

Handreiking

Rol van de specialist ouderengeneeskunde

Op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie

De ontwikkeling van de handreiking is gesubsidieerd vanuit het programma 'Aanpak antibioticaresistente in verpleeghuizen' door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Het programma 'Aanpak antibioticaresistente in verpleeghuizen' is onderdeel van en vindt plaats in het kader van de Nationale campagne 'Daar wordt iedereen beter van' die wordt uitgevoerd in het kader van de Nationale aanpak antibioticaresistentie, een landelijk programma van het ministerie van VWS en Economische Zaken en Klimaat (EZK). V&VN, ActiZ, Verenso, VHIG, RIVM en Vilans werken nauw samen in dit programma.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Algemene inleiding	4
Achtergrond	4
Doel	4
Gebruikers en afbakening	4
Definities en begrippen	5
Context	7
Verpleeghuiszorg	7
Specialist ouderengeneeskunde	7
Patiënten	7
Samenwerking	7
Creëren van urgentiebesef	10
Verantwoordelijkheden en taken	10
Optionele taken	11
Algemeen infectiepreventiebeleid	12
Randvoorwaarden	12
Verantwoordelijkheden en taken	12
Optionele taken	13
Specifiek infectiepreventiebeleid	14
Randvoorwaarden	14
Verantwoordelijkheden en taken	14
Uitbraakbeleid	16
Randvoorwaarden	16
Verantwoordelijkheden en taken	16
Optionele taken	18
Antibioticabeleid	19
Randvoorwaarden	19
Verantwoordelijkheden en taken	19
Optionele taken	20
Bijlage 1: Verantwoording en methode	21
Algemene gegevens	21
Samenstelling werkgroep	21
Samenstelling klankbordgroep:	21
Methode	21

Algemene inleiding

Achtergrond

Binnen langdurige zorginstellingen verblijven kwetsbare patiënten, die vatbaar zijn voor infectieziekten en infecties door resistente bacteriën. Het is belangrijk dat infectieziekten zoveel mogelijk worden voorkomen, omdat deze belastend zijn voor de patiënt en omdat veelvuldig en inadequaat behandelen met antibiotica tot resistentie kan leiden. Antibioticaresistentie is een wereldwijd probleem dat aangepakt moet worden, omdat resistentie tot gevolg heeft dat infecties moeilijker of niet meer behandeld kunnen worden. Voor de gezondheid van de individuele patiënt en voor het beperken van antibioticaresistentie, zijn adequaat infectiepreventie-, uitbraak- en antibioticabeleid van belang. Hoewel de Nederlandse gezondheidszorg het relatief goed doet op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie, zijn verbeteringen mogelijk.

Er zijn veel ontwikkelingen gaande op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie in de langdurige zorg. Voorbeelden hiervan zijn het programma 'Aanpak van antibioticaresistentie in verpleeghuizen' en de opzet van tien Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie. Binnen het programma 'Aanpak van antibioticaresistentie in verpleeghuizen' wordt aandacht besteed aan hygiëne en infectiepreventie binnen verpleeghuisorganisaties en aan adequaat gebruik van antibiotica. De Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie zijn regionale samenwerkingsverbanden met als doel antibioticaresistentie te beperken en verspreiding te bestrijden op regionaal niveau. In elk netwerk moet een specialist ouderengeneeskunde in een regionaal coördinatieteam vertegenwoordigd zijn. Voor de meeste zorgnetwerken is dit inmiddels geëffectueerd.

De specialist ouderengeneeskunde, de deskundige infectiepreventie en de arts-microbioloog bieden samen de benodigde inhoudelijke expertise op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie binnen de organisatie. De specialisten ouderengeneeskunde zijn echter veelal als enige van deze deskundigen voortdurend aanwezig in het verpleeghuis, waardoor in de praktijk de verantwoordelijkheid met name bij hen ligt. Voor de specialist ouderengeneeskunde is dan ook 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 specialist ouderengeneeskunde een voorbeeldfunctie en adviseert hij/zij het bestuur over het terugdringen van infectiepreventie en antibioticaresistentie.

Doel

Deze handreiking heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het beperken van de kans op overdacht van (resistente) micro-organismen en aan adequaat gebruik van antibiotica bij kwetsbare ouderen, en daarmee aan het beperken van antibioticaresistentie. De handreiking tracht hieraan bij te dragen door het beschrijven van de verantwoordelijkheden en taken van de specialist ouderengeneeskunde op de thema's infectiepreventie-, uitbraak- en antibioticabeleid en het beschrijven van de benodigde randvoorwaarden.

Gebruikers en afbakening

De beoogde gebruikers van deze handreiking zijn (vakgroepen van) specialisten ouderengeneeskunde die werkzaamheden verrichten als hoofdbehandelaar in een intramurale setting. De handreiking kan daarnaast als basis dienen voor de invulling van de rol van de specialisten ouderengeneeskunde bij infectiepreventie en antibioticaresistentie binnen andere settings.

De handreiking richt zich niet op een beschrijving van het beleid op de genoemde thema's omdat dit de inhoud van het beleid betreft en niet de rol van de specialist ouderengeneeskunde. Lokaal moeten de vakgroep van specialisten ouderengeneeskunde en andere betrokkenen een passende invulling geven aan de verantwoordelijkheden en taken.

In deze handreiking wordt geen aandacht besteed aan de verantwoordelijkheden en taken van andere zorgprofessionals in de langdurige zorg (zie methode in Bijlage 1). Wel wordt de verantwoordelijkheid van het bestuur voor het faciliteren van de randvoorwaarden genoemd. Daarnaast wordt aangegeven met welke disciplines samengewerkt kan worden op de genoemde

thema's. Hoewel een aantal taken van de Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie binnen de thema's van deze handreiking valt, is ervoor gekozen de rol van de specialist ouderengeneeskunde in de zorgnetwerken niet te omschrijven. De zorgnetwerken zijn nog nieuw en daardoor is de rol van de specialist ouderengeneeskunde in deze netwerken nog niet volledig ontwikkeld.

Definities en begrippen

Adequaat gebruik: Het voorschrijven van de juiste antibiotica bij een juiste indicatie in de juiste dosering en voor de juiste duur, zoals beschreven in landelijke richtlijnen.

Afgevaardigde van de vakgroep: Een of meerdere specialist(en) ouderengeneeskunde die is/zijn gemandateerd om de vakgroep (zie hieronder) te vertegenwoordigen. Eventueel kan hier gemotiveerd en gedocumenteerd van afgeweken worden door iemand af te vaardigen met een andere functie (bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist of basisarts).

Algemene infectiepreventiemaatregelen: Maatregelen die altijd moeten worden toegepast om de kans op overdracht van (resistente) micro-organismen te verkleinen en daarmee de kans op een infectie en dragerschap van resistente micro-organismen. Het betreft maatregelen op het gebied van persoonlijke hygiëne, handhygiëne, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, voorkomen van accidenteel bloedcontact, reiniging en desinfectie, urineloos en stoelgang en opslag van (steriele) medische hulpmiddelen.

