Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht

RISICOPROFIEL

2022

Regionaal Zorgnetwerk Antibioticaresistentie Utrecht

Deelrapport

Risico-inventarisatie door netwerkpartners

BEOORDELING RISICO'S OP HET ONTSTAAN EN DE VERSPREIDING VAN ABR DOOR NETWERKPARTNERS

Dit deelrapport omvat de inventarisatie van risico's op ontstaan en verspreiding van antibioticaresistentie in de verschillende sectoren. Het voorwerk voor deze inventarisatie heeft in 2018 plaatsgevonden. Er is toen middels interviews onderzoek gedaan binnen de verschillende sectoren. In 2022 zijn er opnieuw interviews gehouden met twee experts uit het veld per sector. De eerder geïnventariseerde risico's zijn beoordeeld en nieuw geobserveerde risico's toegevoegd. De complete risico-inventarisatie worden onderstaand per sector weergegeven.

HUISARTSENZORG

Nederlandse huisartsen zijn terughoudend in het voorschrijven van antibiotica in vergelijking met huisartsen in andere Europese landen. Toch wordt er regelmatig antibiotica voorgeschreven wanneer dit niet wordt aanbevolen in de richtlijnen[1]. Hoewel er in de jaren voorafgaand aan de COVID-19 pandemie geen relevante toename in ABR is waargenomen binnen de huisartsenpraktijk, blijft het belangrijk om juist gebruik van antibiotica te stimuleren en risico's te beperken.

Om meer inzicht te krijgen in de risico's bij preventie en bestrijding van ABR hebben leden van het RCT in 2018 de beroepsgroep benaderd om in gesprek te gaan. Er heeft een inventariserend gesprek plaatsgevonden met een aantal huisartsen (ook wel de klankbordgroep genoemd). Daarnaast hebben de aan het RCT deelnemende huisartsen ook input geleverd voor de inventarisatie van risico's. In 2022 zijn de geïnventariseerde risico's herzien en aangevuld op basis van een interview met twee huisartsen die verbonden zijn aan het zorgnetwerk.

GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S HUISARTSENZORG

1. Gebrek aan basiskennis over BRMO en de daaraan gekoppelde maatregelen en richtlijnen
2. Gebrek aan kennis bij huisartsen t.a.v. juist gebruik antibiotica
3. Gebrek aan kennis bij assistenten t.a.v. juist gebruik antibiotica
4. Slechte toegankelijkheid kennis over antibiotica en ABR
5. Gebrek aan kennis over infectiepreventie en mogelijkheden om deze kennis toe te passen
6. Veranderingen van beleid of richtlijnen komen niet goed aan bij gevestigde huisartsen
7. Onduidelijke taakschikking
8. Onvoldoende informatieverstrekking over BRMO aan o.a. hospice, thuiszorg, verpleeghuizen vanuit huisartsen
9. Onjuiste registratie allergieën antibiotica

[1] https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Afwijken_van_richtlijnen.pdf

TOELICHTING GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S HUISARTSENZORG

1. Gebrek aan basiskennis over BRMO en de daaraan gekoppelde maatregelen en richtlijnen

Er is binnen de eerste lijn een gebrek aan basiskennis op gebied van *bijzonder resistente micro-organismen* (BRMO) en de daaraan gekoppelde maatregelen. De belangrijkste richtlijnen voor de huisartsenpraktijk zijn gebundeld op de website van het RZN ABR Utrecht. Ook voor doktersassistenten geldt dat er een gebrek aan kennis is over BRMO. Als assistenten de inkomende brieven en uitslagen bijvoorbeeld verwerken in de praktijk, kan dit een probleem geven.

Daarnaast is het proces van het registreren van een BRMO positieve patiënt in het patiëntendossier niet altijd helder. Wanneer de medische microbiologie per brief aan de huisarts communiceert dat er een BRMO geconstateerd is (in de kweek), zou de huisarts actief deze informatie in het patiëntendossier moeten zetten, zodat deze ook in toekomstige communicatie vermeld kan worden. Dit proces verloopt momenteel niet gestructureerd of geprotocolleerd en wordt niet altijd goed opgepakt.

