

Reactie op de commentaren

NVVH en NIV hebben laten weten geen commentaar te hebben.

ZN heeft laten weten geen commentaar te geven.

<i>Pagina- en regelnummer</i>	<i>Tekst</i>	<i>Commentaar op tekst</i>	<i>Reactie op de commentaren</i>
Samenvatting			
Verenso			
R 158	Hogere frequentie dan verwacht	Van welke verwachtingen wordt uit gegaan voor de Wet Langdurige Zorg? Binnen zorgorganisaties zijn prevalentie en incidentie niet in ruime mate aanwezig (een paar uitzonderingen daargelaten). Daarbij is de vraag of dit aan de infectiepreventie professional kan worden overgelaten.	In ziekenhuizen is prevalentie en incidentie wel bekend. Implementatie van de richtlijn zorgt er voor dat deze gegevens wel bekend zullen zijn. De infectiepreventie professional zal altijd in overleg treden met de verpleeghuisarts. Zie ook commentaar later.
Patiëntenfederatie			
		Wij beschikken over onvoldoende kennis van dit onderwerp om de richtlijn van inhoudelijk commentaar te voorzien. Vandaar dat we slechts enkele opmerkingen hebben als commentaar.	Ter kennis aangenomen.
		Goed dat er bij alle overwegingen expliciet aandacht is voor wensen/voorkeuren van patiënten. Ze komen alleen over alsof het in de verkeerde volgorde is geschreven. Normaliter volgt de aanbeveling op de conclusies en overwegingen.	Ter kennis aangenomen.
NVMM			
3.1		het lijkt ons zinvol om een indicatie te geven welke microorganismen zowiezo getypeerd moeten kunnen worden. Voorbeeld voor indicator organismen: MRSA, BRMO, Clostridium	Voorbeelden toegevoegd.
4.1		postcode gebied (alleen cijfers) icm met leeftijd en/of geboortjaar is onderscheidend in sommige gebieden en	Verwijderd.

		de privacy van de patient kan dus niet worden gewaarborgd. Is deze richtlijn juridisch getoetst aan de AVG?	
5.1		Inbrengen typeringsuitslag in OMT : voorkeur voor arts-microbioloog en/of MMM (uitleg: in ons centrum is soms een arts-infectioloog bij een OMT ipv arts-microbioloog. Dan is het nuttiger als de MMM de typeringsuitslag inbrengt.)	Afwijken van de richtlijn mag mits goed gemotiveerd. Tekst wordt niet aangepast.
8-188	Criteria leidinggevend professional	<p>Het grootste probleem betreft de criteria die worden gesteld aan de functioneel leiding gevende van een typeringslaboratorium.</p> <p>Deze definitie is anders dan de definitie die wordt gehanteerd in de eveneens recent gepubliceerde richtlijn voor moleculaire diagnostiek van infectieziekten.</p> <p>Wij stellen voor om deze definitie te hanteren. Het lijkt ons ondoenlijk om met twee verschillende definities over moleculaire diagnostiek te werken.</p> <p>Als de definitie wordt gehandhaafd dan volgt daar uit dat een arts-microbioloog niet functioneel leidinggevende kan zijn over typeringen.</p> <p>Het probleem is eenvoudig op te lossen door de definitie van vakinhoudelijke verantwoordelijkheid mbt complexe moleculaire diagnostiek over te nemen uit de richtlijn voor moleculaire diagnostiek van infectieziekten.</p> <p>Vakinhoudelijk verantwoordelijk voor complexe moleculaire diagnostiek</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimale kwaliteitscriteria voor de dagelijkse vakinhoudelijke verantwoordelijke voor complexe moleculaire diagnostiek van infectieziekten zijn aantoonbare klinische kennis en technische kennis blijkend uit: <ul style="list-style-type: none"> - registratie als MMM; - of eventueel: een registratie als arts-microbioloog en 	<p>Aanbevelingen in lijn gebracht met richtlijn moleculaire diagnostiek van infectieziekten.</p> <p><u>Ter info:</u> De richtlijn moleculaire diagnostiek van infectieziekten gaat over het diagnosticeren van infectieziekten bij de individuele patiënt.</p> <p>De richtlijn moleculaire typering in het kader van infectiepreventie gaat om het aantonen/uitsluiten van transmissie van micro-organismen binnen en/of tussen zorginstellingen. Het betreft specifieke technische-inhoudelijke vaardigheden om micro-organismen met elkaar te kunnen vergelijken. Klinische kennis is hierbij niet noodzakelijk. De specifieke kennis betreft: te gebruiken technieken, database opbouw en algoritmen.</p> <p>De artsen-microbioloog en deskundige infectiepreventie</p>

		samenwerking met een klinisch moleculair bioloog met aantoonbare ervaring in de moleculaire diagnostiek. Frequente en recente nascholing op het gebied van moleculaire diagnostiek is voor beiden noodzakelijk; - of eventueel: een registratie als arts-microbioloog met aantoonbare moleculaire achtergrondkennis op postacademisch niveau waarbij technische vaardigheden zijn opgedaan, zoals bijvoorbeeld een arts-microbioloog met een promotieonderzoek op een moleculair onderwerp. Frequente en recente nascholing op het gebied van moleculaire diagnostiek is noodzakelijk.	gebruiken vervolgens de typeringsuitslag als input voor mogelijke infectiepreventie maatregelen (zie hoofdstuk 5). De richtlijn moleculaire typering in het kader van infectiepreventie vraagt om een verdere technologische verdieping in vergelijking tot de richtlijn moleculaire diagnostiek van infectieziekten m.b.t. het uitvoeren van typering. Daarom hecht de commissie er waarde aan om de tekst te handhaven.
172	3 ^e en 4 ^e bullet (5.1)	Overbodig. Verwijderen	De werkgroep heeft dit commentaar plenair besproken en besloten om de twee bullets te handhaven voor de duidelijkheid
177	48 uur	Waarom? Het zijn aardige criteria, maar in de praktijk zeker niet altijd nodig. Ik zou "minimaal" vervangen door "bij voorkeur".	Aangepast.
181	2 ^e bullet (6.2)	Bij voorkeur i.p.v. minimaal; Als bij 177.	Aangepast.
185	7.1	Tabel met aanbevelingen over criteria van een "typeringslaboratorium" kan er helemaal uit. Typeren valt volledig onder ISO, avg, etc. Typering is immers niets meer dan een microbiologische bepaling met NZA code 070007.	De commissie wil de tekst handhaven vanwege het feit dat er een meer nauwkeurige specificatie op basis van ISO is beschreven.
H4 4.1	Hoofdstuk 4 Aanvraag van een typering en rapportage van de typeringsuitslag 163	Naar ons weten valt moleculaire typering in het kader van infectiepreventie buiten de reguliere zorg van de individuele patiënt. Patiënt-gebonden declaraties zijn niet mogelijk dus geen BSN nodig. Het verwerken van persoonsgebonden nummers zoals	Oneens. Verwijderd.

	<p>4.1 Welke gegevens verstrekt een medisch microbiologisch laboratorium minimaal aan 164 het typeringslaboratorium bij een aanvraag voor typering? 165</p> <p>☐ De volgende gegevens worden bij iedere aanvraag door het medisch microbiologisch laboratorium naar het typeringslaboratorium meegestuurd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - de vraagstelling voor typering van de infectiepreventie professional - de naam van de zorginstelling; - de species van het micro-organisme; - burgerservicenummer* van de persoon bij wie de stam geïsoleerd is; - leeftijd of geboortejaar; - postcodegebied waar de (mede)bewoner/patiënt verblijft of waar de zorgmedewerker werkzaam is (alleen de cijfers); - monsternummer in combinatie met het isolaatnummer of materiaalnummer; - afnamedatum van het materiaal; - het materiaal waaruit het micro-organisme geïsoleerd werd; - voor bacteriën bij voorkeur ook de gevoeligheidsbepaling van het micro-organisme. <p>☐ Bovenstaande gegevens moeten worden opgenomen in een</p>	<p>BSN/monsternummer/isolaatnummer/materiaalnummer is niet mogelijk zonder wettelijke uitzondering en/of toestemming van de patiënt.</p> <p>Het verstrekken van anonieme niet-herleidbare persoonsgegevens (leeftijd/geboortejaar, gecodeerd isolaatnummer, cijfers postcode) is wellicht onder voorwaarden wél toegestaan, maar dit zal getoetst moeten worden.</p> <p>De rode passages dienen aangepast of verwijderd te worden. Er kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van beveiliging via een TTP en in plaats van een monsternummer kan een verzendnummer worden gebruikt.</p>	<p>Aangepast.</p> <p>BSN aangepast. Monsternummer is volgens de werkgroep niet herleidbaar.</p>
--	--	---	---

