

Regionale zorgnetwerken aanpak antibioticaresistentie Noord-Holland & Flevoland

Ontwikkelplannen zorgnetwerkregio's ROAZ AMC en ROAZ VUmc.

Datum 17 februari 2017

Definitieve versie 4.1

Totstandkoming

Auteurs: Hendrik van der Veen (arts infectieziektebestrijding GGD Flevoland); Peter Molenaar (deskundige infectiepreventie, GGD Amsterdam en LCHV); Christina Vandenbroucke-Grauls (arts-microbioloog, hoofd Medische Microbiologie Vumc), Menno de Jong (arts-microbioloog, hoofd Medische Microbiologie AMC), Jan Prins (internist-infectioloog, AMC), Linda Nieuwenhoven (beleidsmedewerker GGD Flevoland), Fred Slijkerman (arts Maatschappij & Gezondheid, Regionaal Arts Consulent infectieziektebestrijding regio Noord-Holland/Flevoland), Jeannette Ros (arts M&G infectieziektebestrijding GGD Kennemerland), Anke de Herder (deskundige infectiepreventie, GGD Kennemerland), Yvonne van Duijnhoven (epidemioloog/gezondheidswetenschapper, hoofd Infectieziekten GGD Amsterdam);

In opdracht van:

ROAZ-AMC (Frank de Groot) , ROAZ VUmc (Danielle Bonink), DPG-vertegenwoordigers ABR-portefeuille namens 6 GGD'en in regio Noord-Holland/Flevoland (Jan Woldman, GGD Amsterdam, Bert van de Velden, GGD Kennemerland)

Inhoudsopgave

Afkortingenlijst	2
1. Aanleiding	3
2. Doelstelling regionaal zorgnetwerk	3
3. Ontwikkelfase twee zorgnetwerken ABR-regio Noord-Holland/Flevoland	4
4. Plan van aanpak	5
5. Uitwerking	6
5.1 Inrichting structuur en verdeling taken zorgnetwerk (punten 1 en 2).....	6
5.2 Identificeren en informeren ketenpartners (punt 3).....	9
5.3 Creëren van bestuurlijk draagvlak (punt 4).....	9
5.4 Bepalen specifieke regionale aandachtsgebieden (punt 5).....	10
5.5 Opstellen jaarplan implementatie 2018 (punt 6)	12
5.6 Regionale kenmerken	13
5.7 Financiering	13
6. Referenties.....	13
Bijlage 1: Functieprofiel regionale zorgnetwerken: versie 19-2-2016.....	15
Bijlage 2: Beschrijving ketenpartners	17
Bijlage 3 _Wat is antibiotica stewardship?	19

Afkortingenlijst

ABR	Antibioticaresistentie
AMC	Academisch Medisch Centrum
BRMO	Bijzonder Resistente Micro-Organismen
Cib	Centrum Infectieziektebestrijding
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
RCT	Regionaal Coördinatieteam
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SO	Signaleringsoverleg
SO-ZI/AMR	Signaleringsoverleg Ziekenhuisinfecties en Antimicrobiële resistentie
VUmc	VU medisch centrum
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1. Aanleiding

Antibiotica worden toegepast om bacteriële infecties te behandelen of te voorkomen. Hoewel het gebruik van natuurlijke antibiotica waarschijnlijk al erg oud is^{1,2}, is de wereldwijde beschikbaarheid en toepassing van antibiotica pas iets van de laatste 80 jaar. Deze ontwikkeling heeft voor een sterke daling van ziekte en sterfte gezorgd.³

Bacteriën kunnen resistentie ontwikkelen tegen antibiotica. Antibioticaresistentie (ABR) is een natuurlijk fenomeen en wordt al gevonden in bacteriën die 30.000 jaar geleden leefden.¹ Bacteriën passen zich aan en niet geheel onverwacht neemt ABR toe door natuurlijke selectie, wellicht door het veelvuldige gebruik van antibiotica in recente tijden. Daarbij komt dat nieuwe antibiotica nauwelijks worden ontwikkeld.³ Antibioticaresistentie betekent dat bacteriële infecties niet of minder effectief behandeld kunnen worden met de beschikbare antibiotica, met als consequentie een hogere ziektelast, hogere sterfte en hogere kosten.

In 2014 werd al geschat dat wereldwijd 700.000 mensen per jaar sterven aan de gevolgen van ABR, hoewel dit waarschijnlijk een onderschatting is.⁴ In 2050 zullen dat geschat 10 miljoen zijn, wat betekent dat er dan meer mensen aan de gevolgen van ABR zullen overlijden dan vandaag de dag aan kanker.^{4,5} De economische kosten worden geschat op cumulatief 100 biljoen USD*, wat gelijk staat aan 10.000 USD per persoon, wereldwijd.⁴ Hoewel veel kanttekeningen te plaatsen zijn bij deze sterftecijfers, omdat goede ABR data ontbreekt en er grote vrijheid is genomen in de methodologie⁶, kunnen het ons als zorgverleners niet permitteren om te wachten totdat duidelijk is wat ABR ons gaat brengen.

De ABR-problematiek wordt wereldwijd erkend en ABR staat regionaal, nationaal en mondiaal op de agenda. Proactief handelen is nodig om dit groeiend probleem te stoppen of te vertragen.⁴ Ook in Nederland wordt tot actie gemaand. Minister Schippers heeft de opdracht gegeven om regionale zorgnetwerken voor de aanpak van antibioticaresistentie te vormen, waarbij deze netwerken de grenzen van de Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)-regio's volgen.^{7,8}

Dit rapport is het ontwikkelplan voor de zorgnetwerken in twee van de ROAZ-regio's, te weten ROAZ Traumanet (AMC) en ROAZ Acute Zorg Noord-West (VUmc). Als leidraad voor dit rapport werden gebruikt de opdracht van de minister en het daaruit voortkomende, door VWS vastgestelde functieprofiel voor zorgnetwerken⁹ en het Plan van aanpak LNAZ en GGD GHOR Nederland^{10,11}.

2. Doelstelling regionaal zorgnetwerk

De regionale zorgnetwerken hebben als doel een pro-actieve bijdrage te leveren aan het behalen van de doelen die de zorgsector en VWS gezamenlijk hebben opgesteld in het nationale plan van aanpak antibioticaresistentie (ABR). De in de kamerbrief van 24 juni 2015 geformuleerde doelen zijn:

- Aantoonbare verdere vertraging opkomst en verspreiding van multiresistente bacteriën (dragerschap en infectie) in de zorg
- Vroege detectie en snelle respons zorgen dat aantal dragers, infecties door ABR in NL op huidige niveau blijft of daalt
- Internationale samenwerking met andere EU landen om infrastructuur te realiseren die ABR beheerst
- Aantal vermijdbare zorg-gerelateerde infecties is in zorgketen over 5 jaar met 50% gedaald t.o.v. nulmeting
- Mogelijkheden om patiënten met ABR infecties effectief te behandelen nemen niet af komende vijf jaar
- Reductie van minimaal 50% van gebruik van onjuist voorgeschreven antibiotica in zorgketen t.o.v. nulmeting

* Hier wordt de Nederlandse biljoen bedoeld (een miljoen keer een miljoen), in tegenstelling tot de Engelse billion wat in het Nederlands een miljard genoemd wordt.