2. Gebrek aan kennis bij huisartsen t.a.v. juist gebruik antibiotica

Met name bij luchtweg- en urineweginfecties wordt regelmatig ten onrechte antibiotica voorgeschreven. In het geval van urineweginfecties, wordt de diagnose regelmatig onterecht gesteld, zoals bij een asymptomatische bacteriurie of door een onjuiste afname van urine door de patiënt. De onderliggende oorzaken hebben te maken met het gebrek aan duurzame kennis van de richtlijnen en het vermogen het eigen voorschrijfgedrag steeds kritisch te bekijken en aan te passen. Daarnaast spelen een gebrek aan communicatieve vaardigheden (bijv. om patiënten juist voor te lichten over de indicatie tot voorschrijven van een antibioticum) en een gebrek aan tijd om uitgebreid in gesprek te gaan met de patiënt een rol.

Huisartsen weten soms niet welke bacterie voor welke infectie kan zorgen. Wanneer bekend is welke bacterie behandeld moet worden, kan de behandeling hier op worden aangepast. Conform de richtlijn schrijven veel huisartsen nu eerst het eerste keus middel voor, indien dat niet werkt, het tweede keus middel, etc. Dit gebeurt echter niet altijd adequaat genoeg. Daarnaast is nu ook niet altijd duidelijk welke bacterie je wel of niet moet behandelen, bijvoorbeeld bij een niet-pathogene verwekker in een kweek. In de uitslag die wordt doorgegeven door het laboratorium staat of de bacterie reageert op bepaalde antibiotica, maar vaak geen advies. Bijv. het advies hoe lang een patiënt behandeld dient te worden of het advies dat wanneer er geen klachten zijn de bacterie niet behandeld hoeft te worden. Dat is voor huisartsen zelf moeilijk te vinden.

3. Gebrek aan kennis bij assistenten t.a.v. juist gebruik antibiotica

Met name bij de behandeling van urineweginfecties kan gebrek aan kennis bij doktersassistenten een risico vormen. De assistente maakt vaak standaard een recept aan, terwijl de indicatie voor het onderzoek soms niet duidelijk is. Het recept komt ter autorisatie bij de huisarts, maar die kijkt hier niet altijd kritisch naar of er wordt helemaal niet overlegd.

Ook is de assistente vaak niet op de hoogte van de sensitiviteit/specificiteit van een test en de mogelijkheid om een patiënt niet antibiotisch te behandelen.

4. Slechte toegankelijkheid kennis over AB en ABR

Informatie over ABR is slecht toegankelijk en wordt versnipperd aangeboden. Dit geldt ook voor informatie over welk AB moeten worden voorgeschreven bij welke (verwachte) pathogeen.

5. Gebrek aan kennis over infectiepreventie en mogelijkheden om deze kennis toe te passen

Kennis over infectiepreventie bij doktersassistenten en huisartsen kan verbeterd worden. De noodzaak om steriel te werken is kleiner dan in bijv. het ziekenhuis, omdat er weinig wondinfecties gezien worden binnen de huisartsenpraktijk. Bij kleine ingrepen is de kennis wel aanwezig, maar worden richtlijnen niet altijd nageleefd.

Bovendien wordt door de manier waarop huisartsenpraktijken zijn ingericht, het hygiënisch werken niet altijd makkelijk gemaakt. Zo is er vaak geen assistent aanwezig bij een kleine ingreep (zodat bijv. een vergeten instrument makkelijk hygiënisch kan worden aangegeven). Of de ingreep moet in de eigen kamer worden uitgevoerd in plaats van een aparte behandelkamer, waar de beperkte ruimte het lastiger maakt om steriel te werken.

6. Veranderingen van beleid of richtlijnen komen niet goed aan bij gevestigde huisartsen

Bijvoorbeeld het doel van de inzet van een CRP-meting is bij veel huisartsen niet goed bekend.

