

Afstemming infectiepreventiebeleid en antibioticumbeleid: een 'conditio sine qua non' in het verpleeghuis

Andrea Eikelenboom-Boskamp, Ina Willemsen, Jan Kluytmans, Andreas Voss

Samenvatting

De afstemming van het infectiepreventiebeleid en het antibioticumbeleid wordt beschouwd als een 'conditio sine qua non'. Dit geldt niet alleen in het ziekenhuis maar ook voor de verpleeghuizen waarin zorg wordt geboden aan een kwetsbare populatie die vatbaar is voor infecties, en waar een verhoogd risico bestaat op het ontstaan van reservoirs van resistente micro-organismen.

Vanuit lokale en regionale samenwerkingsverbanden zijn er voorbeelden bekend over de wijze waarop het infectiepreventiebeleid en antibioticumbeleid binnen de verpleeghuiszorg gestalte gegeven kan worden. Voorbeelden zijn een door VWS gesubsidieerd project waarin bestaande en beproefde systemen, namelijk de EurSafety/EurHealth-1Health kwaliteitscertificaten, inclusief de surveillance-app voor zorginfecties in verpleeghuizen (iPrevent/REgionaal ZOrghygiëne Netwerk) en de Infectie Risico Scan (IRIS) gezamenlijk zijn uitgetest. Een ander door ZonMw gesubsidieerd project is Antimicrobial Stewardship (AMS) binnen de verpleeghuiszorg. Het doel van dit artikel is om deze systemen kort te beschrijven. De resultaten van de genoemde projecten laten zien dat de afstemming tussen het infectiepreventiebeleid en antibioticumbeleid ook daadwerkelijk binnen de verpleeghuiszorg te realiseren is. Het is belangrijk dat kennis over dergelijke lokale en regionale initiatieven verspreid wordt om ervoor te zorgen dat niet iedereen 'zelf het wiel hoeft uit te vinden'. Daarnaast is het van belang dat organisaties een bewuste keuze maken om inzicht in hun risico's en processen te verwerven en duurzame verbeterprocessen in te gaan. Ten slotte 'zijn er vele wegen die naar Rome leiden', oftewel in dit geval bijdragen aan kwaliteitsverbeteringen op het gebied van infectiepreventie en antibioticumgebruik. Over het algemeen is de

kwaliteit van zorg gebaat bij standaardisatie. Daarmee is het mogelijk om prestaties van instellingen met elkaar te vergelijken voor interne kwaliteitsverbeteringen. Tevens zouden bewezen effectieve methoden bij voorkeur breder gebruikt moeten worden, zodat er efficiënt met de beschikbare middelen kan worden omgegaan.

Abstract

At present, the integration of infection control and antibiotic stewardship policies in healthcare, is considered a 'conditio sine qua non' for hospitals. This also applies to nursing homes in which care is provided to a vulnerable population that is more susceptible to infections and where the risk of the formation of reservoirs of resistant micro-organisms, is increased. From local and regional partnerships, examples are available about the way in which infection control and antibiotic stewardship in nursing homes can be implemented. Examples are a project subsidized by VWS in which existing and proven systems namely the EurSafety / EurHealth-1Health quality certificates, including the use of an surveillance App for healthcare-associated infections in nursing homes (iPrevent / REgional ZOrghygiëne

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, A. Eikelenboom-Boskamp, deskundige infectiepreventie. Amphia Ziekenhuis Breda/Oosterhout, I. Willemsen, deskundige infectiepreventie. Amphia Ziekenhuis Breda/Oosterhout, Sint Elisabeth Ziekenhuis en Twee Steden Ziekenhuis Tilburg, J. Kluytmans, arts-microbioloog hoogleraar epidemiologie zorggerelateerde infecties Universitair Medisch Centrum Utrecht. Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen, A. Voss, arts-microbioloog hoogleraar infectiepreventie Radboudumc, Nijmegen. Correspondentieadres: A. Eikelenboom-Boskamp (eikelenboomandrea@gmail.com).

Netwerk [REZON]) and the Infection Risico Scan (IRIS) have been jointly tested. Another project subsidized by ZonMw is Antimicrobial Stewardship (AMS) within nursing homes. According to us, the results of the projects mentioned show that the coordination/integration between the infection control and antibiotic stewardship can actually be realized in nursing homes. It is important that knowledge about such local and regional initiatives be disseminated to ensure that not everyone has “to re-invent the wheel”. In general, it is important that organizations can choose from multiple approaches, that have been shown by others to be contributing to quality improvements in the field of infection control and antibiotic use/stewardship.

