genomen worden draagt daar aan bij.



Artsen-microbioloog hebben een duidelijke rol op het snijvlak van diagnostiek, antibiotica en hygiëne/infectiepreventie. Zij ondersteunen behandelaren bij het bieden van goede infectiezorg door te adviseren over de inzet van de juiste laboratoriumdiagnostiek (Diagnostic Stewardship) en het gericht en terughoudend voorschrijven van antibiotica (Antibiotic Stewardship). Zij zetten hun kennis tevens in ten behoeve van infectiepreventie (Hygienic Stewardship) en werken daarin nauw samen met DI's. In de ziekenhuizen is dit goed geborgd en is financiering voor hun inzet geregeld. In de eerste lijn en in de VVT is hun inzet onduidelijker en minder structureel geregeld.



Steeds meer organisaties werken met aandachtsvelders en contactpersonen infectiepreventie (CIP) op afdelingen. Het ABRZNN verzorgt voor deze professionals gratis [CIP trainingen](#), waardoor het van de organisaties zelf vooral een tijdsinvestering vergt. De bedoeling is dat er op elke afdeling en in elke woonzorgvorm een verpleegkundige of verzorgende is met extra kennis over infectiepreventie. Zij zijn de motivator op de afdeling en kunnen zorgen voor bewustwording en gedragsverandering bij hun collega's. Ze hebben daar wel ondersteuning bij nodig, bijvoorbeeld van de artsen en waardering vanuit het management. De tools vanuit het ABR-programma kunnen helpen. De focus ligt nu nog vooral op het trainen van medewerkers, het vervolg is dat zij elkaar onderling ook gaan helpen en versterken.



De IGJ constateert dat de SO en de DI een grotere rol kunnen spelen bij het delen van kennis en kunde over infectiepreventie- en hygiënerichtlijnen met zorgmedewerkers en schoonmaakmedewerkers dan ze nu doen.



De grotere VVT organisaties beschikken meestal voor een beperkt aantal uren per week over de DI, al dan niet in loondienst. In kleine woonzorgvormen ontbreekt de structurele beschikbaarheid van DI expertise en is er nog niet/weinig georganiseerd. Ook vindt er weinig kennisuitwisseling plaats tussen bijvoorbeeld de grote VVT organisaties en de kleine woonzorgvormen.



Artsen-microbioloog spelen van oudsher een grote rol in de infectiezorg in de ziekenhuizen. Vanwege de steeds complexere patiëntenpopulatie in de VVT, wordt intensivering van hun inzet daar belangrijker. Op dit moment is er onvoldoende financiering voor structurele participatie van artsen-microbioloog bij het organiseren van goede infectiezorg en het infectiepreventiebeleid in de VVT. Zij zijn hier veelal slechts op afroep en incidenteel bij betrokken. Ook organisatorisch zijn er verbeterpunten, zoals het vergemakkelijken van de onderlinge contacten met SO's en andere behandelende disciplines. Veelal zijn er wel korte lijnen met DI's.



Er is onduidelijkheid over de rol van huisartsen in relatie tot infectiepreventie in de woonzorgvormen waar zij hoofdbehandelaar zijn. Vanuit het Nederlands Huisartsen Genootschap worden hier geen duidelijke aanbevelingen over gedaan en lijkt er weinig aandacht voor te zijn. In de praktijk kunnen bewoners in één huis verschillende huisartsen hebben. Deze registreren de consulten in het eigen Huisartsen Informatie Systeem, waardoor de aanwezigheid van BRMO's en infecties met een hoog risico op verspreiding niet altijd (direct) op locatie bekend zijn. Zeker op locaties waar appartementen los verhuurd worden en er geen centraal management is, zijn hier moeilijk afspraken over te maken met huisartsen en is er geen sprake van een waterdicht systeem.



In de woonzorgvormen wordt de thuiszorg vaak verleend door verschillende thuiszorgorganisaties. Zij zijn niet van elkaars cliënten op de hoogte en delen informatie over BRMO's veelal niet met elkaar. Hierdoor ontstaat het risico dat infectiepreventiemaatregelen te laat worden ingezet. Dit levert risico's op voor de veiligheid van zowel bewoners als personeel.

2.3 Blijvende aandacht voor scholing van personeel



Essentieel in de borging van infectiepreventie is voortdurende aandacht voor kennis en gedrag van zowel zorgpersoneel, schoonmaakmedewerkers en vrijwilligers. Trainingen dienen regelmatig herhaald te worden en het is essentieel dat medewerkers en vrijwilligers elkaar op de werkvloer aanspreken in geval van onveilig gedrag en handelen.

2.4 Beschikbaarheid van de juiste middelen



Voor het organiseren van een goed infectiepreventie- en hygiënebeleid, moeten de hiervoor noodzakelijke hulpmiddelen zoals desinfectiemiddelen en persoonlijke beschermingsmiddelen die voldoen aan de specifieke richtlijnen aanwezig zijn. De materialen dienen kwalitatief goed en gebruiksvriendelijk te zijn voor de medewerkers.



Naast dat middelen aanwezig moeten zijn, is het ook belangrijk dat medewerkers weten wat ze wanneer moeten gebruiken en dat dit gemakkelijk gemaakt wordt. In de gesprekken bleek dat sommige VVT organisaties daar al veel voor bedacht en georganiseerd hebben. Zo noemde een specialist ouderengeneeskunde de boxen met basismaterialen per infectieziekte die inclusief het bijbehorende protocol klaarstaan en gepakt kunnen worden op het moment dat bij een bewoner een infectie geconstateerd wordt.



De IGJ constateert dat bestuurders van zorgaanbieders in de VVT meer aandacht kunnen besteden aan het faciliteren van de beschikbaarheid van de juiste middelen. Verdere verkenning leverde op dat om financiële redenen soms ook voor inferieure middelen gekozen wordt. Zo kunnen scheurende handschoenen bijvoorbeeld leiden tot onveilige situaties. En materialen die niet gebruiksvriendelijk zijn of leiden tot allergieën, dragen niet bij aan de motivatie van het personeel om ze te gebruiken.



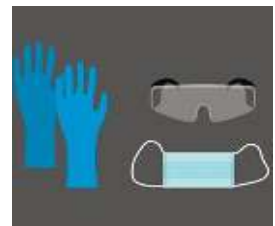
Het lijkt erop dat veel organisaties het wiel opnieuw uitvinden en dat er weinig tips en ideeën uitgewisseld worden over de praktische organisatie van het gebruik van middelen in de praktijk.



Er lijken thuiszorgorganisaties te zijn die de kosten voor beschermingsmiddelen ten onrechte verhalen op de cliënt.



Figuur 2: persoonlijke hygiëne



Figuur 3: persoonlijke beschermingsmiddelen
Bron: Zorgvoorbeter

2.5 Snel beschikbare informatie over BRMO's, infecties en dragerschap



Informatie is essentieel om een goed infectiepreventiebeleid te kunnen voeren, zowel in de eigen organisatie als in de regio. Belangrijk is dat infecties vroegtijdigesignaleerd worden, dat laboratoriumuitslagen snel en digitaal beschikbaar zijn en dat de arts-microbioloog de SO of een andere behandelaar in de VVT goed kan bereiken in geval van labuitslagen die om snel ingrijpen vragen. Waar aanwezig, maakt het management van woonzorgvormen afspraken met de daar werkzame huisartsen over het melden van infecties bij de organisatie. Met behulp van epidemiologische data kunnen de SO, arts en de DI infecties snel detecteren. Uitbraken van BRMO's worden gemeld bij het [Regionaal Signalerings Overleg](#) van het ABRZNN, zodat snel en gericht actie ondernomen kan worden. Idealiter zijn er zijn transmurale werkafspraken tussen de VVT en andere organisaties in de regionale keten over de informatieoverdracht in geval van BRMO's.



In verzorgingshuizen en woonzorgcentra waar meerdere huisartsen verantwoordelijk zijn voor de medische zorg, worden problemen gemeld over de (snelle) beschikbaarheid van epidemiologische informatie.



Er is vanuit het ABRZNN wel initiatief genomen om te komen tot heldere transmurale werkafspraken over de informatieoverdracht over BRMO's tussen zorgorganisaties, maar deze zijn nog niet geëffecteerd. Informatieoverdracht wordt nog niet optimaal ondersteund door ICT oplossingen en is nu nog teveel afhankelijk van individuen en afspraken hierover worden op persoonlijke titel gemaakt.

2.6 Het samenspel tussen bestuur en professionals



Bestuurders en professionals binnen een organisatie hebben elkaar nodig om infectiepreventie goed te organiseren. In dit samenspel is het goed om helderheid te creëren over de verschillende rollen en verantwoordelijkheden hierin. In het project "samen verantwoordelijk voor veiligheid" in Friesland is dit al uitgewerkt in Figuur 4.

Goed Bestuur

- Randvoorwaarden voor de uitvoering
- Op de hoogte van de bestaande wet- en regelgeving
- Gericht op continu verbeteren, richt de organisatie hierop in

Regie van zorg

- Effectieve sturing op infectiepreventie
- Specialist ouderengeneeskunde
- Infectie Preventie Adviseur (IPA)¹
- Infectiepreventiecommissie

Uitvoering

- Continue aandacht voor Hygiëne en Infectiepreventie
- Deskundige medewerkers
- Werken volgens richtlijnen: kennis, vaardigheden en gedrag
- Contactpersoon infectiepreventie



Figuur 4: Samenspel tussen bestuur en professionals infectiepreventie
Bron: Project "samen verantwoordelijk voor veiligheid" (Friesland)

2.7 Aansluiting bij een zorgnetwerk

De IGJ toetst of partijen aangesloten zijn bij een zorgnetwerk. Aansluiting draagt namelijk bij aan de kennis en vaardigheden op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie.

¹ In ABRZNN verband is gekozen voor investeren in het opleiden van DI's en CIPpers en niet voor het toevoegen van de functie Infectie Preventie Adviseur. Desondanks geeft deze uitwerking goed weer hoe de governance van infectiepreventie eruit kan zien.

3. Implementeren en borgen van infectiepreventie in de VVT

In de gesprekken met bestuurders werd duidelijk dat VVT organisaties zich in verschillende fasen bevinden. Sommigen zijn vooral druk bezig de basis op orde te brengen en te houden en staan feitelijk in de overlevingsstand. Bij andere organisaties is er meer rust voor het verder borgen van het kwaliteitsbeleid infectiepreventie. Weer andere organisaties hebben infectiepreventie al optimaal georganiseerd en participeren hiertoe ook in regionale netwerken.

De grootte van de organisatie is medebepalend voor de mate van borging. Zeker bij de kleinere intramurale en thuiszorgorganisaties is dit vaak niet geborgd, de GGD heeft hier in de COVID-periode veelvuldig ondersteuning moeten bieden.

Wat alle zorgorganisaties gemeen hebben is personeelstekort, een hoog verzuim en veel discontinuïteit van personeel. Dit leidt tot stress op de werkvloer, bij management en bij bestuurders. Verder zijn alle VVT organisaties nog aan het bekomen van de Coronapandemie. Deze heeft er zeker aan bijgedragen dat nu alle VVT organisaties doordrongen zijn van het belang van infectiepreventie.

Het benodigde urgentiebesef voor het vormgeven van een goed infectiepreventiebeleid is dus aanwezig. Ook is er veel kennis en informatie voorhanden waarmee dit vormgegeven kan worden, al lijkt dit de werkvloer niet altijd te bereiken. De vraag is dan ook niet zozeer wat er georganiseerd moet worden, want dat is wel duidelijk. De vraag is vooral hoe dat gedaan zou kunnen worden. En hoe in regionaal verband efficiëntievoordeel te behalen valt. Het begint met het maken van fundamentele financiële en organisatorische keuzes.

In dit hoofdstuk worden de keuzes en oplossingen om te komen tot een efficiënt en effectief georganiseerde infectiepreventie in de VVT aangedragen.

3.1 De financiële keuze: investeren in preventie of in uitbraken

Clënten in de VVT lopen door hun kwetsbaarheid een groter risico op gezondheidsschade door een opgelopen infectie. Daarnaast kan zelfs een enkel geval van dragerschap met BRMO tot hoge kosten en derving van inkomsten leiden en uitbraken al helemaal. Allereerst vanwege de gezondheidsschade die ontstaat. Daarnaast worden afdelingen gesloten, is personeel ziek, moet personeel vervangen worden, zijn extra beschermingsmiddelen nodig en zijn er hoge kosten voor laboratoriumdiagnostiek. Wanneer in de VVT afdelingen gesloten worden vanwege een uitbraak, belemmert dit de doorstroom vanuit het ziekenhuis en bezetten patiënten langer een duurder en steeds schaarser ziekenhuisbed. Ondanks dat er relatief weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van infectiepreventie, is duidelijk dat infecties veel geld kosten.

