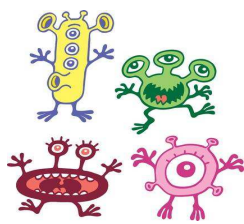


Jaarlijks nodigt de Stuurgroep van het Antibioticaresistentie Zorgnetwerk Noord – Nederland (ABRZNN) bestuurders van zorginstellingen uit om kennis te nemen van de laatste stand van zaken van het ABRZNN. Op 3 maart van dit jaar, aan de vooravond van de uitbraak van het coronavirus, staat het thema ‘Samenwerken voor de meest infectieveilige regio’, centraal.

Bas Wallis de Vries, voorzitter voor deze netwerkmeeting, is lid van de Raad van Bestuur van het Ommelander Ziekenhuis Groningen. Doordat we in Nederland een strikt beleid hebben ten aanzien van het voorschrijven van antibiotica, dat we in de hele keten doorvoeren, hebben we de verspreiding van antibioticaresistentie (ABR) redelijk kunnen tegenhouden.

Op dit moment is het coronavirus het gesprek van de dag. Daarom is **Alex Friedrich** (hoofd afdeling Microbiologie en Infectiepreventie UMCG) gevraagd om een update te geven van de (inter)nationale situatie rond COVID-19.



De strategie is om de komende weken alles op alles te zetten om verspreiding van het virus te voorkomen. We moeten goede hygiëne toepassen en voorbereidingen treffen zonder dat hierdoor paniek hoeft te ontstaan. We kunnen de ontwikkelingen de komende weken niet bagatelliseren. Het gaat over communicatie, risicomanagement, crisismanagement, vertrouwen, solidariteit en met elkaar optrekken. Het gaat er om je regio of land te beschermen tegen infectieziekten, ziektes die zich kunnen overgaan van mens naar mens. Wat op dit moment gebeurt, is nog nooit in deze vorm en ernst voorgekomen. De kans dat het volgend jaar terugkomt is groot. Na een korte discussie over beschikbaarheid van beschermende middelen in de regio meldt Jos Rietveld (DPG Groningen) dat er een extra bestuurlijk overleg van het ROAZ zal zijn aan het eind van de week.

Wim Niessen (arts infectieziektebestrijding, GGD Groningen) vertelt de over actuele ontwikkelingen in het ABR ZNN (hij neemt waar voor Jossy van den Boogaard, arts infectieziektebestrijding, GGD Groningen).

COVID-19 veroorzaakt nu een acute crisis. Als het om ABR gaat, is er sprake van een sluipende crisis: als we niets doen zullen antibiotica binnen de kortste keren volledig nutteloos worden. Resistente bacteriën kunnen tegen 2050 wel aan 10 miljoen mensen per jaar het leven kosten volgens de Britse econoom O'Neill.

In eerste fase van het ABR ZNN is vooral gewerkt aan netwerkvorming, planvorming en communicatiestructuren om alle neuzen dezelfde kant op te krijgen. De tweede fase is meer gericht op het versterken van ABR zorg in de regio, in eerste instantie gericht op geprioriteerde partners.

Aangrijpingspunten voor de ketenzorg zijn:

- 1) Het voorkómen van ABR. Onder andere door rationeel gebruik van antibiotica te stimuleren via **Farmacotherapeutische overleggen van huisartsen** en de oprichting van **A-teams in verpleeghuizen**.
- 2) Voorkómen van verspreiding van ABR. Hiervoor is het het delen van kennis en informatie tussen professionals en burgers van belang. Het **BRMO/ MRSA Informatiepunt voor burgers en**

professionals is hier een mooi voorbeeld van. In het kader van **Transmurale werkafspraken** tussen de instellingen, gaan ziekenhuizen nu (automatisch) de BRMO-status in de ontslagbrief van elke patiënt vermelden.



Sinds 1 januari 2020 kunnen uitbraken door zorginstellingen in de regio laagdrempelig gemeld worden bij het **Regionaal SignaleringsOverleg (rSO)**. Wanneer de zorginstelling behoefte heeft aan ondersteuning bij het beheersen van een uitbraak, kunnen de leden van het rSO adviseren over wie de instelling daarvoor kan inschakelen. Door het met elkaar delen van informatie over de uitbraken van BRMO, wordt bovendien een sterk en transparant netwerk gecreëerd.

Deskundigheidsbevordering is van belang voor bedrijfsartsen, thuiszorg, huisartsen, en hygiëne ambassadeurs.

Een multidisciplinair team bestaande uit een bestuurder, specialist-ouderengeneeskunde, deskundige-infectiepreventie en een kwaliteitsmedewerker heeft in het afgelopen jaar **werkbezoeken** afgelegd aan enkele verpleeghuizen. Dit team gaat met diverse medewerkers uit de instelling van gedachten wisselen over het kwaliteitsbeleid, in het bijzonder ten aanzien van infectiepreventie en antibioticaresistentie. De intentie is dat de gesprekken een open karakter hebben en zijn uitdrukkelijk bedoeld om van elkaar te leren.

Het ministerie van VWS beraadt zich op de wijze waarop de zorgnetwerken structureel bekostigd gaan worden.