Generally, the quality of care benefits from standardization, thereby creating a possibility to benchmark the performance of institutions for their own quality improvement. In addition, proven effective methods should be used widely, in order to manage presently available resources more efficiently.

Inleiding

De afstemming van het infectiepreventiebeleid en het antibioticumbeleid wordt beschouwd als een ‘conditio sine qua non’¹ om resistentie effectief te bestrijden. Het zorgvuldig toepassen van infectiepreventiemaatregelen draagt immers bij aan het voorkómen van verspreiding van (resistente) micro-organismen die mogelijk een infectie kunnen veroorzaken. Door minder antibiotica te gebruiken en er verantwoord mee om te gaan, daar waar het nodig is, wordt resistentieontwikkeling zo veel mogelijk beperkt. De afstemming is niet alleen een noodzakelijke voorwaarde binnen de ziekenhuizen maar ook in de verpleeghuiszorg.

De verpleeghuissector biedt zorg aan een kwetsbare populatie die vatbaar is voor infecties. Door toename van de zorgzwaarte en het gezamenlijk wonen en verzorgd worden, bestaat er een verhoogd risico op verspreiding van micro-organismen, en door de lange verblijfsduur kunnen in deze instellingen relatief gemakkelijk reservoirs van resistente bacteriën ontstaan. De ziektelast en ziekte duur en eventuele aanvullende maatregelen die dit met zich meebrengt, kan de kwaliteit van leven van cliënten negatief beïnvloeden.² In het geval van ernstige infecties

of infecties met bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) die niet met orale antibiotica behandeld kunnen worden, moeten dan afwegingen worden gemaakt door cliënten zelf en/of familie over de noodzaak en wenselijkheid van een ziekenhuisopname. Uit onderzoek blijkt ook dat cliënten binnen de Nederlandse verpleeghuiszorg steeds vaker drager zijn van resistente bacteriën.^{3,4,5}

Inmiddels is duidelijk geworden dat de kennis die in de laatste decennia is opgebouwd over infectiepreventie en antibioticumgebruik in de ziekenhuizen niet zonder meer toepasbaar is op de verpleeghuiszorg. Vanuit de landelijke Werkgroep Infectiepreventie (WIP) is er daarom in 2012 voor gekozen om een expertgroep op te richten voor het ontwikkelen van richtlijnen binnen de verpleeghuissector. Deze expertgroep bestond uit vertegenwoordigers vanuit verschillende beroepsorganisatie met expertise en ervaring in de verpleeghuizen en heeft richtlijnen ontwikkeld die specifiek van toepassing zijn op dit veld. De WIP is inmiddels ontbonden en de richtlijnontwikkeling zal op korte termijn worden voortgezet door het Samenwerkingsverband Richtlijnontwikkeling Infectiepreventie (SRI) van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de kwaliteitskoepel Langdurige Zorg (LZ) en het RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding.

Vanuit lokale en regionale samenwerkingsverbanden zijn er voorbeelden bekend over de wijze waarop het infectiepreventie- en antibioticumbeleid binnen de verpleeghuiszorg gestalte gegeven kan worden. Het doel van dit artikel is om bestaande en beproefde systemen - de EurSafety/EurHealth-1Health kwaliteitscertificaten en de Infectie Risico Scan (IRIS) - te beschrijven.⁶ Beide zijn recent, in een door VWS gesubsidieerd project, ‘in elkaar geschoven’ en gezamenlijk uitgetest, waarover op korte termijn een separate publicatie zal volgen. Tevens gaan we kort in op een door ZonMw gesubsidieerd lokaal project over antimicrobial stewardship (AMS) binnen de verpleeghuiszorg.