Voor een goed kwaliteitsbeleid infectiepreventie is continuïteit op de werkvloer nodig. Een groot verloop van personeel gaat ten koste van de kwaliteit en kost veel geld. Tegelijkertijd draagt het leveren van goede kwaliteit van zorg in hoge mate bij aan het werkplezier van medewerkers, waardoor zij langer blijven. Investeren in personeelsbeleid om kwalitatief goed getraind personeel te behouden voor de organisatie kan ook tot financiële voordelen leiden, zoals onderzoek naar [het behoud van medewerkers voor de VVT](#) aantoonde:

- Een medewerker vervangen kost veel geld. Het kost één vijfde van het jaarsalaris van de te vervangen functie
- De werving en selectie van een medewerker, de tijdelijke verminderde productiviteit van oude- en nieuwe werknemers en de inwerkperiode zorgen allemaal voor indirecte kosten rondom het verloop van medewerkers
- Investeren in een medewerker vergroot niet alleen efficiëntie en de kwaliteit van het werk, maar draagt ook bij aan de financiële gezondheid van een organisatie.

Het imago van een organisatie is tevens belangrijk voor de aantrekkingskracht op potentiële medewerkers. Organisaties die integrale kwaliteit uitstralen en waar medewerkers zich positief uitlaten over hun organisatie, hebben een grotere aantrekkingskracht op nieuwkomers.

3.2 Integreren van personeelsbeleid en kwaliteitsbeleid

De medewerkers op de werkvloer zijn een belangrijke factor in een succesvol infectiepreventiebeleid. Hun belangrijkste drijfveer is het leveren van kwalitatief goed werk en tevreden en zo gezond mogelijke cliënten en patiënten. Hun werkplezier halen ze daarnaast uit het werken in een leuk team en uit een goede relatie met de direct leidinggevende. Continuïteit van personeel is een voorwaarde voor een goed kwaliteitsbeleid infectiepreventie. Het geïsoleerd benaderen van kwaliteitsbeleid en personeelsbeleid is daarmee niet langer logisch. Betrokken medewerkers leveren betere kwaliteit en zijn minder vaak ziek. Investeren in personeel is dus investeren in kwaliteit.

Managers op tactisch niveau zoals teamleiders staan het dichtste bij de medewerkers en VVT organisaties doen er goed aan hen te selecteren en aan te sturen op het welzijn van hun medewerkers. Binnen veilige teams is ruimte voor de aanspreekcultuur die nodig is in infectiepreventie. In lijn hiermee dient veel aandacht besteed te worden aan de veiligheid van medewerkers zelf. Dit creëert enerzijds bewustzijn en kennis bij medewerkers. Anderzijds is het goed voor de relatie met de werkgever als deze oprecht bezorgd is over hun veiligheid.

3.3 Leren leuk maken

De meeste mensen vinden het leuk om dingen te leren, als dat maar op een manier gebeurt die bij hen past. Om medewerkers scherp te houden, zullen zij bij herhaling getraind moeten worden in infectiepreventie. De leidinggevers hebben zicht op hoe hun medewerkers het liefste leren en kunnen zorgen dat daarbij aangesloten wordt. Zo kan er bijvoorbeeld gekozen worden voor e-learning, praktijktrainingen of training-on-the-job. In het kader van de teamcohesie kan een training middels serious gaming georganiseerd worden. Als teams competitief zijn kan een wedstrijdelement ingebouwd worden. Als ze geïnspireerd worden om ideeën uit andere organisaties te horen, dan kunnen trainingen organisatie overstijgend georganiseerd worden. Er bestaat qua leren geen "one size fits all" en om goed aan te kunnen sluiten is het nodig medewerkers goed te kennen.

3.4 Integreren van infectiepreventie in bestaande protocollen

Het is druk in de VVT en er kan nauwelijks meer iets bij. Infectiepreventie mag niet ten koste gaan van de directe tijd voor contact met cliënten. Infectiepreventie is integraal onderdeel van de zorg en de uitdaging is om het zo efficiënt mogelijk te organiseren. Daarom kan infectiepreventie het beste standaard onderdeel uitmaken van al bestaande protocollen en richtlijnen. In Noord-Nederland zijn sommige vooral grotere organisaties hier verder mee dan de andere. Door gezamenlijk protocollen op te stellen en uit te wisselen kunnen organisaties elkaar verder helpen en elkaar werk uit handen nemen.

3.5 De digitale informatievoorziening op orde brengen

Het thema digitalisering staat hoog op de agenda van de branchevereniging [Actiz](#). Nu de VVT steeds meer onderdeel uitmaakt van de regionale zorgketens, wordt digitale aansluiting daarop belangrijker. Interoperabiliteit, eenheid in taal en techniek, borging van cyberveiligheid en privacy zijn nodig om het daarvoor benodigde digitale landschap te realiseren. Van daaruit kan de digitale overdracht van informatie over BRMO's en infecties goed en efficiënt ingeregeld worden. Investeren in ICT heeft tevens een gunstig effect op de ontwikkeling van de digitale vaardigheden van medewerkers die sowieso nodig zijn voor de toenemende inzet van zorgtechnologie. Mogelijk kan het Regionale Informatievoorzieningsoverleg [RIVO NOORD](#) bijdragen aan het maken van een regionaal ontwerp voor informatie-uitwisseling tussen de VVT en de andere zorgpartners.

3.6 De complementariteit van welzijn en infectiepreventie

De VVT staat voor persoonsgerichte zorg of ondersteuning, met oprechte aandacht voor het welbevinden van cliënten. Een aantal bestuurders ervaart een spanningsveld tussen het wonen en welzijn van cliënten en het organiseren van infectiepreventie. De vrees is dat maatregelen afbreuk doen aan de huiselijkheid die kenmerkend is voor de VVT. De inspectie signaleert in 2018 dat deze huiselijkheid en infectiepreventie niet altijd goed samen op gaan.

De zoektocht is dan ook om huiselijkheid en veilige zorg te combineren en daar een balans in te vinden. Het vertrekpunt is dat de zorg in verpleeghuizen en thuis, naast warm en persoonsgericht, ook veilig moet zijn. Ondanks dat de VVT omgeving hier minder op ingericht is, moeten de specifieke zorghandelingen zoals wondzorg en katheterzorg net als in het ziekenhuis veilig uitgevoerd worden. Tenslotte zijn infecties enorm belastend voor cliënten en dragen ze niet bij aan het welzijn dat juist centraal staat in de VVT.

3.7 Kleine woonzorgvormen in het regionale zorglandschap

Als reactie op de grootschalig georganiseerde VVT, zijn het afgelopen decennium enorm veel [nieuwe woonzorgvormen](#) ontstaan. Deze veelal kleine organisaties hebben een sterke focus op een prettig woon- en werkklimaat en hebben weinig overheadkosten. Veelal is er pas aandacht voor infectiepreventie als er een uitbraak is en op dat moment is de GGD het eerste aanspreekpunt.

Ook in deze kleine organisaties is borging van infectiepreventie nodig. Waar dit haalbaar en realistisch is, kunnen grotere organisaties in de directe omgeving hieraan bijdragen door hun trainingen en faciliteiten tegen een redelijke vergoeding voor hen open te stellen. Ook is het denkbaar om lokaal samen op te trekken in de inkoop van de juiste beschermingsmaterialen.

Alle partners in het ABRZNN kunnen bijdragen aan de bewustwording van de kleinere organisaties van het belang van goede infectiepreventie en het organiseren van bijvoorbeeld audits. Belangrijk is om hen daarbij wegwijs te maken in het regionale zorglandschap en de mogelijkheden ervan en hen uit te nodigen er gebruik van te maken. Andersom kunnen grote organisaties mogelijk ook dingen leren van kleinere organisaties, omdat zij andersoortige en soms vernieuwende woonzorg concepten hebben vormgegeven.

4. Schets van het regionale speelveld rond infectiepreventie

Het afgelopen decennium zijn er veel ontwikkelingen geweest die maken dat de traditionele scheiding tussen de cure en de care vervaagt. Ziekenhuizen plaatsen patiënten steeds sneller over naar (een revalidatieafdeling van) een verpleeghuis of terug naar huis. Ziekenhuis verplaatste zorg wordt zowel intramuraal als door gespecialiseerde thuiszorg geboden. De VVT is zich op veel terreinen in hoog tempo aan het aanpassen aan deze veel complexere patiëntenpopulatie en krijgt een steeds belangrijkere rol in het regionale netwerk.

Tegelijkertijd leidt de ontwikkeling van netwerkzorg tot meer bewegingen van patiënten en bezoekers tussen zorgorganisaties. Zo gaan patiënten soms voor diagnostiek naar het ene ziekenhuis, voor een operatie naar een ander ziekenhuis, voor revalidatie naar een verpleeghuis en verzorgen de huisarts, de thuiszorg en soms de vrijgevestigde fysiotherapeut de nazorg. Hierdoor is het risico op verspreiding van BRMO en andere micro-organismen groter geworden. In het algemeen is sprake van een toenemende interdependentie tussen zorgorganisaties, waardoor zij infectiepreventie alleen in regionaal verband goed en effectief kunnen organiseren.

4.1 Enkele kenmerken van de VVT

Allereerst is een [korte introductie van de VVT](#) als relatief nieuwe zorgpartner in het regionale netwerk rond infectiepreventie op zijn plaats. Er zijn in Nederland 2350 verpleeghuislocaties,

waar bijna 300.000 mensen werken. De VVT is qua aantal medewerkers ruim anderhalf keer zo groot als de branche ziekenhuizen (bron CBS). Er werken opvallend veel medewerkers in deeltijd, 57% werkt tussen 20-35 uur per werkweek. In de VVT bestaat de grootste groep medewerkers uit intramuraal werkende verzorgenden (28,6%), gevolgd door verzorgenden thuiszorg (18,5%), gespecialiseerde verpleegkundigen (9,2%), en sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders (6,1%).

De VVT heeft het afgelopen decennium enorme

ontwikkelingen doorgemaakt en een grote professionaliseringsslag gemaakt. Daarnaast is een optimale kwaliteit van leven van de cliënt centraal gesteld, zoals het model uit het [kwaliteitskader verpleeghuiszorg](#) in figuur 5 illustreert. Het kwaliteitskader wijkverpleging is eveneens doorontwikkeld en zal in mei 2023 herzien worden.



Figuur 5: Integraal model voor dynamisch en ontwikkelingsgericht werken aan kwaliteit verpleeghuiszorg. Bron: Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2021

4.2 De regionale spelers

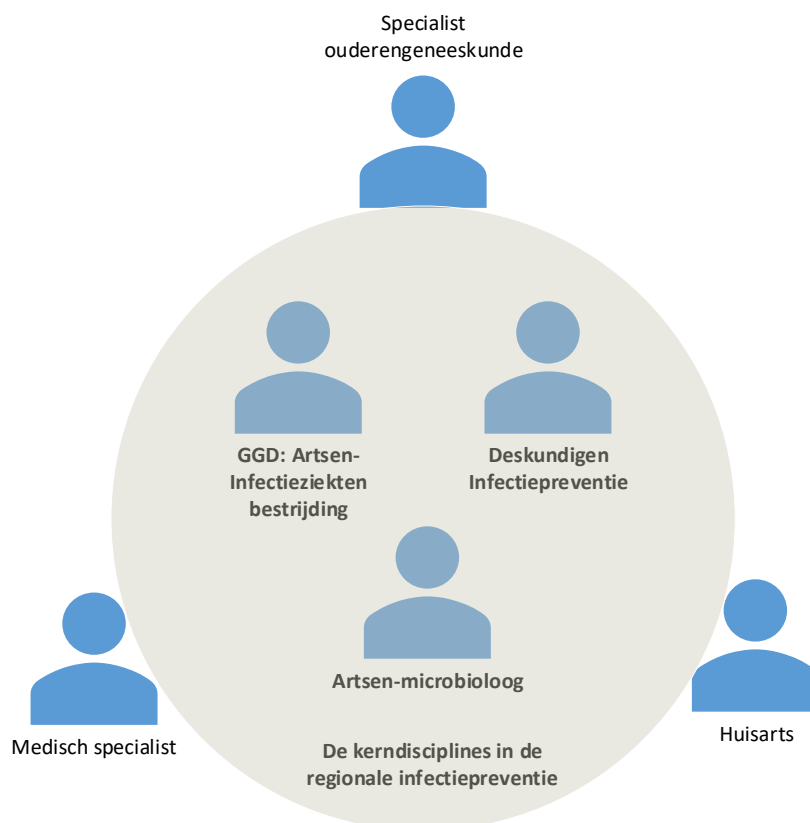
De kerndisciplines die met betrekking tot infectiepreventie een rol hebben bij alle partijen in de regio zijn DI's, artsen-microbioloog en artsen M+G infectieziektebestrijding (izb-artsen) van de GGD, zie figuur 6.

De huisarts ziet in veel gevallen een patiënt met een infectieziekte het eerst en speelt daarmee een belangrijke rol in de signalering van infectieziekten.

De regionale GGD'en en de daar werkzame izb-artsen en DI's zijn belangrijk in de dagelijkse bestrijding van infectieziekten binnen de publieke gezondheidszorg. Zij geven voorlichting en adviezen aan professionals, burgers, managers en bestuurders over de risico's en preventie van infectieziekten, schrijven medicijnen voor en geven vaccinaties. Bij uitbraken van meldingsplichtige infectieziekten sporen zij de bron van een uitbraak op en zetten de bestrijding in.

Medisch specialisten, waaronder internisten-infectioloog, richten zich op het behandelen en voorkomen van infecties bij individuele patiënten in het ziekenhuis. Zij zijn vooral een regionale speler bij de overdracht van patiënten naar een andere zorgorganisatie.

