

# Rapportage knelpunteninventarisatie

## Notulen invitational conference richtlijn BRMO

**Datum** : 9 november 2021

**Tijd** : 17:00-19:00 uur

**Locatie** : Online via Zoom

**Aanwezig** : Juliëtte Severin (NVMM, vz werkgroep (wg)), Tessa Langeveld (RIVM), Ron de Groot (VHIG), Kathleen d’Hauwers (NVU, wg), Jan Vissers (Verenso, wg), Jane Pattipeilohy (V&VN, wg), Hedy Salomons (IGJ), Sjaak de Gouw (GGDghor), Mara Spit-Verdonschot (VGN), Andrew Stuijzand (VDSMH), Lex de Jong (NVAB), Marloes van de Biezen-Brink (VHIG), Anneloes van Veen, Nico Meessen, Sandra Thöni, Otti Ziere, Gea van der Wal, Sander Leenders, Anneloes Vlek (ABR zorgnetwerk), Brigitte Vish (NVDV, wg), Erik Bathoorn (NVMM, wg), Paul Bergervoet, Veronica Weterings (VHIG, wg), Bart Versteeg, Haitse Graveland (KIMS)

**Genodigd maar niet aanwezig:** Martijn Franken (NVKF) (afgemeld), Overige WVen aangesloten bij FMS, NFU, NVZ, NZA, ZKN, PFNL, STZ, NAPA, ZiNL, ZN, VIG, Actiz, SVN, ZorgthuisNL

### 1. **Opening**

Opening om 17:00 uur door Juliëtte Severin (voorzitter van de werkgroep). Iedereen wordt hartelijk welkom geheten.

### 2. **Voorstelronde (naam, organisatie en functie)**

Er wordt een kort voorstelrondje gemaakt.

### 3. **Toelichting doel van de avond en proces richtlijnontwikkeling:**

Bart Versteeg licht toe dat de richtlijn onderdeel is van het SRI. De structuur wordt kort besproken. Doel van de avond is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een complete richtlijn op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de

stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Hier zal bepaald worden welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van een multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijn waarin de patiënt centraal staat. Het streven is om een generieke richtlijn op te leveren die voor de verschillende zorgdomeinen toepasbaar is.

#### **4. Impact probleem BRMO en richtlijn**

De gezondheidszorg heeft in toenemende mate te maken met resistente micro-organismen. Er zijn diverse redenen om speciale aandacht te besteden aan BRMO. Ten eerste kunnen de gevolgen van verspreiding van BRMO ernstiger zijn dan van een gevoelige bacterie. Daarnaast kan de ziektelast toenemen als BRMO niet effectief bestreden worden, bijvoorbeeld door een hogere sterfte of langere opnameduur bij een infectie met BRMO ten opzichte van gevoelige stammen. Daarmee is de patiëntveiligheid in het geding. Tenslotte kan een toename van BRMO ingrijpende gevolgen hebben voor het empirische antibioticabeleid. Deze richtlijn heeft als doel om aanbevelingen te geven om de verspreiding van BRMO in de verschillende zorgdomeinen te voorkomen.

Deze richtlijn focust zich op specifieke infectiepreventiemaatregelen ter voorkoming van verspreiding van BRMO. Deze maatregelen geven veiligheid in twee richtingen; zij beschermen niet alleen de patiënt maar ook diegenen die met de patiënt of met de omgeving van de patiënt in contact komen.

Afstemming tussen verschillende SRI richtlijnen is van groot belang. Voor de gebruiker moet informatie makkelijk vindbaar zijn. Zo zal bijvoorbeeld worden afgestemd met de richtlijntrajecten over isolatie, MRSA, Persoonlijke bescherming en Reiniging en Desinfectie van ruimten.