	<i>typeringsdatabase (zie hoofdstuk 7). *indien BSN onbekend: patiëntnummer of locatie omgevingskweek</i>		
H4 4.1	Voor bacteriën bij voorkeur ook de gevoeligheidsbepaling van het MO	De gevoeligheidsbepaling is in onze ogen vaak niet nodig voor een typeringslab	Eens. Echter de gevoeligheidsbepaling kan nodig zijn voor de keuze van de typeringstechnologie. Voor de uniformiteit is het daarom beter dat de gevoeligheid altijd wordt aangeleverd.
H4 4.2	Het type	Is AFLP niet meer toegestaan als typeringsmethode of wordt hier lokaal/regionaal cluster bedoeld?	Elke gevalideerde methode is toegestaan. In de overwegingen staat: Bij typering wordt een type nummer toegekend aan een isolaat. Dit kan een bekend type zijn of een nieuw type. Wanneer het een bekend type is, wordt relevante informatie over dit type opgenomen in de typeringsuitslag. Wanneer het een nieuw type betreft, wordt een nieuw typenummer toegekend. Het 2 ^{de} deel van de vraag begrijpt de werkgroep niet.
H5 5.1	Inhoud gehele tabel	Wij vinden deze aanbevelingen te gedetailleerd en betuttelend en zijn van mening dat dit niet op deze wijze in een RL opgenomen moet worden. Het is de verantwoordelijkheid van de professional om te besluiten wat er voor de uitslag van een bepaalde	De commissie vindt het jammer dat dit als betuttelend ervaren wordt. Het doel van deze aanbevelingen is een uniforme werkwijze.

		typeringsaanvraag allemaal gedaan moet worden.	
H6 6.1	snellheid van typeringsuitslag: bij voorkeur binnen 48 uur maar uiterlijk na twee werkdagen na ontvangst van materiaal geschikt voor typering	<p>Praktisch niet (altijd) haalbaar en biedt weinig tot geen ruimte voor herhalingen en/of confirmaties. Tevens beperkt het vaststellen van een uiterlijke tijd tot typeringsuitslag de mogelijkheden voor het samenvoegen en gelijktijdig uitvoeren van typering van isolaten die bij dezelfde vraagstelling behoren, maar die verspreid over de tijd aangeboden worden bij het typeringslaboratorium. Met een maximale tijd tot typeringsuitslag wordt er voorbij gegaan aan de mate van urgentie van de aanvraag.</p> <p>Om deze redenen gaarne de richtlijn beperken tot een (sterke) voorkeur voor de snellheid van typeringsuitslag binnen 48 uur na ontvangst van materiaal geschikt voor typering.</p>	<p>Oneens. Herhaling en confirmatie zijn uitzonderingen.</p> <p>Aanbevelingen aangepast.</p> <p>Aangepast.</p>
H6 6.1	Gebruik bij voorkeur (inter)nationaal gebruikte typeermethoden waarvan de data uitwisselbaar zijn.	Er staat weliswaar bij voorkeur, maar in hoeverre is dat bindend, haalbaar en wenselijk. Voor sommige vraagstellingen zijn snellheid, gemak en kosten belangrijker dan de mogelijkheid om data uit te wisselen.	<p>“Bij voorkeur” is niet bindend.</p> <p>Eens met commentaar. De richtlijn biedt ook deze mogelijkheid mits een gevalideerde methode gebruikt wordt.</p>
H6 6.2	Voor ingebruikname is de typeermethode gevalideerd tussen de typeringslaboratoria binnen eenzelfde zorgregio.	Kan iedereen die aan de richtlijn kan voldoen zich een typeringslab noemen? Wie bepaalt welke methode gebruikt gaat worden? Het ene lab kan bijvoorbeeld aan de richtlijn voldoen middels (cg)MLST en het andere lab middels MLVA. Maar deze methoden zijn lastig met elkaar te valideren want er is geen gouden standaard. Bovendien zouden methoden dan voor alle MO gevalideerd moeten worden.	<p>Klopt. Iedereen kan typeerlab zijn mist men aan de richtlijn voldoet.</p> <p>Binnen de zorgregio moet overleg zijn over de te gebruiken typeermethode. Overwegingen zijn aangepast.</p>
H6 6.2	Indien de gebruikte typeermethode digitale data-uitwisseling niet toelaat voor een specifiek MO, dienen	Deze aanbeveling staat binnen de paragraaf over eisen die gesteld worden bij verdenking op verspreiding of transmissie tussen zorginstellingen binnen een zorgregio.	De werkgroep begrijpt het commentaar niet.

	typeringslabs gebruik te maken van deze database, met geanonimiseerde gegevens.	Indien er al een verdenking is, lijkt het ons niet nodig om data uit te kunnen wisselen want dan kunnen ook stammen uitgewisseld worden. Data uitwisseling lijkt ons voornamelijk cruciaal om onverwachte verspreiding op te merken.	
H7 7.2	Criteria leidinggevende professional	Ook een arts-microbioloog die voldoet aan de aantoonbare ervaring moet leidinggevende kunnen zijn.	Zie eerder.
H7 7.2	Deelname aan gerichte nascholing	Of aantoonbare deelname van maken of weg laten	Aangepast.
VHIG			
157	Aanbeveling: indicatie voor typering	Dit is niet noodzakelijkerwijs uitsluitend zo. Wanneer er een op zichzelf staande bijzondere bevinding is, bijvoorbeeld een <i>Acinetobacter baumannii</i> , is het wenselijk dat deze getypeerd wordt, zonder dat er een vermoeden van transmissie is. Het besluit om te adviseren om wel of niet te laten typeren ligt bij de infectiepreventie professional.	Eens. Echter dit is een uitzonderings situatie. Tekst blijft gehandhaafd.
H1 Algemene inleiding			
Verenso			
P9 r 205 - 208	Interpretatie in perspectief aanvraag	Wat wordt met deze zin bedoeld? Het is een lange zin waarbij de bedoeling op verschillende manieren interpreteerbaar is voor de lezer .Graag veranderen.	Mee eens. Is aangepast.
P11 r 291	Beoogde gebruikers	Specialisten ouderengeneeskunde zijn geen medisch specialist, maar wel arts. Dus hier zou arts in zijn algemeenheid kunnen worden benoemd als een van de beoogde gebruikers. Daar vallen zowel medisch specialisten als specialisten ouderengeneeskunde onder.	Aangepast.
NVMM			
p. 10, r.254	Deze richtlijn sluit aan bij de volgende bestaande richtlijnen.	Graag toevoegen: NVMM richtlijn Moleculaire Diagnostiek van Infectieziekten. Verwijzing naar ISO15189 zou ook wenselijk zijn.	Goed punt. Is toegevoegd.
Definities		Moleculair gedefinieerde uitbraak: 'genetisch niet te	Het uitvoeren van WGS verruimt

		onderscheiden' Deze term is met de huidige WGS technieken wellicht niet helemaal adequaat meer, dan valt er wel (een minimaal) onderscheid te maken tussen stammen binnen een uitbraak.	wellicht de definitie van genetische identiteit, maar het principe blijft hetzelfde.
P9-r205-208	Landelijk gestandaardiseerde indicatiestelling voor typeren gecombineerd met een goede interpretatie in perspectief aanvraag en rapportage van typeuitslagen waarvan de data uitwisselbaar zijn, zijn essentieel om transmissie in een vroeg stadium te signaleren en objectiveren.	Zin klopt niet/zin loopt niet	Verwijderd.
P11-tabel	Definitie infectiepreventie professional	"Artsen-microbiologen" moet zijn "Artsen-microbioloog"	Aangepast.
P13-r320	LCI richtlijnen. Geraadpleegd	Moet zijn: "LCI richtlijnen. Geraadpleegd"	Aangepast.
VHIG			
Pg9/191-210	Aanleiding voor het maken van de richtlijn.	Moleculaire typering is niet alleen geschikt voor BRMO's maar ook voor het uitsluiten van een verheffing van potentieel pathogenen/overige micro-organismen. Er wordt suggereert dat het alleen geschikt is voor BRMO's.	Correct. Is aangepast in 1.6.
Pg 10 /Regel 252	Type-Ned MRSA	Type Ned CPE toevoegen	Aangepast.
Pg 11/ Regel 297	diversiteitsindex	Elders (regel 1311) wordt een minimum van 0,8 benoemd: moet je daar hier iets over zeggen? Zegt dit wat over de mate van overeenkomst? Hoe verhoudt dit zich tot het discriminerend vermogen?	Voor achtergrondinformatie staat een referentie vermeld: Blanc et al., 1998.
Pg 11 /Regel 297	Discriminerend vermogen	Toevoegen aan de definities en begrippen. Zegt wat over de mate van onderscheid. Wordt wel genoemd in regel 1354 en is daar ook een eis aan verbonden? Minimaal....?	Definitie toegevoegd. Nee, er is geen eis aan verbonden. Dit is een validatie.
Pg 11/ Regel 297	Epidemiologische relatie	Epidemiologische link is een al veelgebruikte term (ook in dit document bij de definitie uitbraak en in regel 1019 en regel 1109): eenheid van taal: mogelijk relatie vervangen door link of andersom	Terecht punt. Gekozen voor epidemiologische relatie.