Antibiotic Stewardship (ABS): Een intramurale, multidisciplinaire samenwerking om goed antibioticagebruik te bevorderen en onjuist gebruik af te laten nemen, met als doelen verbetering van de *patient outcome*, beheersing van antibioticaresistentie en verbetering van de kosteneffectiviteit van de behandeling. Zie voor meer informatie over uitgangspunten van ABS de rapporten 'Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van antibioticateams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn' en 'SWAB guidelines for antimicrobial stewardship' van de SWAB. In de handleiding van de ZZG-zorggroep over ABS in het verpleeghuis staat meer informatie over het initiëren van ABS binnen een organisatie.

Bijzonder resistente micro-organisme (BRMO): (Pathogene) micro-organismen die ongevoelig zijn voor de meest geëigende (dus eerste keus) antibiotica of tegen een combinatie van therapeutisch belangrijke antibiotica en die zonder aanvullende maatregelen tot verspreiding kunnen leiden¹. Meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) is het meest bekende voorbeeld van een BRMO en wordt gezien zijn specifieke karakteristieken vaak specifiek benoemd. Zie de WIP-richtlijnen BRMO en MRSA voor meer informatie over de invulling van het beleid ten aanzien van BRMO en MRSA.

Optionele taken: Dit zijn taken die een specialist ouderengeneeskunde op zich kan nemen als extra taak. Het zijn geen taken die expliciet bij de specialist ouderengeneeskunde horen, maar wel dicht bij de expertise van de specialist ouderengeneeskunde liggen. In de hoofdstukken zijn, indien van toepassing, de optionele taken apart weergegeven.

Organisatie-gebonden protocollen: Lokale protocollen die afgeleid zijn van landelijke richtlijnen en aangepast zijn voor de organisatie.

SO-ZI/AMR: Signaleringsoverleg Ziekenhuisinfecties & Antimicrobiële resistentie. Bij het SO-ZI/AMR kan melding gemaakt worden van BRMO uitbraken ten behoeve van surveillance en om in aanmerking te komen voor vergoeding van de kosten van de uitbraak. Deze melding kan gedaan worden door een arts. Zie de website van het SO-ZI/AMR (<https://signalen.rivm.nl/so-zi-amr>) voor meer informatie en de meldingsprocedure.

Specifieke infectiepreventiemaatregelen: Het betreft hygiëne en infectiepreventiemaatregelen die zijn afgestemd op een specifieke ziekteverwekker en die aanvullend zijn op de algemene infectiepreventiemaatregelen. Dit zijn maatregelen die moeten worden toegepast om de kans op overdracht van (resistente) micro-organismen te verkleinen en daarmee de kans op een infectie en dragerschap van resistente micro-organismen te verkleinen.

¹ Bron: WIP-richtlijn 'BRMO verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen', Werkgroep Infectie Preventie 2014

Uitbraakmaatregelen: Worden toegepast als sprake is van (een verdenking op) een uitbraak. Uitbraakmaatregelen bestaan, naast de algemene infectiepreventiemaatregelen, uit specifieke infectiepreventiemaatregelen op patiëntniveau en infectiepreventiemaatregelen op organisatorisch niveau. Organisatorische maatregelen zijn bedoeld om verspreiding van micro-organismen, tussen zieke en niet-zieke patiënten/zorgprofessionals en besmette en niet-besmette afdelingen, te voorkomen. Voorbeelden zijn het niet uitwisselen van zorgprofessionals tussen een afdeling met een uitbraak en andere afdelingen en de inzet van cohortering.

Uitbraak, verdenking op: Van verdenking op een uitbraak is sprake als bij een ongewoon aantal patiënten/zorgprofessionals per afdeling/unit sprake is van dezelfde infectieziektespecifieke symptomen of van verdenking op transmissie van BRMO-dragerschap.

Uitbraak: De definitie voor het vaststellen van een uitbraak verschilt per ziektebeeld/micro-organisme. Voor de specifieke definities verwijzen we naar de richtlijnen van specifieke micro-organismen/infectieziekten. Gemeenschappelijk kenmerk is dat van een uitbraak sprake is wanneer bij verschillende patiënten micro-organismen gevonden worden met een epidemiologische link. Een epidemiologische link wil zeggen dat het gaat om stammen die in eenzelfde tijdsperiode en/of eenzelfde locatie aangetroffen worden en, indien van toepassing, op basis van typering (waarschijnlijk) tot dezelfde kloon behoren².

Vakgroep: Samenwerkingsverbanden van, al dan niet door het bestuur aangestelde, in de instelling werkzame specialisten ouderengeneeskunde, basisartsen (al dan niet in opleiding) en eventueel taakgedelegeerden (zoals verpleegkundig specialist en physician assistant). In deze handreiking wordt het begrip vakgroep breder gehanteerd dan in het Professioneel statuut van Verenso³.

² Bron: WIP-richtlijn 'BRMO verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen', Werkgroep Infectie Preventie 2014

³ Bron: Professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2016.

Context

Verpleeghuiszorg

Professionals binnen het verpleeghuis bieden zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten met een complexe zorgvraag. Deze kwetsbare patiënten zijn extra vatbaar voor infecties, vanwege fysieke factoren zoals verminderde weerstand door ouderdom en de aanwezigheid van chronische aandoeningen. Daarnaast dragen omgevingsfactoren bij aan een relatief grote kans op verspreiding van micro-organismen, zoals een groot aantal (zorg)contactmomenten⁴. Vanwege de grotere kans op infecties en daarmee mogelijk meer gebruik van antibiotica is in de verpleeghuissetting het risico op antibioticaresistentie groter. Hierdoor is de relevantie van infectiepreventie en het beperken van antibioticaresistentie in deze setting groot.

Specialist ouderengeneeskunde

Op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie richt de specialist ouderengeneeskunde zich op het voorkomen van infectieziekten en BRMO-dragerschap (infectiepreventiebeleid), het behandelen van infectieziekten (antibioticabeleid) en het voorkomen van verdere verspreiding van infectieziekten/BRMO-dragerschap (uitbraakbeleid).

In een multidisciplinair zorg- en behandelteam is de specialist ouderengeneeskunde veelal de meest ter zake kundige op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie. Verder kan de specialist ouderengeneeskunde op deze thema's verschillende rollen hebben, namelijk als behandelend arts, als afgevaardigde namens de vakgroep, als adviseur en als regisseur door te motiveren, te instrueren en te coachen.