#### **5. Bespreken raamwerk & prioriteiten (afbakening en inhoudelijke hoofdlijnen van de richtlijn)**

Juliëtte licht de voorgestelde opbouw van de richtlijn toe. Er zal in een algemene inleiding/hoofdstuk context worden gegeven aan het onderwerp en algemene achtergrond informatie worden verstrekt m.b.t. de omvang van het probleem en de doelstelling en toepassing van de richtlijn. Ook zal duidelijk worden aangegeven daar waar verwezen gaat worden naar andere richtlijnen. Zo zal het onderwerp m.b.t. diagnostiek niet in deze richtlijn geadresseerd gaan worden, maar zal er verwezen worden naar de richtlijn betreft dit onderwerp van de NVMM.

De werkgroep heeft een concept raamwerk met enkele knelpunten gedefinieerd. De aanwezigen worden gevraagd om aan te geven welke onderwerpen zij missen en welke aandachtspunten zij de werkgroep willen meegeven.

### **Tessa Langeveld (RIVM)**

- De richtlijnen van het LCI betreffende dit onderwerp worden ook herzien. Daarnaast zijn er ook aparte richtlijnen m.b.t. MRSA en thuiszorg. Het is belangrijk om hier goed af te stemmen.
- Gehandicaptenzorg valt onder landurige zorg, maar dit is lastig te vergelijken met bijvoorbeeld ouderenzorg. Hier komen BRMO minder voor maar er werken veel agogische medewerkers. In de richtlijn moet hier rekening mee worden gehouden.
- In de praktijk worden veel tegenstrijdige adviezen ervaren van deskundige infectiepreventie in ziekenhuizen en GGD. Dit belemmert de uitvoering van maatregelen. Afstemming is dus erg belangrijk. Echter is het ook wenselijk dat een deskundige infectiepreventie advies op maat kan blijven geven – afgestemd op de lokale situatie.
- Tessa herkent ook het punt dat wordt genoemd met betrekking tot communicatie. Dit wordt ook binnen de thuiszorg als knelpunt ervaren en de vraag is waar dit het beste thuishoort en wie verantwoordelijk is als een patiënt met ontslag is gegaan en daarna bekend is dat iemand BRMO-drager is. Kan daar toch een soort advies voor worden gevormd? Op dit moment wordt het stukje communicatie omtrent overdracht vooral wordt opgepakt door de ABR-zorgnetwerken. De vraag is of dit dan leidend zal zijn of niet.

### **Ron de Groot (VHIG)**

- Ron geeft aan dat dat communicatie in de overdracht een belangrijk punt is. Hier zijn transmurale afspraken over gemaakt maar dit richt zich meer op de overdracht naar de eerste lijn toe. Wat er nu gebeurd is dat iemand de eerste lijn bekend is, maar vervolgens nog is opgenomen wordt in een andere instelling of setting en dan is de situatie niet meer bekend.
- Criteria BRMO - Wanneer zien we een bacterie als een BRMO hier zit variatie in. Verzoek is om dat ook in deze richtlijn goed te beschrijven zodat er in het land eenduidig wordt geacteerd op een BRMO. Hier wordt in sommige instellingen nu verschillend mee om gegaan. Belangrijk is om duidelijk aan te geven hoe hier eenduidig mee op te gaan.

### **Hedy Salomons (IGJ)**

- Verzoekt om vooral duidelijk te zijn. Het woord 'kan' geeft bijvoorbeeld diverse interpretatiemogelijkheden aan waardoor men tot een verschil van mening kan komen. Dus vooral eenduidigheid in gebruik van taal is belangrijk.
- Vraagt om ook naar de haalbaarheid en toetsbaarheid van de richtlijn te kijken.
- In de praktijk komen er veel problemen voor m.b.t. de risicoinventarisatie. Wanneer moet je die nu uitvragen?
- Beëindigen van isolatie wanneer doe je dat nou? Hierin wordt momenteel heel veel diversiteit gezien.

- Reiniging en desinfectie en het gebruik van PBM is ook erg belangrijk, er zit verschil tussen de verpleeghuizen, ziekenhuizen en de gehandicaptenzorg. Waaraan moet dit proces voldoen?