Transferverpleegkundigen spelen een organisatorische rol bij een soepele overgang van patiënten van de ene organisatie naar de andere.



Figuur 6: De regionale spelers in infectiepreventie

De artsen-microbioloog houden zich bezig met het diagnosticeren, behandelen en voorkomen van infecties en infectieziekten. Zij hebben een goed overzicht van de infectieziekten en ziekteverwekkers in de regio en zijn, samen met de izb-artsen van de GGD, vaak de eersten die een regionale uitbraak op het spoor komen.

In totaal zijn momenteel 43 infectieziekten meldingsplichtig. Het laboratorium dat één van deze ziekten vaststelt moet deze, net als de behandelend arts, melden bij de GGD. De GGD meldt vervolgens aan het Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) van het RIVM.

Naast diagnostiek, behandeling en het voorkomen van verspreiding van besmettelijke ziekten door laboratoria, curatieve artsen en GGD, worden algemene hygiëne en infectiepreventie steeds belangrijker. Hier ligt een belangrijke taak voor de DI en, in het publieke domein, de GGD.

4.3 Regionale netwerken infectiepreventie: REDIAM, SIF en RAI

In de regio bestaan al diverse inhoudelijke netwerken rond infectiepreventie.

- De Stuurgroep Infectiepreventie Friesland (SIF) voor zorgorganisaties in het werkgebied van CERTE Friesland/Noordoostpolder (voorheen Izore). Hierin participeren de DI's, artsen-microbioloog en izb artsen van Friesland.
- Het Regionaal overleg Deskundigen Infectiepreventie en Artsen-Microbioloog (REDIAM) voor zorgorganisaties in het werkgebied van CERTE (Groningen en Drenthe) en de Medische Microbiologie en Infectiepreventiecommissie van het UMCG.
- SIF, REDIAM en UMCG hebben de krachten recent gebundeld in de provincie overstijgende Regionale Adviescommissie Infectiepreventie Noord Nederland (RAI).

Door de Coronapandemie ontstond in Noord-Nederland behoefte aan een gremium van deskundigen dat door het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) om advies gevraagd kan worden en dat adviezen verstrekt gericht op infectiepreventie in de regionale keten van zorgaanbieders. In de RAI werken DI's, artsen-microbioloog en izb-artsen samen aan adviezen die in het ROAZ vastgesteld en vervolgens regio-breed geïmplementeerd worden.

De Regionale Adviescommissie Infectiepreventie NN werkt bij haar advisering vanuit de volgende uitgangspunten:

- Voorop staat het streven naar infectieveiligheid voor patiënten/burgers in de regio.
- De leden en hun achterbannen werken vanuit dezelfde landelijke richtlijnen en beleid (bijv. Federatie Medisch Specialisten, RIVM). Uitwerking in detail kan verschillen per organisatie.
- Gezamenlijke advisering draagt bij aan draagvlak en impact.
- Bij adviesvragen wordt vastgesteld of er om medisch inhoudelijke redenen, noodzaak is om regionaal beleid te adviseren. Er zijn situaties dat het, omwille van de infectieveiligheid, beter is meerdere beleidsrichtingen te adviseren.
- De leden informeren elkaar over beleid in de eigen achterban. Waar relevant, kunnen andere leden besluiten beleid over te nemen, na afstemming met de eigen achterban.
- De adviescommissie zal ook ongevraagd adviseren, wanneer zij meent dat dit in het belang is voor de infectieveiligheid voor patiënten/burgers in de regio.

4.3.1 Platform Deskundigen Infectiepreventie VVT

In ABRZNN verband hebben de DI's werkzaam in de VVT zich verenigd in het Platform Deskundigen Infectiepreventie VVT. Hier worden best practices en ontwikkelde materialen gedeeld en wordt gewerkt aan positionering van het vak in de VVT. Verder organiseert deze groep samen met het ABRZNN de cursus over hygiëne en infectiepreventie voor contactpersonen infectiepreventie (CIPpers) in de VVT en webinars voor thuiszorgmedewerkers.

5. Aanbevelingen in de regionale samenwerking Infectiepreventie

De twee leidende principes bij onderstaande regionale adviezen zijn:

- Interdependentie: micro-organismen houden zich niet aan organisatiegrenzen. Als de ene organisatie het niet op orde heeft dan kan dat tot veel ellende en kosten in een andere organisatie leiden. Organisaties zijn hierin dus van elkaar afhankelijk en hebben er belang bij elkaar te versterken in infectiepreventie.
- Efficiëntie: door de toenemende schaarste in de zorg is het van belang dat organisaties elkaar verder helpen en werk uit handen nemen door samen te werken.

5.1 Verbeteren van de informatieoverdracht in de regionale keten

In de zorgketen zijn veel patiënt- en cliëntbewegingen. Cliënten met een BRMO worden overgeplaatst naar een andere zorgorganisatie of gaan naar huis met thuiszorg. Het is dan heel belangrijk dat zowel de zorgverlener als de cliënt op tijd zijn geïnformeerd over het BRMO-dragerschap, zodat de juiste preventieve maatregelen genomen kunnen worden om verdere verspreiding tegen te gaan.

Uit de gesprekken met zorgprofessionals blijkt dat er weliswaar al stappen zijn gezet, maar dat het lang niet altijd goed gaat met de informatieoverdracht. Daarbij is er niet één partij als oorzaak aan te wijzen, het gaat bij alle partijen regelmatig mis.

5.1.1 Maken van transmurale werkafspraken

Transmurale werkafspraken over BRMO-informatieoverdracht hebben als doel de transmurale informatieoverdracht over cliënten met een BRMO (infectie/dragerschap, zowel vastgesteld als verdenking) bij overplaatsing tussen zorgorganisaties of zorgverleners te verbeteren. Deze verbetering draagt bij aan het voorkomen van verspreiding van BRMO's en aan het voorkomen van een toename van antibioticaresistentie.

In Noord Nederland zijn al veel transmurale werkafspraken gemaakt over uiteenlopende thema's. Veelal worden deze vanuit de ziekenhuizen georganiseerd en op reguliere basis geëvalueerd en bijgesteld. Dit is een bestaand en goed werkend systeem, waarmee veel organisaties bekend zijn. In sommige regio's is de coördinatie hiervan in een gezamenlijk netwerk belegd. Waar dat niet het geval is, **lijkt het praktisch dat de ziekenhuizen de organisatie en coördinatie voor het maken van de transmurale werkafpraak over de informatieoverdracht BRMO op zich nemen.** Ziekenhuizen beschikken namelijk vrijwel allemaal over een transmurale afdeling en/of een transmuraal coördinator die gewend is lokale partijen uit te nodigen voor deelname aan transmurale werkgroepen.

De samenstelling van de werkgroep kan lokaal verschillen, want de lokale situatie verschilt. Minimale participatie van in ieder geval lokale VVT organisaties, het lokale ziekenhuis, het medisch laboratorium Certe, de provinciale GGD en de regionale huisartsenorganisatie is wenselijk. De uitdaging is om niet te groot te beginnen en tegelijkertijd geen relevante partijen buiten te sluiten.

Ook hier is de kunst dat de partners in het ABRZNN gebruikmaken van elkaars kennis en ervaring. **De DI's, de artsen-microbioloog en de izb-artsen in SIF en REDIAM, vormen de meest logische verbindende schakel tussen de diverse initiatieven in de regio.** Doordat zij op alle locaties in de werkgroepen zullen participeren, kunnen zij bijdragen aan zowel uniformiteit in de afspraken als aan de efficiëntie bij het maken ervan. Uiteraard kan er gebruik gemaakt worden van voorbeelden uit andere regio's, zoals de

[Landelijke Transmurale Werkafspraken BRMO](#) Enige regionale uniformiteit in de transmurale werkafspraken is wenselijk om de informatieoverdracht ook digitaal goed in te kunnen richten.

5.1.2 Digitaliseren informatieoverdracht

Eén van de oorzaken in de geconstateerde problemen met de informatieoverdracht is dat deze niet geautomatiseerd is. Daardoor komt informatie te laat, arriveert informatie op de verkeerde plek en wordt het te laat gezien. Ook is de informatieoverdracht nu teveel afhankelijk van individuele zorgprofessionals en hun kennis over de (lokale) afspraken. Er bestaat een brede wens om de informatieoverdracht te digitaliseren, waardoor belangrijke informatie automatisch snel en op de juiste plek arriveert. Hiervoor loopt enerzijds al een landelijk traject en mogelijk kan RIVO Noord ook een rol spelen in een regiobreed ontwerp voor de gewenste digitale informatieoverdracht.

Verder wordt, met in achtneming van alle wet- en regelgeving, in RIVO verband gewerkt aan een regionaal ontwerp voor het delen van laboratoriumuitslagen tussen alle regionale zorgaanbieders die hier aan willen deelnemen. Aangezien digitalisering over het algemeen lange doorlooptijden kent, is het van belang om niet te wachten op alle toekomstige digitale mogelijkheden, want ook zonder dat kan de informatieoverdracht nu al verbeterd worden.

5.1.3 Bundelen van informatie

Noord-Nederland bevindt zich in de unieke situatie dat vrijwel alle medisch microbiologische bepalingen en kennis gebundeld zijn in het medische laboratorium van Certe. Slechts een beperkt aantal huisartsen kiest ervoor zich aan te sluiten bij een commercieel lab buiten de regio, waardoor die data zich niet in de regionale databases bevinden. Verder heeft het UMCG als ziekenhuis een eigen medisch microbiologisch laboratorium. Certe en UMCG werken nauw samen in het delen van data ten behoeve van vroegsignalering van BRMO's. Eind 2023 verwacht Certe al zijn laboratoriumuitslagen (van onder andere BRMO's en infecties) uit Groningen, Friesland en Drenthe gebundeld te hebben in één Laboratorium Informatie Systeem. Dit biedt de noordelijke regio veel mogelijkheden op het gebied van vroegsignalering ten behoeve van infectiepreventie.

Verder is Certe kartrekker en beheerder van de BRMO verkenner die al jaren wordt gebruikt door DI's in Groningen en Drenthe. DI's kunnen hierin gericht zoeken op BSN nummer en krijgen zo antwoord op individuele vragen over specifieke patiënten. Als opvolger wordt gedacht aan het in samenspraak met DI's en artsen-microbioloog ontwikkelen van een vergelijkbare functionaliteit, welke ook in Friesland gebruikt zal kunnen worden. Alle ontwikkelingen bij elkaar bieden kansen voor optimalisering van de regionale informatievoorziening.

5.2 Regionaal opleiden van meer Deskundigen Infectiepreventie

Het Capaciteitsorgaan voorziet een tekort aan DI's in de ziekenhuizen. Ook in de VVT wordt een tekort ervaren, maar dit valt niet cijfermatig te onderbouwen, onder meer door het ontbreken van een normformatie DI in de VVT. Het Wenckebach Instituut voor Onderwijs en Opleiding (WIOO) in Groningen is bereid om hiervoor de huidige opleidingscapaciteit op te schalen.

Er zijn diverse organisaties in de VVT, die een DI willen opleiden. De kosten hiervoor zijn echter hoog en de VVT kan hiervoor geen aanspraak maken op landelijke subsidies. Dit in tegenstelling tot ziekenhuizen, die voor het bovenformatief opleiden van schaars personeel middelen ontvangen uit het Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO). De VVT organisaties

moeten externe DI's inhuren voor de begeleiding van DI's in opleiding, omdat ze simpelweg niet beschikken over voldoende DI's. De verwachting is dat het mogelijk is om deze financiële obstakels te overwinnen door hiervoor gezamenlijk subsidie aan te vragen. De grootste bottleneck is dan ook vooral het tekort aan beschikbare begeleidingscapaciteit binnen de VVT.

Aangezien de interdependentie tussen zorgorganisaties alleen maar toeneemt, hebben ziekenhuizen belang bij een goed georganiseerde infectiepreventie in en met de VVT. Beiden trekken al nauw samen op in de herstelgerichte (revalidatie)zorg en de ziekenhuisverplaatste zorg in de VVT. Hoewel ook de ziekenhuizen een tekort aan gediplomeerde DI's hebben voor de begeleiding, hebben zij hierin organisatorisch toch meer opleidingsmogelijkheden dan VVT organisaties. Ook vanuit kwaliteits- en samenwerkingsperspectief gaan er stemmen op dat ziekenhuizen en VVT meer samen gaan optrekken in het opleiden en begeleiden van DI's. **Aanbevolen wordt dat de VVT en ziekenhuizen de handen ineen slaan om naar oplossingen te zoeken voor het tekort aan begeleidingscapaciteit in de VVT, waardoor er meer DI's opgeleid kunnen worden.**

Tegelijkertijd moet er nagedacht worden of en welke mogelijkheden er zijn om DI's in opleiding efficiënter te begeleiden met behoud van dezelfde kwaliteit. Zo is het denkbaar dat niet alleen DI's zelf hun toekomstige collega's begeleiden, maar dat ook andere disciplines in de infectiecommissies in de VVT hier onderdelen in verzorgen. Een andere optie is dat VVT organisaties de krachten bundelen om samen een DI op te leiden, al dan niet in samenwerking met het lokale ziekenhuis.