De regionale zorgnetwerken hebben als taak om ABR op regionaal niveau proactief aan te pakken vanuit een eenduidige besluitvormingsstructuur specifiek voor ABR. Minister Schippers roept daarbij op tot meer samenhang tussen de publieke gezondheidszorg, de eerste lijn, de tweede lijn en de langdurige zorg waardoor er een sluitende ketenaanpak ontstaat. De functiekaders zijn landelijk vastgesteld en zijn beschreven in 11 taken van het functieprofiel zoals geformuleerd door de landelijke werkgroep zorgnetwerken en vastgesteld door Bestuurlijk Overleg VWS⁹ (zie Bijlage 1: Functieprofiel regionale zorgnetwerken: versie 19-2-2016.). De regionale samenwerking is een aanvulling op de bestaande regionale GGD infectieziektebestrijdingsstructuur, de landelijke Clb/LCI bestrijdingsstructuur en op de bestaande verantwoordelijkheid van zorginstellingen op het gebied van infectiepreventie.⁸

Er is door de Minister een opdracht gegeven tot de vorming van 10 regionale zorgnetwerken in Nederland, op basis van een door haar voorgestelde geografische indeling. Vijf van deze zorgnetwerken zijn tevens aangewezen als zogenaamde pilot-regio's. De twee regio's in Noord-Holland/Flevoland behoren niet tot de pilotregio's. De precieze inrichting van de zorgnetwerken en de prioriteitstelling kunnen voor een belangrijk deel regionaal worden bepaald. Aangegeven is door VWS dat de grenzen van de huidige ROAZ-regio's niet belemmerend mogen werken om het probleem van antibioticaresistentie aan te pakken. Speerpunten voor de zorgnetwerken zijn coördinatie, uniformiteit, afstemming ten behoeve van preventie en bestrijding van ABR binnen de regio.⁸ Daarbij wordt, waar relevant, uitgegaan van het One Health principe[†], waarbij mens, dier en milieu als één samenhangend geheel worden gezien. In het voorliggende ontwikkelplan is de focus primair nog gericht op het domein van de mens, maar daar waar raakvlakken bestaan met de veterinaire en milieusector zullen die worden erkend en zoveel mogelijk worden betrokken.

3. Ontwikkelfase twee zorgnetwerken ABR-regio Noord-Holland/Flevoland

De ontwikkelfase en aansluitend eerste implementatiefase kenmerkt zich primair door:

- Verbinden van zorgdomeinen door het creëren van bewustzijn en het maken van regionale afspraken en het formaliseren van de structuur
- Het in kaart brengen van de uitgangssituatie:
 - Het vóórkomen van BRMO in de regio: infecties én dragerschap, clusters; patronen en verwantschap door middel van moleculaire epidemiologie.
 - Regionaal antibioticagebruik en regionale activiteiten op gebied van antibiotic stewardship (o.a. naleving formularium en gebruik reserve antibiotica)(zie: Bijlage 3)
 - Patiëntenstromen tussen instellingen en 1^e en 2^e lijn (intensiteit en richting) en eventuele uitwisseling van personeel tussen instellingen/zorgdomeinen (dubbelaanstellingen)
 - Regionale en lokale uitvoering van de praktijk van hygiëne- en infectiepreventiemaatregelen
 - Kennisniveau van de betrokken professionals.
- Het formuleren en uitvoeren van een regionaal *jaarplan implementatie* voor de eerste implementatiefase volgend op de ontwikkelfase

[†] http://www.onehealth.nl/Over_One_Health

4. Plan van aanpak

De ontwikkelfase van de zorgnetwerken, met een beoogde looptijd van circa 1 jaar (2017), bestaat uit:

1. Het formaliseren van de bemensing van de regionaal beoogde structuur van de twee ABR zorgnetwerken en het opstarten van de daarbij behorende overleg- en werkgroepstructuur. In de ontwikkelfase zal ook de werkvorm van de voorziene onderdelen in de structuur nader bepaald worden.
2. Het beschrijven van de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen de structuur van ABR-zorgnetwerken, als ook de verantwoordings- en financiële structuur van het zorgnetwerk;
3. Het identificeren en vervolgens informeren van alle relevante ketenpartners[‡] over de landelijke aanpak ABR en de twee regionale initiatieven daarbinnen.
4. Het creëren van bestuurlijk draagvlak (zowel in de zorgdomeinen als in openbaar bestuur) voor de benodigde randvoorwaarden voor de ABR zorgnetwerken. Daartoe behoort onder meer:
 - a) Het opstellen van (aanvullende) samenwerkingsconvenant(en)
 - b) Het regionaal faciliteren en begeleiden van de zogenaamde nulmetingen puntprevalentie van bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) conform het landelijk overeengekomen protocol (notabene: nog niet beschikbaar, uitvoering is op voorwaarde dat deze met bijpassende financiering beschikbaar komt)
 - c) Het delen van informatie in relatie tot BRMO (clusters en uitzonderlijke BRMO's), ook ten behoeve van goede transmurale werkafspraken;
 - d) Het faciliteren van de uitvoering van de aan ABR-gerelateerde publieke gezondheid taken (gemeenten) en curatieve en zorgtaken (zorgorganisaties)
5. Het bepalen van specifieke regionale aandachtsgebieden (door middel van opstellen regionaal risicoprofiel) voor beide ABR zorgnetwerken. Daartoe behoort ook, specifiek voor de twee ABR-regio's:
 - a) Het inventariseren van bestaande databronnen, beschikbare relevante onderzoeksresultaten en bestaande andere relevante informatie over voorkomen BRMO (clusters), antibioticagebruik, de uitvoering van infectiepreventiemaatregelen en antibiotic stewardship, het kennisniveau van betrokken professionals ten aanzien van ABR en professionele richtlijnen. Doel is inzicht verkrijgen in het regionale vertrekpunt en hiaten en handvatten voor verbetering identificeren.
 - b) Het inventariseren van meest voorkomende patiëntenstromen tussen instellingen en tussen 1^e en 2^e lijn, en van de mate van uitwisseling van personeel tussen instellingen (multiple aanstellingen).
 - c) Het instellen van regionaal signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties/antibacteriële resistentie (SO) ZI/ABR als regionale variant van het bestaande landelijke SO ZI/ABR, bij voorkeur op basis van landelijk overeengekomen methodiek/afspraken;
 - d) Maken van goede transmurale werkafspraken tussen de zorgdomeinen.
 - e) Opstellen van een regionaal (na)scholingsplan
6. Het opstellen van een implementatiejaarplan 2018 voor beide ABR zorgnetwerken (eerste fase van implementatie, beoogt aanspraak te maken op zogenaamd aanvullend pilot-budget).

De direct op de ontwikkelfase aansluitende eerste implementatiefase, looptijd eveneens ongeveer 1 jaar (2018), betreft:

7. Het uitvoeren van het in ontwikkelfase geformuleerde implementatie jaarplan 2018

[‡] Iedereen die een rol heeft in het zorgnetwerk wordt gezien als ketenpartner.