Kwaliteitscertificaten en IRIS-scan

In 2005 is in de regio Nijmegen/Boxmeer, met een subsidie van Interreg IV, begonnen aan het vormen van het REgionaal ZOorhygiëne Netwerk (REZON), dat als doel had inzicht te krijgen in het voorkomen van zorginfecties en het opzetten van kwaliteitscertificaten hiervoor binnen de verpleeghuiszorg. In 2007 is binnen dit netwerk gestart met de eerste prevalentie meting naar het vóorkomen van zorginfecties. Een opmerkelijk resultaat uit de eerste drie jaren van de jaarlijkse prevalentie metingen was de verdeling in het voorkomen van katheter- en niet-kathetergerelateerde urineweginfecties.⁷ In de ziekenhuizen zijn we vooral bekend met kathetergerelateerde urineweginfecties, terwijl uit deze studie naar voren kwam dat de niet-kathetergerelateerde urineweginfecties het meest voorkwamen. In samenspraak met hygiëne kwaliteitsmedewerkers (zogenoeten HKM'ers) en specialisten ouderengeneeskunde bleek dat incontinentie en omgang met incontinentiematerialen aandacht behoefde. Deze factoren zijn daarna meegenomen in de jaarlijkse prevalentie metingen. De resultaten van de prevalentie metingen van 2010 tot en met 2017 (met behulp van de app voor zorginfecties in verpleeghuizen) zijn inmiddels beschreven en geaccepteerd voor publicatie. Deze laten zien dat er een sterke afname was van de infecties en ze onderschrijven daarmee het algemene uitgangspunt dat inzicht in de prevalentie van zorginfecties een belangrijke stap is ter verbetering van de zorg.⁸

Om verpleeghuisorganisaties handvatten te bieden voor systematische kwaliteitszorg op het gebied van infectiepreventie is er aan beide zijden van de Nederlands-Duitse grens een trapsgewijs certificeringssysteem opgezet.^{9,10} De criteria voor de certificaten zijn in nauwe samenwerking met de werkvloer opgesteld. Voor het eerste certificaat zijn de criteria gericht op de structuur van hygiëne en infectiepreventie in de organisatie en op de aanwezigheid van basale protocollen. De criteria voor het tweede certificaat hebben betrekking op de implementatie van enkele criteria uit het eerste certificaat; ook zijn er nieuwe onderwerpen toegevoegd. Het derde certificaat wordt nog ontwikkeld. Om een certificaat te behalen dient er commitment te zijn van de directie waarbij zij verklaart inspanningen te verrichten om te voldoen aan de criteria. Hiermee wordt aan

alle belanghebbenden zichtbaar gemaakt dat deze instellingen structureel bezig zijn met het ontwikkelen, optimaliseren en borgen van het infectiepreventiebeleid.

Om de situatie op het gebied van infectiepreventie en antibioticumgebruik transparant te maken is de IRIS-scan ontwikkeld. De IRIS-scan⁶ maakt een onderverdeling in risicoprofiel en verbeterthema's. Het opstellen van een risicoprofiel biedt enerzijds de mogelijkheid voor prioritering binnen een organisatie. Een afdeling/woongroep met een hoog risicoprofiel heeft een hogere prioriteit dan die met een laag risicoprofiel. Anderzijds biedt een risicoprofiel mogelijkheden om afdelingen/woongroepen binnen en buiten een organisatie onderling te vergelijken. De verbeterthema's tonen proces- en inhoudsmaten waarop de zorgprofessionals en/of de organisatie invloed kunnen uitoefenen.

Om inzicht te krijgen in het risicoprofiel van een organisatie wordt een prevalentieonderzoek gedaan naar de afhankelijkheid van hulp, decubitus, gebruik van urethra- en suprapubische katheters, gebruik van antibiotica en ESBL-*Enterobacteriaceae*-dragerschap. De verbeterthema's zijn onderverdeeld in mate van clonale verwantschap tussen ESBL-producerende bacteriën, juist gebruik van urethrakatheters, juist gebruik van antibiotica, omgevingscontaminatie, handhygiëne, randvoorwaarden infectiepreventie en naleving kledingvoorschriften en infectiepreventie structuurvoorwaarden. Deze IRIS-methode is met haar bundelaanpak en het visualiseren van de resultaten een bruikbaar gestandaardiseerd instrument voor het inzichtelijk maken van de situatie op het gebied van infectiepreventie, antibioticumgebruik en resistentie.

AMS binnen de verpleeghuiszorg

AMS is inmiddels gemeengoed binnen de ziekenhuizen, maar is niet zonder meer toepasbaar binnen de verpleeghuiszorg. Door subsidie van ZonMw is het mogelijk geweest om een project te starten voor het maken van een vertaalslag van AMS in ziekenhuizen¹¹ naar de verpleeghuissetting. Deze vertaalslag is beschreven in een handleiding met aanbevelingen en (verwijzingen naar) werkmaterialen.¹² Het doel van deze handleiding is om organisaties met verpleeghuiszorg (dat wil zeggen gericht op WLZ-geïndiceerde cliënten bij