### **Sjaak de Gouw (GGDGhor)**

- Vanuit het perspectief van GGD is er veel te maken met BRMO vooral in woonvoorzieningen en thuiszorg. Een van de belangrijke aspecten is de verplichte communicatie in het zorgpad van de patiënt zodat er duidelijk is dat er sprake kan zijn van een BRMO in een thuissituatie of een woonomgeving.
- Rol verduidelijking. Vaak wordt er een lijst overhandigd met betrekking tot contacten die mogelijk besmet kunnen zijn. Het verzoek is dan om search en destroy beleid uit te voeren. Waar ligt daar de verantwoordelijkheid en is dit onderdeel van het beleid of is dit een afspraak die los van de richtlijn moet worden gemaakt?
- Als het gaat om het ziekenhuis zal leefbaarheid en woonbaarheid geen issue zijn, maar in instellingen in de zorgsector is de implementatie van een hygiëne richtlijn wat ingewikkeld.
- Komende jaren komt er veel onderzoek beschikbaar, maar als er specifiek onderzoek nodig is voor het opstellen van de richtlijn is het belangrijk om mensen te motiveren dit te doen. Dit vergt meer tijd maar draagt bij aan het evidence based karakter van de richtlijn ontwikkeling.
- Beïnvloeding van gedrag is essentieel voor de implementatie van richtlijnen.

### **Mara Spit (VGN)**

- Ik ben aanwezig als vertegenwoordiger van de gehandicaptenzorg en roep vooral op om onze sector niet te vergeten in deze richtlijn. Nu staat bij de afbakening namelijk alleen de 'woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen'. En in de gehandicaptenzorg wonen niet alleen ouderen. Via de chat wordt aangegeven dat de richtlijn ook zeker voor de gehandicaptenzorg van toepassing gaat zijn en dat dit aangepast gaat worden in het raamwerk.
- Daarnaast is het belangrijk dat richtlijnen ook door medewerkers zonder medische achtergrond begrepen kunnen worden. Zodat ook begeleiders weten hoe te handelen. Haitske geeft aan dat er daar waar mogelijk rekening wordt gehouden, echter de taal van de volledige richtlijn aanpassen lukt niet. In het implementatiehoofdstuk van de richtlijn kan dit wel als specifiek aandachtspunt genoemd worden.

### **Andrew Stuijzand (VDSMH)**

Haakt aan om mee te luisteren en niet zo zeer als inhoudsdeskundige. Nu geen aanvullende knelpunten.

### **Lex de Jong (NVAB)**

Als bedrijfsarts hecht ik belang aan het opnemen van een hoofdstuk over de consequenties voor werkende wanneer zij in aanraking komen met een BRMO. Hoe moeten we omgaan met een BRMO-positieve medewerker? Juliëtte licht toe dat anders dan bij een MRSA positieve medewerker, een BRMO-positieve medewerker niet zal worden verplicht om thuis te blijven. Over het algemeen zijn de consequenties voor medewerkers beperkt.

Lex merkt nog op dat het gedrag van medewerkers van grote invloed kan zijn op de beheersing van een infectie uitbraak.

### **Marloes van de Biezen-Brink (VHIG)**

Marloes geeft aan het raamwerk niet ontvangen te hebben. Deze zal worden nagestuurd. Ze geeft de volgende aandachtspunten mee:

- Belangrijk is om de criteria van BRMO in de richtlijn op te nemen. Eventueel afhankelijk van de specifieke populaties. De huidige WIP richtlijn geeft een goed overzicht maar er is grote variatie tussen ziekenhuizen hoe hiermee wordt om te gaan - m.n. bij specifieke populaties zoals kinderen.
- Het nut en noodzaak van risicoinventarisatie/screening. Welke vragen moeten worden gesteld? Moeten bijvoorbeeld dialyse patiënten (die in een buitenlands ziekenhuis hebben gedialyseerd) ook meegenomen worden in de uitvraag. En hoe om te gaan met structureel kortdurende zorg welke bij elkaar opgeteld wel langdurige zorg betreft. De vraag is of dit een algemene punt moet worden binnen de richtlijn of dat dit meer regio gebonden blijft zoals nu het geval is.
- Communicatie: hoe en wanneer ontlabellen we patiënten? Informatie over actieve follow up is wenselijk want hier wordt verschillend mee om gegaan.
- Reiniging en desinfectie: hierbij dient rekening gehouden te worden met de setting. M.n. bij onverwachte bevindingen is het nu onduidelijk hoe te handelen. Wat reinig je dan wel en niet – reinig je tot 1,5 meter of verder/anders?

Tot slot heeft Marloes een vraag over het onderhoud van richtlijnen – hoe gaat dat in de toekomst? Haitske geeft aan dat de richtlijnen modulair zullen worden opgebouwd. Dit stelt ons in staat om delen van richtlijnen indien nodig frequent(er) te herzien, zonder dat de gehele richtlijn geupdate hoeft te worden. Het SRI werkt momenteel een plan van aanpak hiervoor uit.

### **Anneloes van Veen (ABR zorgnetwerk – Zuidwest-Nederland)**

Vanuit het ABR zorgnetwerk is een inventarisatie gedaan hoe ieder ziekenhuis isolatie aanpakt – daar is veel variatie in. Afstemming op dit punt is zeer wenselijk.

#### **Nico Meessen (ABR zorgnetwerk – Noord Nederland)**

Het lijkt mij een uitdaging om een domeinoverstijgende richtlijn te maken. Mogelijk zijn er te veel verschillen tussen de diverse zorg settings. Het is belangrijk goed te definiëren op welke instellingen de richtlijn betrekking heeft en op welke niet. Geef bijvoorbeeld goed aan of thuiszorg onder de VWT valt of niet. Daarnaast is het belangrijk goed aan te geven indien er verwezen wordt naar andere richtlijnen.

De volgende onderwerpen noemt Nico als knelpunt/belangrijk richtlijn onderwerp:

- Duidelijk criteria voor BRMO. Een BRMO in het ziekenhuis wordt met andere maatregelen benaderd dat in anders zorgsetting. Bij overdracht van patiënten is het niet wenselijk dat het ontvangende centrum de maatregelen van de ander opgedragen krijgt.
  - Otti merkt op het juist wel kan helpen/nuttig kan zijn als de vertrekkende partij maatregelen mee geeft die reeds werden toegepast. Dit kan de nieuwe setting juist handvatten bieden/richting geven waar ze aan kunnen denken.
- Voor de implementatie van de richtlijn is het belangrijk deze goed en duidelijk te positioneren. Zo kunnen bijvoorbeeld ABR zorgnetwerken een rol spelen maar soms is het ook nuttig om bestuurders hierbij te betrekken.

#### **Sandra Thöni (ABR zorgnetwerk - Gelderland)**

- Contactonderzoek – dit zou per BRMO beschreven moeten worden. Nu is voor acinetobacter bijvoorbeeld niets beschreven. Basis regels over het hoe en wanneer contactonderzoek nodig is zijn wenselijk. Dit zou mogelijk op basis van het type verspreiding van microrganismen geformuleerd kunnen worden.
- Riscoinventarisatie /screening aan de poort – Moeten dialyse patiënten ook betrokken worden? En hoe om te gaan met hematologiepatiënten, lange liggers etc. Met welke frequentie moet er screening plaatsvinden?
  - Marloes geeft aan dat niet alle ziekenhuizen over mogelijkheden voor typering beschikken. Het kost extra tijd en geld als dit moet worden toegepast. De uitvoerbaarheid is belangrijk. Dit punt zou ook aan de deskundigeinfectiepreventie/microbioloog kunnen worden overgelaten.
- Ontlabelen – op welk moment is een controle kweek nodig en hoeveel kweken/sets in de tijd?