297	Cluster / moleculair gedefinieerde uitbraak	Toch is het niet noodzakelijk een uitbraak als er twee genetisch identieke stammen worden gevonden. Als het bijvoorbeeld 2 patiënten met eenzelfde type E.coli ESBL worden gevonden is dat nog niet noodzakelijkerwijs een moleculair gedefinieerde uitbraak.	Mee eens. De definitie sluit dit ook niet uit. Er staat "passend binnen een epidemiologisch verband".
297	Isolaat = micro-organisme verkregen uit klinisch materiaal	Hoe benoemen we dan een micro-organisme verkregen uit omgevingsonderzoek, zoals bijvoorbeeld een doucheput	Aangepast.
297	Zorginstellingen =...	Benoemen of thuiszorg hierbij hoort. Juist in de thuiszorg wordt frequent transmissie gezien	Afbakening richtlijn is aangepast (zie 1.3)
H2 Methodiek richtlijnontwikkeling			
Verenso			
P 24 r 598	Verenso specialisten in oudereng	Verenso, verenging van specialisten ouderengeneeskunde .	Aangepast.
NVMM			
P14-r339	Wetenschappelijk verenigingen	Moet zijn "Wetenschappelijke verenigingen"	Aangepast.
P15-r394	van Ree-Luderer	Moet zijn "van Rhee-Luderer"	Aangepast.
P25-r627	bedoeld	Moet zijn "bedoelt"	Aangepast.
P15-r404	Moleculair Medisch Microbioloog	Moet zijn "medisch moleculair microbioloog"	Aangepast.
2.5, p 17	Tabel belangenverklaringen	Wij vinden het niet gepast dat de voorzitter van de werkgroep persoonlijke financiële belangen en overige belangen heeft.	Het overzicht belangenverklaringen is tijdens een vergadering met de werkgroep besproken en kortgesloten met de commissie kwaliteit van de NVMM. Er is beoordeeld dat er geen sprake is van potentiële belangenverstrengeling, omdat de richtlijn niet over specifieke moleculaire testen gaat, maar over de eisen waar deze testen aan moeten voldoen.

			Binnengekomen commentaar op deze eisen worden verwerkt conform overige commentaren.
2.8, p 23, r562-573	De richtlijn werd voorgelegd aan de WMDI, waarna commentaren verzameld werden.	Wat wordt hiermee bedoeld? Het WMDI bestuur heeft deze concept richtlijn niet eerder gezien dan in de commentaar fase waarin de richtlijn nu zit.	Door omstandigheden heeft de voorzitter van de WMDI de richtlijn niet kunnen voorleggen en bespreken.
3.1 Wat is de indicatie voor het typeren van micro-organismen in het kader van infectiepreventie binnen één zorginstelling?			
Verenso			
P 29 r 738,739	Nadelige effecten verminderen van welbevinden	Naast het verminderen van welbevinden is het en nadeel voor de patiënt om niet aan geïndiceerde behandelingen tgv strikte isolatiemaatregelen-kamerverpleging te kunnen deelnemen. Voorbeelden hiervan zijn: niet naar de Fysiotherapieruimte en andere revalidatietherapieën kunnen gaan, niet kunnen deelnemen aan depressiebehandelingen door psycholoog zoals activiteitentherapieën of groepstherapieën. Hierdoor kan patient niet altijd adequaat behandeld worden!	Tekst is aangepast.
738/742		Het gaat hierbij om de afweging tussen belangen van het individu en belang van de publieke gezondheidszorg. In de procedures moeten voldoende checks en balances worden ingebouwd om op individueel niveau hier recht aan te doen. In zorginstellingen hebben specialisten ouderengeneeskunde een centrale rol hierin. Graag hierover iets toevoegen.	Terecht punt. Gezien de implementatie van de richtlijn heeft de commissie besloten dat de huidige versie niet haalbaar is voor verpleeghuizen. Tekst hoeft derhalve nu niet aangepast te worden. Bij afbakening richtlijn is de volgende tekst toegevoegd: Ter info: deze richtlijn zou moeten gelden voor alle zorginstellingen. Vanuit het oogpunt van haalbaarheid beperkt de huidige

			versie zich voorlopig uitsluitend tot ziekenhuizen. Na implementatie binnen ziekenhuizen is het de bedoeling additioneel modules te ontwikkelen voor implementatie binnen verpleeghuizen, woonzorgcentra en thuiszorg.
758	Indien een micro-organisme in een hogere frequentie voorkomt dan normaal.	Zie bovenstaand ; wat is normaal voor de Wet Langdurige Zorg? Welke cijfers houdt men aan of laat men dit ter beoordeling aan de infectiepreventie professional?	Zie eerder.
P 30 r 793	Verminderen welzijn	En niet kunnen participeren aan behandelingen, zie boven P29, regel 738 en 739	Aangepast.
NVMM			
regel 711		verdenking op transmissie: moet er dan ook niet getypeerd worden ihkv surveillance zodat de baseline bekend is?	Voor sommige micro-organismen kan dit van toegevoegde waarde zijn. Het is aan de infectiepreventie professional om surveillance in te stellen.
regel 816		'Met dezelfde karakteristieken' blijft heel vaag	Eens. De werkgroep laat dit over aan de expertise van de infectieprofessional.
p. 31, regel 816	Aanbeveling	Niet in alle gevallen mee eens. Bij bijvoorbeeld het vermoeden van een Norovirus uitbraak wordt er in de praktijk vaak geen typering verricht.	Eens. De aanbeveling laat ook de ruimte om dat in dit geval niet te doen.
Algemeen 3.1		Voor de kosten van typering wordt benoemd dat dat op patiëntniveau geregeld zou moeten worden. Is het niet logischer om dat op een hoger niveau te regelen, dus geen directe kosten voor de patiënt maar vergoeding op instellingsniveau, bij voorkeur door de koepel van de betreffende zorginstelling te regelen.	Het is de bedoeling om dit inderdaad op een hoger niveau te regelen. Tekst is aangepast.
P30, r790	De aanbevelingen zijn aanvaardbaar als de kosten voor typering door de	Kunnen wij hieruit opmaken dat zolang de kosten voor typering niet door de ziektekostenverzekering vergoed	Implementatie gaat wel door. Voor de continuïteit van de uitvoering

	ziektekostenverzekering worden vergoed	worden, men niet aan de aanbevelingen hoeft te voldoen?	van deze richtlijn is financiering nodig.
P31, r813	De aanbevelingen zijn alleen aanvaardbaar op voorwaarde van voldoende financiering	Kunnen wij hieruit opmaken dat als er geen financiering komt, men niet aan de richtlijn hoeft te voldoen?	Implementatie gaat wel door. Voor de continuïteit van de uitvoering van deze richtlijn is financiering nodig.
VHIG			
711	'verdenking op transmissie binnen een zorginstelling'	Bij verdenking op transmissie is er dus al zodanige verspreiding gezien van vergelijkbare stammen (zonder dat typering al is uitgevoerd), dat uiteindelijke typering niet meer bijdraagt aan voorkomen van verspreiden. ← dit geldt op meerdere zinnen in deze conceptrychlijn. 'Verdenking op transmissie of de mogelijkheid op transmissie' → wanneer er bijvoorbeeld omgevingskweken, zoals van doucheputten, afgenomen zijn en de stammen getypeerd dienen te worden.	Niet mee eens. Het feit dat stammen vergelijkbaar lijken betekent nog niet dat ze dat ook daadwerkelijk zijn. Dit blijkt pas met zekerheid uit de typeringsuitslag en follow up van typering van nieuwe isolaten. Daarom is het van belang dat een verdacht isolaat meteen wordt getypeerd. Alleen zo kan men aantonen welke isolaten wel en welke niet tot een mogelijke uitbraak behoren. Momenteel vind deze typering te vaak achteraf plaats en dan is het commentaar terecht. Het is de bedoeling dat aan de hand van deze richtlijn typering eerder plaats vinden.
Pg29-735	Doordat transmissie...	Doordat verdere (of extra) transmissie... (er is immers al transmissie)	Correct. Aangepast.
Pg30/777-780	Op patiënten niveau...	Denk hierbij ook aan niet patiëntenmateriaal zoals bijvoorbeeld omgevingskweken, luchtmonsters enz.	Mee eens. Ook omgevingskweken zijn in het belang van de patiënt. Hoeft niet onder kosten vermeld te worden.
750	'Aantonen/uitsluitend van transmissie of aantonen besmetting vanuit	Dit is niet noodzakelijkerwijs zo. Wanneer er een op zichzelf staande bijzondere bevinding is, bijvoorbeeld	Zie hoger.