Tot slot een aankondiging: Het ABR ZNN stelt **de ABR Aanmoedigingsprijs voor Regionale Initiatieven** in ter bevordering van samenwerking bij de preventie van antibioticaresistentie in Noord Nederland en/of de Duits- Nederlandse grensregio. Initiatieven kunnen **een bijdrage van 1.000,- euro winnen**. Meer informatie over de prijs en activiteiten in het netwerk, vindt u op de website www.abrznn.nl



Anne-Marie Elsacker, arts microbioloog en Directeur divisie **Medische Microbiologie Certe** neemt ons mee in de uitdagingen voor de netwerkgorg ten aanzien van ABR bestrijding. Infecties beginnen niet in het ziekenhuis, maar bij de mensen thuis. We moeten gaan voor samenwerking in de keten: hoe beter de kwaliteit, hoe minder mensen er ziek zijn. COVID-19 leert ons dat we allemaal met elkaar verbonden zijn. Mede daarom is het van belang om je netwerk te betrekken, dus ook de mensen die hier vanavond niet zijn.

Uitdagingen voor netwerkgorg

Er zijn zeer veel thuiszorgorganisaties in de regio, waardoor het lastig is om met deze sector in onze regio afspraken te maken.

Als iemand drager van een BRMO blijkt en thuiszorg ontvangt, dan is het vaak de vraag wie de kosten op zich neemt. Kosten van bijvoorbeeld diagnostiek, infectiepreventie of contactonderzoek.



In de ogen van Anne-Marie **heb je een MRSA nooit alleen en is sprake van een collectieve verantwoordelijkheid**. Hier ligt een belangrijke uitdaging.

In netwerkgorg is het wenselijk dat uitslagen van diagnostiek de patiënt volgen. In de praktijk echter voelt elke instelling zich eigenaar van de 'eigen' uitslagen.

Met een beroep op de AVG is het dan lastig om uitslagen de patiënt te laten volgen. Uitgaande van patiënten-belang is het wenselijk regionaal afspraken te maken over het delen van deze informatie.' Vanuit patiënten-belang moet je rekkelijk zijn, het is belangrijk om de collectiviteit te (h)erkennen' aldus Anne- Marie.

In de keten in onze regio laten niet alle zorginstellingen/-verleners diagnostiek in de regio verrichten. Dit belemmert regionale samenwerking bij de bestrijding van ABR. Er wordt dan gekozen voor een laboratorium buiten de regio dat een labuitslag levert in plaats van een antwoord (dus inclusief duiding en advies) en niet bijdraagt aan **een samenhangend inzicht in en signalering van het regionaal voorkomen van BRMO**. De regionale laboratoria zorgen ervoor dat de uitslagen de patiënt volgen. Je wilt een regionaal, consistent verhaal hebben, wat we met elkaar moeten bouwen.

Capaciteit van professionals

Er dreigt een infarct door een schaarste in de regio aan iedereen die op dit thema werkt (artsen microbioloog, deskundigen infectiepreventie, GGD-artsen en -verpleegkundigen). Dit probleem speelt nu al bij de bestrijding van COVID-19. Ook hiervoor zijn slimme oplossingen nodig om dadelijk de ABR bestrijding te kunnen realiseren: kennis binnen instellingen zelf vergroten en het herschikken van taken. Alle netwerkpartners moeten ervan doordrongen worden dat dit serieuze business is. We moeten slimmer werken, communicatielijnen bouwen waar ze niet zijn, stroomlijnen waar er teveel zijn volgens Anne-Marie.

Gesprek aan tafel: Samenwerken - risico's of juist kansen?

In de zorg wordt in onze regio steeds meer samengewerkt. Maar wat betekent dat voor het bestrijden van ABR? **Astrid de Visser**, voorzitter Raad van Bestuur Interzorg Noord Nederland, leidt de stelling in zodat de genodigden met elkaar in gesprek kunnen gaan:

"Aan het samenwerken in de zorgketen, kleven meer risico's op ontstaan en verspreiden van ABR, dan dat er kansen zijn om deze te bestrijden".



De risico's en kansen worden per tafel geïnventariseerd en gewogen.

Er worden veel risico's genoemd: dat instellingen concessies zullen moeten doen om goed samen te kunnen werken. Niet elke instelling heeft dezelfde protocollen of beleid, dat leidt nog wel eens tot onduidelijkheid en verwarring. Ook wordt veelvuldig personeel uitgewisseld en verplaatst

patiënten zich door het netwerk. Ook is er de vraag: "Wat is de optimale omvang van een netwerk, zodat je het nog samen kunt doen?".

Maar bovenal worden kansen gezien. Het werken aan ABR bestrijding in één instelling, komt ten goede aan de hele regio. Het creëren van vertrouwen in elkaar, dat je van elkaar weet dat ook collega-instellingen aan ABR bestrijding werken, dat je kennis kunt delen, deskundigheidsbevordering door het uitwisselen van personeel, gezamenlijk oplossingen creëren voor schaarse capaciteit van deskundigen infectiepreventie, en samen protocollen afstemmen in de regio worden als enorme kansen gezien om de kwaliteit van ABR bestrijding en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Jacob Dijkstra (directeur Certe/Izore en voorzitter van de stuurgroep ABR ZNN) dankt alle sprekers en aanwezigen voor hun inbreng en roept op om echt samen te zorgen voor de meest infectieveilige regio.