5.3 Gezamenlijk inkopen van beschermingsmiddelen

Bij sommige VVT organisaties bestaat de neiging om te bezuinigen op beschermingsmiddelen en bij de kleinere organisaties is hier naar verwachting weinig kennis over in huis. Het is echter belangrijk om kwalitatief goed en gebruiksvriendelijke materialen te kiezen. **Door samen in te kopen, kunnen naar verwachting inkoopvoordelen behaald worden.** Kleine en grotere organisaties kunnen hiertoe de handen ineen slaan en dit gezamenlijk organiseren. Bijkomend voordeel kan zijn dat personeel bij gebruik van dezelfde materialen en gebruiksregels gemakkelijker uitwisselbaar is in geval van nood.

5.4 Versterken van het thema infectiepreventie in alle zorgopleidingen

In meerdere gesprekken werd aangegeven dat infectiepreventie een plaats heeft in de diverse opleidingen. Daarbij worden twijfels geuit over de mate van intensiviteit daarvan in zowel MBO, HBO en WO opleidingen. Mogelijk kan [Zorgplein Noord](#) een rol spelen in het realiseren van de wens uit VVT organisaties om infectiepreventie sterker in het curriculum te krijgen door hierover het gesprek met opleidingen te starten. Het UMCG kan de verbinding met de WO opleidingen leggen. **Zorgorganisaties kunnen zelf studenten vroegtijdig betrekken bij praktijkopdrachten ten behoeve van verbeteringen in infectiepreventie in de VVT en implementatievraagstukken.** Op die manier worden ook docenten bij het onderwerp betrokken, waardoor het hoger op de agenda van de opleidingen komt. DI's kunnen een rol spelen bij het formuleren van stage- en onderzoeksopdrachten.

5.5 Flexibel inzetten van Deskundigen Infectiepreventie

Dankzij hun vangnetconstructie, hebben de GGD-en het meeste zicht op de kleinere zorgorganisaties die hun infectiepreventie niet op orde hebben, al is er geen compleet beeld van. DI's bij de GGD geven aan dat sommigen zich bij herhaling melden en dat zij dan weinig alternatief hebben dan hen te helpen. Zij kunnen hen niet verplichten hun infectiepreventie op orde te brengen en hebben nu niet de mogelijkheid hen te verwijzen naar DI's die hen zowel bij de uitbraak als bij het organiseren van structurele borging kunnen helpen. De GGD helpt hen gratis in het kader van haar wettelijke vangnetfunctie, terwijl organisaties zelf verantwoordelijk zijn voor het op orde brengen van hun infectiepreventie en daarvoor zouden moeten betalen. **In het ideale geval kan de GGD hen doorverwijzen naar DI's die bekend zijn met de regionale afspraken en hen stimuleren tot structurele borging.** Op dit moment zijn er weinig alternatieven in Noord Nederland en ontbreekt er een pool van flexibel inzetbare DI's.

Een pool van flexibel inzetbare DI's kan bestaan uit ZZP'ers en/of DI's in loondienst en voldoet idealiter aan een aantal kwaliteitskenmerken die in de regio bekend zijn en ondersteund worden:

- Ze zijn beschikbaar voor ondersteuning bij uitbraken en hulpvragen van VVT organisaties in het noorden
- Ze zijn bekend met de regionale afspraken infectiepreventie m.b.t. protocollen en beheersmaatregelen
- Ze hebben korte lijnen en afspraken met artsen-microbioloog
- Ze leveren goed werk tegen een redelijke prijs
- Ze kunnen elkaar vervangen en aanvullen qua deskundigheid
- Ze adviseren gevraagd en ongevraagd over nut en noodzaak van het daadwerkelijk borgen van infectiepreventie in de organisatie en hebben hierin overtuigingskracht
- Ze worden gemakkelijk gevonden door VVT organisaties
- Ze maken kleine organisaties wegwijs in de vele mogelijkheden van het regionale netwerk
- Er kunnen ervaren DI's ingehuurd worden voor het begeleiden van DI's in opleiding
- Ze worden in de regio als deskundig en betrouwbaar ervaren
- Nieuwkomers die aan dit profiel voldoen kunnen meedoen aan deze pool

Het is nadrukkelijk de bedoeling dat kleinere zorgorganisaties niet alleen een beroep doen op DI's en andere deskundigheid in geval van een uitbraak. Allereerst is bewustwording van het belang en de (ook financiële) voordelen van structurele borging van infectiepreventie nodig. Verder dient er een geaccepteerd alternatief voor hun gang naar de GGD bij problemen te zijn. **Het strekt tot aanbeveling dat DI's hierover in gesprek gaan met een aantal kleine organisaties.** De GGD Drenthe voert twee keer per jaar een overleg met bestuurders en managers van kleinere zorgorganisaties, wat hier mogelijk voor gebruikt kan worden. Op basis van de uitkomsten van een dergelijke verkenning kan mogelijk een laagdrempelig aanbod, zoals een abonnementsconstructie, opgezet worden. Het belangrijkste is dat er goede kwaliteit voor een redelijk tarief beschikbaar komt en dat ook de kleinere organisaties hiermee bekend raken. Het is belangrijk om dit professioneel en klantgericht op te zetten, zodat kleine organisaties elkaar gaan stimuleren om hun infectiepreventie op orde te brengen.

5.6 Infectiepreventie en Healthy Ageing

Noord Nederland zet zich met Healthy Ageing zowel landelijk als internationaal op de kaart. Doel ervan is dat mensen gezond ouder worden en langer gezond blijven. Dit moet tot een daling of tenminste beheersing van de zorgkosten leiden. Zeer veel uiteenlopende organisaties participeren in het regionale Healthy Ageing netwerk en delen en ontwikkelen daar kennis en ervaringen. Het thema infectiepreventie is binnen dit netwerk nog niet in beeld, terwijl het qua inhoud bij uitstek op de strategische agenda van Healthy Ageing past.

Hierop aanhaken biedt veel mogelijkheden voor het inzetten van (onderzoeks)studenten op onderwerpen, het doen van wetenschappelijk onderzoek, het krijgen van beweging en vernieuwing bij opleidingen, het ontwikkelen van (technologische) innovaties en het aanvragen van landelijke en Europese subsidies. Wanneer het noordelijke netwerk het thema infectiepreventie op de kaart zet binnen het Healthy Ageing netwerk, krijgt het de blijvende aandacht die het verdient en draagt dit bij aan een betere zichtbaarheid van de betrokken beroepsgroepen. Noord Nederland kan zich via Healthy Ageing profileren met infectiepreventie en daarmee dichterbij het doel komen om de meest infectieveilige regio van Nederland te worden.

5.7 De kracht van wetenschappelijk onderzoek infectiepreventie

Preventie is een politiek speerpunt, waar veel in wordt geïnvesteerd. Wetenschappelijk onderzoek en zeker toegepast onderzoek, kan bijdragen aan het behoud van aandacht voor het thema infectiepreventie, ook op langere termijn. Daarbij biedt het ontplooiingsmogelijkheden voor bijvoorbeeld DI's en draagt het bij aan de academisering en professionalisering van de beroepsgroep.

Vanuit het UMCG vindt al wetenschappelijk onderzoek plaats naar infectiepreventie. Verder start er bij de afdeling Medische Microbiologie in juni een nieuw afdelingshoofd met de leerstoel Infectiepreventie. Binnen de Rijksuniversiteit Groningen zijn alle faculteiten en vakgroepen aanwezig om uiteenlopende kennis met elkaar te kunnen combineren, waardoor er bijvoorbeeld onderzoek gedaan kan worden naar de kosteneffectiviteit van infectiepreventie. Samengevat zijn er veel mogelijkheden om Noord Nederland met infectiepreventie op de kaart te zetten en biedt dit geïnteresseerden ontplooiingsmogelijkheden.

5.8 Leiderschap van Deskundigen Infectiepreventie

DI's hebben een spilfunctie in (de organisatie van) infectiepreventie. DI's zijn werkzaam in alle zorgbranches. De discipline vindt zijn oorsprong in de ziekenhuizen, maar is inmiddels ook werkzaam in de VVT, GGD, tandartspraktijken, organisaties voor gehandicaptenzorg etc. Het betreft een kleine post-HBO opgeleide beroepsgroep met een zorgachtergrond als bijvoorbeeld verpleegkundige, analist of gezondheidswetenschapper.

De Coronapandemie heeft de afgelopen 2 jaar een enorme druk op DI's gelegd. Er is keihard gewerkt en velen hebben langdurig in de overlevingsstand gestaan. Sommigen hebben door de extreme druk het vak verlaten. Ondanks de enorme inspanningen die de afgelopen tijd geleverd zijn, is de DI voor het bredere publiek en ook binnen de zorg een nog steeds vrij onzichtbare discipline. Dit doet geen recht aan de inhoud van het vak en de toegevoegde waarde die DI's leveren aan de gezondheidszorg. Mogelijke oorzaken zijn het feit dat het een kleine beroepsgroep betreft, en dat de beroepsgroep zich van nature niet sterk profileert. Daar bovenop is er de afgelopen tijd weinig ruimte en tijd geweest voor reflectie op de eigen beroepsontwikkeling en de benodigde doorontwikkeling daarvan.

Er is een toenemende behoefte aan DI's en er is sprake van schaarste. Mede hierdoor werken DI's steeds vaker als ZZP'er of op commerciële basis. Er zijn landelijke bedrijven die DI's met vacatures wegtrekken uit hun organisatie, om ze vervolgens voor een hoger tarief te detacheren. In het noorden zijn DI's uit andere regio's werkzaam en sommige noordelijke DI's werken juist weer buiten de regio. Deze DI's participeren veelal niet in regionale netwerken en zijn niet op de hoogte van de regionale afspraken en uitbraken. In de regionale netwerken is er een reële kans dat commerciële DI's de in het netwerk ontwikkelde protocollen en materialen buiten de regio vermarkten, zonder bronvermelding of vergoeding voor intellectual property. Dergelijke ontwikkelingen bemoeilijken het onderlinge vertrouwen dat nodig is voor de voor het vak benodigde samenwerking en komt de kwaliteit noch de profilering van de beroepsgroep als geheel ten goede.

Nederland zet in op preventie en het vak van DI's draagt daar in hoge mate aan bij. Er is een breed gevoelde behoefte aan meer DI's. Dat biedt de beroepsgroep veel kansen die gegrepen kunnen worden. Dit vraagt om leiderschap, verdere professionalisering en een betere zichtbaarheid als groep. Sommige DI's zijn nog vooral operationeel bezig, terwijl hun plek op tactisch en strategisch niveau zou moeten liggen. Het ontwikkelen van adviesvaardigheden tot op het niveau van de Raad van Bestuur is nodig om een duidelijke en zichtbare gesprekspartner te zijn. De beroepsgroep van DI's is zelf aan zet om met elkaar in gesprek te gaan over de toekomst van het vak om het door te ontwikkelen tot een professie die gezien en daarmee beter gewaardeerd wordt!

6. Een regionale samenwerkingsagenda rond infectiepreventie

In dit rapport zijn handreikingen gedaan aan individuele VVT organisaties voor wat zij kunnen doen om infectiepreventie in hun organisatie goed te borgen. Ook zijn er zaken genoemd die in het regionale netwerk opgepakt kunnen worden. De aanbevelingen in de vorige hoofdstukken hebben tot dusver een vrijblijvend karakter.

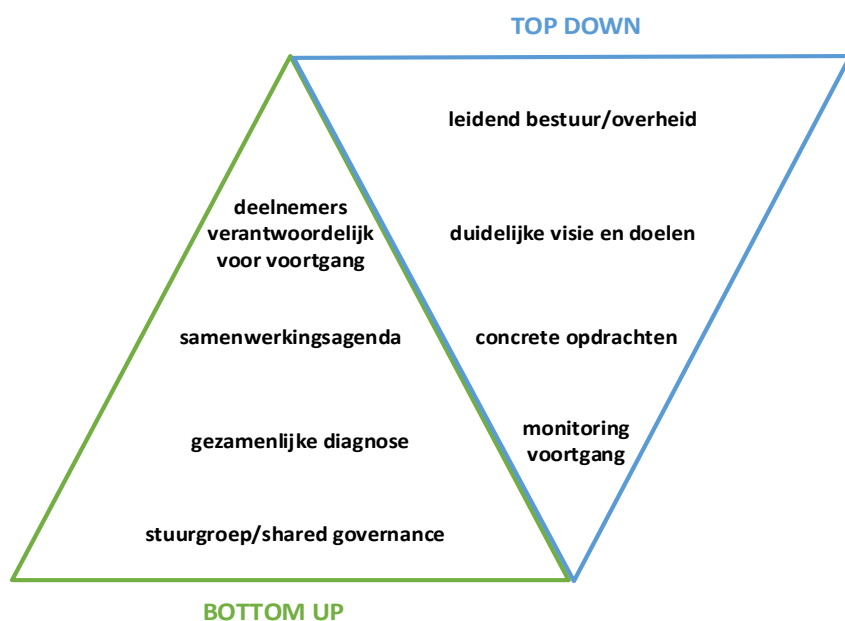
De vraag die voorligt is wat de zorgpartners in het ABRZNN de komende tijd concreet willen gaan oppakken en hoe ze daar samen in op willen trekken. Het doel is om versnelling te brengen in de gewenste beweging rond infectiepreventie in en met de VVT. Gezien de grote diversiteit aan participerende organisaties met allemaal een eigen achtergrond en signatuur, wordt hier verschillend over gedacht. Het is daarom van belang om met elkaar in gesprek te gaan om tot een breed gedragen samenwerkingsagenda rond infectiepreventie te komen.