	gemeenschappelijke bron...'	een <i>Acinetobacter baumannii</i> , is het wenselijk dat deze getypeerd wordt, zonder dat er een vermoeden van transmissie is.	
760	Bij vermoeden van transmissie is het <u>noodzakelijk</u> dat isolaten die mogelijk gerelateerd zijn worden getypeerd...	Dit is te stellig, het kan geïndiceerd zijn afhankelijk van de beschikbare epidemiologische data , maar noodzakelijk niet.	Aangepast.
761	... isolaten die mogelijk gerelateerd zijn worden getypeerd	Dit impliceert dat er ook look back mogelijk moet zijn. Zijn er afspraken over het invriezen van stammen, zodat het achteraf typeren van eerder geïsoleerde stammen mogelijk is? Dat is dan wel een vereiste. Daarvoor moet dan ook financiering van het invriezen worden meegenomen, aangezien -80°C ruimtes kostbaar zijn.	Tekst aangepast.
767	... op termijn leiden tot een kosten daling	Dit wordt in de richtlijn meerdere malen benoemd. Echter, de zorginstelling zal dit rendement niet zien. Daarnaast is er in een outbreak een afkappunt waarop de indicaties voor typeren kunnen verschuiven. Het lijkt meer dat dit een verwachting/hypothese is. Is er al een reële situatie bekend waarin deze aanname hard is bevestigd?	Zie publicatie waarnaar wordt verwezen.
777	Op patiënten niveau.....	De vraag is of de zorgverzekering van de patiënt deze kosten zal gaan dekken. Het is niet de individuele patiënt die rendement heeft van het typeren! Dat is de zorg instelling. Kosten van typering bij omgevingsonderzoek liggen nu sowieso bij de instelling. Dit kan enorm oplopen. Juist in brononderzoek, controlekweken na desinfectie etc. worden grote hoeveelheden kweken afgenomen, waarbij flink getypeerd wordt. Dit levert enorme kosten op, die nergens verhaald kunnen worden. De vraag is of zorginstellingen dit gaat/blijven doen. N.B.: Het lijkt logisch te verwachten dat zorginstellingen deze richtlijn pas accepteren, wanneer er duidelijkheid is	Correcte constatering. Ter kennis aangenomen.

		in de financiële consequenties.	
790	De aanbevelingen voor de zorginstellingen zijn aanvaardbaar als...	Voorbijgegaan wordt aan de kosten voor typering van omgevingsmonster en medewerkers, bijvoorbeeld bij een CRE-outbreak. In het kader van outbreak management zouden deze ook vergoed moeten worden, mits de typering met verstand en in overleg met deskundigen uitgevoerd wordt. Dit is nu voor verpleeghuizen wel het geval maar voor ziekenhuizen niet. Dit is een cruciaal voor het stellen van een norm in typeren.	Tekst aangepast.
798	... maar tot een doelmatiger infectiepreventie beleid	Of het infectiepreventie beleid doelmatig is, is nog maar de vraag. Meer op z'n plaats lijkt het om te spreken van 'gericht infectiepreventie beleid'	Aangepast.
814	...voldoende financiering	Essentieel, omdat de AMB en de MMB typering niet de uiteindelijk besliser tot uitputtend typeren zijn. Daarover beslist uiteindelijk de bestuurder. Het is meerdere malen in deze concept richtlijn benoemd dat de microbioloog aanvrager van de typering is, maar dat is niet in elke situatie zo.	De werkgroep begrijpt het verbad van het commentaar niet. De werkgroep kan nergens in de richtlijn vinden dat de microbioloog aanvrager is van typering.
3.2 Wat is de indicatie voor het typeren van micro-organismen in het kader van infectiepreventie tussen verschillende zorginstellingen?			
NVMM			
p. 33, regel 901	Aanbeveling	Niet in alle gevallen mee eens. Bij bijvoorbeeld het vermoeden van een Norovirus uitbraak wordt er in de praktijk vaak geen typering verricht.	Eens. De aanbeveling laat ook de ruimte om dat in dit geval niet te doen.
VHIG			
868	... uitwisselen van epidemiologische data...	Voordat er gesproken kan worden over uitwisselen van epidemiologische data, zal er eerst consensus moeten zijn over screenings- en kweekbeleid in de zorginstellingen. Op dit moment komt het voor dat er zorginstellingen zijn, die geen duidelijk inzicht hebben in de epidemische situatie om dat er niet voldoende en niet voldoende gericht wordt gescreend. Dan is het lastig te	Klopt. Echter hier gaat de richtlijn niet over.

		<p>herkennen of er eventueel transmissie is. Voordat dit punt (typering) wordt bereikt is consensus in kweekstrategie nodig.</p> <p>Praktisch is bijvoorbeeld het adviseren van verpleeghuizen, rond een ziekenhuis met een outbreak, over de te volgende kweek strategie. (actieve surveillance)</p> <p>Dan hebben we nog het verschil in typeringmethodes. Nu kan de situatie bestaan dat in twee buurziekenhuizen de ene ESBL met ALFP wordt getypeerd en in de andere met MLST; dan zijn het data die gebaseerd zijn op twee verschillende methodieken .</p>	Correct.
884	Geeft zorg instellingen inzicht of...	Zie hierboven	
4.1 Welke gegevens verstrekt een medisch microbiologisch laboratorium minimaal aan het typeringslaboratorium bij een aanvraag voor typering?			
Verenso			
961	Het aantal patiënten betrokken bij een uitbraak	Lastig vast te stellen aan begin, varieert in de tijd, hoe vindt bijstelling plaats? Kan daar in de richtlijn nog iets over worden opgenomen?	<p>Zie eerder.</p> <p>In ziekenhuizen is prevalentie en incidentie wel bekend. Implementatie van de richtlijn zorgt er voor dat deze gegevens wel bekend zullen zijn. De infectiepreventie professional zal altijd in overleg treden met de verpleeghuisarts. Zie ook commentaar later.</p>
P 35 r 970	Infectiepreventie professional	Verpleeghuizen, ggz, etc instellingen hebben lang niet altijd een contract met arts microbioloog of DI of een gemandateerde professional om hieraan uitvoering te geven. Dit dient dan wel eerst voor alle zorginstellingen geregeld te zijn, en indien gemandateerd dient deze goed geschoold te worden in wanneer en hoe aan te	<p>Zie eerder.</p> <p>Terecht punt. Gezien de implementatie van de richtlijn heeft de commissie besloten dat de huidige versie niet haalbaar is voor</p>

		vragen en met welke vraagstelling. Dit is een randvoorwaarde om de in de richtlijn verwoorde aanbevelingen te kunnen implementeren. Op dit moment kan dat in zorginstellingen bemoeilijkt worden omdat deze randvoorwaarden niet aanwezig zijn. Kan in de richtlijn daarover nog iets worden opgemerkt in een hoofdstuk organisatie van zorg?	verpleeghuizen. Tekst hoeft derhalve nu niet aangepast te worden. Bij afbakening richtlijn is de volgende tekst toegevoegd: Ter info: deze richtlijn zou moeten gelden voor alle zorginstellingen. Vanuit het oogpunt van haalbaarheid beperkt de huidige versie zich voorlopig uitsluitend tot ziekenhuizen. Na implementatie binnen ziekenhuizen is het de bedoeling additioneel modules te ontwikkelen voor implementatie binnen verpleeghuizen, woonzorgcentra en thuiszorg.
992-999	Het burgerservicenummer...geanonimiseerd te worden	Hoe kan aan de ene kant het BSN-nummer van patient worden gebruikt en aan de andere kant staat geschreven dat gegevens dusdanig genoteerd worden dat ze zo min mogelijk naar de cliënt te herleiden moeten zijn?	Is aangepast.
NVMM			
p. 36, regel 1049	postcodegebied waar de (mede)bewoner/patiënt verblijft of waar de zorgmedewerker werkzaam is (alleen de cijfers)	In de dagelijkse praktijk is deze informatie bij het versturen van de stam door het lab naar een typeringslab niet altijd bekend. Ook is niet altijd bekend of het om een patient/bewoner of medewerker gaat. Het zou wenselijker zijn als deze informatie door de deskundige infectiepreventie in een later stadium kan worden aangeleverd (zoals bijv bij TypeNed MRSA/CPE nu ook al het geval is).	Postcodegebied is verwijderd.
		Naam van zorginstelling is privacygevoelig en vereist een sluitende afspraak van betrokken partijen en is wat mij betreft ook niet nodig.	Onjuist dat het niet nodig is. Om transmissie tussen zorginstellingen te kunnen aantonen, is de naam van