5. Uitwerking

In onderstaande paragrafen worden de in hoofdstuk 4 geformuleerde activiteiten verder uitgewerkt. De resultaatafspraken uit het projectplan GGD GHOR Nederland/LNAZ¹¹ zijn er in verwerkt. Voor meerdere van de 11 taken waren er in genoemd projectplan nog geen smart resultaten geformuleerd. Die kunnen in de latere subsidie aanvraag worden ingevoegd indien beschikbaar.

5.1 Inrichting structuur en verdeling taken zorgnetwerk (punten 1 en 2)

De twee in dit ontwikkelplan beoogde regionale netwerken zullen worden samengesteld uit professionals en bestuurders uit de verschillende zorgdomeinen die met ABR te maken hebben (Cure, Care, publieke gezondheid). Zoals aangegeven in de kamerbrief van 7 juli j.l., wordt er hierbij aangesloten bij de ROAZ- regio's. De bestaande indeling voor ROAZ-regio's zou voor drie van de zes GGD-en in de provincies Noord-Holland/ Flevoland echter tot een gedeeld werkgebied in 2 ROAZ-regio's leiden, wat tot organisatorische en praktische bezwaren kan leiden. Omdat de grenzen van de huidige ROAZ regio's niet belemmerend mogen werken om het probleem van antibioticaresistentie aan te pakken⁸, is in overleg met de twee ROAZ-directeuren en de twee vertegenwoordigende DPG-en voor de ABR-portefeuille afgesproken om de buitengrenzen van de gezamenlijke ROAZ-regio's te respecteren. Bij de interne scheidslijn is de grens congruent gemaakt aan de werkgebieden van de GGD-en. De voorgestelde structuur resulteert in twee regionale zorg netwerken, regio Noord-Holland/Flevoland West en regio Noord-Holland/Flevoland Oost (Tabel 1: Verdeling regionale zorgnetwerk).

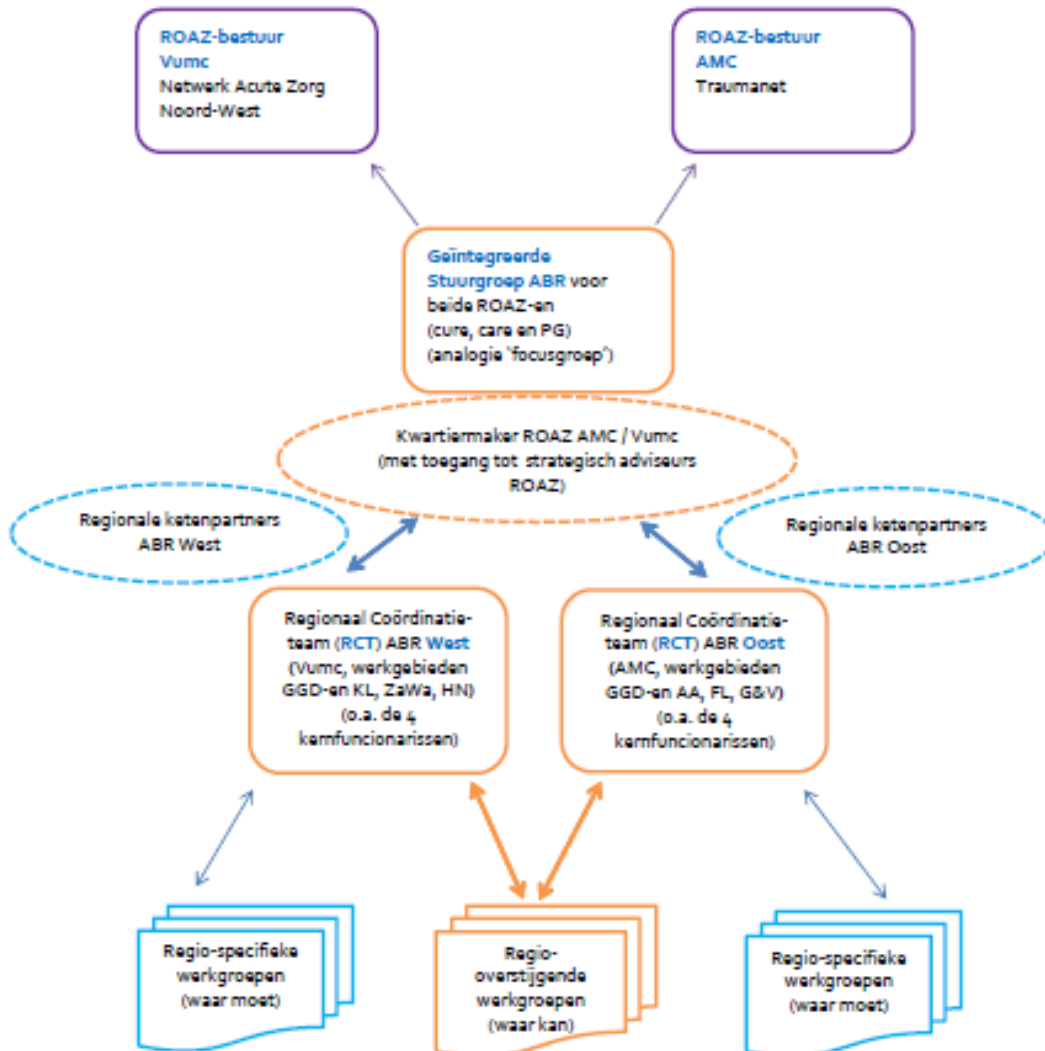
Tabel 1: Verdeling regionale zorgnetwerken.

Regio ABR NH-FL	Oost	West
Gekoppeld aan:	ROAZ/Traumanet AMC Frank de Groot	ROAZ/VUmc Danielle Bonink
Vertegenwoordigend DPG	DPG GGD Amsterdam/ Jan Woldman	DPG Kennemerland/ Bert van de Velden
GGD'en in deze regio:	GGD Amsterdam GGD Flevoland GGD Gooi & Vechtstreek	GGD Kennemerland GGD Hollands Noorden GGD Zaanstreek-Waterland

Door de ROAZ-directeuren en DPG-en zijn een aantal uitgangspunten geformuleerd. Zo zal er getracht worden zoveel mogelijk de bestaande infrastructuur en lopende ABR-initiatieven te benutten en gebruik te maken van de kracht van de ketenpartners. Taken en verantwoordelijkheden van het regionale netwerk zijn aanvullend op en sluiten aan bij de eigen verantwoordelijkheid van zowel de betrokken professionals als de individuele zorginstellingen. Doordat patiëntenstromen en bestuurlijke verantwoordelijkheden in vooral Cure- en Care- (koepel)instellingen de ROAZ-grenzen overstijgen, wordt een centrale aansturing van de zorgnetwerken nagestreefd. Dit wil zeggen dat afspraken en uitvoering centraal plaatsvinden waar mogelijk, en regio-specifiek waar nodig. In de eerste helft van 2017 zal een zogenaamde kick-off meeting plaatsvinden op moment dat de bemensing en vorm van de kernonderdelen van de structuur ingevuld zijn.