Een andere vraag is hoe er in het ABRZNN het beste samengewerkt kan worden. Zowel in de top-down als in de bottom-up benadering zitten elementen die bruikbaar kunnen zijn voor het regionaal borgen van infectiepreventie. In het ABRZNN wordt hoofdzakelijk bottom-up gewerkt, al gaan er ook stemmen op om meer te sturen op het thema infectiepreventie.

Tot slot worden concrete voorstellen gedaan om te komen tot een regionale samenwerkingsagenda rond infectiepreventie. Het is aan de zorgpartners in het ABRZNN om samen te bepalen met welke activiteiten zij al dan niet samen aan de slag en hoe zij dit willen vervolgen.

6.1 Top-down en/of bottom-up benadering

In de top-down benadering is sprake van een sterk sturend netwerk of samenwerking met als vertrekpunt een duidelijke visie en daaraan gekoppeld geconcretiseerde doelen.



Figuur 7: top-down bottom-up samenwerken

Landelijke eisen en richtlijnen vormen veelal het vertrekpunt. Met draagvlak van de partnerorganisaties wordt samengewerkt op basis van concrete doelen of opdrachten. Partijen committeren zich aan de gemaakte afspraken. Er wordt richting aan de samenwerking gegeven door het benoemen van de maatschappelijke opgave, door de gewenste resultaten te specificeren, en opdrachten te geven aan organisaties om samenwerkingsverbanden te vormen. De

samenwerking is mogelijk aantrekkelijk doordat het beleid, de bekostiging en verantwoording op lange termijn stabiel worden gehouden. Er wordt zo nodig geld beschikbaar gesteld of geregeld voor het netwerk en de besturing ervan. Er is een stabiele aansturing nodig vanwege de langere. Deze werkwijze is van oudsher vooral gangbaar bij overheidsorganisaties (Van Delden, 2009).

In de bottom-up benadering ligt de verantwoordelijkheid voor de samenwerking bij de deelnemers zelf. De overheid neemt dan geen of weinig initiatief en beperkt zich tot het schetsen van de gewenste ontwikkelingen en tot het reageren en inspelen op voorstellen van de partnerorganisaties. Deze worden hoogstens uitgenodigd om een gezamenlijke diagnose te maken, van daaruit doelen te stellen en vervolgens een samenwerkingsagenda te maken waarin elk van de deelnemers voordeel kan behalen. Er wordt ook geen ketenmanager aangesteld, omdat dit onjuiste verwachtingen zou scheppen en de partners in een reactieve houding brengen. Wel wordt de verwachting uitgesproken dat organisaties het initiatief nemen en er kan eventueel een bemiddelende regisseur aangesteld worden die de partners aanspreekt op hun verantwoordelijkheden en de marges van de partners opzoekt en gebruikt. Als de organisaties er niet uitkomen, dan kan de overheid in laatste instantie een dominante organisatie aanwijzen die het samenwerkingsverband gaat aansturen (Van Delden, 2009).

De term Shared Governance houdt in dat de zeggenschap en besluitvormingsbevoegdheid over zorginhoudelijk beleid bij de experts ligt, zijnde de zorgmedewerkers. Over implicaties van beleid en implementatie en borging worden in gezamenlijkheid met lijnverantwoordelijken besluiten genomen. Vandaar de term "shared" (bron: Icare).

6.2 Het ABRZNN netwerk

Het ABRZNN bestaat sinds 2017 en heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een netwerk van betekenis dat breed bekend is. De grote verbindende factor is de ambitie om van Noord Nederland de meest infectieveilige regio te maken. Het is dan ook niet toevallig dat ABRZNN wil investeren in infectiepreventie en het met dit advies hoog op de agenda zet.

Het ABRZNN werkt volgens de principes van de bottom-up benadering. In het netwerk gaan tegelijkertijd stemmen op om de vrijblijvendheid rond het thema infectiepreventie te verminderen. Gezien het grote belang voor draagvlak voor de oplossingen, is het advies om in het netwerk te bespreken of en hoe dit met elkaar gecombineerd kan worden.

Leidend in de discussie is het gedeelde belang om infectiepreventie regionaal goed te borgen. Vragen die kunnen helpen zijn: waar zijn de partners in het netwerk het meest mee geholpen? Hoe kunnen zij elkaar het beste helpen? Hoe organiseren we dat? Hoe bindend kunnen en moeten adviezen en activiteiten zijn? Welke rol wil het ABRZNN hierin pakken?

Noord Nederland infectieveilig

In Noord Nederland werken we samen in het regionale netwerk en de keten om antibiotica resistentie beheersbaar te houden. Dit betekent dat:

- kennis en informatie laagdrempelig worden uitgewisseld
- infectiepreventie in de 1e, 2e en 3e lijn op orde is
- beschikbare antimicrobiële middelen juist worden ingezet
- De regio voorbereid is op warme fase (een uitbraak die zich niet beperkt tot één organisatie)
- Antibioticaresistentie en infectiepreventie op bestuurlijke agenda's staan

Samenwerken in een netwerk

In het ABR Zorgnetwerk Noord Nederland vinden partners elkaar rondom de gezamenlijke ambitie voor de aanpak van antibiotica resistentie in de regio. Geen enkele organisatie, bestuurder of professional heeft alle stukjes van de puzzel om dit complexe vraagstuk aan te pakken. Daarom werken we in een regionaal netwerk.

6.3 Bestaande lokale samenwerkingsverbanden

Er bestaan overall in het noorden goed functionerende samenwerkingsverbanden en netwerken. Het elkaar kennen en het al opgebouwde vertrouwen vormen hiervoor een belangrijk fundament. Aanbevolen wordt om in de bestaande netwerken het thema infectiepreventie te agenderen, voor zover dat nog niet het geval is. Het gebruik maken van bestaande samenwerkingen levert naar verwachting de gewenste versnelling op verschillende onderwerpen op.

Het kan per activiteit verschillen of deze het beste op lokaal, provinciaal of regionaal niveau opgepakt kunnen worden. In de volgende paragraaf is een eerste voorzet gedaan van zaken die op een samenwerkingsagenda zouden kunnen passen. Dit moet niet gezien worden als een statische lijst, maar als de start van het gesprek om te komen tot een regionale samenwerkingsagenda rond infectiepreventie.

6.4 Voorzet voor een regionale samenwerkingsagenda

In dit adviesrapport zijn veel zaken benoemd die kunnen bijdragen aan het verbeteren van infectiepreventie in Noord Nederland. Sommige daarvan zijn specifiek voor de VVT, andere meer generiek. De vraag aan het ABR Zorgnetwerk is welke activiteiten zij de komende tijd in gezamenlijkheid wenst op te pakken. En welke activiteiten daarvan het beste lokaal, provinciaal of regionaal opgepakt kunnen worden. Dit kan per regio verschillen en bij alles geldt dat het tot versnelling leidt als goede voorbeelden met elkaar gedeeld worden. Voorwaarde is dan wel dat partijen van elkaar weten waar ze mee bezig zijn.

Een regionale samenwerkingsagenda rond infectiepreventie



voorzet

	lokaal	provinciaal	regionaal
Versterken samenwerking tussen contactpersonen infectiepreventie in de VVT	☐	☐	☐
Versterken samenwerking tussen infectiecommissies in de VVT	☐	☐	☐
Maken van transmurale werkafspraken BRMO	☐	☐	☐
Digitaliseren informatieoverdracht tussen zorgorganisaties	☐	☐	☐
Regionale aansluiting digitale informatievoorziening VVT en netwerk	☐	☐	☐
Regionaal opleiden/begeleiden van Deskundigen Infectiepreventie	☐	☐	☐
Gezamenlijke inkopen van beschermingsmiddelen	☐	☐	☐
Maken en verstrekken van opdrachten aan stagiaires van zorgopleidingen	☐	☐	☐
Uitwisselen van trainingen en protocollen	☐	☐	☐
Delen van goede lokale voorbeelden	☐	☐	☐
Verkennen behoeften kleine woonzorgvormen in relatie tot borging infectiepreventie met flexibel inzetbare Deskundigen Infectiepreventie	☐	☐	☐

Figuur 8: voorzet regionale samenwerkingsagenda infectiepreventie

7. Conclusie

Zorgorganisaties organiseren infectiepreventie verschillend. Waar deze organisatorische verschillen tot kwalitatief goede uitkomsten leiden, is dit prima. Er is in het algemeen kennis over goede infectiepreventie in de VVT. VVT organisaties hebben zich, als gevolg van de zwaardere zorgvraag, het afgelopen decennium ook in dat opzicht enorm doorontwikkeld. Daarbij hechten zij aan autonomie in het vormgeven van infectiepreventie passend bij de eigen organisatie. Het bewustzijn van het belang van infectiepreventie is bij de grotere organisaties veelal aanwezig, bij kleinere organisaties nog niet altijd. Het implementeren van richtlijnen en het duurzaam borgen van gedragsverandering is een taai vraagstuk voor de meeste VVT aanbieders. Nog niet alle organisaties zien daarnaast de meerwaarde van regionale samenwerking in infectiepreventie of weten nog niet goed hoe dit vorm te geven. Hier ligt een taak voor alle zorgpartners in het ABRZNN.

Er is in het ABRZNN een breed gedeelde zorg dat de aandacht voor infectiepreventie verslapt na de Coronapandemie. Hiermee hebben de zorgpartners een gezamenlijke verantwoordelijkheid om infectiepreventie goed te borgen en elkaar er blijvend scherp op te houden. Op basis van de in de pandemie met elkaar de geleerde lessen, kunnen regio-breed passende acties ingezet worden. Het op de agenda houden van infectiepreventie vergt en verdient blijvende aandacht in ABRZNN verband.

De regionale betrokkenheid bij het uitbrengen van dit advies was overweldigend. Er zijn veel organisaties actief in het ABRZNN en zij hebben allemaal hun eigen achtergrond, profiel, geschiedenis en cultuur. De komende jaren zal steeds meer regionaal in ketenverband samengewerkt worden om voldoende zorg beschikbaar te houden. Organisaties zullen blijvend moeten investeren in het elkaar leren kennen, vertrouwen en begrijpen. Samenwerken is geen doel op zich, maar een effectief middel om de afgesproken doelen te behalen. Dat lukt niemand meer alleen.

Infectiepreventie houdt relatie met de actuele zorgen over het behoud van voldoende en betaalbare zorgcapaciteit voor de inwoners van Noord Nederland. Vrijwel alle zorgorganisaties buigen zich op dit moment over thema's als *zinnige en zuinige zorg, de juiste zorg op de juiste plek* en *passende zorg* en werken aan de ontwikkeling van netwerkzorg rond cliënten en patiënten. Infectiepreventie is een thema dat een waardevolle bijdrage kan leveren aan de ambitie om de zorg duurzaam te organiseren. Wanneer blijvend ingezet wordt op infectiepreventie, dan heeft Noord Nederland de potentie om de meest infectieveilige regio te worden.

8. Slotbeschouwing

Ten tijde van de zoektocht en het schrijven van dit rapport maakte een goede vriendin in een andere regio, vanwege terugkerende longontstekingen, een maandenlange reis tussen zorgorganisaties. Door ontbrekende afstemming tussen huisarts en specialist, belandde zij per ambulance in het ziekenhuis voor een opname van een paar weken. Nog nauwelijks hersteld, ging zij in nog zeer slechte conditie naar een verpleeghuis voor revalidatie, waar de volgende longontsteking zich al snel aandiende. Weer een ziekenhuisopname en daarna weer terug naar het verpleeghuis om te herstellen. Inmiddels is ze met zuurstof thuis met thuismonitoring vanuit het ziekenhuis. Ze heeft hulp van veel verschillende thuiszorgverpleegkundigen en een longverpleegkundige van het ziekenhuis is op afstand beschikbaar. Verbaasd was zij toen opeens de longverpleegkundige uit het verpleeghuis in het kader van nazorg ook op de stoep stond. Dankzij haar input en ervaringen werd ook de

patiëntervaring onvoorzien onderdeel van de motivatie om een advies uit te brengen waar Noord Nederland wat mee kan en gaat doen.

De Begeleidingsgroep van het ABRZNN was van grote waarde bij de totstandkoming van dit advies. De deelnemers ontsloten hun netwerk, betrokken hun achterbannen en legden veel geduld aan de dag tijdens het schrijven van dit rapport. Hun focus, feedback, aanvullingen en correcties en de soms stevige discussies die gevoerd werden, waren zeer waardevol. De gedrevenheid van de Begeleidingsgroep om bij te dragen aan goede infectiepreventie, is tekenend voor de regionale ambitie om met elkaar goede zorg te willen leveren.