7. Onduidelijke taakschikking

Bij gemengde woonzorgvormen voor ouderen is vaak niet duidelijk wat de rol van de huisarts is op het gebied van regie en verantwoordelijkheid in het voorkomen van verspreiding van BRMO.

8. Onvoldoende informatieverstrekking over BRMO aan o.a. hospice, thuiszorg, verpleeghuizen vanuit huisartsen

Huisartsen leveren informatie aan hospices, maar omdat informatie over BRMO vaak niet goed genoteerd is in het patiëntendossier kan dit worden gemist in de overdracht. Dat geldt ook richting thuiszorg en verpleeghuizen.

9. Onjuiste registratie allergieën antibiotica

Het komt geregeld voor dat huisartsen een bijwerking registreren als allergie, omdat er in het huisartseninformatiesysteem (HIS) vaak geen mogelijkheid is om het label ‘bijwerking’ aan een medicijn te geven. Door een bijwerking als allergie te registreren, wordt er in ieder geval voor gezorgd dat het systeem een melding geeft wanneer het ongewenste medicijn opnieuw wordt voorgeschreven. Een bijwerking is echter meestal geen harde contra-indicatie voor het geven van een bepaald medicijn, terwijl een allergie dat vaak wel is. Ook wordt een bijwerking soms onterecht aangezien voor een allergie. Bij overdracht van ene naar andere

huisarts, worden geregistreerde allergieën automatisch overgenomen, terwijl het ook in dit geval om onjuist geregistreerde allergieën kan gaan.

LANGDURIGE OUDERENZORG

Om meer inzicht te krijgen in de risico's bij preventie en bestrijding van (verspreiding van) ABR is informatie ingewonnen bij contactpersonen en andere professionals uit de langdurige ouderenzorg tijdens de werkconferentie van het RZN ABR Utrecht in september 2017, tijdens de ABR-simulatie in mei 2018, en tijdens gesprekken met deskundigen infectiepreventie en specialisten ouderengeneeskunde. In 2022 zijn de geïnventariseerde risico's herzien en aangevuld op basis van een interview met RCT-lid en specialist ouderengeneeskunde.

GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S LANGDURIGE OUDERENZORG

1. Kleinschalige particuliere woonzorgorganisaties zijn niet goed in beeld
2. Onduidelijke regie binnen locaties met verschillende woon-zorg vormen
3. Tekort aan personeel
4. Geen structurele registratie zorginfecties en BRMO
5. Onvoldoende budget voor persoonlijke beschermingsmiddelen
6. Te weinig capaciteit bij uitbraken
7. Voorschrijven AB gebeurt op basis van richtlijnen, maar zou wel geëvalueerd moeten worden via jaarlijks FTO
8. Er zijn geen antibiotic stewardshipteams in verpleeghuizen
9. Uitrollen verbeteringen in infectiepreventie is lastig
10. Communicatie met alle betrokken partijen is lastig

TOELICHTING GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S LANGDURIGE OUDERENZORG

1. Kleinschalige particuliere woonzorgorganisaties zijn niet goed in beeld

Er is geen goed zicht op de particuliere woonzorg, vaak vallen deze ook onder de huisartsenzorg. Daarnaast is er een toename zichtbaar in het aantal organisaties, ook in de dagopvang voor ouderen (bijv. zorgboerderijnen). Hoe groot het risico is, is moeilijk te duiden, omdat er geen goed beeld is van het aantal organisaties. De risico's zitten vooral in het samenzijn van grotere groepen kwetsbare ouderen, met mogelijk personeel dat weinig ervaring heeft met hygiënisch werken.

2. Onduidelijke regie binnen locaties met verschillende woon-zorg vormen

Locaties bieden meerdere combinaties van wonen en zorg aan waarbij een groot scala aan verschillende zorgverleners zijn betrokken (verzorgende, verpleegkundige, huisarts, SO). Dit vormt een risico voor de regie en verantwoordelijkheid in de bestrijding van ABR.