		Zelfde geldt voor BSN. Leeftijd, postcodegebied en materiaal zijn niet relevant voor het typeringslaboratorium tenzij in samenspraak met de aanvrager een nadere analyse wordt gedaan.	de zorginstelling wel nodig. Correct dat een sluitende afspraak nodig is. Overwegingen in 4.1 en 4.2 aangepast. Leeftijd en postcodegebied zijn verwijderd. Materiaal is van belang in het kader van de interpretatie.
P35, r988-990	Voor (individuen van) instituten die niet de rol van behandelaar hebben dient de identiteit van de zorginstelling waar het micro-organisme geïsoleerd werd, geanonimiseerd te worden.	Onduidelijk wat er met behandelaar wordt bedoeld (staat niet bij 'definities en begrippen'). Men zou denken dat behandelaar de behandelend arts(-microbioloog) is. Daarmee is een extern typeringslaboratorium per definitie geen behandelaar en moeten alle gegevens dus geanonimiseerd worden. Hoe wordt dan bepaald of er een uitbraak is tussen zorginstellingen, als het allemaal anoniem verwerkt is?	Aangepast.
P35, r 997-999	Voor individuen en instituten die niet de rol van behandelaar hebben dient de identiteit van de persoon bij wie het micro-organisme geïsoleerd werd geanonimiseerd te worden.	Onduidelijk wat er met behandelaar wordt bedoeld (staat niet bij 'definities en begrippen'). Men zou denken dat behandelaar de behandelend arts(-microbioloog) is. Daarmee is een extern typeringslaboratorium per definitie geen behandelaar en moeten alle gegevens dus geanonimiseerd worden. Hoe wordt dan bepaald dat er identieke isolaten van één persoon zijn getest en wellicht worden geduid als transmissie?	Aangepast.
VHIG			
988	Voor instituten die niet de rol van de behandelaar hebben ...	Is het mogelijk om als zorginstellingen met een outbreak zelf actief de epidemiologische geschiedenis/spreiding van identieke stammen op te zoeken in de typeringsdatabase ? Dus met een query o.i.d.? Dit doet wel recht aan het doel van deze richtlijn, namelijk snel	Dat is op termijn de bedoeling voor alle infectiepreventie professionals.

		gegevens over (mogelijke) transmissie boven tafel te krijgen en dus bijzonder gewenst. Ook voor deskundigen infectiepreventie toegankelijk graag. Voordat het zover is moet deze data base nog opgezet worden of is het een uitbreiding op Type Ned?	
1049	Gegevens voor het typeringslab...	Het typeringslab moet eigenlijk alleen maar de typering uitvoeren. Anders bestaat het risico dat typeringslab zich gaat bemoeien met uitbraakmanagement en interpretatie van epidemiologische data: iets wat er absoluut niet mag gebeuren. Daarom lijkt het <u>onnodig en ongewenst</u> dat het typeringslab de volgende zaken moet verkrijgen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Naam van de zorginstelling ○ Postcodegebied waar de (mede)bewoner/patiënt verblijft of waar de zorgmedewerker werkzaam is (alleen de cijfers); ○ Monsternummer in combinatie met het isolaatnummer of materiaalnummer ○ Afname datum van het materiaal ○ Het materiaal waaruit het micro-organisme geïsoleerd werd ○ Voor bacteriën bij voorkeur ook de gevoeligheidsbepaling van het micro-organisme. 	In de richtlijn staat niet dat het typeerlab zich gaat bemoeien met uitbraakmanagement of interpretatie van epidemiologische data. Onjuist. Zie professioneel perspectief. Een aantal gegevens zijn verwijderd. Zie eerder.
4.2 Wat rapporteert het typeringslaboratorium minimaal naar het aanvragende medisch microbiologische laboratorium?			
NVMM			
p. 38, regel 1098/99	De afkapwaarden om te bepalen of isolaten identiek zijn, zijn afhankelijk van de gebruikte, hiervoor gevalideerde methode	Graag toevoegen dat het typeringslab deze afkapwaarden (indien beschikbaar) vermeldt op de uitslag.	Goed punt. Toegevoegd.
p. 38, regel	Identieke isolaten, al dan niet afkomstig	Wat hier helaas ontbreekt is wie de	Overwegingen aangepast als volgt:

1106/07/08	van andere zorginstellingen, worden herkend door een nieuwe typeringsuitslag te vergelijken met andere uitslagen in de typeringsdatabase. Hiermee wordt uit de database (inter)regionale verspreiding herkend.	verantwoordelijkheid heeft voor het herkennen van regionale verspreiding. Dit lijkt logischerwijs het typeringslab, maar is nu onduidelijk. Daarnaast zou het wenselijk zijn als er afspraken/aanbevelingen komen over welke info er vanuit het typeringslab gedeeld wordt met de betreffende zorginstellingen, indien er sprake is van regionale verspreiding.	<p><u>Het typeringslaboratorium vermeldt op de uitslag het voorkomen van eventuele andere isolaten met een identiek typeringsresultaat inclusief isolatiedatum. Hierbij wordt de anonimiteit van de herkomst van andere isolaten geborgd. Binnen en tussen zorgregio's zullen afspraken gemaakt moeten worden over het ontsluiten van de data. Hiermee wordt u</u></p> <p>Door deze vergelijking it <u>de database kan</u> (inter)regionale verspreiding <u>worden</u> herkend. Tevens kan een bepaald type met hoge prevalentie in de bevolking aanwezig zijn zonder epidemiologische ink <u>relatie</u> of een nieuw/onbekend type herkend. Ook internationaal vermaarde typen worden meteen herkend waarvan bewezen is dat hun epidemiologisch potentie tot verspreiding groot is.</p>
p. 39, regel 1132	Aanbevelingen	Graag toevoegen: Indien het een experimentele typeermethode betreft, die niet valt onder de scope van het laboratorium, zal dit op de uitslag vermeld worden.	Dat valt onder ISO. Wordt niet toegevoegd.
P38, r 1090	Type en groep waarbinnen type valt	Bij sommige typeringstechnieken wordt geen type verkregen. Voor bepaalde vraagstellingen hoeft dit geen probleem te zijn want is alleen een mate van overeenkomst tussen getypeerde stammen nodig.	Klopt. Echter, er zal altijd een type toegekend moeten worden. Vergelijking is anders niet mogelijk.

VHIG			
Pg35/Regel 1006 en regel 1049	Cijfers van het postcode gebied waar de bewoner/patiënt verblijft	Deze omschrijving geeft mogelijk verwarring: je hebt op regel 986 al de naam van de zorginstelling gegeven als je het hebt over verblijf lijkt het alsof je de zorginstelling bedoelt of wordt hier echt alleen de postcode waar de patiënt woont bedoeld, zijn/haar huisadres?	Postcode is verwijderd.
5.1 Op welke wijze vindt de epidemiologische interpretatie van een typeringsuitslag plaats?			
NVMM			
p. 42, regel 1327	Het verslag wordt ter beschikking gesteld aan betrokken partijen en zorginstellingen.	Het is onze mening dat dit in de praktijk alleen maar vragen oproept. Voor welk probleem is deze aanbeveling de oplossing?	Niet mee eens.
Regel 1237		“Het typeringslab is verantwoordelijk voor de verslaglegging” , ipv arts-microbioloog, aangezien de uitslagen in de voorgaande zin al besproken zijn binnen het team, kan de daadwerkelijke verslaglegging ook in handen van een andere professional liggen (bijv MMM)	Onjuist. Het typeringslab is alleen verantwoordelijk voor de typeringsuitslag zonder epidata.
Verenso			
P 41 1202	Ip professionals	Zie eerdere opmerking, pagina 35 regel 970	Zie eerder.
P 41 1237	Idem	Met wie wordt eea besproken indien instelling geen IP professional heeft	Zie eerder.
		Ook hier weer centraal het belang van de samenleving versus het belang van het individu. Er wordt gesteld dat dit in wet en regelgeving geregeld moet worden. Wat nu als dit niet of onvoldoende gebeurt. Vervalt dan de richtlijn?	Zie eerder.
VHIG			
39/1149	microorganismen	micro-organismen	Aangepast.
40/1171-1184	Waarden en voorkeuren.	Denk naast patiëntendata ook aan omgevingsdata.	Hoort hier niet.
1170	Hele paragraaf: waarden en voorkeuren	Het lijkt niet verenigbaar dat patiënten en personeel hun privacy en consent inleveren voor algemeen belang van infectiepreventie maatregelen.	Niet mee eens. Dit is al de praktijk.

