

Notulen invitational conference richtlijn MRSA

Datum : 4 oktober 2021

Tijd : 17:00-19:00 uur

Locatie : Online via Zoom

Aanwezig : Willeke Gerritsen (RIVM), Liesbeth Boeijen (VHIG), Hedy Salomons, Stephanie Hulsbosch (IGJ), Erica de Loos (NVZ), Gerjanne Vlasveld (NVAVG), Jan Vissers (Verenso), Jannie Smit (VD SMH), Thomas Jonkergouw (PFN), René Naber (NVAB), Andreas Voss (FMS), Anneloes Vlek (NVMM, voorzitter), Bart Versteeg, Haitske Graveland (KIMS)

Genodigd maar niet aanwezig: Overige WVen aangesloten bij FMS, NFU, STZ, NAPA, ZiNL, ZN, ZorgthuisNL, V&VN, NCvB, NVvAKI, VSG, NVTNET, NVU, NVZA

1. Opening

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

2. Voorstelronde (naam, organisatie en functie)

Er wordt een kort voorstelronde gemaakt

3. Toelichting doel van de avond en proces richtlijnontwikkeling:

Bart Versteeg licht toe dat de richtlijn onderdeel is van het SRI. De structuur wordt kort besproken. Doel van de avond is het verzamelen van input van verschillende partijen om uiteindelijk een complete richtlijn op te stellen. Hierbij wordt rekening gehouden met wat de stakeholders belangrijk vinden en wat er leeft. Hier zal bepaald worden welke punten wel en welke niet worden meegenomen in de richtlijn. Het zal een multidisciplinaire richtlijn worden met een plan de implementatie te verbeteren, welke aansluit op de praktijk en de bestaande zorgprocessen.

De doelstelling is het ontwikkelen van een multidisciplinaire, helder afgebakende richtlijn waarin de patiënt centraal staat.

4. Impact probleem persoonlijke beschermingsmiddelen en richtlijn

Meticilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) werd voor het eerst gemeld in 1961, binnen 1 jaar na de introductie van meticilline. Snel daarna werden de eerste epidemieën met MRSA gerapporteerd. Sinds de jaren 70 is er een toename van de problematiek in Europa en de Verenigde Staten waar te nemen. In de meeste landen is het percentage MRSA bij ziekenhuispatiënten nu hoger dan 20%. In sommige landen worden zelfs percentages van hoger dan 50% gemeld. Nederland is in staat gebleken om het percentage MRSA te beperken (<1%). Dit wordt mede bereikt dankzij succesvol nationaal beleid dat zal worden herzien in deze richtlijn.

Afstemming tussen verschillende SRI-richtlijnen is van groot belang. Voor de gebruiker moet informatie makkelijk vindbaar zijn. Zo zal bijvoorbeeld worden afgestemd met de isolatierichtlijn over MRSA en isolatiemaatregelen: hebben afzonderlijke maatregelen evenveel toegevoegde waarde (ook in verschillende settings/zorgdomeinen)? En over MRSA en reiniging en desinfectie

met de richtlijn Reiniging & desinfectie van ruimten, meubilair en voorwerpen (specifieke methoden).

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

Stephanie Hulzebosch (IGJ) geeft aan dat de benoemde knelpunten in het raamwerk herkenbaar zijn. In de praktijk worden knelpunten ervaren omtrent de omschrijving van de risicocategorieën met name de V-MRSA. Hoe ga je om met V-gerelateerde MRSA? Zijn alle maatregelen dan echt noodzakelijk.

Een ander knelpunt is de nut en noodzaak van isolatiemaatregelen. Voor particuliere klinieken is vaak niet duidelijk wat gezien moet worden als een klinische of poliklinische setting.

Hedy Salomons (IGJ) geeft aan dat bij de inspecties die worden uitgevoerd met name aan de orde komt wat nou moet worden gezien als invasief. Hier zijn verschillende definitie voor en dat levert veel vragen op. Op dit punt is er behoefte aan duidelijkheid zodat minder wordt overgelaten aan de individuele zorgaanbieder.

Een ander knelpunt betreft artsen die deels in Nederland deels in het buitenland (bijvoorbeeld België) werken. Hoe ga je met deze groep om die een soort blijvende blootstelling ervaren?

Tenslotte heeft het de voorkeur om ook andere reinigingsmethoden dan chloor en alcohol te bespreken (bijvoorbeeld UV-licht en waterstofperoxide). Deze worden in de praktijk nu al wel toegepast, maar zijn nog niet in richtlijnen opgenomen.

Willeke Gerritsen (RIVM) geeft aan dat één van de knelpunten betrekking heeft op hoe om te gaan met een medisch kinderdagverblijf of een school voor speciaal onderwijs waar ook kinderen met medische problemen naar toe gaan. Kunnen daar iets meer handvaten aan gegeven worden? Hetzelfde geldt ook voor de wijkverpleging.

Een andere vraag die speelt is wie is waarvoor verantwoordelijk. Stel we hebben een medewerker die MRSA-positief is. Wie gaat dan de behandeling geven? Nu wordt de medewerker vaak van het kastje naar de muur gestuurd.

Anneloes geeft aan dat het belangrijk is hierbij te kijken naar de overlap met andere richtlijnen. Afstemming is hierbij gewenst.