#### **Otti Ziere (ABR zorgnetwerk – Holland West)**

Otti sluit zich aan bij de reeds genoemde inbreng.

- Ontlabelen: in onze regio is geprobeert regionaal beleid vast te stellen. Variatie zorgt ervoor dat m.n. bij patiënten verwarring ontstaat als zij op meerdere locaties/regio's komen.
- Er loopt nu een pilot in de ziekenhuissetting in Holland West (in samenwerking met Karin Ellen Veldkamp) – het beleid is nu regionaal afgestemd m.b.t. frequentie van kweken etc. – een eenduidig beleid op ziekenhuisniveau.
- AVG: indien een patiënt naar een andere instelling wordt overgebracht zie je vaak wel dat iemand een BRMO heeft maar verder informatie over b.v. type etc. ontbreekt. Vanwege de AVG mag/kan je hier ook niet naar vragen (zonder toestemming) – het zou wenselijk zijn als dat anders georganiseerd zou kunnen worden.
  - Sandra geeft aan dat er binnen haar regio een pilot loopt om een database op te bouwen met BRMO patiënten die (na toestemming) de benodigde info verstrekken.
- Tot slot is duidelijkheid bij advisering van maatregelen erg gewenst. Bij beperkte evidentie is toch een richting van advies erg wenselijk.

#### **Gea van der Wal (ABR zorgnetwerk - Zwolle)**

- Er zijn in verpleeghuizen vaak te weinig isolatie kamers beschikbaar – hoe moeten we hiermee om gaan?
- Afbakening: Er is ook een LCI thuiszorg richtlijn - dit loopt m.b.t. de instelling in elkaar over. Lastig als dit in twee richtlijnen opgenomen wordt. Voor thuiszorg is het lastig te duiden bij welke setting het hoort – het loopt tegenwoordig veel in elkaar over. Een goede afbakening en definiëring is belangrijk zodat herkenbaar is waar en wanneer welke richtlijn geldend is.
- Opheffen van isoalatie – er zijn grote verschillen opheffen wordt niet altijd op hetzelfde moment/o.b.v. dezelfde criteria gedaan.
- Er zijn heel veel patiënten met een ESBL E. coli – is hier isolatie echt voor nodig?
- Belangrijk punt is om eenduidig beleid te geven m.b.t. persoonlijke beschermingsmiddelen
  - Dit punt zal worden afgestemd met de richtlijn persoonlijke beschermingsmiddelen.
- Het is belangrijk om het belang van basishygiëne te benoemen in de richtlijn.

#### **Sander Leenders (ABR zorgnetwerk - Brabant)**

- Ontlabeling van patiënten. Het is momenteel onduidelijk wanneer patiënten ontlabeld moeten worden. Na een jaar niet meer in het ziekenhuis opgenomen te zijn geweest of anders?
- Communicatie - soms stel je iets vast in lab – dan is alles bekend in het ziekenhuis – maar niet bij andere zorgverleners. Soms vindt er dan vervolgens wel overdracht naar de huisarts plaats, maar niet naar andere disciplines -> Juliëte geeft aan dat dit mogelijk terug moet komen in de transmurale werkafspraken.

- De terminologie rondom BRMO is niet duidelijk (MRSA, VRE, etc. is vaak wel bekend) maar verder vaak niet. Er wordt dan de algemene term BRMO gebruikt zonder dat duidelijk is wat we hiermee bedoelen.