3. Tekort aan personeel

Er is een tekort aan zorgpersoneel, specialisten ouderengeneeskunde (SO) en deskundigen infectiepreventie. Er wordt bijvoorbeeld veel met basisartsen gewerkt of met flexkrachten, die minder op de hoogte zijn van het beleid van de instelling.

4. Geen structurele registratie zorginfecties en BRMO

Zorginfecties en BRMO worden niet structureel geregistreerd. Er is een beperkte deelname aan SNIV en niet alle uitbraken van BRMO worden gerapporteerd aan het SO-ZI/AMR. Met de komst van MUIZ is de verwachting dat in de toekomst beter geregistreerd zal worden en er hierdoor een beter beeld zal ontstaan van het aantal zorginfecties en uitbraken.

5. Onvoldoende budget voor persoonlijke beschermingsmiddelen

In praktijk blijkt dat er in een aantal gevallen onvoldoende budget wordt vrijgemaakt voor persoonlijke beschermingsmiddelen. Sinds de COVID-19 pandemie is de noodzaak ervan duidelijk.

6. Te weinig capaciteit bij uitbraken

Uit voorgaande (influenza, NORO)-epidemieën, is gebleken dat er capaciteitsproblemen opgetreden zijn op gebied van personeel, isolatiemogelijkheden en tijdens de recente COVID-19 pandemie ook tijdelijk een tekort aan goede maskers en schorten. In de toekomst kan dit ook bij grote uitbraken van BRMO en infectieziekten een rol spelen.

7. Voorschrijven AB gebeurt op basis van richtlijnen, maar zou wel geëvalueerd moeten worden via jaarlijks FTO

Antibiotica wordt zoveel mogelijk volgens de richtlijn van Verenso voorgeschreven. Het voorschrijfgedrag zou wel geëvalueerd moeten worden via een jaarlijks terugkerende FTO.

8. Er zijn geen antibiotic stewardshipteams in verpleeghuizen

Momenteel zijn er geen A-teams in verpleeghuizen, dat is ook niet nodig, maar antibioticavoorschriften moeten dan wel geëvalueerd worden in een jaarlijks FTO.

9. Uitrollen verbeteringen in infectiepreventie is lastig

Het is lastig om goede resultaten op het terrein van infectiepreventie over alle locaties uit te rollen, omdat hier niet altijd genoeg personeel voor is. Dit geldt voor zowel grotere als kleinere organisaties.

10. Communicatie met alle betrokken partijen is lastig

Er ontbreekt een platform (zoals de IVVU) waar alle partijen bekend zijn en informatie kunnen inwinnen. Tevens ontbreekt ook een goed platform voor alle SO's in Utrecht.

ZIEKENHUIZEN

Inventarisatie van risicofactoren voor ziekenhuizen op ontstaan en verspreiding van ABR heeft in 2018 plaatsgevonden met artsen-microbioloog, infectioloog en deskundigen

infectiepreventie van de diverse ziekenhuizen/laboratoria. In 2022 zijn deze risico's herzien door meerdere deskundigen infectiepreventie uit verschillende ziekenhuizen in de regio.

GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S ZIEKENHUIZEN

1. Er is een tekort aan zorgpersoneel
2. Informatievoorziening naar patiënt en ketenpartner is niet eenduidig
3. Er is onvoldoende zicht op het voorkomen van ABR in de langdurige ouderenzorg
4. Geen doorstroom naar verpleeg- en verzorgingshuizen

TOELICHTING GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S ZIEKENHUIZEN

1. Er is een tekort aan zorgpersoneel

Het tekort aan (ervaren en gekwalificeerd) zorgpersoneel veroorzaakt een verhoogde werkdruk voor het nog aanwezige personeel en heeft consequenties voor de kwaliteit van de geleverde zorg en ook voor de kwaliteit van uitvoering van infectiepreventie/isolatiemaatregelen. Er is minder tijd voor (bij- en na) scholing.