		<p>Juist omdat de patiënten die het betreft het meest de effecten merken van nader getypeerde en gerelateerd bevonden stammen.</p> <p>In deze paragraaf wordt voorbij gegaan aan het eigendom van de data die voortkomen uit omgevingsbron-onderzoek. Het is dan weliswaar niet zo dat de privacy van een zorginstelling/ziekenhuis geschaad kan worden, maar wel het imago van het ziekenhuis.</p> <p>Zo heeft een ziekenhuis met een recente outbreak vanuit verschillende groepen en organisaties vragen gekregen over de borging van de patiëntveiligheid. Het is belangrijk dat dit soort dynamiek beheerst kan worden door de eigenaar van de getypeerde stammen.</p>	
1191	Door vroegtijdig transmissie.....	Het vroegtijdig signaleren van (mogelijke) transmissie en het hierdoor voorkomen van kostbare sluiting is zeker een feit., maar dit is al aan de orde zonder dat de typering bekend is	Onjuist. Zie eerder.
1194	Zorginstellingen die onder de wet langdurige zorg vallen	Er moet dringend een oplossing komen voor de kosten die gepaard gaan bij outbreak management in de ziekenhuizen. Een recente casus laat zien dat dit kan oplopen tot > € 1.000.000. Microbiologische typering van stammen is hierbij een niet onbelangrijke kosten post. De calamiteitenverzekering van het ziekenhuis vergoedt hiervan slechts een fractie (plafond 100.000)	Ter kennis genomen.
6.1 Welke eisen worden gesteld aan moleculaire methoden voor typering van micro-organismen in het kader van infectiepreventie bij verdenking op transmissie binnen een zorginstelling?			
Verenso			
1344		Wat als er geen financiële vergoeding is of als de typeringen op het budget van de zorginstellingen gaat drukken zonder compensatie?	Implementatie gaat wel door. Voor de continuïteit van de uitvoering van deze richtlijn is financiering nodig.

1354	aanbeveling	Typeermethode die binnen 48 uur, maar uiterlijk 2 dagen na aankomst uitsluitel kan geven. → Is dit haalbaar? (bij het PPO namelijk duurt typeren nu 3 weken)	Ja, dat is haalbaar. Aanbevelingen wel aangepast.
NVMM			
P. 44, regel 1303/04/05	De werkgroep acht het genereren van een typeringsuitslag binnen twee werkdagen, voor reinkweken en ander voor typeren geschikt materiaal, haalbaar met de huidige moleculaire methoden (Savelkoul et al., 2012; van der Zee et al., 2013).	In hoeverre heeft de werkgroep bij het opstellen van deze aanbeveling rekening gehouden met nieuwe methoden zoals NGS, die inmiddels in den lande ook al ingezet worden? Zo is voor VRE is een goede NGS typering beschikbaar met daarbij ook een typeringsdatabase. Deze typering is in de praktijk vaak niet uit te voeren in twee werkdagen maar wel in drie werkdagen. Zoals in de volgende regel ook genoemd wordt is het vooral wenselijk dat voor het aanvragend lab duidelijk is wat de doorlooptijd is.	Uitgangspunt van de richtlijn is winst in infectiepreventie. Hierbij is snelheid van belang. Aanbevelingen wel aangepast.
P 45, regel 1354	snelheid van typeringsuitslag: bij voorkeur binnen 48 uur maar uiterlijk na twee werkdagen na ontvangst van materiaal geschikt voor typering;	Hoewel snelheid zeker belangrijk is, is ook het onderscheidend vermogen van de typering van belang. Liever een juiste typeermethode die er misschien 3 dagen over doet dan aan de snelste. Graag herformuleren in: de instelling die de moleculaire typering verricht vermeldt na hoeveel tijd de uitslag bekend is, en dan b.v. eis van een week.	Aangepast.
regel 1470		Implementatie periode 1 jaar, spreekt pag 50 & 51 tegen, waar een periode van 1-2 jaar wordt genoemd. Wij vragen ons de haalbaarheid van een implementatie periode van 1 jaar af.	De werkgroep begrijpt het commentaar niet over implementatietermijnen. Het is niet de bedoeling dat een lab alles voor alle pathogenen gaat doen.
Algemeen	Typeringsmethodes	Met de huidige ontwikkelingen is cgMLST of wgSNP typeringen een goed standaardiseerbare en hoog-discriminerende typeringsmethode. Dit in de huidige tijd niet als optie in een richtlijn meenemen lijkt me een gemiste kans en brengt het risico met zich mee dat de	Specifieke typeringstechnieken zijn geen onderdeel van de richtlijn.

		richtlijn razendsnel verouderd is.	
P44, r1307	Discriminerend vermogen passend bij de vraagstelling	Cruciale opmerking, waarbij m.i. een uitgebreid literatuuronderzoek op zijn plaats was geweest om hier meer duidelijkheid te verschaffen op de vraag welk discriminerend vermogen voor welke vraagstelling wenselijk is, en welke methodes daarvoor geschikt zijn.	Dit is niet mogelijk, omdat de verschillen in de methodieken van dien aard zijn dat een vergelijking tussen methodes geen uitsluitsel zal geven.
Aanbevelingen	snellheid van typeringsuitslag: bij voorkeur binnen 48 uur maar uiterlijk na twee werkdagen na ontvangst van materiaal geschikt voor typering;	Twee werkdagen is wel erg krap, daarin meegenomen dat er ook bezetting moet zijn en alles in 1 poging moet slagen. Daarbij is het ook totaal afhankelijk van de gebruikte methode.	Aangepast.
VHIG			
44-1304	Reinkweken en ander	Moeilijk leesbare zin, ander weghalen of vervangen door en/of voor typeren geschikt...	Aangepast.
44/1303-1305	De werkgroep acht het generen van een typeringsuitslag binnen twee werkdagen.	De werkgroep acht het generen van een typeringsuitslag binnen twee werkdagen..	Aangepast.
6.2 Welke eisen worden gesteld aan moleculaire methoden voor typering van micro-organismen in het kader van infectiepreventie bij verdenking op verspreiding of transmissie tussen zorginstellingen binnen een zorgregio?			
VHIG			
1432	Centrale typeringsdatabase	Al eer benoemd: proactief te raadplegen, juist ook voor deskundigen infectiepreventie	Zie eerder.
7.1 Aan welke criteria dient een laboratorium minimaal te voldoen voor moleculaire typering in het kader van infectiepreventie?			
Patiëntenfederatie			
		Is het mogelijk voor patiënten om de uitslagen op te vragen en in te zien via het typeringslaboratorium?	Nee, dat is niet mogelijk. De data zijn niet naam van de patiënt te vinden.
NVMM			
p. 50, regel	Een getypeerd isolaat kan echter	Graag benoemen dat het typeringslab afspraken maakt	Zie eerder.

1548/49	onderdeel vormen van een typeringsuitslag van een andere aanvrager.	met de aanvragende labs welke info er vanuit het typeringslab gedeeld wordt in een getypeerd isolaat onderdeel uitmaakt van de typeringsuitslag van een andere aanvrager.	
p. 51, regel 1578	de uitvoering van typering binnen de scope van de geldende kwaliteitsnormen van het betreffende typeringslaboratorium vastleggen	In voorkomende gevallen zal een nieuwe test gebruikt moeten worden die (nog) niet onder de scope van de ISO of de geldende kwaliteitsnorm valt. Liever herformuleren in: bij voorkeur valt de bepaling onder de scope, en waar dat niet het geval is dient het typerende lab dat te vermelden.	Een typering zal onder de scope van ISO moeten vallen. In gevallen waar dit nog niet geregeld is zal dit volgens ISO vermeld moeten worden op de uitslag.
regel 1578		Wie gaat de beheerskosten van een externe database dragen?	Lokaal valt het onder de kosten van de typering. Landelijk valt het onder TypeNed.
P49, 1500-1502	Deze technische evolutie heeft ook plaatsgevonden op het gebied van moleculaire typering (Savelkoul et al., 2012; Friedrich et al., 2013; Deurenberg et., al 2017).	Spellingsfout. Deze technische evolutie heeft ook plaatsgevonden op het gebied van moleculaire typering (Savelkoul <i>et al.</i> , 2012; Friedrich <i>et al.</i> , 2013; Deurenberg <i>et al.</i> , 2017).	Aangepast.
Verenso			
P 51	Aanbeveling ICT faciliteiten	Aanvrager dient ook over ICT faciliteiten te beschikken om uitslagen te ontvangen. Veelheid aan ICT aanbieders binnen 1 regio!	Dit betreft algemene ICT-voorwaarden, zoals ook nu voor diagnostiek in gebruik zijn. Een voorbeeld is secure-mail. Dit is de verantwoordelijkheid van de aanvrager.
VHIG			
1578	Eisen aan typeringslaboratorium....	Opmerkelijk paragraaf: er zijn toch al eisen aan microbiologische laboratoria die moleculaire typering doen? Een Iso normering? Is ergens benoemd: Richtlijnen hebben over het invriezen van stammen om later typering mogelijk te maken	Is de werkgroep niet bekend. Er is geen richtlijn over het bewaren van stammen.