Patiënten

De doelgroep van specialisten ouderengeneeskunde bestaat uit kwetsbare patiënten met een complexe zorgvraag. Naast vatbaarheid voor infecties kan ook het gedrag van bijvoorbeeld patiënten met dementie een complicerende factor zijn bij het nemen van infectiepreventiemaatregelen. Ook is het van belang om rekening te houden met de impact van maatregelen op de leefomgeving van (groepen) patiënten. Het is daarom van belang om de context mee te laten wegen bij het instellen van infectiepreventiemaatregelen en deze, waar dat nodig en mogelijk is, op maat te maken. Verder is het van belang dat patiënten (en/of hun wettelijk vertegenwoordiger) informatie en uitleg krijgen van de specialist ouderengeneeskunde bij (de keuze voor) het instellen van specifieke infectiepreventiemaatregelen en behandelkeuzes, zoals de keuze om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Hierbij moet rekening gehouden worden met patiënten waarbij de communicatie moeilijk kan zijn, zoals bij patiënten met dementie of hersenbeschadiging.

Samenwerking

De specialist ouderengeneeskunde opereert niet alleen en infectiepreventie en antibioticaresistentie beperkt zich niet tot het verpleeghuis, daarom is het belangrijk dat zowel intern als regionaal/lokaal samengewerkt wordt en kennis wordt gedeeld. Hieronder worden de verschillende professionals en gremia beschreven.

Apotheker

De samenwerking met de apotheker ligt vooral op het gebied van antibioticabeleid, specifiek het ontwikkelen van een lokaal antibioticaformulier. De apotheker heeft belangrijke farmaceutische (achtergrond)kennis en kan de specialist ouderengeneeskunde hierover adviseren alsmede ondersteuning bieden bij het toezien op de naleving van het antibioticabeleid door het leveren van antibiotica voorschrijfgegevens op het niveau van de vakgroep, locatie en/of de individuele arts.

Arts-microbioloog

De specialist ouderengeneeskunde en de arts-microbioloog werken samen op de drie thema's, infectiepreventie-, uitbraak- en antibioticabeleid. De arts-microbioloog kan adviseren over algemene en specifieke infectiepreventiemaatregelen, het afnemen van kweken, antibioticabeleid (naar aanleiding van een kweekuitslag) en maatregelen bij (een verdenking op) een uitbraak. Ook

⁴ Bron: Van Buul LW, van der Steen JT, Veenhuizen RB, et al. Antibiotic use and resistance in long term care facilities. J Am Med Dir Assoc 2012;13:568.e1e-568.e13.

werkt de specialist ouderengeneeskunde samen met de arts-microbioloog bij het op- en bijstellen van een lokaal antibioticaformulier, afgestemd op lokale resistentiepatronen.

Bestuur en management

Samenwerking met het bestuur is belangrijk omdat de verantwoordelijkheid voor infectiepreventie- en uitbraakbeleid primair bij het bestuur ligt en deze de uiteindelijke beslissingen neemt. De specialist ouderengeneeskunde adviseert het bestuur over wanneer welke specifieke of aanvullende infectiepreventiemaatregelen genomen moeten worden. Het bestuur draagt daarnaast zorg voor het faciliteren en ondersteunen van de benodigde randvoorwaarden en het aansturen en instrueren van facilitaire diensten. Het bestuur heeft de mogelijkheid zijn taken te delegeren naar het management. Daarom kan in deze handreiking ook management gelezen worden waar bestuur staat vermeld.

Deskundige infectiepreventie

Rond de thema's infectiepreventiebeleid en uitbraakbeleid is structurele nauwe samenwerking tussen de specialist ouderengeneeskunde en de deskundige infectiepreventie van belang. De deskundige infectiepreventie heeft meer inhoudelijke kennis over algemene en specifieke infectiepreventiemaatregelen en eigenschappen van specifieke micro-organismen en kan de specialist ouderengeneeskunde hierover adviseren.

GGD-afdeling infectieziekten

De GGD-afdeling infectieziekten kan, middels een deskundige infectiepreventie en/of een arts infectieziektebestrijding, de specialist ouderengeneeskunde adviseren op het gebied van algemeen en specifiek infectiepreventiebeleid en uitbraakbeleid. Daarnaast moeten uitbraken van een infectieziekte met een meldingsplicht worden gemeld bij de GGD conform art. 22 en art. 26 van Wet publieke gezondheid⁵.

Infectiepreventiecommissie

In de infectiepreventiecommissie wordt de vakgroep vertegenwoordigd door een afgevaardigde van de vakgroep. De afgevaardigde van de vakgroep werkt binnen de commissie samen met de andere leden ten behoeve van het opstellen en monitoren van adequaat infectiepreventiebeleid in de organisatie. Daarnaast heeft de infectiepreventiecommissie een adviserende rol richting het bestuur.

Paramedici

De samenwerking die de specialist ouderengeneeskunde heeft met paramedici is vergelijkbaar met de samenwerking met verzorgenden en verpleegkundigen. Richting paramedici heeft de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke instruerende, motiverende en coachende rol. Omdat de paramedische behandeling van patiënten plaats vindt op basis van een verwijzing of consult is het belangrijk dat de paramedici door de specialist ouderengeneeskunde worden geïnformeerd over specifieke infectiepreventie- en uitbraakmaatregelen.

Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie

Een Regionaal Zorgnetwerk ABR is een samenwerkingsverband tussen verschillende zorginstellingen, organisaties en zorgprofessionals in een regio. In totaal zijn 10 Regionale Zorgnetwerken ABR gestart met als doel antibioticaresistentie te beperken en verspreiding te bestrijden op regionaal niveau. Het is van belang dat met de Regionale Zorgnetwerken wordt samengewerkt, omdat zij relevante informatie en adviezen kunnen geven vanuit de regio. Zo kunnen zij bijvoorbeeld voorzien in informatie bij regionale uitbraken, ontwikkelingen in resistentie en adviseren bij infectiepreventiemaatregelen en het uitvoeren van audits.

Uitbraakteam

De afgevaardigde van de vakgroep die deelneemt in het uitbraakteam werkt samen met de andere uitbraakteamleden. Een uitbraakteam binnen een organisatie is latent aanwezig of wordt ad hoc samengesteld bij (een verdenking op) een uitbraak. In een uitbraakprotocol zijn de (procedure voor de) samenstelling en de verschillende verantwoordelijkheden en taken vastgelegd. Hoe deze verdeeld worden kan per organisatie verschillen.

Verzorging en verpleging

⁵ Wet publieke gezondheid, wetsartikel 26.

Verpleegkundigen en verzorgenden hebben vaak en intensief lichamelijk contact met de patiënt. Daarmee zijn ze een belangrijke schakel in het voorkomen van (verspreiding van) infectieziekten. Het is daarbij van belang dat verpleegkundigen en verzorgenden de juiste algemene en specifieke infectiepreventiemaatregelen, in de juiste situaties en op de juiste manier toepassen. De specialist ouderengeneeskunde heeft hierin een belangrijke motiverende, instruerende en coachende rol. De verpleegkundigen en verzorgenden hebben daarnaast een belangrijke signalerende functie naar de specialist ouderengeneeskunde wanneer mogelijk sprake is van verspreiding van infectieziekten of BRMO (uitbraak).