2. Informatievoorziening naar patiënt en ketenpartner is niet eenduidig

Er zijn verschillen op gebied van informatievoorziening over het dragerschap van resistente bacteriën naar patiënt en ketenpartner (verpleeghuizen, huisartsen). Ook het beleid met betrekking tot screening, eradicatiebehandeling en 'ontlabeling' van BRMO-dragers verschilt op bepaalde punten tussen ziekenhuizen.

3. Er is onvoldoende zicht op het voorkomen van ABR in de langdurige ouderenzorg

Er is een intensieve uitwisseling van patiënten met verpleeghuis- en verzorgingshuizen en thuiszorg, maar er is onvoldoende zicht op het voorkomen van ABR in de langdurige ouderenzorg.

4. Geen doorstroom naar verpleeg- en verzorgingshuizen

Een mogelijke risicogroep op BRMO-dragerschap en verspreiding zijn patiënten met lange opnameduur in het ziekenhuis. Over het algemeen wordt er in Nederland beleid gevoerd om de opnameduur zo kort mogelijk te houden. Mogelijk blijven mensen wel langer opgenomen in het ziekenhuis, als bijvoorbeeld de doorstroom naar verpleeg- en verzorgingstehuizen of revalidatiecentra niet direct mogelijk is. De kans op het ontwikkelen van ABR bij deze groep is hoger naarmate de opname duur langer is.

THUISZORG

De COVID-19 pandemie heeft de afgelopen jaren gezorgd voor meer aandacht voor het belang van goede infectiepreventie, ook binnen de thuiszorg. De risico's op verspreiding van antibioticaresistentie (ABR) zijn voor de thuiszorg echter nog niet goed onderzocht. De verwachting is dat door het langer thuis blijven wonen van kwetsbare ouderen en de

toename van complexe medische problematiek het aantal *bijzonder resistente micro-organismen* (BRMO) hoger zal zijn.

Om meer inzicht te krijgen in de risico's bij preventie en bestrijding van ABR is gekeken wat andere regio's in Nederland als risico's hebben benoemd en deze zijn in 2022 geverifieerd en aangevuld middels interviews met twee beleidsmedewerkers uit het veld.

GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S THUISZORG

1. Gebrek aan overzicht van thuiszorgaanbieders
2. Communicatie met alle zorgaanbieders is lastig door grote diversiteit aan organisatievormen en ontbreken van een overkoepelende keten
3. Ontbreken van speciaal opgeleide medewerkers of HIP-team
4. Geen terugkerende overleggen over hygiëne
5. De zorgoverdracht schiet te kort
6. De geleverde zorg wordt intensiever en de druk hoger
7. Protocollen specifiek voor de thuiszorg ontbreken
8. Opslag van materiaal in de wijkverpleging vaak niet volgens hygiënerichtlijnen
9. Retour medicatie niet altijd op orde
10. Scholing over antibiotica mist

TOELICHTING GEÏNVENTARISEERDE RISICO'S THUISZORG

1. Gebrek aan overzicht van thuiszorgaanbieders

Het betrekken van de hele thuiszorgsector binnen regio Utrecht wordt bemoeilijkt doordat er geen overzicht is van aanbieders.

2. Communicatie met alle zorgaanbieders is lastig door grote diversiteit aan organisatievormen en ontbreken van een overkoepelende keten

De thuiszorgsector kent een grote diversiteit aan organisatievormen. Zorgaanbieders kunnen zijn ingebed bij een verpleeghuis of juist een kleine organisatie zijn met bijvoorbeeld zelfsturende teams. De grote diversiteit in type organisatievorm maakt communicatie met alle zorgaanbieders lastig. Daarnaast is er geen overkoepelende keten die communicatie en/of onderwijs mogelijk maakt.

3. Ontbreken van speciaal opgeleide medewerkers of HIP-team

Wanneer er in organisaties geen medewerker aangewezen is die als taak heeft informatie over infectiepreventie en ABR te beoordelen en door te spelen naar medewerkers, worden bijv. nieuwe richtlijnen niet ingevoerd. In grotere organisaties is dit mogelijk vaker gewaarborgd dan bij de kleinere zorgaanbieders.