### **Anneloes Vlek (ABR zorgnetwerk - Utrecht)**

- Beleid rondom ontlabelen van BRMO patiënten – hoeveel controle kweken moeten bijvoorbeeld na hoeveel tijd worden afgenomen etc. En hoe moet dit buiten het ziekehuis worden toegepast. Wat is noodzakelijk en wat niet.
- Uniformiteit in definitie en naamgeving (m.n. belangrijk bij data uitwisseling) – er worden nu veel verschillende termen voor dezelfde (groep) pathogenen gebruikt. Dit zorgt voor onduidelijkheid en verwarring. Wellicht kan er gewerkt worden met groepen o.b.v. type verspreiding (als bijbehorende maatregelen ook hetzelfde zijn).
- Isolatievormen - wanneer pas je welke maatregelen toe. Wanneer is contact isolatie noodzakelijk op zaal en wanneer niet? En wanneer is helemaal geen isolatie nodig? Een voorbeeld is de ESBL positieve E. coli uit een urine kweek. Vinden we dat hier dezelfde maatregelen gelden of zijn er situaties waar gezien de prevalentie in de populatie isolatie maatregelen helemaal los kan laten? De Europese richtlijn geeft ook aan dat maatregelen niet nodig zijn voor ESBL positieve E. coli maar wel voor de rest.
- Risico inventarisatie – wie moeten we screenen en welke vragen zijn nuttig en efficiënt? Draagt deze screening daadwerkelijk bij aan de detectie van BRMO? Of moet je minder vragen stellen? Publicaties van uit UMC Utrecht en Antonius ziekenhuis laten zien dat het overgrote deel van de BRMO detecties onverwachte bevindingen zijn – en niet uit screening naar voren komen.
  - Juliëtte merkt op dat dit punt wellicht meer relevant voor is voor screening naar MRSA omdat voor BRMO maar zeer beperkt aantal vragen worden gesteld aan de patiënt.
- Wat is de toegevoegde waarde van nieuwe vormen van desinfectie?
  - Dit valt buiten de scope van de BRMO richtlijn. Dit punt zal worden opgenomen in de richtlijn m.b.t. Reiniging en desinfectie van ruimten.
- Prevalentiescreening op risico afdelingen - wanneer wil je dat toepassen en wanneer niet? Welke afdelingen zijn risicoafdelingen? Hier is veel variatie binnen ziekenhuizen en onduidelijkheid over het nut ervan.
- Wordt er in de BRMO richtlijn ook een advies gegeven voor isolatie maatregelen bij een Candida aureus infectie? -> Juliëtte geeft aan dat dit micro organisme op de lijst van BRMO staat en daarmee in de richtlijn zal worden meegenomen.

### **Prioritering**

Door middel van een poll worden de aanwezigen gevraagd naar de 3 onderwerpen met (voor hen) de hoogste prioriteit. De uitslag van de poll is hieronder weergegeven.



## Prioritering Knelpunten Richtlijn BRMO - (kies 3 onderwerpen)

Poll ended | 1 question | 13 of 23 (56%) participated

1. Prioritering knelpunten Richtlijn BRMO (Multiple Choice) \*

13/13 (100%) answered



Sjaak de Gouw vult nog aan dat het aantal en type maatregelen zeer sterk zal samenhangen met de afbakening en bereik van de richtlijn.

## 6. Vervolprocedure

De notulen van deze avond worden verspreid, en er is gelegenheid tot commentaar of aanvullingen hierop. De werkgroep zal alle besproken knelpunten bespreken, en een prioritering moeten maken (voor de richtlijn is maar beperkt budget en tijd beschikbaar, dus er zal een keuze gemaakt moeten worden). Met deze prioritering wordt het raamwerk voor de richtlijn opgesteld. Alle aanwezigen ontvangen de overwegingen voor prioritering en het raamwerk.

Als de conceptrichtlijn gereed is zal deze ter commentaar aan alle genodigden worden verstuurd, er is dan gelegenheid commentaar/suggesties te leveren. Dit commentaar wordt verwerkt in een voor autorisatie geschikte richtlijn. Autorisatie van de wetenschappelijke verenigingen in de kerngroep is nodig. Andere partijen krijgen de richtlijn ook ter informatie of autorisatie vastgesteld (procedures hiervoor verschillen per partij/vereniging).

## **7. Sluiting**

Iedereen bedankt voor de komst en actieve participatie.