Vrijwilligers en mantelzorgers

Vrijwilligers en mantelzorgers zijn voor de bewoners erg belangrijk en het is van belang dat ook zij op de hoogte zijn van eventuele infectiepreventiemaatregelen en deze maatregelen goed uitvoeren. De specialist ouderengeneeskunde heeft een instruerende en motiverende rol naar de organisatie om hen hierbij te betrekken.

Creëren van urgentiebesef

Bij het creëren van urgentiebesef op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie heeft de specialist ouderengeneeskunde een belangrijke rol. Van de specialist ouderengeneeskunde wordt verwacht dat deze medisch leiderschap toont. Dit houdt in dat specialisten ouderengeneeskunde infectiepreventie en antibioticaresistentie binnen de organisatie onder de aandacht brengen en hiervoor urgentiebesef creëren. Zij proberen daarnaast andere zorgprofessionals en het bestuur hier deelgenoot van te maken en ook hen aan te zetten tot het verspreiden van het urgentiebesef binnen de organisatie. Dit betekent niet dat de specialist ouderengeneeskunde de enige probleemeigenaar is; infectiepreventie en antibioticaresistentie gaat iedereen in de organisatie aan.

Urgentiebesef creëren begint bij het overbrengen van een duidelijke en juiste boodschap. Zodat duidelijk is waar het probleem zit, wat de omvang is en waarom het belangrijk is om dit aan te pakken. Die boodschap is dat voor effectieve behandeling van infectieziekten bij patiënten nu en in de toekomst het van belang is om antibioticaresistentie zoveel mogelijk te beperken. Hierbij zijn adequate infectiepreventie en adequaat antibioticagebruik nodig. Adequate infectiepreventie zorgt dat de kans op overdracht van (resistente) micro-organismen en daarmee infectieziekten zo klein mogelijk is. Het is van belang dat er besef is dat algemene infectiepreventiemaatregelen altijd uitgevoerd moeten worden, omdat micro-organismen altijd en onzichtbaar aanwezig zijn en op diverse manieren kunnen worden overgedragen zoals via de handen, kleding en na contact met lichaamsvocht. Daarnaast is het goed dat men zich realiseert dat bij specifieke micro-organismen aanvullende maatregelen nodig zijn die zijn afgestemd op de wijze van overdracht van dat specifieke micro-organisme. Adequaat gebruik van antibiotica verlaagt daarnaast de kans op het ontstaan van resistente bacteriën. Daarvoor moet beseft worden dat onnodig en inadequaat gebruik van antibiotica wordt beperkt. Adequaat antibioticagebruik draagt bij aan het (voldoende) beschikbaar houden van antibiotica voor de behandeling van infecties in de toekomst.

Naast het overbrengen van een duidelijke boodschap is een gevoel van verantwoordelijkheid of eigenaarschap belangrijk om mensen gemotiveerd en daadwerkelijk in beweging te krijgen. Iedereen in de organisatie heeft invloed op adequate infectiepreventie en adequaat gebruik van antibiotica, en daarmee ook een verantwoordelijkheid. Dit kan bijvoorbeeld liggen bij het uitvoeren van infectiepreventiemaatregelen, het regelen van benodigde randvoorwaarden, adequaat handelen bij (een verdenking op) een uitbraak of (stimuleren van) adequaat voorschrijven van antibiotica. Door gezamenlijk vast te stellen en inzichtelijk te maken wie welke verantwoordelijkheid heeft binnen dit thema zullen mensen meer gevoel van eigenaarschap hebben. Een uitbraak is veelal een moment waarop duidelijk naar voren komt wat de problemen zijn, waar verantwoordelijkheden liggen en waarom het belangrijk is om aandacht aan dit thema te besteden. Echter is het belangrijk dat ook buiten een dergelijke crisissituatie duidelijk is welke verantwoordelijkheid iedereen heeft om infectieziekten zoveel mogelijk te voorkomen en antibioticaresistentie zoveel mogelijk te beperken.

Verantwoordelijkheden en taken

Elke specialist ouderengeneeskunde

- Toont (inhoudelijk) leiderschap en neemt de regie op het gebied van infectiepreventie en het beperken van antibioticaresistentie.
- Geeft toelichting over het belang van adequate infectiepreventie en voorgeschreven maatregelen aan de patiënt, waarvan die specialist ouderengeneeskunde (in waarneming) behandelaar is, en aan de mantelzorgers, de vrijwilligers en de zorgprofessionals die bij de patiënt betrokken zijn. Deze toelichting omvat de volgende punten:
 - Infectiepreventie verlaagt de kans op overdracht van (resistente) micro-organismen
 - Algemene infectiepreventie maatregelen moeten altijd uitgevoerd worden omdat micro-organismen altijd en onzichtbaar aanwezig zijn
 - Voor specifieke micro-organismen zijn maatregelen nodig die zijn afgestemd op de wijze van overdracht van dat specifieke micro-organisme.
- Geeft toelichting over het belang van adequaat gebruik van antibiotica aan de patiënt, waarvan die specialist ouderengeneeskunde (in waarneming) behandelaar is, en aan de mantelzorgers, de vrijwilligers en de zorgprofessionals die bij de patiënt betrokken zijn. Deze toelichting omvat de volgende punten:

- Adequaat gebruik van antibiotica verminderd de kans op het ontstaan van resistente micro-organismen
- Bij adequaat gebruik van antibiotica wordt gebruik afgestemd op indicatie en micro-organismen en onnodig gebruik beperkt
- Adequaat gebruik van antibiotica draagt bij aan het beschikbaar houden van behandeling met antibiotica in de toekomst.
- geeft aan collega's en andere zorgprofessionals opbouwende feedback en toelichting wanneer beleid/maatregelen niet worden uitgevoerd als afgesproken.

De vakgroep

- brengt infectiepreventie en antibioticaresistentie onder de aandacht en creëert draagvlak bij het bestuur en de eigen vakgroep.
- beschrijft (bijvoorbeeld in het jaarplan) welke activiteiten de vakgroep verricht op het gebied van infectiepreventie-, uitbraak- en antibioticabeleid.

Optionele taken

- Besteedt tijdens scholing aan zorgprofessionals aandacht aan (het belang van) infectiepreventie en het beperken van antibioticaresistentie.

Algemeen infectiepreventiebeleid

Algemene infectiepreventiemaatregelen (zie definities) dragen bij aan het beperken van de kans op overdracht van (resistente) micro-organismen, een daling in het voorkomen van infectieziekten en het beperken van antibioticaresistentie. Algemene infectiepreventiemaatregelen moeten altijd worden toegepast tijdens de zorg en behandeling bij direct patiëntcontact door alle disciplines, waaronder de specialist ouderengeneeskunde.