9. Addendum: vervolgacties

Op de ABRZNN bestuurdersbijeenkomst op 12 mei 2022 is dit Adviesrapport positief ontvangen. Er is een breed gedeeld gevoel van urgentie en nu de Coronacrisis afvlakt, is dit het juiste moment om de aandacht voor infectiepreventie vast te houden en te versterken. De handvatten die worden geboden, nodigen uit tot gezamenlijk gesprek over mogelijkheden. Duidelijk werd dat Noord Nederland de handschoen oppakt en in wil zetten op het versterken van infectiepreventie.

- Meerdere zorgorganisaties zijn voornemens meer aandacht te gaan besteden aan het bij herhaling scholen van medewerkers.
- Beseft wordt dat het, naast intern overleg, logisch is om ook te investeren in regionaal overleg en informatieoverdracht.
- Benoemd werd dat het in regionaal verband samenwerken aan thema's, voor veel medewerkers een aantrekkelijke nieuwe uitdaging in het werk vormt en kan dienen als ontplooiingsmogelijkheid.
- Er was enthousiasme voor het agenderen van het thema infectiepreventie op overleggen van reeds bestaande (lokale) samenwerkingsverbanden.
- Verder wordt besproken hoe in gezamenlijkheid meer deskundigen infectiepreventie opgeleid kunnen worden. Daarbij is er behoefte aan zicht op de benodigde regionale capaciteit om het juiste aantal mensen op te leiden. Het is zaak dat de regionaal beschikbare begeleidingscapaciteit optimaal benut wordt en dat er geld beschikbaar komt.
- Tot slot geven bestuurders aan dat het voor hen belangrijk is om te weten of "het huis op orde" is. Interne audits vormen daarvoor een belangrijk instrument, mits ze met regelmaat herhaald worden en leiden tot verbetermaatregelen.

Zorgorganisaties zijn primair zelf verantwoordelijk voor het op orde brengen en houden van hun infectiepreventie. Daarnaast wensen het Coördinatieteam (inhoudelijke professionals) en de Stuurgroep (bestuurders) in het ABRZNN hen daar actief bij te ondersteunen. Zo kunnen de partners in het ABRZNN elkaar verder helpen door goede voorbeelden en ideeën vaker met elkaar te delen.

Het ABRZNN zou de komende jaren diverse concrete projecten en activiteiten met betrekking tot infectiepreventie een podium kunnen geven. Doel is om elkaar te inspireren en zo tot versnelling van verbeteracties te komen. Zorgorganisaties in Noord Nederland met vragen, ideeën of goede voorbeelden, kunnen deze brengen en halen in het netwerk via info@abrznn.nl

Lijst afkortingen

ABRZNN = Anti Biotica Resistentie Netwerk Noord Nederland
BRMO = Bijzonder Resistente Micro Organismen
Cib = Centrum Infectieziektebestrijding (van het RIVM)
CIP = Contact Persoon Infectiepreventie
COT = Coördinatieteam ABRZNN
DI = Deskundige Infectiepreventie
FTO = Farmaco Therapeutisch Overleg
GGD = Gemeentelijke Gezondheids Dienst
HBO = Hoger Beroeps Onderwijs
IGJ = Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IP = Infectiepreventie
Izb-artsen = artsen infectieziektebestrijding (GGD)
MBO = Middelbaar Beroeps Onderwijs
NN = Noord Nederland
RAI = Regionale Adviescommissie Infectiepreventie
REDIAM = Regionaal overleg Deskundigen Infectiepreventie en Artsen-Microbioloog (Groningen/Drenthe)
RIVM = Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ = Regionaal Overleg Acute Zorg
SIF = Stuurgroep Infectiepreventie Friesland
SO = Specialist Ouderengeneeskunde
UMCG = Universitair Medisch Centrum Groningen
VVT = Verpleging, Verzorging, Thuiszorg
WLZ = Wet Langdurige Zorg
WMO = Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WO = Wetenschappelijk Onderwijs
ZVW = Zorg Verzekerings Wet
ZZP = Zelfstandige Zonder Personeel

Gebruikte bronnen

Gesprekken

- Met (zorg)professionals zoals deskundigen infectiepreventie, kwaliteitsverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, izb-artsen, artsen-microbioloog
- Met het Wenckebach Instituut, een wetenschappelijk onderzoeker, een hoofd opleidingen in de VVT
- Met bestuurders en managers van VVT organisaties
- Bijeenkomsten met de Begeleidingsgroep ABRZNN

Infectiepreventie inhoudelijk en organisatorisch

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader>

<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/wijkverpleging-kwaliteitskader>

<https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/riscos-medewerkers>

<https://www.rivm.nl/antibioticaresistentie>

<https://abrzorgnetwerkzwn.nl/onze-activiteiten/risicoprofiel-2/5-de-zorgsector/5-2-verpleeg-en-verzorgingshuizen-en-thuiszorg-vvt/>

[Bijzonder resistente micro-organismen \(BRMO\) \(rivm.nl\)](#)

[Antibioticaresistentie in de thuiszorg | RIVM Magazines](#)

<https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2018/11/01/toetsingskader-infectiepreventie-en-antibioticabeleid-in-de-verpleeghuiszorg>

<https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2021/02/05/infectiepreventie-in-de-verpleeghuiszorg>

<file:///U:/Documenten/Downloads/Toetsingskader+Wijkverpleging+versie+januari+2022+definitief.pdf>

[IGJ+Factsheet+Infectiepreventie+in+de+verpleeghuiszorg+toegankelijk \(1\).pdf](#)

[file:///U:/Documenten/Downloads/Verdiepende+analyse+na+infectiepreventiebezoeken+aan+verpleeghuizen%20\(2\).pdf](file:///U:/Documenten/Downloads/Verdiepende+analyse+na+infectiepreventiebezoeken+aan+verpleeghuizen%20(2).pdf)

<https://www.actiz.nl/infectiepreventie-actiz-neemt-aanbevelingen-igj-ter-harte>

<https://www.zorgvoorbeter.nl/hygiene/wat-is-het/besmettingswegen#:~:text=Hoesten%2C%20bijvoorbeeld%20door%20een%20cli%C3%ABnt,als%20je%20deze%20materialen%20aanraakt>

<https://www.rivm.nl/werkgroep-infectie-preventie-wip/wip-richtlijnen/verpleeghuizen-woonzorgcentra-en-kleinschalig-wonen-ouderen-vwk>

[Onderzoek naar de overdracht van patiëntinformatie tussen ziekenhuizen en VVT. | Nivel](#)

<https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/infectiecommissie-de-basis-voor-een-goed-hygienebeleid/>

[Landelijke samenwerking Richtlijnen Infectiepreventie gestart | ActiZ](#)

Opleiden

[20200119 Capaciteitsplan-FZO-AVP-2020 DEF-WEB.pdf \(capaciteitsorgaan.nl\)](#)

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/werken-in-de-zorg/bijdragen-en-subsidies-voor-zorgopleidingen>

<https://nvz-ziekenhuizen.nl/fonds-ziekenhuis-opleidingen>

<https://www.czo.nl/vvt-opleidingen-erkenningregeling>

<https://www.czo.nl/nieuws/stageleerplaats-mogelijk-een-niet-czo-erkende-zorginstelling>

<https://www.zorgvoorhetnoorden.nl/>

<https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2019/advies-capaciteitsorgaan-ondersteunt-veld-meer-specialisten-ouderengeneeskunde-nodig>

<https://www.abrznn.nl/activiteiten/2-daagse-training-contactpersoon-infectiepreventie-cip/>

<file:///U:/Documenten/Downloads/Handreiking%20strategisch%20opleidingsplan.pdf>

Kenmerken en taken branches in de zorg

<https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/arbeidsmarktprofiel-van-zorg-en-welzijn?onepage=true>

<https://werkgevers.zorgpleinnoord.nl/kennisbank/factsheet-arbeidsmarkt-verpleging-verzorging-en-thuiszorg-in-noord-nederland---winter-2020>

<https://www.waardigheidentrots.nl/wp-content/uploads/2021/04/onderzoeksrapport-Behoud.pdf>

https://www.innovatiekringdementie.nl/files/downloads/Kleinschalige_ woonzorg.pdf

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2022-03-01>

https://www.netspar.nl/assets/uploads/P20200423_Netspar-Design-Paper-143-WEB.pdf

Wonen en welzijn - Waardigheid en trots

<https://www.beteroud.nl/zelfstandig-wonen/14-woonvormen-tussen-zelfstandig-wonen-en-verpleeghuis>

[PDF-201404-Beroepsprofiel-deskundige-infectiepreventie-definitief.pdf \(vhig.nl\) Document \(1\).pdf](PDF-201404-Beroepsprofiel-deskundige-infectiepreventie-definitief.pdf (vhig.nl) Document (1).pdf) (Rol specialist ouderengeneeskunde in infectiepreventie)

<https://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-infectiepreventie-de-huisartsen-en-verloskundigenpraktijk>

<https://www.nhg.org/themas/publicaties/infectiepreventief-handelen-specifieke-situaties-de-praktijk#mrsa>

<https://www.nhg.org/themas/publicaties/infectiepreventief-handelen-specifieke-situaties-de-praktijk#overig>

<https://www.igj.nl/onderwerpen/infectieziekten/infectieziektenbestrijding#:~:text=De%20regionale%20GGD'en%20zijn,medicijnen%20voor%20of%20geven%20vaccinaties.>

Infectiepreventie binnen woon-zorgcomplexen in Groningen, Friesland en Drenthe / IB 11-2020 | RIVM

(Regionale) netwerken

<https://www.abrzn.nl/>

<https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/samen-slimmer-drenthe/>

<https://www.waardigheidentrots.nl/deelnemers/regio-friesland/>

<https://www.waardigheidentrots.nl/deelnemers/regio-groningen/>

<https://www.beteroud.nl/ouderendelegaties-regionale-netwerken>

<https://www.zorgnazorg.nl/>

<https://huisartsgeneeskunde-umcg.nl/uno-umcg>

Home | RIVO NOORD (rivo-noord.nl)

<https://www.hanze.nl/nld/onderzoek/speerpunten/healthy-ageing>

<https://www.wza.nl/over-het-wza/samenwerkingspartners/samen-zorg-assen/>

Sterke netwerken, ketensamenwerking in de publieke dienstverlening, Pieterjan van Delden, Uitgeverij Van Gennip, 2009.

Overig

<https://www.iqhealthcare.nl/media/124553/cost-effectiveness-of-policies-to-limit.pdf>

<https://www.zorgkaartnederland.nl/feiten-en-cijfers/wat-kosten-infectieziekten-de-nederlandse-staat-eigenlijk>

https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/VNV038.88artikel%20TvZ%20artikel%20werkplezier_def.pdf

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-90-313-7642-1_8

Bijlage 1: met de regio gemaakte analyse vraagstuk infectiepreventie

Als basis voor dit adviesrapport is gestart met het maken van een gedeelde probleemanalyse en een gedeeld beeld van waar de regio naar toe wil. Deze uitkomsten vormen de basis voor het uitgebrachte advies.

1. Probleem / vraagstelling: waarom moet er iets gebeuren?

Relevante ontwikkelingen

- Intramurale ziekenhuiszorg wordt steeds meer verschoven naar extramuraal en naar de VVT in het algemeen.
- De zorg in de VVT is het afgelopen decennium steeds complexer geworden, terwijl kennis en kwaliteitsmiddelen niet in hetzelfde tempo zijn meegegroeid
- Infecties leiden tot hoge zorgkosten en personeelsinzet, terwijl er sprake is een toenemende schaarste aan financiële middelen en zorgpersoneel
- Door netwerkzorg en de toegenomen mobiliteit van mensen (bezoekers en cliënten) komen er steeds meer patiëntbewegingen tussen zorginstellingen, wat het risico op overdracht van besmettingen vergroot
- De antibiotica resistentie neemt wereldwijd toe en het wordt steeds belangrijker om infecties te voorkomen.
- De IGJ stuurt steeds meer op infectiepreventie zie publicatie IGJ