Het ontbreken van een HIP-team of een medewerker met specifieke kennis kan betekenen dat er geen aanspreekpunt is voor vragen over hygiëne, infectiepreventie of ABR. Ook hier geldt dat dit bij grotere organisaties mogelijk vaker gewaarborgd is.

4. Geen terugkerende overleggen over hygiëne

5. De zorgoverdracht schiet te kort

Medewerkers worden vaak te laat of niet geïnformeerd over BRMO-dragerschap. Deze informatie wordt niet altijd doorgegeven door het ziekenhuis of de huisarts. Als de thuiszorgmedewerkers wel op de hoogte zijn, komt deze informatie meestal via (familie van) de patiënt zelf.

6. De geleverde zorg wordt intensiever en de druk hoger

De eisen voor opname in verpleeghuizen zijn de afgelopen jaren strenger geworden, waardoor kwetsbare ouderen vaak langer thuis wonen. De zorg wordt hierdoor vaak complexer, waardoor de kans op verspreiding van infecties groter is geworden. Daarnaast is de druk veel hoger geworden, doordat er minder tijd is per cliënt.

7. Protocollen specifiek voor de thuiszorg ontbreken

Op dit moment zijn er wel richtlijnen, maar weinig specifieke protocollen voor de thuiszorg (een aantal is te vinden op ZIPnet). In de wat grotere organisaties wordt nu vaak gebruik gemaakt van, al dan niet aangepaste, protocollen voor intramurale zorg.

8. Opslag van materiaal in de wijkverpleging vaak niet volgens hygiënerichtlijnen

Verpleeghulpmiddelen, verband- en incontinentiemateriaal en medicijnen moeten zorgvuldig worden opgeborgen om het risico op infecties zo klein mogelijk te houden.

9. Retour medicatie niet altijd op orde

Medicatie (ook antibioticakuren) die retour moeten naar de apotheek worden soms in de naaldenbak gedaan als er niet een speciale medicatie retourbox is. Deze naaldenbak is niet op eenzelfde manier afgesloten als de medicatie retourbox.

10. Scholing over antibiotica mist

Thuiszorgmedewerkers hebben een rol in het erop toezien dat een cliënt antibiotica op de juiste tijden en manier neemt. Niet altijd beschikken de medewerkers over de juiste kennis.

GEHANDICAPTENZORG

In 2020 is in opdracht van het ministerie van VWS, door het RIVM een uitgebreide risico-inventarisatie voor de gehandicaptenzorg opgesteld. Het doel van deze inventarisatie was het identificeren waar risico's liggen met betrekking tot hygiëne, infectiepreventie en ontwikkeling en verspreiding van ABR in de gehandicaptenzorg. In 2022 is overleg geweest

met twee projectleiders gehandicaptenzorg van het zorgnetwerk om de risico's te verifiëren. Vanuit regio Utrecht zijn er geen aanvullingen.

Hoofdpunten die uit de risico-inventarisatie van VWS naar voren zijn gekomen zijn o.a.:

- Zeer diverse doelgroep (verschillende gedrags- en medische problematiek, verschillende zorg- en woonvormen, verschillend opgeleid personeel)
- Veel beweging van cliënten tussen locaties, zoals dagbesteding
- Veel medewerkers hebben geen medische achtergrond (mogelijk minder kennis en toepassing van basishygiëne)
- De sector is nog onvoldoende aangesloten bij de communicatie vanuit ziekenhuizen en MMLs.
- Bij de volgende situaties is basis hygiëne extra van belang:
    - Woonlocaties met gemeenschappelijk sanitair, en woonlocaties in woonwijken vanwege onvoldoende toezicht op naleving van basishygiëneregels.
    - (medische) Kinderdagcentra
    - Dagbesteding
    - Cliënten met een licht verstandelijke beperking
    - Cliënten met een ernstig meervoudige beperking en kinderen op (medische) kinderdagcentra. Dit is enerzijds vanwege de kwetsbaarheid en complexe zorgbehoefte met veel risicovolle handelingen, anderzijds vanwege hogere kans op dragerschap door frequente antibiotische behandelingen en ziekenhuisopnames.