Randvoorwaarden

Het bestuur draagt zorg voor de volgende randvoorwaarden:

- Structureel kan een beroep gedaan worden op een deskundige infectiepreventie.
- Vastgestelde organisatie-gebonden protocollen (afgeleid van landelijke richtlijnen) omtrent algemeen infectiepreventiebeleid, waarin onder andere verantwoordelijkheden en taken helder zijn benoemd.
- Het belang van infectiepreventie voor de organisatie, de zorgprofessionals en de patiënten is onderschreven.
- Scholingsaanbod aan zorgprofessionals op het gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie is gefaciliteerd (bijvoorbeeld tijd, geld en locatie).
- Een goed geborgd cyclisch kwaliteitssysteem waar infectiepreventie onderdeel van uitmaakt.
- Een veilig klimaat voor alle professionals om elkaar aan te spreken op naleving van de algemene infectiepreventiemaatregelen.
- Voldoende en adequate materialen zijn aanwezig om de benodigde infectiepreventiemaatregelen uit te voeren.
- Een goed functionerende infectiepreventiecommissie.
- Voldoende tijd en bevoegdheden voor de specialist ouderengeneeskunde om de verantwoordelijkheden en taken uit te kunnen voeren.

Verantwoordelijkheden en taken

Elke specialist ouderengeneeskunde

- Voert nauwgezet de landelijke richtlijnen en de daarvan afgeleide organisatie-gebonden protocollen uit. Indien van toepassing kan hier gemotiveerd en gedocumenteerd van afgeweken worden.
- Is verantwoordelijk om zijn eigen kennis actueel te houden door op de hoogte te blijven van de laatste en meest relevante ontwikkelingen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie.
- Vervult een voorbeeldfunctie op het gebied van algemene infectiepreventiemaatregelen binnen de organisatie voor de eigen en andere disciplines.
- Is beschikbaar voor vragen van andere zorgprofessionals over ingestelde infectiepreventiemaatregelen
- Motiveert andere zorgprofessionals om de ingestelde infectiepreventiemaatregelen te volgen.
- Signaleert hiaten in kennis betreffende infectiepreventie bij de eigen en andere disciplines en neemt zo nodig maatregelen, bijvoorbeeld het aan (laten) passen van scholing.
- Adviseert het bestuur over algemene infectiepreventiemaatregelen bij patiënten, mantelzorgers, bezoek en personeel.

Een afgevaardigde van de vakgroep

- Neemt deel aan de infectiepreventiecommissie en zorgt voor verbinding met de vakgroep.
- Is betrokken bij het opstellen van organisatie-gebonden protocollen die worden afgeleid van de landelijke infectiepreventierichtlijnen.

De vakgroep

- Wijst het bestuur op randvoorwaarden waaraan niet wordt voldaan⁶.
- Adviseert het bestuur over wat noodzakelijk is om te voldoen aan de wet- en regelgeving en de veldnormen op het gebied van algemene infectiepreventiemaatregelen.
- Is op de hoogte van ontwikkelingen binnen en stemt, waar nodig, af met het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie.

⁶ Bron: Professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2016.

Optionele taken

- Participeren in het aanbieden van scholing.
- Participeren in netwerken op gebied van infectiepreventie en antibioticaresistentie.

Specifiek infectiepreventiebeleid

Wanneer sprake is van een infectieziekte of dragerschap met een BRMO bij een individuele patiënt zijn, naast de algemene infectiepreventiemaatregelen, specifieke infectiepreventiemaatregelen nodig. Het gaat hierbij om infectiepreventiemaatregelen die zijn afgestemd op de betreffende verwekker. Vastleggen van de verantwoordelijkheden en taken op het gebied van specifiek infectiepreventiebeleid zal bijdragen aan snel en adequaat handelen door alle betrokken disciplines wanneer dit nodig is. Op die manier kan verdere verspreiding van de specifieke verwekker zo goed mogelijk worden tegengegaan. Specifieke infectiepreventiemaatregelen worden toegepast bij individuele gevallen en tijdens een uitbraak (zie hoofdstuk uitbraakbeleid). In dit hoofdstuk gaat het om specifieke maatregelen bij individuele gevallen.

Randvoorwaarden

Het bestuur draagt zorg voor de volgende randvoorwaarden:

- Vastgestelde organisatie-gebonden protocollen, afgeleid van landelijke richtlijnen, over de veel voorkomende verwekkers (zoals BRMO, MRSA, norovirus en influenza).
- Een organisatie-gebonden procedure tot inventarisatie van aanwezigheid van BRMO bij opname (afgeleid van landelijke richtlijnen).
- Structureel kan een beroep gedaan worden op een deskundige infectiepreventie en arts-microbioloog.
- Ondersteunende diensten hebben voldoende kennis voor het uitvoeren van specifieke infectiepreventiemaatregelen.
- Een veilig klimaat voor alle professionals om elkaar aan te spreken op naleving van de specifieke infectiepreventiemaatregelen.
- Voldoende en adequate materialen zijn aanwezig om de, conform landelijke richtlijnen benodigde, diagnostiek en specifieke infectiepreventiemaatregelen uit te voeren.
- Een goed functionerende infectiepreventiecommissie is aanwezig.
- Voldoende tijd en bevoegdheden voor de specialist ouderengeneeskunde om de verantwoordelijkheden en taken uit te kunnen voeren.

Verantwoordelijkheden en taken

Elke specialist ouderengeneeskunde

- Voert nauwgezet de landelijke richtlijnen en de daarvan afgeleide organisatie-gebonden protocollen uit. Indien van toepassing kan hier gemotiveerd en gedocumenteerd van afgeweken worden.
- Is op de hoogte van de BRMO-status van (nieuwe) patiënten⁷, registreert deze status in het patiëntendossier.
- Is verantwoordelijk voor het instellen van en adviseren van bestuur over specifieke infectiepreventiemaatregelen.
- Is verantwoordelijk voor communicatie over specifieke infectiepreventiemaatregelen bij infectieziekten/BRMO-dragerschap bij de individuele patiënt.
- Is, bij het overplaatsen van patiënten met een infectieziekte/BRMO-dragerschap, verantwoordelijk voor het tijdig informeren van de nieuwe behandelend arts over de aard van de infectieziekte/BRMO en de te nemen specifieke infectiepreventiemaatregelen (bij voorkeur via mondelinge overdracht).
- Koppelt de onderbouwing van behandelkeuzes bij het al dan niet voorschrijven van specifieke infectiepreventiemaatregelen terug aan andere zorgprofessionals (waaronder verzorgenden en verpleegkundigen) door het delen van kennis en het geven van uitleg.

Een afgevaardigde van de vakgroep:

- Is betrokken bij het opstellen van organisatie-gebonden protocollen voor de meest voorkomende verwekkers. De organisatie-gebonden protocollen dienen gebaseerd te zijn op landelijke infectiepreventierichtlijnen.
- Draagt zorg voor het melden van infectieziekten met een meldingsplicht (categorie A, B1, B2 of C volgens art. 22 Wet publieke gezondheid) aan de GGD.