7.2 Wat zijn minimum criteria voor de functioneel leidinggevende professional van een typeringslaboratorium?			
NVMM			
p. 53, regel 1675	universitair gepromoveerd moleculair microbioloog	Wat wordt hier bedoeld met “universitair gepromoveerd”? Betekent dit dat ze aan een universiteit gepromoveerd moeten zijn of dat ze een universitaire opleiding moeten hebben genoten? Indien dit laatste het geval is, dan zou dit betekenen dat er hier geen rol is voor gepromoveerde analisten.	Aangepast.
Regel 1675		Laatste punt: “Deelname aan gerichte nascholing”, vervangen door “Frequente en recente nascholing”	Aangepast.
P 1675	<p>Een leidinggevende professional voldoet aan de volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - geregistreerd zijn als medisch moleculair microbioloog met aantoonbare ervaring met moleculair typeren; <p>of</p> <ul style="list-style-type: none"> universitair gepromoveerd moleculair microbioloog met aantoonbare ervaring met moleculair typeren in samenwerking met een arts-microbioloog; 	<p>De criteria moeten m.i. gelijk zijn aan de criteria in de richtlijn Moleculaire diagnostiek van infectieziekten en dan in het bijzonder het deel complexe bepalingen. Hierin staat: 3.2 Wat zijn de criteria waaraan de vakinhoudelijk en medisch verantwoordelijken voor de 207 moleculaire diagnostiek van infectieziekten moeten voldoen?</p> <p>Minimale kwaliteitscriteria voor de dagelijkse vakinhoudelijke verantwoordelijke voor complexe moleculaire diagnostiek van infectieziekten zijn aantoonbare klinische kennis en technische kennis blijkend uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - registratie als MMM; - of eventueel: een registratie als arts-microbioloog en samenwerking met een klinisch moleculair bioloog met aantoonbare ervaring in de moleculaire diagnostiek. Frequente en recente nascholing op het gebied van moleculaire diagnostiek is voor beiden noodzakelijk; - of eventueel: een registratie als arts-microbioloog met aantoonbare moleculaire achtergrondkennis op 	Kan niet in lijn zijn met richtlijn moleculaire diagnostiek van infectieziekten, omdat de expertise van een andere orde is.

		<p>postacademisch niveau waarbij technische vaardigheden zijn opgedaan, zoals bijvoorbeeld een arts-microbioloog met een promotieonderzoek op een moleculair onderwerp. Frequente en recente nascholing op het gebied van moleculaire diagnostiek is noodzakelijk.</p> <p>Nieuwe eisen zijn verwarrend. De bewijsvoering (zeker voor aanvullende eisen) is te mager.</p>	
VHIG			
Pg 52/53	Gehele hoofdstuk	hoort feitelijk niet bij moleculaire typering ihkv IP. Is een soort van organisatorisch/ kwaliteits index maar past mijns inziens niet onder deze titel.	Oneens.
Pg 52 1626-1637	De typeringsprofessional is... afstemming te komen.	De typeringsprofessional kan in een extern typeringslaboratorium werken. Het deelnemen aan het OMT is een interne aangelegenheid, onwenselijk en in praktijk niet haalbaar voor een externe typeringsprofessional bij het OMT aan te sluiten	Toegevoegd: indien het een externe typeringsprofessional betreft kan dit alleen op uitnodiging van het OMT.
Pg52 1631-1637	Kennis van intra- en extramurale consequenties van typeringsuitslagen.	In een lokaal OMT zal een arts-microbioloog ipv typeringsprofessional (MMM) betrokken zijn.	Onjuist.
Hoofdstuk 8 Implementatieplan en indicatoren			
NVMM			
		<p>De aanbevelingen van 6.1 zijn “sterk geformuleerd” en worden niet genoemd in het plan en zouden dus binnen 3 maanden geïmplementeerd moeten zijn. Voor laboratoria die nu alles via NGS doen is de twee werkdagen eis niet haalbaar. Daartoe zouden ze een andere typeringsmethode op moeten zetten en daarvoor is 3 maanden erg weinig. Is dat afgewogen toen voor deze aanbeveling voor 3 maanden is gekozen?</p> <p>Bij werkwijze wordt gesproken over sterk en zwak geformuleerde aanbevelingen. Er worden vervolgens</p>	Bij zwakke aanbevelingen laten ruimte voor afwijken en worden niet verder gespecificeerd.

		<p>echter alleen uitspraken gedaan over implementatietermijnen van sterk geformuleerde aanbevelingen. Ik mis een uitspraak over de zwak geformuleerde aanbevelingen. Als we daar niets over zeggen dan hoeven we het onderscheid ook niet te maken.</p> <p>Bij het kopje werkwijze staat dat randvoorwaarden en barrières geïnventariseerd zijn. Dat zie ik nog niet heel erg terug in de tekst (die gaat eigenlijk van implementatietermijn naar acties).</p> <p>Vergoeding door de zorgverzekeraars wordt bij “te ondernemen acties per partij” genoemd. Hebben die nog tijd nodig om dat in te regelen? Als dat op zich laat wachten zal dat ook impact hebben op de implementatietermijnen van de aanbevelingen.</p>	<p>Tijdens het formuleren van de aanbevelingen is rekening met barrières gehouden. Staat inderdaad niet expliciet in de tekst.</p> <p>Implementatiefase van de richtlijn gaat wel door. Voor de continuïteit van de uitvoering van deze richtlijn is na de implementatiefase echter wel financiering nodig. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij, met de komst van deze richtlijn, de microbiële typeringen die noodzakelijk zijn in het kader van infectiepreventie, zullen vergoeden. Deze discussie zal tijdens de implementatiefase worden gevoerd. Dit is nu duidelijker weergegeven in de tekst.</p>
Verenso			
P 56	Ict faciliteiten	<p>Aanvrager dient ook over ICT faciliteiten te beschikken om uitslagen te ontvangen.</p> <p>Veelheid aan ICT aanbieders binnen 1 regio!</p>	Zie eerder.
		<p>Duidelijk om de randvoorwaarden op een rij te hebben. Dat is vooral een taak voor de branche-organisatie van zorginstellingen.</p>	De werkgroep begrijpt het commentaar niet.
Overige			

Verenso			
algemeen	Omdat er geen typeermethoden worden genoemd is het als buitenstaander lastig te beoordelen of de juiste methoden gekozen zullen worden.	Voor de specialisten ouderengeneeskunde is dit niet duidelijk. Wellicht is de methode zeer specifieke informatie die bij arts-microbiologen bekend is. In zorginstellingen beslist het management met welke laboratoria zij een contract afsluiten. Het zou welkom zijn als dan voor- en nadelen van de verschillende methoden worden beschreven. Een specialist ouderengeneeskunde kan dan een beter onderbouwd advies bij het management neerleggen.	De commissie herkent hier een verwarring in. Dit moet in een latere fase zeker duidelijk staan in de module voor andere zorginstellingen dan ziekenhuizen. Verenso dient dan ook bij de werkgroep te worden betrokken. Zie eerder.
		In deze richtlijn wordt gesteld dat de overheid en de zorgverzekeraars zaken moeten regelen. Een richtlijn kan pas geëffectueerd worden als aan die randvoorwaarden is voldaan. Als niet aan die randvoorwaarden voldaan kan worden zou de richtlijn heroverwogen moeten worden. Deze richtlijn, graag zouden we spreken van leidraad kan op dit moment nog niet goed worden uitgevoerd vanwege ontbrekende randvoorwaarden. De richtlijn geeft een duidelijke ambitie weer en daarom het voorstel om te spreken van een leidraad.	Implementatiefase van de richtlijn gaat wel door. Voor de continuïteit van de uitvoering van deze richtlijn is na de implementatiefase echter wel financiering nodig. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij, met de komst van deze richtlijn, de microbiële typering die noodzakelijk zijn in het kader van infectiepreventie, zullen vergoeden. Deze discussie zal tijdens de implementatiefase worden gevoerd. Dit is nu duidelijker weergegeven in de tekst.
		Complimenten voor het vele werk dat de werkgroep heeft verricht. Het belang van deze richtlijn in het kader van infectiepreventie is duidelijk. Desondanks is het de mening van specialisten ouderengeneeskunde dat de inhoud van de richtlijn vooral is toegespitst op de arts-microbiologen.	Dank voor de complimenten. De commissie heeft de commentaren van Verenso ter harte genomen. Vandaar de aanscherping van de afbakening. Zie eerder.
GGD			
		De conceptrichtlijn geeft een mooi overzicht van relevante onderdelen en aandachtspunten rondom	De commissie onderkent dat de rol van de GGD onderbelicht is. Dit