De beoogde structuur van het zorgnetwerk is weergegeven in Figuur 1 Voorlopig vastgestelde structuur Zorgnetwerken Antibioticaresistentie (ABR) ROAZ-regio VUmc (Netwerk Acute Zorg Noord-West) en ROAZ-regio AMC (Traumanet)'.

De groepen en de professionals voorzien in de beoogde structuur, zijn weergegeven in Tabel 2 Deelnemers regionale zorgnetwerk. Hierin worden ook hun taken en de vorm van hun deelname aan het zorgnetwerk gespecificeerd.



Figuur 1 Voorlopig vastgestelde structuur Zorgnetwerken Antibioticaresistentie (ABR) ROAZ-regio VUmc (Netwerk Acute Zorg Noord-West) en ROAZ-regio AMC (Traumanet)

Tabel 2 Deelnemers regionale zorgnetwerken ROAZ AMC en ROAZ VUmc

Groep	Uitgangspunten	Taak/aard	Vorm
Geïntegreerde Stuurgroep ABR	<ul style="list-style-type: none"> • Handzame, besluitvaardige stuurgroep • Streven naar evenredige vertegenwoordiging Oost en West • Voorzitter/vicevoorzitter uit Oost en West 1 DPG en 1 ROAZ-directeur/strategisch adviseur. • Vertegenwoordiging Cure (1^o lijn, 2^o lijn academisch/ perifeer), Care (VVT) en Publieke Gezondheid 	<ul style="list-style-type: none"> • In ontwikkelfase: formuleren verantwoordingslijnen en vaststellen financiële kaders. • Besluitvormend (t.a.v. prioritering activiteiten en financiën etc.) • Borgen draagvlak opgave regionaal plan van aanpak op bestuurlijk/topmanagement niveau 	<p>In ontwikkelfase (1^o jaar): circa 5-6x per jaar</p> <p>- In implementatiefase: relatief lage vergaderfrequentie (2-4x per jaar)</p>

Groep	Uitgangspunten	Taak/aard	Vorm
Kwartiermaker ROAZ AMC/ ROAZ VUmc (met toegang tot strategisch adviseurs ROAZ AMC / VUmc)	<ul style="list-style-type: none"> • 1 kwartiermaker voor beide ROAZ-regio's (borging uniforme ontwikkeling) 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaris stuurgroep en regionale coördinatieteams • zorgdragen voor plannen van aanpak, subsidieaanvraag, verantwoording en faciliteren activiteiten uit PvA • contactpersoon voor veldpartners • Borgen verbinding tussen RCT's Oost/West en geïntegreerde stuurgroep ABR • Benutten netwerken/ kanalen expertise ROAZ-en 	Aanstelling voor 2 regio's (zie voor meer details functiebeschrijving)
Regionale Coördinatieteams NHFL Oost en NHFL West	<ul style="list-style-type: none"> • In totaal gaat het om 6 kernfunctionarissen per netwerk: • 2x vertegenwoordiger huisartsen • 2x specialist ouderen geneeskunde • Inzet op evenredige invulling uit Cure en Publieke Gezondheid van de andere 2x4 kernfunctionarissen: <ul style="list-style-type: none"> - 2x medisch-microbioloog (Cure, academisch en perifeer) - 2x internist-infectioloog (Cure, academisch en perifeer) - 2x Arts maatschappij & gezondheid profiel infectieziektebestrijding (Publieke gezondheid, GGD) - 2x Deskundige Infectiepreventie (Dier) (Publieke gezondheid, GGD) • Inzet gericht op parttimefuncties zodat een goede verbinding met praktijk behouden blijft vanuit nieuwe rol in RCT. De omvang van inzet per type functionaris kan verschillen als ook per fase van het zorgnetwerk (ontwikkelfase (2017), eerste implementatie (2018), volledig operationeel (2019 e.v.)). De meest wenselijke organisatorische te werkstelling van de kernfunctionarissen dient nader te worden onderzocht. 	<ul style="list-style-type: none"> • In operationele fase: uitvoerend t.a.v. 11 taken/16 subtaken regionale netwerken uit functieprofiel • Uitvoering ontwikkelplan (en in toekomst implementatie jaarplannen) zorgnetwerken • Aansturing werkgroepen • Voorbereidend voor geïntegreerde stuurgroep ABR (mee-opstellen jaarplannen (ontwikkelfase, implementatiefase en subsidieaanvragen ABR) • Communicatie/ borgen van verbinding met collega-professionals in het veld 	Minimaal maandelijks gemeenschappelijk overleg per RCT, verdere vorm en frequentie wordt in ontwikkelfase nader bepaald.
Werkgroepen	Gezamenlijk en uniform voor RCT Oost en RCT West waar het kan, regio-specifiek waar dit moet.	Voorbereidend en implementatie t.b.v. uitvoering taken RCT's	Periodieke bijeenkomsten van daartoe gericht uitgenodigde professionals. Werkgroepen zijn in principe tijdelijk van aard en wisselend van samenstelling naar behoefte van voorliggende vraagstuk/ opgave. In de ontwikkelfase zullen er beperkt werkgroepen en actief zijn. Voorzien zijn eventuele werkgroepen rondom de invulling van de regionale risicoprofielen voor bijvoorbeeld de delen die de lokale praktijksituatie weergeven. Mogelijk dat ook nadere uitwerking van het regionale signaleringsoverleg nog voorwerk door een werkgroep vereist.

Groep	Uitgangspunten	Taak/aard	Vorm
Regionale ketenpartners ABR NHFL Oost en NHFL West	Alle instellingen en relevante professionals worden betrokken bij dossier ABR. De door de minister in de kamerbrief genoemde partners gelden hierbij als leidraad. In de ontwikkelfase zal de focus primair op het humane zorgdomein liggen, en nog in mindere mate op de veterinaire- en milieuc componenten	<ul style="list-style-type: none"> • Periodieke raadpleging alle zorgprofessionals in de regio (minimaal 1x per jaar conform kamerbrief VWS) • Periodieke kennisdeling alle zorgprofessionals in de regio (minimaal 1x per jaar conform kamerbrief VWS) 	

5.2 Identificeren en informeren ketenpartners (punt 3)

Om tot een verbinding van de zorgdomeinen te komen, is het allereerst nodig om alle relevante ketenpartners te identificeren. De ROAZ-structuur is gericht op acute zorg, de ABR-problematiek overstijgt deze zorg, waardoor het overzicht van alle ketenpartners nog niet volledig is. Een voorlopige opsomming is opgenomen in Bijlage 2: Beschrijving ketenpartners.

De geïdentificeerde ketenpartners worden geïnformeerd over de landelijke aanpak ABR en de twee regionale zorgnetwerken. Dit is een eerste stap in het creëren van bewustzijn en draagvlak. Uiteindelijk zullen zij medeverantwoordelijk zijn voor het functioneren van de zorgnetwerken. Ketenpartners worden afhankelijk van mate van directe betrokkenheid en de rol in de aanpak periodiek op de hoogte gebracht van voor hen relevante ontwikkelingen. Hiervoor worden o.a. periodieke informatiemailings ingezet, worden bijeenkomsten georganiseerd en wordt een website ontwikkeld en beheerd.