⁷ Bij patiënten met een onbekende BRMO status wordt gescreend op verdenking. Bij BRMO-verdachte patiënten moet gericht onderzoek plaatsvinden (zie WIP-richtlijn BRMO [VWK], 2014).

De vakgroep

- Wijst het bestuur op randvoorwaarden waaraan niet wordt voldaan⁸.
- Adviseert het bestuur over wat noodzakelijk is om te voldoen aan de wet- en regelgeving en de veldnormen op het gebied van specifieke infectiepreventiemaatregelen.
- Is op de hoogte van ontwikkelingen binnen en stemt, waar nodig, af met het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie.

⁸ Bron: Professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2016

Uitbraakbeleid

Bij (een verdenking op) een uitbraak is het van belang dat deze tijdig wordt herkend en dat zo snel mogelijk adequate uitbraakmaatregelen worden ingezet. Het gaat bij uitbraakmaatregelen om het intensiveren van algemene infectiepreventiemaatregelen en om specifieke infectiepreventiemaatregelen die liggen op patiëntniveau en op organisatorisch niveau. De specialist ouderengeneeskunde kan bij (een verdenking op) een uitbraak betrokken zijn als behandelend arts en/of als lid van het uitbraakteam. Het is van groot belang dat alle verantwoordelijkheden en taken rondom uitbraakbeleid voorafgaand aan een uitbraak instellingsbreed worden vastgelegd en dat deze conform afspraak worden uitgevoerd. Daarnaast moet tijdens een uitbraak adequaat worden samengewerkt en gecommuniceerd. Dit vraagt van (de vakgroep van) specialisten ouderengeneeskunde medisch leiderschap op individueel patiëntniveau maar zeker ook op vakgroep-, afdelings- en instellingsniveau. Omdat bij een uitbraak soms verregaande maatregelen nodig zijn (zoals sluiting van afdeling(en)) is de betrokkenheid van het bestuur van belang.

Randvoorwaarden

Het bestuur draagt zorg voor de volgende randvoorwaarden:

- Er is minimaal ondersteuning van een arts-microbioloog, een deskundige infectiepreventie, een medewerker facilitaire dienst en een gemandateerd vertegenwoordiger van het bestuur. Dit kan bijvoorbeeld door deelname van deze functionarissen aan het uitbraakteam.
- Voldoende middelen zijn aanwezig voor diagnostiek van infectieziekten en het bepalen van dragerschap van BRMO.
- Een protocol met betrekking tot het beheersen van uitbraken/uitbraakmanagement. Het uitbraakprotocol kan een op zichzelf staand document zijn of de aspecten met betrekking tot uitbraakmanagement zijn verwerkt in uitbraakprotocollen voor specifieke micro-organismen.

Het uitbraakprotocol bevat:

- interne procedure voor het melden van signalering van (een verdenking op) een uitbraak bij een (dienstdoende) specialist ouderengeneeskunde;
 - een procedure voor het melden van een uitbraak van een infectieziekte met meldingsplicht aan de GGD. Dit gebeurt bij voorkeur door een specialist ouderengeneeskunde vanwege de inhoudelijke deskundigheid;
 - de samenstelling van een uitbraakteam (latent aanwezig of ad hoc samengesteld), inclusief rollen, verantwoordelijkheden en taken van de verschillende leden;
 - een procedure voor het samenstellen van een uitbraakteam;
 - een procedure voor het activeren van een uitbraakteam bij (een verdenking op) een uitbraak;
 - verantwoordelijkheden, taken en procedures omtrent (de coördinatie van) interne en externe communicatie. Interne communicatie is de verantwoordelijkheid van het uitbraakteam en externe communicatie is de verantwoordelijkheid van het bestuur. De specialist ouderengeneeskunde heeft bij voorkeur hoogstens een adviserende rol hierbij.
- Personeel (op de afdelingen) is voldoende geschoold over de signalen waarbij zij alert moeten zijn op (een verdenking op) een uitbraak.
 - Personeel (op de afdelingen) meldt (een verdenking op) een uitbraak altijd bij een (dienstdoende) specialist ouderengeneeskunde.
 - Voldoende tijd en bevoegdheden voor de specialist ouderengeneeskunde om de verantwoordelijkheden en taken uit te kunnen voeren.

Verantwoordelijkheden en taken

Elke specialist ouderengeneeskunde

Algemeen

- Is verantwoordelijk voor het actueel houden van de eigen kennis over symptomen die kunnen wijzen op de meest voorkomende infectieziekten (zoals BRMO, MRSA, norovirus en influenza) die kunnen leiden tot een uitbraak, de definitie van een uitbraak van specifieke micro-organismen/infectieziekten, de verspreiding van die micro-organismen/infectieziekten en adequate uitbraakmaatregelen.

- Voert bij (een verdenking op) een uitbraak nauwgezet de vastgestelde maatregelen uit ten aanzien van diagnostiek en de uitbraakmaatregelen en motiveert en instrueert, waar van toepassing, anderen om deze maatregelen goed uit te voeren.
- Koppelt de onderbouwing van behandelkeuzes bij het al dan niet voorschrijven van uitbraakmaatregelen terug aan andere zorgprofessionals (waaronder verzorgenden en verpleegkundigen) door het delen van kennis en het geven van uitleg.

Verdenking uitbraak

- Neemt de volgende stappen bij het signaleren van (een verdenking op) een uitbraak (zo nodig in overleg met een arts-microbioloog en/of deskundige infectiepreventie):
 - maakt een inschatting van de omvang en ernst van de uitbraak;
 - vraagt de diagnostiek aan die nodig is om zo snel mogelijk de diagnose te stellen (vaak na overleg met arts-microbioloog);
 - draagt zorg voor de juiste afname van (kweek)materiaal en opvang in de juiste transportmiddelen;
 - maakt de afweging of de verdenking op een uitbraak sterk genoeg is om alvast met uitbraakmaatregelen te starten;
 - informeert volgens uitbraakprotocol direct de daartoe vastgestelde functionaris (meestal de voorzitter van het uitbraakteam). Indien van toepassing wordt een uitbraakteam geactiveerd conform de procedure in het uitbraakprotocol;
 - informeert direct de vakgroep/waarneemgroep.

Tijdens een uitbraak

- Draagt zorg voor het informeren van de patiënten die direct bij de uitbraak betrokken zijn.
- Voert nauwgezet de vastgestelde maatregelen uit ten aanzien van vervolgdagnostiek/registraties om een uitbraak te monitoren en motiveert en instrueert, waar van toepassing, anderen om deze maatregelen goed uit te voeren.

Een afgevaardigde van de vakgroep

Algemeen

- Is betrokken bij de ontwikkeling en herziening van het uitbraakprotocol.
- Maakt onderdeel uit van een uitbraakteam. In het geval dat de afgevaardigde ook behandelend arts is, is deze zich bewust van mogelijk verschil in belangen voor de patiënt en de instelling en overweegt of hij/zij hiermee om kan gaan, zo nodig wordt een andere afgevaardigde gekozen.
- Is bij voorkeur niet de voorzitter van een uitbraakteam vanwege inhoudelijke deskundigheid en omdat een uitbraakteam in de hiërarchische lijn opereert. De voorzitter bij voorkeur een vertegenwoordiger van het bestuur met volledig mandaat vanuit de instelling zodat deze de noodzakelijke beslissingen kan nemen.