MEDISCH MICROBIOLOGISCHE LABORATORIA

Er zijn vijf medisch microbiologische laboratoria gevestigd in regio Utrecht, vier ziekenhuislaboratoria en één zelfstandig commercieel laboratorium voor eerstelijns diagnostiek. Mogelijk brengt dit risico's met zich mee.

Zoals beschreven in de position paper Diagnostiek van de Federatie Medisch Specialisten [1] kan het streven naar lage tarieven leiden tot verregaande consolidatie van laboratoria met vergroting van de afstand tussen behandelaar en laboratorium. Hierbij wordt het lastiger om te komen tot gepaste en gerichte diagnostiek. Gerichte behandeling wordt daardoor bemoeilijkt. Verlies van de korte lijnen beïnvloedt ook de infectiepreventie-infrastructuur. Het MRSA *search and destroy* beleid in de Nederlandse ziekenhuizen en verpleeghuizen staat of valt met goede surveillance en nauwe lokale samenwerking tussen het medisch-microbiologisch laboratorium en de deskundigen infectiepreventie. De aantasting van deze infrastructuur in Duitsland, en de afwezigheid ervan in Zuid-Europese landen, is een belangrijke oorzaak van het hogere percentage ernstige *S. aureus* infecties met methicilline-resistentie dat daar wordt gezien [1]. Hoewel dit tevens een landelijk risico is, is het met de komst van het eerste commercieel medisch microbiologisch laboratorium in Utrecht nu actueel geworden in de regio. Als medisch specialist hoort de arts-microbioloog medisch onafhankelijk te functioneren. Deze onafhankelijkheid kan onder druk komen te staan bij een

werkgever met commerciële belangen. De mogelijke gevolgen hiervan zullen nog zichtbaar moeten worden.

Hoeveel diagnostiek buiten regio Utrecht wordt uitgevoerd is niet bekend, maar kan een mogelijk risico zijn in de bestrijding van ABR. Met name het borgen van de ketenzorg, het beschikbaar stellen van resistentiecijfers voor de behandelaren en betrokkenheid bij de casus kan worden belemmerd doordat de afstand tussen behandelaar en laboratorium wordt vergroot.

Communicatie tussen laboratoria en het delen van data is nodig om uitbraken vroegtijdig te kunnen signaleren. Dit wordt o.a. bemoeilijkt door verschillende laboratorium informatiesystemen en regelgeving op het gebied van privacy. Daarnaast is niet elk lab volledig aangesloten op ISIS-AR wat landelijke en regionale surveillance op fenotypische resistentie incompleet maakt.

Overige geïnventariseerde risico's

- Landelijk bestaat er een tekort aan deskundigen infectiepreventie
- Onduidelijke status transmurale werkafspraken BRMO
- Onjuiste registratie antibiotica-allergie

Voor ongeveer 10% van opgenomen patiënten staat in hun medische dossier een antibiotica allergie geregistreerd, in huisartsenpraktijken ligt dat percentage waarschijnlijk een stuk lager. Uit onderzoek blijkt echter dat deze registratie niet altijd juist is, mogelijk kan in een groot aantal van de gevallen veilig het eerste keus antibioticum worden gegeven. Onjuiste registraties zijn een probleem omdat de behandelaar kiest voor een 2e keuze antibiotica, dit zijn vaak middelen met een breder spectrum. Het gebruik van deze middelen kan weer leiden tot antibioticaresistentie. Ook zijn alternatieve antibiotica soms minder effectief en/of veroorzaken ze meer bijwerkingen en hogere kosten. De belangrijkste factoren die bijdragen aan onterechte antibiotica-allergie registraties zijn een gebrek aan kennis over antibiotica-allergie, een gebrek aan prioriteit, beperkingen van het elektronische patiëntendossier en wens van de patiënt [2].

BRONNEN

[1] https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-06/position_paper_diagnostiek.pdf
[2] https://www.ntvg.nl/artikelen/geregistreerde-antibiotica-allergie-vaak-onterecht