Resultaat: Actueel overzicht betrokkenen.

Iedere regio houdt een actueel overzicht bij van alle zorginstellingen in de regio (ziekenhuizen, verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, thuiszorgorganisaties, zorggroepen/regionale huisartsenverenigingen) waarbij aangegeven wordt welke zorginstellingen wel en niet actief betrokken zijn en aan welke activiteiten ze deelnemen.

Eventueel is er een convenant ter ondersteuning hiervan.

De regio's hebben dit overzicht 1/10/2017 beschikbaar.

Ten aanzien van informatievoorziening naar ketenpartners worden informatiemailings ingezet (minimaal 2x per jaar voor bestuurders en 4x per jaar voor betrokken professionals), wordt een website ontwikkeld (1^e basale website gereed 31/12/2017) en worden gerichte bijeenkomsten georganiseerd conform eisen VWS (minimaal één jaarlijkse bijeenkomst met alle ketenpartners, en mogelijk in aanloopfase ook afzonderlijke op maat bijeenkomst voor bestuurders en voor professionals afzonderlijk).

5.3 Creëren van bestuurlijk draagvlak (punt 4)

Het is nodig om bestuurlijk draagvlak te creëren voor de benodigde randvoorwaarden voor de ABR zorgnetwerken. De inschatting is dat daar veel inspanningen toe verricht zullen moeten worden vanwege vele gelijktijdige andere urgente ontwikkelingen binnen hun zorgdomeinen die de aandacht van bestuurders vragen. Het formaliseren van het bestuurlijk draagvlak omvat voor de zorgnetwerken ABR onder meer het

- a) Opstellen van (aanvullende) samenwerkingsconvenant(en) waarin op hoofdlijnen de doelstelling en het gevraagde commitment voor de zorgnetwerken worden geformuleerd; vorming bestuurlijk netwerk waar op hoofdlijnen resultaten en noodzaak worden gedeeld zodat de intrinsieke motivatie tot het bijdragen aan plan van aanpak, waaronder met name ook de

punten benoemd bij b en c bevorderd en bestuurlijk gedragen worden. (zie ook resultaat benoemd bij 5.2)

- b) Regionaal steunen en faciliteren van de zogenaamde nulmetingen prevalentie BRMO conform het landelijk overeengekomen protocol (nog niet beschikbaar). Hiervoor is bestuurlijk commitment een randvoorwaarde.
- c) Regionaal delen van informatie in relatie tot bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) (clusters van infecties én dragerschap en mogelijk ook aantal BRMO's op individuele basis). Hiervoor is bestuurlijk commitment een randvoorwaarde. (Zie ook 5.4 c regionaal signaleringsoverleg)

Gemeente

Hoewel de gemeente waarschijnlijk een rol zal spelen bij aanpak van ABR, is op dit moment onduidelijk wat deze concreet inhoudt en wat hun taak zal zijn. Ondanks vragen vanuit sommige gemeenten binnen de regio Noord-Holland/Flevoland, kan dit op een later tijdstip pas zinvol worden ingevuld. De gemeente zal in elk geval worden uitgenodigd voor de beoogde jaarlijkse bijeenkomsten.

Vanuit de activiteiten benoemd bij 5.2 en 5.3 wordt ook invulling gegeven aan het door VWS verwachte resultaat voor het 'betrekken van zorginstellingen':

5.4 Bepalen specifieke regionale aandachtsgebieden (punt 5)

Voor beide zorgnetwerken moeten de regionale aandachtsgebieden worden bepaald door middel van het opstellen van een regionaal risicoprofiel. Daartoe behoort specifiek voor de twee ABR-regio's:

- a) inzicht te genereren in het regionale vertrekpunt, en hiaten en handvatten voor verbetering te identificeren:
 - Het inventariseren van bestaande databronnen (en de noodzakelijke kosten voor het ontsluiten en beschikbaar maken van de informatie)
 - Beschikbare relevante onderzoeksresultaten en bestaande andere relevante informatie over voorkomen BRMO (prevalentie, clusters, bijzondere BRMOs, moleculaire epidemiologische informatie), o.a. o.b.v. literatuuronderzoek en uitvraag per instelling
 - Regionaal antibioticagebruik (per zorgdomein omvang gebruik, schatting over-/ondergebruik, gebruik last resort antibiotica e.d.)
 - Praktijk van infectiepreventie in verschillende zorgdomeinen (inclusief inzicht in uitvoering audits in verpleeghuizen en ziekenhuizen)
 - Praktijk tav 'antibiotic stewardship' in ziekenhuizen en indien van toepassing VVT-instellingen
 - Kennisniveau van betrokken professionals ten aanzien van ABR en professionele richtlijnen
 - Benoemen voor ABR relevante andere regio-specifieke kenmerken (aanwezigheid vliegvelden, havens, demografische kenmerken bevolking e.d.)

De wijze waarop de informatie bij a) verkregen zal worden voor de twee zorgnetwerken is velerlei. Voorzien zijn onder meer het uitvoeren van literatuuronderzoek (voor het samenstellen van een overzicht van beschikbare onderzoeksgegevens over de regio, het raadplegen van onderzoeksgroepen in de regio voor nog lopende initiatieven en aanvullingen), webbased vragenlijsten, gerichte werkbezoeken en opvragen deelinformatie en overzichten die reeds beschikbaar zijn bij andere organisaties. Met de regionale coördinatieteams Oost en West, in samenspraak met de ketenpartners zal steeds de meest efficiënte ingang voor verkrijgen van de gewenste informatie worden gezocht. Voor de vergelijkbaarheid met andere zorgnetwerken zal waar mogelijk dezelfde methodiek worden gebruikt. Dit vraagt afstemming tussen RCT's over de zorgnetwerken heen.