Tijdens een uitbraak

- Adviseert het uitbraakteam over het beleid ten aanzien van diagnostiek, uitbraakmaatregelen, vervolgdagnostiek/registraties om de uitbraak te monitoren, beëindiging van de uitbraakmaatregelen en evaluatie na de uitbraak. De specialist ouderengeneeskunde overlegt hierover zo nodig met de arts-microbioloog, deskundige infectiepreventie en/of GGD-arts infectieziekten.
- Gaat na of het beleid voor de specifieke uitbraak en eventuele wijzigingen schriftelijk worden vastgelegd.
- Meldt de uitbraak, namens het uitbraakteam, conform afspraak aan GGD of, indien deze melding niet door een specialist ouderengeneeskunde wordt gedaan, gaat na of de melding is gedaan.
- Meldt de uitbraak van een BRMO bij het SO-ZI/AMR⁹. Om in aanmerking te komen voor een vergoeding, van de NZa, van de kosten van de uitbraak moet deze gemeld worden bij het SO-ZI/AMR binnen de eerstvolgende maand na ontdekking van de uitbraak.

De vakgroep

Algemeen

- Wijst het bestuur op randvoorwaarden waaraan niet wordt voldaan¹⁰.

⁹ Kijk op de website van SO-ZI/AMR (<https://signalen.rivm.nl/so-zi-amr>) voor de meldingsprocedures voor verschillende disciplines.

¹⁰ Bron: Professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2016

- Is medeverantwoordelijk voor het organiseren (bijvoorbeeld via de infectiepreventiecommissie) van scholing van personeel op het gebied van alertheid bij en herkenning van (een verdenking op) een uitbraak en het melden hiervan aan de specialist ouderengeneeskunde.
- Maakt interne werkafspraken hoe binnen de vak/waarneemgroep te handelen en te communiceren bij de signalering van (een verdenking op) een uitbraak.
- Zorgt dat tijdens (een verdenking op) een uitbraak een (goed geïnformeerde) specialist ouderengeneeskunde bereikbaar is voor een arts-microbioloog in verband met het bespreken van kweekuitslagen en de consequenties ervan.
- Adviseert het bestuur over wat noodzakelijk is om te voldoen aan de wet- en regelgeving en de veldnormen op het gebied van (infectiepreventiemaatregelen bij) uitbraken.
- Is op de hoogte van ontwikkelingen binnen en stemt, waar nodig, af met het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie.

Optionele taken

- Optionele taken voor de afgevaardigde van de vakgroep in het uitbraakteam zijn:
 - voorlichting geven over (de epidemiologie van) infectieziekten en de verspreiding ervan aan patiënten/zorgprofessionals/familieleden;
 - inhoudelijk advies geven ten bate van de interne en externe communicatie.

Antibioticabeleid

Om antibioticaresistentie te beperken en behandeling met antibiotica in de toekomst mogelijk te houden, is het belangrijk dat een adequaat antibioticabeleid aanwezig is. Het optimaliseren van klinische uitkomsten en het minimaliseren van bijwerkingen en resistentie zijn daarbij belangrijke uitgangspunten. Adequaat antibioticabeleid kan worden geïmplementeerd middels Antibiotic Stewardship (ABS). Bij ABS staat het optimaliseren van het antibioticabeleid centraal door standaardisatie, surveillance en monitoring¹¹. In Nederlandse ziekenhuizen is ABS al verplicht en gebeurt dit middels antibioticateams, in verpleeghuizen staat dit nog in de kinderschoenen. De specialist ouderengeneeskunde heeft een belangrijke rol in het voeren van een adequaat antibioticabeleid en het initiëren van ABS.

Randvoorwaarden

Het bestuur draagt zorg voor de volgende randvoorwaarden:

- Structureel kan een beroep gedaan worden op regionale professionals (arts-microbioloog, apotheker en eventueel internist-infectioloog).
- Diagnostische hulpmiddelen conform landelijke richtlijnen zijn beschikbaar.
- Een Elektronisch Voorschrift Systeem (EVS) die bij voorkeur voorschrijfgegevens kan genereren is aanwezig.
- De benodigde, met het formularium overeenstemmende, antibiotica zijn aanwezig.
- Voldoende tijd en bevoegdheden voor de specialist ouderengeneeskunde om de verantwoordelijkheden en taken uit te kunnen voeren.

Verantwoordelijkheden en taken

Elke specialist ouderengeneeskunde

- Is verantwoordelijk om zijn eigen kennis actueel te houden door op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen en eventueel scholing te volgen op het gebied van adequaat antibioticabeleid en (het risico op) antibioticaresistentie.
- Houdt zich aan het lokale antibioticaformulair. Indien van toepassing kan hier gemotiveerd en gedocumenteerd van afgeweken worden.
- Koppelt de onderbouwing van behandelkeuzes bij het al dan niet voorschrijven van antibiotica terug aan andere zorgprofessionals (waaronder verzorgenden en verpleegkundigen) door het delen van kennis en het geven van uitleg.

De vakgroep

- Wijst het bestuur op randvoorwaarden waaraan niet wordt voldaan.¹²
- Initieert ABS in het verpleeghuis en houdt zich aan de uitgangspunten hiervan.^{13, 14}
- Stelt antibioticabeleid voor de organisatie op, in samenwerking met de apotheker en de arts-microbioloog, waarin alle afspraken zijn vastgelegd ten aanzien van antibiotica en gebruik hiervan, bijvoorbeeld het ontwikkelen en evalueren van een antibioticaformulair en het monitoren en evalueren van het antibioticagebruik.
- Ontwikkelt en evalueert een lokaal antibioticaformulair in samenwerking met de apotheker en de arts-microbioloog. Het antibioticaformulair is afgestemd op landelijke richtlijnen en (indien van toepassing) lokale resistentiepatronen.
- Monitort en evalueert de naleving van het antibioticaformulair minimaal eens per jaar, bij voorkeur middels het EVS.
- Besteedt aandacht aan het voorschrijven van de juiste antibiotica bij een juiste indicatie in de juiste dosering en voor de juiste duur, zoals beschreven in landelijke richtlijnen.
- Stelt kweekbeleid op, afgestemd op landelijke richtlijnen, in samenwerking met een arts-microbioloog.

¹¹ Bron: De eerste praktijkervaring met klinische beslisregels in het 'Antimicrobial Stewardship'-programma. C.A.J.J. Jaspers, et al.

¹² Bron: Professioneel statuut vakgroep specialisten ouderengeneeskunde, Verenso 2016

¹³ Uitgangspunten staan vermeld in de rapporten 'Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van antibioticateams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn' en 'SWAB guidelines for antimicrobial stewardship' van de SWAB.