Liesbeth Boeien (VHIG) geeft aan dat het inderdaad belangrijk om te kijken hoe het met gastchirurgen gaat, maar ook de risico-inventarisatie. Daarnaast is er een knelpunt vanuit de verpleeghuizen waar het de vraag is hoe om te gaan met langdurig dragerschap. Hoe moet hier mee om worden gegaan, waar kan men terecht en wanneer kunnen maatregelen worden losgelaten of afgebouwd.

Jan Vissers (Verenso) geeft aan dat eerdergenoemde punten worden herkend. Wie heeft welke rol en wanneer. Communicatie onderling is ook erg belangrijk tussen ziekenhuizen en mensen thuis.

Een ander knelpunt dat wordt ervaren is betreft eenduidigheid in beleid. Soms ontvang je van verschillende microbiologen verschillende adviezen, maar ook wie heeft welke rol met betrekking tot de medewerker waarbij de bedrijfsarts verwijst naar de organisatie, organisatie overlegt met de

microbioloog en microbioloog verwijst naar de bedrijfsarts. Hierdoor blijven medewerkers in rondjes lopen. Daarnaast is er behoefte aan duidelijkheid over regionale verschillen. In Limburg is bijvoorbeeld meer sprake van V-MRSA dan andere regio's.

René Naber (NVAB) geeft aan dat het belangrijk is om een goede uitsplitsing te hebben tussen patiënten en werknemers. In de LCI-richtlijn (2018) wordt ook al veel gezegd over MRSA buiten het ziekenhuis. Tenslotte is het belangrijk de verantwoordelijkheden goed te benoemen in het ziekenhuis heb je voor de patiënt de medisch specialist, de werknemer valt weer onder de bedrijfsarts. In de wijkverpleging is de huisarts degene die voor de patiënten van belang is, maar in het verpleeghuis kan dit weer de specialist ouderen geneeskunde of de huisarts zijn.

Duidelijkheid over V-MRSA is belangrijk. Als medewerker in Achterhoek kom je veel in aanraking met V-MRSA. Als werknemer mag je werken, maar als je vervolgens als patiënt wordt opgenomen, moet je in isolatie. Dit roept vragen op, is onduidelijk.

Jannie Smit (VDSMH) geeft aan dat het voor de CSA (sterilisatieafdeling) niet uitmaakt of gebruikte materialen MRSA-positief zijn, en dat dit niet als zodanig gelabeld hoeft te worden als dit aangeboden wordt voor verwerking.

Gerjanne Vlasveld (NVAVG) geeft aan dat ze zich kan vinden in voorgaande reacties. Ook de LCI-richtlijn (MRSA buiten de ziekenhuizen) is weinig concreet, zeker wat betreft medisch kinderdagverblijven en andere gedecentraliseerde zorg. Dit geldt ook voor de overlap tussen zorg en wonen. In gehandicapten- en ouderenzorg wonen mensen. Dit maakt situatie nog wel eens ingewikkeld als zij uit het buitenland terugkomen of langdurig drager zijn. Behoeft aan concrete adviezen in deze situatie. Nu wordt er vooral gemerkt dat er maatwerk moet worden toegepast.

Erica de Loos (NVZ) geeft aan dat de NVZ niet zozeer medisch inhoudelijk kijkt, maar meer naar de naar de implementatie en naleving van de richtlijn voor medisch specialistische zorginstellingen. Het is van belang om bij de aanbevelingen en het implementatieplan aan te geven wat het verschil is in de nieuwe situatie ten opzichte van de oude situatie. Dit maakt het makkelijker is om te beoordelen wat de impact is op financiën, ICT of inzet van personeel. Als daar kosten of aantallen aan verboden zijn, is het van belang dat dit zo concreet mogelijk wordt uitgelegd.

→ Punt met betrekking tot governance-afspraken – categorie 2.

Er wordt afgesproken dat de NVZ (en NFU) tijdig worden geïnformeerd en er een overleg plaatsvindt nadat het raamwerk is afgerond. Tijdens dit overleg kan verder worden vastgesteld welke procedure, conform governance-afspraken, wordt ingezet.

Thomas Jonkergouw (PFN) geeft niet zozeer medische inhoudelijk naar de richtlijn te kijken. Een punt dat wel belangrijk is informatievoorziening. Hoe worden bezoek, naasten en gezinsleden tijdig geïnformeerd met name in instellingen waar mensen wonen.

Thomas geeft aan de richtlijn nog binnen de PFN voor te leggen, maar verwacht dat betrokkenheid van de PFN bij de enkel de commentaarfase voldoende moet zijn om het patiëntperspectief voldoende te borgen.

Liesbeth Boeijen (VHIG) geeft nog aan dat duurzaamheid is ook een belangrijk punt dat mogelijk in de richtlijn zou moeten worden benoemd.

René Naber (NVAB) geeft aan dat het ook goed zou zijn om bijzondere groepen te benoemen (zwangere, bewoners, mensen met verminderde afweer). Met name als ze werknemer zijn, maar natuurlijk ook als ze patiënt zijn.

6. Vervolgprocedure

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

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

7. Sluiting

Iedereen bedankt voor de komst en actieve participatie.