- b) Het inventariseren van meest voorkomende patiëntenstromen tussen instellingen en tussen 1^e en 2^e lijn, en van de mate van uitwisseling van personeel tussen instellingen (multiple aanstellingen). Er zal zoveel mogelijk gebruik worden gemaakt van bestaande databases waar patiëntverplaatsingen in worden vastgelegd. Daar waar geen data beschikbaar zijn zullen patiëntenstromen mede inzichtelijk worden gemaakt door interviews / expert opinions.
- c) Instellen van een regionaal signaleringsoverleg (SO) ZI/AMR als regionale variant van het bestaande landelijke SO ZI/AMR. Bij voorkeur wordt dit vormgegeven op basis van landelijk overeengekomen methodiek/afspraken, en bestaande meldingskanalen in de infectieziektebestrijding waarbij ook de koppeling naar het bestaande landelijke signaleringsoverleg wordt geborgd. De precieze procedures en ondersteunende instrumenten dienen dus nog nader te worden bepaald. Het is wel voorzien dat het regionale coördinatie team in de uitvoering een actieve rol zal spelen.
- d) Maken van goede transmurale werkafspraken tussen de domeinen. Vanuit een behoeftepeiling in een deel van de regio is helder dat alle professionals veel belang hechten en verbetermogelijkheden zien in het maken van goede transmurale werkafspraken bij overplaatsingen/opnames van patiënten met een BRMO. Ook in andere regio's wordt dit als belangrijke basis gezien, wat bijvoorbeeld voor de regio Utrecht al heeft geleid tot transmurale werkafspraken. Deze werkafspraken kunnen dienen als vertrekpunt voor te maken nadere afspraken in onze regio's.
- e) Het opstellen van een regionaal nascholingsplan mede obv behoeften en hiaten in kennis geïdentificeerd in de inventarisatiefase van de praktijksituatie t.a.v. hygiëne en antibiotic stewardship. Waar mogelijk wordt daarbij gebruik gemaakt van landelijke of in andere regio's ontwikkelde scholingsmaterialen/e-health e.d. De afspraak is landelijk gemaakt dat indien een regio het initiatief neemt tot het gebruik van e-Learning deze (in beginsel) ook geschikt moet zijn voor gebruik in andere regio's, zodat deze hiervan ook gebruik kunnen maken.
- f) Het opstellen van een regionaal beheersplan. O.b.v. alle regionaal verzamelde informatie en inzichten wordt een verbeterplan opgesteld voor hoog geprioriteerde knelpunten/risico's. Daarin wordt ook opgenomen hoe advisering tussen zorgverleners/-instellingen plaats vindt. Kennis uit pilots rondom antibiotic stewardship elders kunnen hier ook in worden betrokken.
- g) Nog pm: Het regionaal faciliteren en begeleiden van de zogenaamde nulmetingen prevalentie BRMO conform het landelijk overeengekomen protocol (nog niet beschikbaar). De opzet en wijze van uitvoering van deze nulmetingen, inclusief de data-analyses en rapportages, is op dit moment nog niet bekend. De subwerkgroep puntprevalentie onderzoek (PPO) van de werkgroep surveillance buigt zich hierover, waarna het advies wordt doorgezet voor besluitvorming door VWS als opdrachtgever. Op voorhand is helder dat uitvoering aanvullende financiering vergt (bijvoorbeeld in de zorgnetwerken voor inzet van personeel bij de lokale coördinatie van de data- en monsterverzameling, bemonsteren van bewoners en voor de uitvoering van de benodigde laboratoriumanalyses).

De activiteiten bij 5.4 geven invulling aan het verwachte resultaat vanuit VWS op terrein van 'regionale risicoprofielen en beheersplannen', 'het regionale nascholingsplan', 'de transmurale werkafspraken en het regionale signaleringsoverleg' en de, nog niet landelijk concreet ingevulde resultaten, voor de 'prevalentiemetingen' en het 'regionale auditplan'.

Resultaat: Regionaal risicoprofiel en beheersplan
 Iedere regio maakt gebruik van het landelijke uniforme risicoprofiel (nog definitief vast te stellen).
 Dit risicoprofiel is regionaal ingevuld en formeel vastgesteld (door de stuurgroep) in de regio.

Er is een regionaal beheersmaatregelenplan binnen landelijke richtlijnen (rekening houdend met de verantwoordelijkheden van individuele instellingen). Ook deze is formeel vastgesteld in de regio.

De regio's hebben 31/12/2017 regionaal risicoprofiel gereed.

De regio's hebben 1/5/2018 regionaal beheersplan gereed.

Resultaat: Regionaal nascholingsplan

Er is een regionaal opgesteld nascholingsplan voor de verschillende beroepsgroepen (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden,) in de regio. Dit plan wordt mede gebaseerd op het regionaal risicoprofiel. Dit plan wordt formeel vastgesteld in de regio. (indien e-learning ontwikkeld beschikbaar stellen voor alle regio's)

De regio's hebben deze 1/5/2018 gereed.

Resultaat: Transmurale werkafspraken en een regionaal signaleringsoverleg

Er zijn transmurale werkafspraken BRMO in de regio over het wederzijds informeren over het voorkomen BRMO (bij patiëntenverkeer en bij overdracht). Deze worden toegepast.

Er is een regionaal signaleringsoverleg ingeregeld waar partijen elkaar informeren over het voorkomen van BRMO en de maatregelen die zij naar aanleiding daarvan getroffen hebben.

De transmurale afspraken in de regio zijn opgesteld en worden toegepast per 31/12/2017.

Het regionale signaleringsoverleg is 31/12/2018 een feit (voorafgegaan door een pilotfase).

Resultaat: Prevalentiemetingen

Prevalentiemetingen zullen uitgevoerd worden in de regio's. Resultaten daarvan zullen vergelijkbaar moeten zijn en dus conform het landelijke ontwerp moeten worden uitgevoerd. Invulling is in afwachting van besluitvorming VWS over het advies van de subwerkgroep puntprevalentiemetingen.

Verder worden nog niet concreet benoemde bijdragen vanuit de regio's verwacht aan de verbeterde surveillance die landelijk wordt vormgegeven.

Beoogde realisatiedata zijn in deze fase niet vast te stellen.

Resultaat: overzicht uitvoering audits regio, regionaal auditformat, % instellingen met audit

Er is een regionaal overzicht waarin aangegeven wordt welke zorginstellingen er zijn (ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, huisartsenposten) en welke zorginstellingen geaudit worden.

Het overzicht is beschikbaar op 1/12/2017

Vanuit het overzicht wordt toegewerkt naar een regionaal auditformat voor de regio. Dit format is (vooralsnog) niet verplicht. Het regionaal auditformat is een ambitie waar regio's op eigen tempo naar toe werken. (X % van de ziekenhuizen audit per xx, X % van de verpleeghuizen audit per xx)

5.5 Opstellen jaarplan implementatie 2018 (punt 6)

Het jaarplan 2018 voor beide ABR zorgnetwerken (eerste fase van implementatie), zal opgesteld worden op geleide van de bevindingen uit de ontwikkelfase, waarbij een prioritering door de stuurgroep ABR zal moeten worden overeengekomen. Een belangrijk onderdeel van dit plan zal het regionaal beheersmaatregelenplan zijn zoals verwoord bij het resultaat onder 5.4. Verder zal daar ook expliciet aandacht zijn voor het uitvoeren (van zoveel mogelijk geüniformeerde) audits, advisering bij bestrijdingsmaatregelen tussen de diverse zorginstellingen en zorgaanbieders, en een effectief en transparant antibiotic stewardship beleid (pilots antibiotic stewardship, in afwachting van besluit VWS op advies subwerkgroep Surveillance antibioticagebruik en antibiotic stewardship).

Pm: afstemming en uitwisseling regionaal met landelijk (taak 11 uit functieprofiel), en aanvullende eisen vanuit Plan van aanpak GGD GHOR Nederland/LNAZ tav doen van aanbevelingen/delen best practices en opleveren voortgangsrapportages en leerpunten en knelpunten dienen in subsidie aanvraag nader te worden uitgewerkt.