¹⁴ Voor tips over het initiëren van ABS in het verpleeghuis kan gekeken worden naar de handleiding 'Antimicrobial stewardship binnen de verpleeghuiszorg' van ZZG-zorggroep.

- Volgt actief regionale cijfers over resistentie, bijvoorbeeld middels periodiek overleg met de arts-microbioloog, en past het formularium hierop aan.
- Organiseert jaarlijks een FTO-infectieziekten.
- Adviseert het bestuur over wat noodzakelijk is om te voldoen aan de wet- en regelgeving en de veldnormen op het gebied van antibiotica(gebruik).
- Is op de hoogte van ontwikkelingen binnen en stemt, waar nodig, af met het Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie.

Optionele taken

- Deelnemen aan verbeterprogramma's met betrekking tot ABS in verpleeghuizen.

Bijlage 1: Verantwoording en methode

Algemene gegevens

Deze handreiking is ontwikkeld op initiatief van Verenso.

Vastgesteld door Verenso op ...

Verklaring van geen bezwaar door:

Samenstelling werkgroep

- Dr. P. van Houten, specialist ouderengeneeskunde, Zonnehuisgroep Amstelland te Amstelveen (voorzitter)
- Drs. J. Haaijman, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Zorgcentra Rivierenland te Tiel
- drs. A. Beckers, specialist ouderengeneeskunde, Vivium zorggroep te Naarden
- drs. J. Edwards van Muijen, specialist ouderengeneeskunde, Stichting Cordaan te Amsterdam
- drs. W. Albers, specialist ouderengeneeskunde, Van Neynsel te 's-Hertogenbosch

Met ondersteuning van:

- Drs. E. Poot, beleidsmedewerker, Verenso te Utrecht (projectleider)
- M. Hermesen MSc, projectmedewerker, Verenso te Utrecht

Er is een bewuste keus gemaakt om de werkgroep monodisciplinair te houden, om de specialisten ouderengeneeskunde de mogelijkheid te geven om zelfstandig de eigen verantwoordelijkheden en taken te beschrijven voordat andere disciplines hun bijdrage hierop leveren. In de multidisciplinaire klankbordgroep zitten de belangrijkste samenwerkingspartners.

Samenstelling klankbordgroep:

De leden van de klankbordgroep zijn gemandateerd voor deelname door de betreffende vereniging of organisatie:

- M. Wisse MBA, directeur, Vivium zorggroep te Naarden, namens ActiZ
- I. Verzijl, verpleegkundig specialist, Woon Zorgcentra Haaglanden te 's-Gravenhage, namens Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- C. Oldenkamp-Berkelaar, deskundige infectiepreventie, My Grip te Arnhem, namens Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG)
- Dr. S.G. Feenstra, arts maatschappij en gezondheid, GGD Gelderland Zuid te Tiel, namens Nederlandse Vereniging voor Infectieziektebestrijding (NVIB)
- Drs. M. Panis, apotheker, Bohemenwijk Apotheek te 's-Gravenhage, namens Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)

De Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM) is ook uitgenodigd voor deelname aan de vakgroep, maar heeft geen deelnemer kunnen afvaardigen. De NVMM heeft wel deelgenomen aan de commentaarfase.

Methode

Bij de ontwikkeling van deze handreiking is bewust gekozen om monodisciplinair te starten. Deze keuze is gemaakt om te zorgen dat de beschreven rol aansluit bij en gedragen wordt door de specialisten ouderengeneeskunde. Hierna is nadrukkelijk een multidisciplinaire insteek gekozen voor de klankbordgroep en de commentaarfase, omdat de handreiking de rol van een professional in een multidisciplinair veld beschrijft en samenwerking van groot belang is. Daarom is ook gekozen voor een duidelijke en nadrukkelijke beschrijving van samenwerking in de handreiking.

Om de handreiking te ontwikkelen zijn onderstaande stappen doorlopen:

1. *Knelpunteninventarisatie onder Verenso leden en klankbordgroep*

Via de nieuwsbrief van Verenso is onder de leden een knelpunteninventarisatie gehouden, middels een online vragenlijst. Daarnaast is onder de leden van de klankbordgroep een knelpunteninventarisatie gedaan middels een vergelijkbare online vragenlijst. De vragenlijst voor de klankbordgroep bevat dezelfde vragen, alleen vanuit perspectief van andere disciplines dan de specialist ouderengeneeskunde. Aan de hand van deze

knelpunteninventarisatie zijn door de werkgroep thema's bepaald voor het opstellen van de handreiking.

2. *Inventarisatie praktijkvoorbeelden documenten infectiepreventiebeleid en antibiotic stewardship (ABS)*

Middels de nieuwsbrief is een oproep gedaan aan de leden van Verenso om toepasselijke beleidsdocumenten toe te sturen. Het ging hier om documenten waarin taken en verantwoordelijkheden van de specialist ouderengeneeskunde waren benoemd. De taken en verantwoordelijkheden uit de verzamelde beleidsdocumenten zijn samengevat en gebruikt als achtergrondinformatie voor de invulling van de handreiking.

3. *Ontwikkeling handreiking*

A. *Schrijven van de handreiking*

De handleiding is geschreven door de werkgroep. In subgroepen van twee personen zijn per thema de conceptversies geschreven en bijgesteld naar aanleiding van het commentaar uit de hele werkgroep. Bij het schrijven is steeds meer naar detailniveau toe gewerkt. De redactionele taken zijn door Verenso uitgevoerd.

B. *Werkgroepbijeenkomsten*

Tijdens de werkgroepbijeenkomsten zijn de geschreven concepttekst besproken. In totaal zijn vijf bijeenkomsten geweest met de werkgroep. Tijdens de vierde bijeenkomst is de klankbordgroep aangesloten om samen het integrale concept van de handreiking te bespreken voor de commentaarfase.

4. *Commentaarfase onder leden en stakeholders*

De handreiking is voorgelegd voor commentaar aan:

- Leden Verenso (algemeen en vanuit commissies)
- Opleidingsinstituten van specialisten ouderengeneeskunde
- NVMM
- VHIG
- KNMP
- V&VN
- ActiZ
- NVIB
- Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie
- Partners programma 'Aanpak van antibioticaresistentie in verpleeghuizen'

5. *Verwerking commentaar*

Het commentaar dat met de commentaarfase is verzameld en besproken in de laatste bijeenkomst van de werkgroep. Tijdens deze bijeenkomst heeft de werkgroep besloten waar aanpassingen nodig zijn op basis van het commentaar en geeft onderbouwing bij de keuzes.

6. *Definitieve handreiking*

Na verwerking van het commentaar vanuit de commentaarfase is de definitieve handreiking voorgelegd voor autorisatie aan de Commissie Kwaliteit van Verenso. Daarnaast is de definitieve handreiking aan stakeholders voorgelegd voor een verklaring van geen bezwaar.