Organisatie

- IP is niet in alle VVT organisaties structureel ingebed
- DI's zijn een relatief nieuwe beroepsgroep in de VVT, wat tot onduidelijkheden in hun positionering en waardering leidt. Vanuit de VHIG is het beroepsprofiel voor DI in de VVT nog in ontwikkeling, en analoog daaraan ontbreekt in VVT organisaties een helder functieprofiel voor de DI
- In de thuiszorg valt (scholing voor) IP niet onder "cliëntgebonden uren", wat betekent dat het een kostenpost is waar geen vergoeding tegenover staat
- Een uitbraak kost een organisatie veel geld doordat afdelingen gesloten worden, door ziekte van personeel, het vervangen van personeel, beschermingsmaatregelen etc.
- In VVT organisaties met veel personeelwisselingen en -tekorten, is het moeilijk om aandacht voor IP te behouden en de expertise te borgen
- Kleinere instellingen, woon-zorgcombinaties en thuiszorgorganisaties beschikken over minder mogelijkheden (middelen en menskracht) om de IP goed te borgen
- In woonzorgcentra is het voeren van een eenduidig IP beleid moeilijk vanwege de scheiding tussen wonen en zorg, waardoor de zorg door meerdere huisartsen en soms door meerdere thuiszorgorganisaties geleverd wordt
- Huisartsen in zelfstandig woonzorgcentra registreren infecties in hun eigen His, waardoor deze op locatie niet altijd bekend zijn bij de IP. Hierdoor kunnen IP maatregelen niet altijd snel genoeg ingezet worden.
- In de thuiszorg zijn de mogelijkheden voor IP beperkt doordat deze geleverd wordt in de leefsituatie van patiënten en hun gezinnen
- Bij uitbraken kunnen VVT organisaties die nog niet/onvoldoende geïnvesteerd hebben in IP, geen beroep doen op flexibel inzetbare DI's uit de regio, wat mede veroorzaakt wordt door schaarste aan DI.
- Het is voor artsen-microbioloog soms moeilijk om een helder aanspreekpunt binnen VVT instellingen te vinden of te bereiken, doordat de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor IP binnen VVT niet altijd helder belegd of gecommuniceerd is
- De rol en positie van SO's in de IP is wel beschreven door VerenSO (beroepsvereniging), maar wordt wisselend ingevuld en opgepakt.
- Veel (grotere)instellingen hechten eraan om te werken met vaste DI's (in loondienst) die hun organisatie en gebouwen goed kennen, maar door een tekort aan DI's, huren ze DI's soms tegen hogere kosten extern in, soms van buiten de regio
- Veel VVT instellingen hebben zeer beperkte contracten met DI's, terwijl deze expertise ook niet op andere manieren geborgd is. Veel kleinere instellingen beschikken niet zelf over DI-expertise.
- De setting en cultuur van kleinere instellingen is primair gericht op kwaliteit van leven en minder op het borgen van kwaliteitssystemen zoals IP
- Het risico bestaat dat de aandacht voor IP en de organisatorische inbedding ervan afzwakt na de Coronapandemie

Regionale samenwerking

- De focus van veel organisaties ligt primair op het intern goed organiseren van IP, terwijl regionale samenwerking en uniform beleid tevens essentieel zijn om infecties en antibiotica resistentie te voorkomen
- Bij overname of ontslag van patiënten door ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg en huisartsen, is tijdige overdracht van informatie over infecties en BRMO/MRSA niet altijd geborgd

- Er zijn in Noord-Nederland nog geen transmurale werkafspraken tussen zorgaanbieders over de informatieoverdracht van BRMO's [Transmurale Werkafspraken - ABR Zorgnetwerk \(abrzn.nl\)](https://abrzn.nl)
- In Coronatijd is een veelheid aan overlegstructuren gestart en lijkt er overlap te zijn ontstaan, wat als inefficiënt en onoverzichtelijk ervaren wordt.
- Kleine instellingen zijn niet altijd bekend in/met het lokale netwerk en de daar beschikbare informatie
- Er worden relatief weinig meldingen van uitbraken gedaan bij het Regionale Signalerings Overleg [ABRZNN Regionaal SignaleringsOverleg](https://abrzn.nl) waardoor BRMO's niet altijd vroegtijdig gesignaleerd worden, wat het risico op regionale verspreiding vergroot
- Sommige (kleine) instellingen hebben geen structurele toegang tot IP expertise en maken hiervoor bij herhaling gebruik van de vangnetconstructie van de GGD
- Meerdere partijen (GGD, commerciële aanbieders, ZZP'ers, ziekenhuizen) verhuren DI-inzet tegen betaling aan instellingen, wat ondanks schaarste aan DI's tot concurrentie kan leiden
- Er is onduidelijkheid en discussie over de rol en verantwoordelijkheid van de diverse organisaties in IP (GGD, ziekenhuizen)

Opleiding en kennis

- Het is financieel en organisatorisch moeilijk om DI's voor en in de VVT op te leiden, terwijl hun deskundigheid daar hard nodig is en er nu al een tekort is
- De beperkte begeleidingscapaciteit voor DI's i.o. is een beperkende factor in het opleiden van meer DI's voor de VVT
- Er is in Nederland een ongecoördineerde veelheid aan opleidingen in de IP, wat tot onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden van de verschillende disciplines in IP leidt
- Er is nog weinig aandacht voor mogelijkheden tot functiedifferentiatie en andere manieren om IP expertise bij verschillende disciplines te borgen
- Het is voor DI's en artsen onduidelijk hoe ze (actuele) epidemiologische data kunnen gebruiken ten behoeve van IP
- Er is weinig (wetenschappelijke) onderbouwing voor de kosteneffectiviteit van investeringen in IP in de keten

2. Doelen: wat / hoe zou de toekomst eruit moeten zien?

Organisatie

- VVT organisaties in Noord Nederland hechten waarde aan het structureel goed inbedden van IP en wenden hun financiële middelen hiervoor aan
- Alle VVT organisaties investeren in een kwaliteitsbeleid en -cultuur, met structurele aandacht voor kennis, gedrag, en laagdrempelige beschikbaarheid van materialen voor alle medewerkers met rollen in de IP, w.o. ook de Facilitaire Dienst
- Bestuurders en management borgen IP bij vertrek en het aannemen van nieuwe medewerkers en faciliteren de benodigde middelen
- In woonzorgcentra zijn heldere afspraken over afstemming en borging infectiepreventie tussen woningcorporatie, thuiszorgorganisaties en huisartsen.
- IP maakt integraal onderdeel uit van (vrijwel) alle werkafspraken en werkprotocollen

Regionale samenwerking

- De systemen van alle zorgaanbieders zijn zodanig ingericht dat informatie over infecties en BRMO's en MRSA standaard beschikbaar is vóórdat een patiënt overgenomen wordt
- Zorgaanbieders in Noord-Nederland maken samen transmurale werkafspraken over de informatieoverdracht bij BRMO, en automatiseren de informatieoverdracht waar dat mogelijk is
- De (bestaande) lokale samenwerkingen rond IP of rond andere thema's worden versterkt en/of gebruikt ten behoeve van IP
- Kleinere instellingen kunnen in geval van een uitbraak gemakkelijk DI's vinden en inhuren die bekend zijn met de regionale afspraken, en die hen stimuleren tot het maken van structurele afspraken m.b.t. inhuren DI
- Bij tijdelijke hulp bij een uitbraak, bijvoorbeeld door de GGD in het kader van de vangnetfunctie, worden instellingen altijd gestimuleerd tot het structureel borgen van IP
- De GGDen vervullen een signalerende rol en maken (kleine) instellingen wegwijs in de mogelijkheden in de lokale netwerken
- Lokale uitbraken worden snel gemeld bij het Regionale Signalerings Overleg, zodat er snel en gericht actie ondernomen kan worden om verspreiding van BRMO's te voorkomen
- DI's beconcurreren elkaar niet en versterken elkaar vanuit heldere afspraken over een ieders rol en (on)mogelijkheden

- Er wordt gezocht naar manieren om IP expertise te borgen bij meerdere disciplines met daarbij duidelijke rollen en verantwoordelijkheden
- Artsen/SOG's/physician assistants in de VVT pakken als beroepsgroep een duidelijkere rol in de IP en versterken elkaar hierin

Opleiding en kennis

- Er is voldoende DI capaciteit in Noord-Nederland
- Er zijn voldoende erkende begeleiders voor DI's in opleiding in de VVT, waardoor er meer DI's voor de VVT kunnen worden opgeleid
- De begeleiding van DI's in opleiding wordt anders/efficiënter georganiseerd, waardoor met minder mensen meer DI's i.o. begeleid kunnen worden
- IP maakt als basiszorg onderdeel uit van alle zorg(gerelateerde) opleidingen op WO, HBO en MBO niveau in Noord-Nederland
- In Noord-Nederland wordt m.b.v. scholing pro-actief gestuurd op heldere rollen en verantwoordelijkheden van de bij IP betrokken disciplines
- Naast focus op de capaciteit aan DI, worden alternatieve manieren verkend om IP expertise op de werkvloer te borgen, zoals functiedifferentiatie
- Er is duidelijkheid over de meerwaarde van het gebruik van epidemiologische data door artsen en DI's en wanneer deze bruikbaar zijn
- Er vindt in Noord-Nederland wetenschappelijk onderzoek plaats naar de kosteneffectiviteit van infectiepreventie ter onderbouwing van investeringen en financiering, en om ook op langere termijn aandacht voor IP te houden
- Er is in Noord-Nederland een gedeeld beeld van hoe een infectieveilige regio eruit ziet en wat daarvoor geregeld/georganiseerd moet worden

3. Criteria: waar moeten de uiteindelijke oplossingen aan voldoen?

De oplossing(en) waar voor gekozen wordt dienen aan de volgende criteria voldoen:

- Er is lokaal en/of regio-breed draagvlak en energie voor
- Dragen bij aan de onderlinge samenwerking en leiden niet tot onderlinge concurrentie in de regio
- Hebben een werkbare schaalomvang > lokaal/provinciaal/regionaal/landelijk
- Ze leiden niet tot een verschuiving van problemen tussen zorgaanbieders
- Zijn altijd gericht op uiteindelijke structurele inbedding en borging IP beleid
- Eventuele kosten worden eerlijk verdeeld tussen de belanghebbende partijen
- Financiering, tijdelijk of structureel, is geregeld
- Structurele extra overheadkosten worden waar mogelijk voorkomen
- Er wordt gebruik gemaakt van/geleerd van best practices in de regio en landelijk
- Evaluaties maken standaard onderdeel uit van nieuwe activiteiten om tijdig bij te kunnen sturen
- Worden efficiënt opgezet en georganiseerd vanuit de voorziene schaarste aan zorgpersoneel
- Dragen bij aan de invulling van de eisen uit het Kwaliteitskader Zorg

4. Oplossingen: concreet uit te werken activiteiten

Welke oplossingsrichtingen kiest het ABRZNN?

- Regionale samenwerkingsagenda
- Afspraken over hoe deze te vervolgen / evalueren / monitoren
- Inventariseren behoefte aan ondersteuning bij de samenwerkingsagenda

Bijlage 2: driehoek antibiotica resistentie, laboratoriumdiagnostiek en infectiepreventie

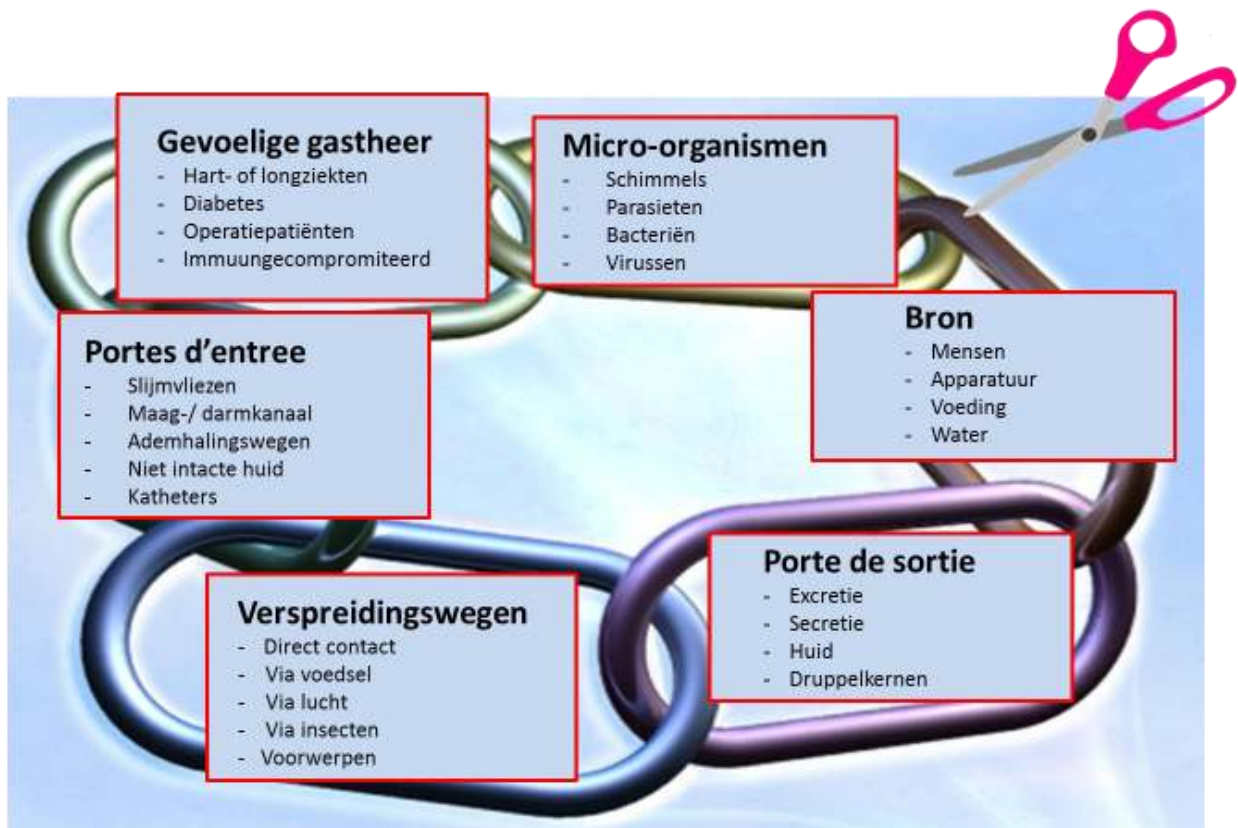
De meeste infecties worden veroorzaakt door een virus, zoals bij verkoudheid of griep. Andere infecties ontstaan door bacteriën, zoals bij een blaasontsteking of longontsteking. Infecties die worden veroorzaakt door bacteriën kunnen worden bestreden met antibiotica. Ze doden de bacteriën of remmen hun groei. Als een antibioticum regelmatig tegen een bacterie wordt gebruikt, kan die bacterie 'resistent' worden. Een infectie door resistente bacteriën is moeilijk te behandelen want het antibioticum kan de bacteriën niet meer doden of hun groei remmen.