5.6 Regionale kenmerken

Beide zorgnetwerken samen bedienen 3,2 miljoen inwoners (o.a. relatief veel inwoners met migrantenachtergrond, inclusief arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europese landen die in 2004 zijn toegetreden tot de EU – de zogeheten MOE-landen). De regio's kennen een uitgebreid en complex zorglandschap, zonder congruente grenzen tussen (verzorgings)gebieden van ROAZ, GGD-en, zorginstellingen en patiëntstromen. Ten aanzien van de uitgangssituatie voor ABR zijn er vanuit enkele surveys aanwijzingen dat in elk geval in het grootstedelijke gebied van de regio de ABR-prevalentie (i.e. ESBL) boven het landelijk gemiddelde ligt. Elke subregio heeft echter unieke kenmerken, waarmee rekening gehouden dient te worden. De regio omvat onder andere de luchthaven Schiphol en diverse havens. Dit zal in de uitwerking van het ontwikkelplan beschreven worden in het regionaal risicoprofiel (zie 5.4).

5.7 Financiering

Voor het ontwikkelplan is aanvullende financiering nodig; dit is randvoorwaardelijk voor de uitvoering ervan. Voor de implementatie en uitvoering van de zorgnetwerken ABR stelt VWS voor de jaren 2017 en 2018 landelijk respectievelijk €7,5 miljoen en €10 miljoen beschikbaar. Vanaf 2019 is er structureel €15 miljoen ter beschikking voor het functioneren van de netwerken en de aansluitende ondersteuningsstructuur op landelijk niveau.⁸ Voor 2017 en 2018 kan een subsidieaanvraag ingediend worden bij VWS voor de basistaken van het regionale zorgnetwerk ABR. Hierbij denkt VWS aan een bedrag ter grootte van maximaal € 275.000 euro per jaar voor de uitvoering van deze taken.¹⁰ VWS geeft daarbij mee dat er door de zorgnetwerken uitvoering moet worden gegeven aan de in het voorstel van GGDGHOR Nederland en LNAZ genoemde minimale resultaatafspraken en minimale eisen.¹¹ Het zorgnetwerk krijgt hiertoe in het voorjaar van 2017 een format aangeleverd waarmee deze subsidie naar huidige verwachting in april aangevraagd kan worden, met verwachte behandelingstermijn van 13 weken.¹⁰

Financiering van de voorgenomen puntprevalentiemetingen dienen separaat te worden geborgd, en vormen geen onderdeel van het basisbudget zoals hierboven vermeld.

6. Referenties

- 1 D'Costa VM, King CE, Kalan L, et al. Antibiotic resistance is ancient. *Nature* 2011; **477**: 457–61. doi:10.1038/nature10388.
- 2 Aminov RI. A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. *Frontiers in microbiology* 2010; **1**: 134. doi:10.3389/fmicb.2010.00134.
- 3 Aminov R. History of antimicrobial drug discovery - Major classes and health impact. *Biochemical pharmacology* 2016. doi:10.1016/j.bcp.2016.10.001.
- 4 Jim O'Neill. Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations. Review on Antimicrobial Resistance, 2016.
- 5 Cancer Research UK. Worldwide cancer statistics. Deaths from worldwide cancer, 2012. <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer> (accessed Oct 13, 2016).
- 6 Kraker MEA de, Stewardson AJ, Harbarth S. Will 10 Million People Die a Year due to Antimicrobial Resistance by 2050? *PLoS medicine* 2016; **13**: e1002184. doi:10.1371/journal.pmed.1002184.
- 7 mw. drs. E.I. Schippers. Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - kst-32620-159. Brief van de Minister: Antibioticaresistentie, 2015.
- 8 mw. drs. E.I. Schippers. Kamerbrief over Voortgang aanpak antibioticaresistentie - 7 juli 2016, 2016.
- 9 Werkgroep zorgnetwerken. Functionele aspecten van het regionale netwerk. Concept inclusief aanpassingen: februari 2016.
- 10 Arold Reusken, Hoofd Bureau LNAZ, Anja Schreijer GGD GHOR Nederland. email 16 december 2016.
- 11 GGDGHOR Nederland, Landelijk Netwerk Acute Zorg. Projectvoorstel plan van aanpak antibioticaresistentie regionale zorgnetwerken, 2016.

Bijlage 1: Functieprofiel regionale zorgnetwerken: versie 19-2-2016.

Zoals geformuleerd door de landelijke werkgroep zorgnetwerken en vastgesteld door Bestuurlijk Overleg VWS.⁹

Het regionale netwerk wordt gezien als een regionale uitvoering van het nu bestaande landelijke SO-ZI/ABR. Het regionale netwerk draagt zorg voor:

- 1) Betrekken van zorginstellingen, organisaties en zorgprofessionals binnen het regionale netwerk en deelname aan landelijke surveillance ten behoeve van de tijdige detectie van BRMO.
- 2) Elke regio maakt een regionaal risicoprofiel welke instellingen het grootste risico hebben op verspreiding van BRMO binnen de instelling en tussen instellingen en geven adviezen om de beheersmaatregelen aan te passen zodat BRMO-verspreiding tegen wordt gegaan.
- 3) Het beschikbaar maken van gegevens van periodieke prevalentie metingen naar dragerschap van BRMO.
- 4) Verzorgen van deskundigheidsbevordering door het organiseren van bij- en nascholing.
- 5) Inzicht in de mate van implementatie van infectiepreventiemaatregelen in de zorginstellingen en bij andere zorgaanbieders.
- 6) Streven naar een identieke en reproduceerbare manier van het voeren van audits in de regio die inzicht geven in de kwaliteit van de infectiepreventie in de instelling/organisatie.
- 7) Transparantie faciliteren over de aanwezigheid van BRMO en de verspreiding daarvan.
- 8) Communicatie binnen de regio over de aanwezigheid van BRMO tussen alle domeinen van de zorg en de openbare bevolking
- 9) Advisering bij bestrijdingsmaatregelen tussen de diverse zorginstellingen en zorgverleners
- 10) Een effectief en transparant beleid ten aanzien van antimicrobial stewardship (meten, terugkoppelen, verbeteren, opnieuw meten).
- 11) Afstemming en uitwisselen van het regionale beleid en de uitkomsten daarvan op landelijk niveau. Koppeling tussen het regionale netwerk en een landelijke signalerings- en respons structuur.