		<p>typering. De richtlijn is geschreven voor uitbraken in & tussen instellingen/ziekenhuizen. Om een GGD-status (gedragen door artsen werkzaam bij de afdelingen infectieziektebestrijding van de GGD'en) aan deze richtlijn te verbinden zou het langs het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) moeten gaan voor inspraak en akkoord (dit is zeker mijn advies), zoals gebruikelijk bij LCI-richtlijnen.</p> <p>In mijn rol van bestuurslid van de Nederlandse Vereniging Infectieziektebestrijding (NVIB) heb ik de conceptrichtlijn doorgenomen. Hieronder geef ik enkele aandachtspunten ter overweging voor de auteurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De GGD komt, zover ik overzie, slechts 1x in het document voor. Dit terwijl de GGD regelmatig betrokken is bij uitbraakonderzoeken binnen en rondom instellingen. Dit voelt mager en mijns inziens zou de rol van de GGD vaker benoemd kunnen worden, zie o.a. de volgende punten. - Wat is de definitie van een instellingen? Ziekenhuis/verpleeghuis (met medische dienst) of ook verzorgingshuis en aanleunwoningen etc waar de zorg bij huisartsen (diffuus) is belegd? - O.a. regel 163 & 170 & 233: instellingen zijn geen eilandjes. Er is vaak connectie met thuiszorg, familie in thuissetting van personeel en/of patiënten, huisartszorg. Nu ligt de focus op uitbraken binnen en tussen instellingen. Een uitbraakteam zal al snel over transmissie (en dus typering) daarbuiten moeten nadenken en dan is GGD-betrokkenheid/informatie-uitwisseling wel heel prettig en relevant. - Wie coördineert/adviseert bij verpleeghuisuitbraken? Het ziekenhuis (arts-MMB), het 	<p>komt omdat de richtlijn zich concentreert op infectiepreventie binnen en tussen zorginstellingen. Daarnaast is ook noodzaak voor typeren buiten de ziekenhuisomgeving. Daarom heeft de commissie de afbakening aangescherpt (zie hieronder) om in overleg met de betrokken instanties (GGD, Verenso) in een latere fase aanvullende modules voor zorginstellingen buiten ziekenhuizen te ontwikkelen.</p> <p>Ter info: deze richtlijn zou moeten gelden voor alle zorginstellingen. Vanuit het oogpunt van haalbaarheid beperkt de huidige versie zich voorlopig uitsluitend tot ziekenhuizen. Na implementatie binnen ziekenhuizen is het de bedoeling additioneel modules te ontwikkelen voor implementatie binnen verpleeghuizen, woonzorgcentra en thuiszorg.</p>
--	--	--	--

		<p>verpleeghuis (specialist ouderengeneeskunde (SOG)), of GGD (publieke gezondheid)? Dit is volgens mij niet in beton gegoten. De eerste verantwoordelijkheid is denk ik de specialist ouderengeneeskunde binnen verpleeghuizen, maar advisering kan zowel vanuit arts-MMB als arts-IZB (GGD) komen...</p> <p>- Om over na te denken: regel 1178: Ik vraag me af wat de relatie is met de Wet Publieke Gezondheid (WPG)/ art 26. Het is een vraag die ik nu niet helemaal scherp heb en sporadisch leidt dit tot discussie bij typering voor brononderzoek. Wie bepaalt of je mag en gaat typeren? De GGD (WPG), arts-MMB, SOG/behandelaar, of de patiënt (handtekening)? Ook met de AVG en straks CPE-meldplicht is deze discussie over rechten, plichten en begrenzing van typeren/ data-uitwisseling (juridisch) relevant.</p>	
NVMM			
		Een groot deel van de gegevens die naar het typeringslabpratorium gestuurd moeten worden zijn naar mijn mening volstrekt onnodig voor dit typeringslaboratorium. Daarnaast mogen we een aantal variabelen niet delen zonder expliciete toestemming van de betrokken instelling/persoon. Dit kan er zo naar mijn mening niet in worden opgenomen.	Is aangepast.
Titelpagina	IN SAMENWERKING MET Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Microbiologie (KNVM); Sectie Microbiële typering	Hoewel twee leden van de werkgroep, Paul Savelkoul en Leo Schouls, deel uitmaakte van de Sectie Microbiële typering tijdens de totstandkoming van de richtlijn, is deze conceptrichtlijn nooit inhoudelijk besproken binnen het bestuur van de Sectie Microbiële typering en is dus ook niet tot stand gekomen 'in samenwerking met' de Sectie Microbiële typering, zoals aangegeven op het titelblad van deze conceptrichtlijn. De Sectie Microbiële typering is daarom ook niet verantwoordelijk voor de inhoud van deze conceptrichtlijn. Het bestuur van de	Via de mail is gecommuniceerd dat de richtlijn wel in samenwerking met de KNVM gebeurt is.

		Sectie Microbiële typering verzoekt dan ook om de zin, zoals aangegeven in de kolom links, aan te passen in “in samenwerking met leden van de sectie microbiële typering van de Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Microbiologie (KNVM).”	
VHIG			
		Er moeten ook afspraken worden gemaakt over het onnodig typeren van stammen. Dit leidt alleen maar tot kostenverhoging voor de zorginstellingen. Het kan zijn dat nadere typering geen nut heeft of geen nut meer heeft om outbreak en transmissie te stoppen. Dan is het typeren van stammen, die al uit en te treuren bekend zijn. Niet meer zinvol. In de routine van het lab worden dan nog steeds dure typering uitgevoerd, die niet meer bijdragen aan het patiënten belang of doelmatig infectiepreventie. Niet-typeren blijkt moeilijk te realiseren.	Dit is de verantwoordelijkheid van de infectiepreventie professional.
RIVM			
		Ons inziens faciliteert de richtlijn in de huidige versie niet de nationale surveillance zoals we die beogen in Nederland uit te gaan voeren en is deze niet in lijn met de eerder in stakeholder-werkgroepen overeengekomen Nationale aanpak van ABR-problematiek. Een enkel voorbeeld daarvan ter illustratie. In de concept richtlijn staat nu aangegeven dat de betrokken arts-microbioloog bepaalt wanneer en, zo ja welke, aanvullende epidemiologische (meta)data gewenst zijn, zowel bij een (vermoeden op) uitbraak in een zorginstelling als tussen instellingen. In het kader van landelijke/regionaal beleid en bestrijding is in stakeholder werkgroepen juist afgesproken dat betrokkenheid van meerdere zorgprofessionals en expertise vanuit verschillende	Deze richtlijn gaat over typeren als (aanvullend) instrument voor infectiepreventie. Dat is per definitie patiënt en omgeving georiënteerd en niet zoals gesuggereerd wordt “alleen vanuit de pathogeen”. Het betrekken van “meerdere zorgprofessionals” “vanuit verschillende invalshoeken” is tijdrovend, duur en zal de implementatie van de richtlijn belemmeren. De richtlijn is zodanig opgesteld dat (aansluiting bij) een surveillance eenvoudig tot stand gebracht kan

		<p>invalshoeken, hierbij gewenst is. We vinden het belangrijk dat er niet alleen "vanuit de pathogeen" wordt gekeken en maar ook vanuit patiënt/zorginstelling in regionaal/landelijk perspectief. En zo zijn er meer punten waarvan we menen dat diverse professionals daarover mee moeten denken en afspraken over maken, bijv. of alle isolaten van één patient getypeerd worden of alleen de eerste of de klinische isolaten? Ook vinden we het belangrijk dat data gedeeld worden en breder beschikbaar moeten zijn dan alleen voor arts-microbiologen. Vanuit het Clb-RIVM verzoeken wij dat onze eerdere commentaren in een volgend concept verwerkt worden en kunnen ons niet vinden in dit voorliggende concept.</p>	<p>worden. Immers, hiervoor is standaardisatie van groot belang, iets wat deze richtlijn beoogd, maar tot nu toe grotendeels ontbreekt. Het typeren van meerdere isolaten van één patiënt dient meestal een ander doel dan vaststellen of uitsluiten van transmissie en is derhalve geen onderwerp van deze richtlijn. Bij contact onderzoek zullen veelal niet-klinische isolaten van belang zijn en derhalve wel getypeerd worden. Helaas is het delen van data wegens privacy wetgeving en eigendomsrechten van isolaten en gegevens moeilijk en niet altijd mogelijk. De werkgroep heeft hier langdurig bij stil gestaan, maar kon, gezien de wettelijk vastgelegde beperkingen, geen ideale oplossing vinden. De NVMM ziet de urgentie om deze richtlijn op korte tijd te implementeren. Hiermee is niet gezegd dat toekomstige aanpassingen van deze richtlijn niet samen met landelijke initiatieven opgepakt zullen worden.</p>
--	--	---	---