Steeds meer bacteriën worden ongevoelig voor antibiotica. Dit kan betekenen dat een 'gewone' infectie zoals een blaasontsteking, moeilijker kan worden behandeld. Daardoor zijn patiënten vaak langer of ernstiger ziek. Dit betreft vooral kwetsbare mensen, zoals zieken en ouderen.

Het is dus belangrijk om antibioticaresistentie te voorkomen. Drie belangrijke elementen daarin zijn:

1. Inzet van de juiste laboratoriumdiagnostiek om de oorzaak van een infectie snel te detecteren.
2. Gericht en terughoudend voorschrijven van antibiotica, zodat deze op de juiste manier gebruikt worden en alleen als dat nodig is.
3. Infectiepreventie, oftewel het voorkomen van verspreiding van bacteriën en andere micro-organismen.

Noord-Nederland werkt over deze drie lijnen nauw samen aan de regionale infectieveiligheid.



Figuur: de Transmissieketen (bron: presentatie ABRZNN)

Bijlage 3: kenmerken van de VVT

De VVT branche heeft een aantal specifieke kenmerken. Zo is de VVT qua aantal medewerkers bijvoorbeeld ruim anderhalf keer zo groot als de branche ziekenhuizen (bron CBS). Verder is een aantal kenmerken van de VVT medebepalend voor de wijze waarop (samen)gewerkt kan worden aan infectiepreventie in de VVT.

Patiëntenpopulatie in de VVT

De zorgzwaarte stijgt in verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit heeft enerzijds te maken met het feit dat mensen langer en vaker thuis blijven wonen. Niet alleen omdat mensen hiervoor kiezen, maar ook omdat het huidige overheidsbeleid dit stimuleert. Het gevolg is dat mensen pas worden opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis als zij worden geïndiceerd voor zwaardere zorg. Verder worden ziekenhuispatiënten sneller voor kortdurende opnames en revalidatiezorg naar verpleeghuizen overgeplaatst en gaan zij sneller naar huis dan voorheen, en wordt ook in de thuissituatie steeds specialistischere verpleegkundige en medische zorg geboden.

Sterke focus op wonen en welzijn

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg worden vijf thema's onderscheiden die van belang zijn bij het vormgeven van de kwaliteit van wonen en welzijn: zingeving, zinvolle tijdsbesteding, schoon en verzorgd lichaam en verzorgde kleding, familieparticipatie en inzet vrijwilligers, wooncomfort. Deze focus van de CARE onderscheidt zich van de CURE, waarin de focus veel meer op ziekte en herstel ligt.

Enorme diversiteit aan woon- en zorgvormen

De meest bekende woonzorgvormen zijn het verpleeghuis en verzorgingshuis. Door het beleid van langer thuis wonen groeit de behoefte aan een andere invulling van wonen en zorg. Als tegenwicht tegen de grootschaligheid van veel VVT organisaties, zijn de afgelopen jaren veel kleine zorgorganisaties in de VVT ontstaan. Initiatiefnemers zijn veelal verwanten die een mensgerichte zorgbenadering aanhangen en zorgprofessionals die anders willen werken en/of kiezen voor het ondernemerschap. Dit geldt zowel voor de intramurale zorg als voor de extramurale zorg binnen de VVT. De hoeveelheid woonvormen tussen zelfstandig wonen en verpleeghuis is indrukwekkend, zie bijlage.

Diversiteit aan behandelaren en thuiszorgorganisaties

In de verpleeghuizen voert de specialist ouderengeneeskunde de regie op de medische behandeling. Het verzorgend en verplegend personeel is in loondienst van de organisatie.

In de verzorgingshuizen, woonzorgcombinaties, kleinschalige woonvormen en/of beschermd wonen voeren is wonen en zorg gescheiden en voeren (diverse) huisartsen de regie. In de verzorgingshuizen en woonzorgcombinaties kan de verpleging en verzorging in loondienst bij de organisatie zijn. Maar ook is het mogelijk dat (verschillende) thuiszorgorganisaties dit verzorgen. Al met al is het een onoverzichtelijk veld.

Financiering langdurige zorg

Op grond van de Wet Langdurige Zorg (WLZ) ontvangt iedereen zorg, die vanwege een ziekte of aandoening blijvend is aangewezen op 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht. De vorm waarin deze zorg geleverd wordt, is vrij. Naast zorg in natura met verblijf, waarbij het regionale zorgkantoor een plek in een regulier verpleeghuis regelt, kunnen ouderen met een pgb zelf zorg inkopen. Mensen die recht hebben op publiek gefinancierde verpleeghuiszorg kunnen kiezen voor:

1. zorg in een reguliere instelling,
2. een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee ze zelf zorg kunnen inkopen,
3. een volledig pakket thuis (vpt) of
4. een modulair pakket thuis (mpt) – zorg in natura maar dan thuis).

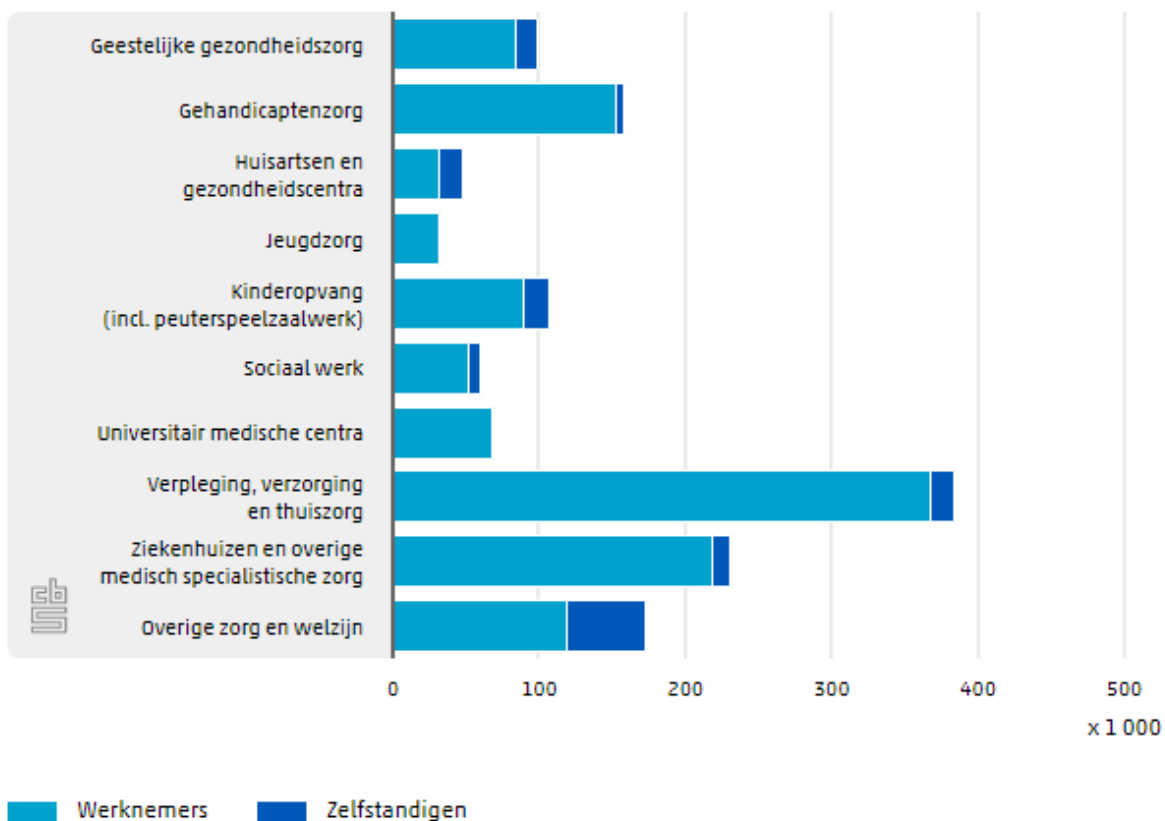
De laatste drie alternatieven bieden ruimte om zelf bij te betalen voor meer comfort of meer begeleiding. Via een pgb, mpt of vpt kunnen ontvangers publieke middelen gebruiken om (een deel van) de zorg in een particulier woonzorgcentrum te betalen; zelf betalen ze dan

bijvoorbeeld voor de huur van het appartement. Op die manier biedt de wet mogelijkheden aan individuen om zelf invloed uit te oefenen op onder andere de woonomgeving en op de kwaliteit van zorg (SCP, 2019).

Personeel

In de Nederlandse gezondheidszorg is de sector Verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) veruit de grootste branche met 384 duizend werkenden. 28 Procent van alle medewerkers in de zorg en welzijn werkte in 2019 in de VVT. Deze branche is ruim anderhalf keer zo groot als de branche ziekenhuizen en overige medische specialistische zorg.

Grafiek: werknemers en zelfstandigen 2019 (bron: [CBS](#))



Wat opvalt is het hoge percentage medewerkers en zelfstandigen in de VVT dat in deeltijd (57% werkt tussen 20-35u per werkweek) werkt. Een ander opvallend kenmerk is dat in de VVT de meeste 55-plussers werken. In alle branches heeft meer dan drie kwart van de werknemers een middelbaar of hoog opleidingsniveau. In VVT was dit aandeel met 77 procent het laagst.

In de VVT bestaat de grootste groep medewerkers uit intramuraal werkende verzorgenden (28,6%), gevolgd door verzorgenden thuiszorg (18,5%), gespecialiseerde verpleegkundigen (9,2%), en sociaal werkers, groeps- en woonbegeleiders (6,1%).

Vanwege de toenemende zorgzwaarte worden er van medewerkers in de VVT andere competenties gevraagd. Er wordt steeds meer personeel met de benodigde kwalificaties aangetrokken en lager opgeleid personeel wordt waar mogelijk omgeschoold. Door krapte op de arbeidsmarkt is dat echter een moeilijke opgave.

Bijlage 4: diversiteit aan woonvormen in de VVT

- **Aanleunwoning:** senioren in een aanleunwoning bij een zorgorganisatie kunnen diensten en zorg afnemen en gebruikmaken van de voorzieningen.
- **Woonzorgcomplex:** de zelfstandige woningen in een woonzorgcomplex zijn ontworpen met aandacht voor veilig en beschut wonen. Er is een overeengekomen zorg- en servicearrangement per wooncomplex en een gemeenschappelijke ruimte.
- **Serviceflat:** een serviceflat is een appartementencomplex voor ouderen, zij kunnen de woningen meestal kopen maar soms ook huren. Bewoners hebben verschillende diensten tot hun beschikking, denk aan een maaltijdservice, een logeerkamer, een ontmoetingsruimte of een klussendienst.
- **Levensloopbestendige woning:** een zelfstandige woning waar iemand in al zijn levensfasen in kan wonen heet een levensloopbestendige of levensloopgeschikte woning. Zo'n woning is zo flexibel gebouwd dat aanpassingen eenvoudig te doen zijn.
- **Kangoeroewoning:** in een kangoeroewoning wonen ouderen of mensen met een handicap en hun familie bij elkaar. Het zijn aan elkaar gekoppelde, zelfstandige woningen of wooneenheden met een inpanidige verbinding.
- **Mantelzorgwoning:** een mantelzorgwoning is een verplaatsbare, tijdelijke wooneenheid bij een bestaande woning, vaak in de achtertuin. De zorgvrager woont zelfstandig, maar de mantelzorger is dichtbij.
- **Gemeenschappelijk wonen voor ouderen:** mensen kiezen ervoor om met elkaar in één huis te wonen, zonder dat er sprake is van een gezinsverband. De ouderen wonen in zelfstandige woonruimten en delen gemeenschappelijke ruimten.
- **Gemeenschappelijk wonen met verschillende leeftijden:** mensen van verschillende leeftijden wonen in zelfstandige woonruimten en delen gemeenschappelijke ruimten.
- **Thuishuis:** in een thuishuis, een kleinschalige woonvoorziening, wonen alleenstaande ouderen met ondersteuning van vrijwilligers.
- **Moderne hofjes:** wonen rond een beschutte binnenplaats waarbij nieuwe vormen van nabuurschap mogelijk zijn.
- **Particulier wooninitiatief:** een aantal mensen, bijvoorbeeld een groep vrienden, besluiten om op een woonlocatie in elkaars nabijheid te wonen.
- **Gestippeld wonen:** leden van een woongroep wonen verspreid over een complex.
- **Harmonicawonen:** leden van een woongroep wonen geclusterd in een complex.
- **Kleinschalig wonen:** bij deze vorm woont een kleine groep mensen, die intensieve zorg en ondersteuning nodig heeft, met elkaar in een groepswoning. Hierdoor kunnen zij een zo normaal mogelijk leven leiden.

Bron: Beter Oud