Bovenstaande taken kunnen worden bereikt door:

- 1) Het oprichten en onderhouden van een regionaal netwerk.
- 2) Het bevorderen van het implementeren van richtlijnen BRMO (LCI/WIP/etc.) binnen alle zorgorganisaties/instellingen in de regio.
- 3) Het maken van transmurale werkafspraken omtrent BRMO-detectie en bestrijding en het verstevigen van communicatielijnen.
- 4) Vroegtijdige signalering van lokale en regionale verheffingen BRMO, waarbij voor zover mogelijk gebruik wordt gemaakt van geautomatiseerde systemen.
- 5) Algemene advisering op het gebied van preventie van verspreiding BRMO binnen en buiten het ziekenhuis (incl. privéklinieken, verpleeg-/ verzorgingshuis/ thuiszorg, 1e lijn)
- 6) Bevorderen van het meten van antibioticagebruik in alle onderdelen van de keten conform afspraken hierover in het voorlopig ontwerp van het landelijk surveillancesysteem ABR.
- 7) Creëren van awareness over antibiotica gebruik (AB-stewardship) binnen en buiten ziekenhuizen en het stimuleren van restrictief antibioticagebruik
- 8) Verhogen awareness omtrent ABR bij algemene publiek door middel van voorlichting
- 9) Bevorderen van onderwijs/scholing personeel binnen organisaties en instellingen
- 10) Verbinding maken met landelijke structuren zoals het SO-ZI/AMR en het LCI Platform BRMO in de publieke gezondheid
- 11) Adviseren aan de instellingen over audit's die de kwaliteit van de infectieziektepreventie in de instelling/organisatie inzichtelijk maken.
- 12) Het in kaart brengen van het complete netwerk van betrokken instellingen/organisaties binnen de regio
- 13) Het informeren en activeren van bestuurders zowel van instellingen als lokaal bestuur op het gebied van BRMO

- 14) Beantwoorden van onderzoeksvragen (duur dragerschap, prevalentie dragerschap instellingen, etc.) betreffende BRMO
- 15) (Op termijn) oprichten en beheren van een kenniscentrum voor BRMO in de regio/ website
- 16) Spiegelen en leren van veterinaire sector in de regio

Bijlage 2: Beschrijving ketenpartners

Regionale ketenpartners **ABR Oost** (partners 1 t/m 17 beschrijven de huidige formele ROAZ partners op thema's van acute zorg, deze moeten worden beoordeeld op relevantie voor AMR. Missende partners moeten vervolgens in ontwikkelfase worden toegevoegd)

- 1) AMC/traumacentrum (traumanet) (Amsterdam)
- 2) GGD Amsterdam
- 3) GGD Gooi&Vechtstreek
- 4) GGD Flevoland
- 5) BovenIJ Ziekenhuis (Amsterdam),
- 6) Flevoziekenhuis (Almere),
- 7) MC Groep Zuiderzeeziekenhuis (Lelystad),
- 8) OLVG, locatie Oost (Amsterdam)
- 9) Tergooiziekenhuizen (Blaricum, Hilversum),
- 10) Waterlandziekenhuis (Purmerend),
- 11) Westfriesgasthuis (Hoorn), --> valt met nieuwe binnengrens onder regio West!
- 12) Ambulance Amsterdam, (secundair?)
- 13) RAV Gooi en Vechtstreek, (secundair?)
- 14) Huisartsenkring Amsterdam,
- 15) Huisartsenposten Amsterdam,
- 16) Eerstelijns Verloskundigen Amsterdam Amstelland (secundair?)
- 17) Arkin (secundair?)

NOG IN KAART BRENGEN IN ONTWIKKELFASE NIEUWE PARTNERS ABR NU NIET IN ROAZ

STRUCTUUR (1^e aanzet, niet compleet):

- 18) Huisartsenkringen/koepels regio Flevoland, Gooi&Vecht??
- 19) Apothekers:
- 20) Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis (Amsterdam)
- 21) Instellingen langdurige zorg (verpleeghuizen, revalidatiecentra)
- 22) Thuiszorginstellingen
- 23) Regionale veterinaire partners? (NVWA/RVC-er)....
- 24) laboratoria buiten de ziekenhuizen die wij niet in beeld hebben (huisartsenlabs?)
- 25) Gemeenten
- 26) Instellingen verstandelijk gehandicapten
- 27) Revalidatiecentra
- 28) Zelfstandige behandelcentra

Regionale Ketenpartners **ABR West** (partners 1 t/m 20 beschrijven de huidige formele ROAZ partners op thema's van acute zorg, deze moeten worden beoordeeld op relevantie voor AMR. Missende partners moeten vervolgens worden toegevoegd)

- 1) Traumacentrum VUmc (Acute Zorg Noord-West Nederland)
- 2) GGD Zaanstreek Waterland,
- 3) GGD Noord-Holland Noorden,
- 5) GGD Kennemerland,
- 6) Spaarne Gasthuis (Hoofddorp),
- 7) Rode Kruis Ziekenhuis (Beverwijk),
- 8) Zaans Medisch Centrum (Zaandam),
- 9) Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, tegenwoordig OLVG, locatie West (Amsterdam)--> valt in nieuwe indeling in Oost
- 10) MC Slotervaart (Amsterdam), --> valt in nieuwe indeling in Oost
- 11) MCA Gemini Groep (Alkmaar, Den Helder),
- 12) Ziekenhuis Amstelland (Amstelveen), --> valt in nieuwe indeling in Oost
- 13) Huisartsenposten Zaanstreek-Waterland, --> valt in nieuwe indeling in Oost
- 17) Huisartsenpost Kennemerland,
- 18) Huisartsenpost Haarlemmermeer,

- 19) GGZ InGeest, (secundair?)
 - 20) GGZ Noord-Holland Noord (secundair?)
- NOG IN KAART BRENGEN IN ONTWIKKELFASE NIEUWE PARTNERS ABR NU NIET IN ROAZ
STRUCTUUR (1^e aanzet, niet compleet):
- 21) Apothekers:
 - 22) Instellingen langdurige zorg (verpleeghuizen, revalidatiecentra)
 - 23) Thuiszorginstellingen
 - 24) Regionale veterinaire partners? (NVWA/RVC-er).....
 - 25) laboratoria buiten de ziekenhuizen (huisartsenlabs?)
 - 26) Gemeenten
- (NB: verloskundigen niet in West, maar waarschijnlijk ook niet relevant voor ABR)
- 27) Huisartsenpost Westfriesland (Hoorn)
 - 28) Huisartsenpost Alkmaar (HONK)
 - 29) Huisartsenpost Kop van Noord-Holland (HKN)
 - 30) Streeklaboratorium Haarlem
 - 31) Comicro laboratorium
 - 32) Instellingen verstandelijk gehandicapten
 - 33) SEIN
 - 34) Revalidatiecentra
 - 35) Zelfstandige behandelcentra

Bijlage 3

Wat is antibiotica stewardship?

Een continue aanpak om het gebruik van antibiotica te optimaliseren om:

- Het welzijn van de cliënt te bevorderen
- Ervoor te zorgen dat de behandeling kosteneffectief is
- De nadelige effecten van antibioticagebruik te beperken (incl. resistentievorming)

Doelstelling:

Het optimaliseren van het antibiotica voorschrijfgedrag, middelkeuze, dosering, toedieningswijze en therapieduur.

Voorwaarden:

Commitment (raad van bestuur v/d/ organisatie en behandelaars), budget en aanwezigheid antibioticateam (A-team, net zoals in ziekenhuizen)

Voor verdere informatie wordt verwezen naar het SWAB document over dit onderwerp:

[http://www.swab.nl/swab/cms3.nsf/uploads/5FD2BE2700E8B433C1257A680028D9Fo/\\$FILE/visiedoc%20SWAB%20vs%2021%20junifinal.pdf](http://www.swab.nl/swab/cms3.nsf/uploads/5FD2BE2700E8B433C1257A680028D9Fo/$FILE/visiedoc%20SWAB%20vs%2021%20junifinal.pdf)