wie het gaat om een integraal aanbod van verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding, welzijn en wonen) een praktische leidraad te bieden bij het opzetten en inrichten van AMS, die aansluit bij het 'Kwaliteitskader verpleeghuiszorg'. De aanbevelingen zijn geen richtlijnen maar zijn te beschouwen als mogelijke onderdelen van een 'gereedchapskist', die binnen het eigen samenwerkingsverband ingezet kan worden. Een van de belangrijkste conclusies van dit project was, dat antimicrobial stewardship in de V&V-sector zeker niet uitsluitend een taak van de arts is, zoals dat op dit moment in de meeste ziekenhuizen het geval is, maar dat verzorgenden en familie erbij betrokken moeten worden. Als werkmateriaal is zowel een FTO-module voor artsen als een e-learning voor verpleegkundigen en verzorgenden ontwikkeld en beschikbaar via de website van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM).¹³

Conclusie

De resultaten van de genoemde projecten laten zien dat de afstemming tussen het infectiepreventie- en antibioticumbeleid ook daadwerkelijk binnen de verpleeghuiszorg te realiseren is. Het is belangrijk dat kennis over dergelijke lokale en regionale initiatieven verspreid wordt, om ervoor te zorgen dat niet iedereen opnieuw 'het wiel hoeft uit te vinden'. Daarnaast is het van belang dat organisaties een bewuste keuze maken om inzicht in hun risico's en processen te verwerven en duurzame verbeterprocessen in te gaan. Ten slotte: er zijn vele wegen die naar Rome leiden, oftewel strategieën die bijdragen aan kwaliteitsverbeteringen op het gebied van infectiepreventie en antibioticumgebruik. In het algemeen is de kwaliteit van zorg gebaat bij standaardisatie. Daarmee is het mogelijk om prestaties van instellingen met elkaar te vergelijken voor interne kwaliteitsverbeteringen. Tevens zouden bewezen effectieve methoden bij voorkeur breder gebruikt moeten worden, om ervoor te zorgen dat er efficiënt met de beschikbare middelen wordt omgegaan.

Financiering

De verschillende systemen zijn gesubsidieerd door EurSafety Health-Net/EurHealth-1-Health, VWS en ZonMw.

Referenties

1. Stichting Werkgroep Antibioticabeleid, 2012. De kwaliteit van het antibioticabeleid in Nederland. Advies aangaande het restrictief gebruik van antibiotica en het invoeren van Antibiotica-teams in de Nederlandse ziekenhuizen en in de Eerste lijn. Zie: <http://www.swab.nl>.
2. Abad C, Fearday A, Safdar N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. *J Hos Infect.* 2010;76:97-102.
3. van Buul L, van der Steen JT, Veenhuizen RB, et al. Antibiotic use and resistance in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc.* 2012;13:586.e1-13.
4. Hoogenboom M, Smalbrugge M, Stobberingh EE, et al. Prevalence of antibiotic resistance of the commensal flora in Dutch nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14:336-9.
5. Nethmap 2017. Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands in 2016. DOI 10.21945/RMM-2017-0056.
6. Willemsen I, Kluytmans J. The infection risk scan (IRIS): standardization and transparency in infection control and antimicrobial use. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 2018; 7:38. DOI 10.1186/s13756-018-0319-z.
7. Eikelenboom-Boskamp A, Cox-Claessens JH, Boom-Poels PG, et al. Three-year prevalence of healthcare-associated infections in Dutch nursing homes. *J Hosp Infect.* 2011;78:59-62.
8. Eikelenboom-Boskamp A, Saris K, van Loosbroek M, et al. Prevalence of healthcare-associated infections in Dutch nursing homes: follow-up 2010–2017. *J Hosp Infect* (in press). DOI 10.1016/j.jhin.2018.08.011.
9. EurSafety Health-net. Euregionaal Netwerk voor Patiëntveiligheid en bescherming tegen infecties. Zie: <https://www.eursafety.eu/>.
10. EurHealth-1Health – Euregional Prevention Against Antibiotic Resistance and Infections. Zie: <http://www.eurhealth-1health.eu/>.
11. Stichting Werkgroep Antibioticabeleid, Praktijkgids Antimicrobial Stewardship in Nederland. Zie <http://www.swab.nl>.
12. ZZG Zorggroep. Handleiding Antimicrobial Stewardship binnen de verpleeghuiszorg. Zie: <http://www.zzgzorggroep.nl/wp-content/uploads/2018/03/Antimicrobial-Stewardship-binnen-de-verpleeghuiszorg.pdf>.
13. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Zie: <http://www.medicijngebruik.nl/>.