LINK

Nieuwsbrief voor linknurses en linkdocs

maart 2019
jaargang 4, nummer 1

Themajaar 2019: BRMO & Isolatie

BRMO: Bijzonder Resistente Micro-Organismen
Bacteriën die resistent zijn tegen eerste keus antibiotica worden BRMO genoemd.
De bacteriën zelf zijn niet bijzonder, maar wel hun resistentiepatroon.

Welkom bij de eerste LINK van 2019! Naast een update over het griepseizoen staat deze LINK in het teken van **B**ijzonder **R**esistente **M**icro **O**rganismen. Na alle aandacht voor de basishygiëne in de afgelopen jaren heeft de MMBI besloten om het thema **BRMO & Isolatie** centraal te stellen in 2019. Dat betekent dat veel van onze activiteiten in 2019 op dit thema zijn gericht. De aanleiding om dit thema te kiezen is tweeledig: ten eerste zien we een toename van BRMO, zowel in aantal als in ernst. Nataliya Hilt en Dirk Borst geven hierover nadere uitleg in deze LINK. Ten tweede komt de isolatiecapaciteit in het UMCG steeds meer onder druk te staan. We staan gezamenlijk voor de uitdaging om deze capaciteit optimaal in te zetten voor een blijvend veilige patiëntenzorg.

Inmiddels zijn ruim 130 linknurses en linkdocs aangesloten bij het Infectiepreventienetwerk en zij vormen een onmisbare schakel bij de uitvoering van het infectiepreventiebeleid. Dit jaar zullen ook de netwerkbijeenkomsten voor linknurses en linkdocs in het teken staan van BRMO en Isolatie.
Maar ook als je geen linkdoc of linknurse bent, ben je van harte welkom op deze bijeenkomsten – dus zorg ervoor dat je afdeling vertegenwoordigd is!
Verderop in dit nummer blikt Francine Dekker-Kok terug op de recente VRE-outbreak op C3VA en geeft Edwina Doting uitleg over Antibiotic Stewardship, een belangrijke pijler in de strijd tegen antibioticaresistentie.
Veel leesplezier.

Jet van der Weerd, *unitmanager Infectiepreventie*

Inhoud

2 2 Netwerkbijeenkomst 16-4-2019
3 Resistentie, een groeiend gevaar
5 Griepseizoen, stand van zaken
6 VRE outbreak HIT HARD & EARLY!
7 Contact-plus isolatie
8 A-team voor veilig antibiotica gebruik
10 Kweken afnemen; hoe en waarmee?
12 Nieuw op DocPortal
13 Ik dacht het niet!
14 Aseptisch werken, No touche mag!
15 Infectiepreventie op DocPortal en intranet
16 Gediplomeerd en nieuw!

INFECTIEPREVENTIE NETWERK UMCG

Themajaar BRMO & Isolatie

Infectiepreventie Netwerkbijeenkomst UMCG

Dinsdag 16 april 2019
Lokaal 16

12:30	**Inloop met lunch**
13:00	**Inleiding BRMO en Isolatie** Klaas de Jonge, *deskundige infectiepreventie*
13:15	**Het probleem van resistente bacteriën: een tsunami in slow motion** **UMCG bewaakt zijn grenzen!** Mariëtte Lokate, *epidemioloog & deskundige infectiepreventie* Nico Meessen, *arts-microbioloog*
13:50	**Pauze**
14:10	**Audits & Kwaliteitsrondes** Jan Noord, *kwaliteitsdeskundige & hoofd kwaliteit* **Audit? Kan makkelijk!** Paulien Vierdag, *deskundige infectiepreventie*
14:45 15:00	**Afsluiting**

Ook als je geen linkdoc of linknurse bent, ben je van harte welkom!
Voor deze bijeenkomst is accreditatie aangevraagd bij de V&VN & GAIA

Contact: LINK@umcg.nl

MMBI – umcg
Medische Microbiologie & Infectiepreventie

Een groeiend gevaar: resistentie tegen de carbapenem-antibiotica

Natalyia Hilt, *arts-microbioloog*
Dirk Borst, *deskundige infectiepreventie*

Antibioticaresistentie

Heb je een blaasontsteking? Of een longontsteking? Met een kuurtje antibiotica van de huisarts ben je er snel vanaf. Tenzij… de bacterie in je blaas of je longen ongevoelig blijkt te zijn voor het middel dat de huisarts heeft voorgeschreven. Dan is er een tweede kuur nodig, met een ander antibioticum.

Zulke *ongevoeligheid* voor antibiotica ('antibioticaresistentie') kunnen we in het lab precies in kaart brengen. Als we in een kweek een E.coli-bacterie vinden, zoeken we meteen uit voor welke antibiotica deze specifieke E.coli wél en níet gevoelig is. Dit *resistentiepatroon* vertelt de arts welke antibiotica hij kan gebruiken om de patiënt te behandelen (zie kader).
Er zijn vele soorten antibiotica die allemaal net een beetje anders werken. Voor elke infectie is uitgezocht wat de meest waarschijnlijke bacteriële verwekkers zijn en wat bij die verwekkers het optimale antibioticum is. Dit noemen we het *eerste keus antibioticum*. Als blijkt dat de ziekmakende bacterie ongevoelig is voor het eerste keus antibioticum, dan stapt de arts over op een tweede keus middel.

BRMO: Bijzonder Resistente Micro-Organismen

In Nederland worden bacteriën die resistent zijn tegen eerste keus antibiotica, *Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO)* genoemd. De bacteriën zelf zijn niet bijzonder, maar wel hun resistentiepatroon. Zo'n twintig jaar geleden was een BRMO een zeldzaam verschijnsel maar tegenwoordig vinden we alleen al in ons eigen lab elke dag nieuwe BRMO's in de kweken van onze patiënten. Deze worden direct gemeld bij de Infectiepreventie en korte tijd later bellen wij de afdeling waar de patiënt ligt om een isolatieadvies te geven. Hiermee volgen we de landelijke richtlijnen die zijn opgesteld om de verspreiding van BRMO's tegen te gaan.
Gelukkig is in Nederland het overgrote deel van de verwekkers nog gewoon gevoelig voor de eerste keus antibiotica.

Het resistentieprobleem neemt toe

Zo simpel als de situatie hierboven wordt geschetst, is hij in werkelijkheid niet. We vinden de laatste jaren namelijk steeds vaker BRMO's die niet alleen resistent zijn tegen de eerste keus antibiotica maar ook tegen de tweede- en zelfs derde keus middelen. Maar een vierde keus antibioticum is er niet altijd… of het heeft ernstige bijwerkingen waardoor de patiënt het niet verdraagt.
Kortom, de ene BRMO is de andere niet. Onze oude bekende, de MRSA (ook een BRMO!), blijkt in het lab vaak goed gevoelig te zijn voor tweede keus en derde keus antibiotica. Geen probleem dus, de infectie is dan prima te behandelen.
Helaas vinden we soms ook een BRMO die totaal óngevoelig is voor ons hele antibiotica-arsenaal.

ESBL en CPE

We delen de BRMO tegenwoordig in naar 'ernst'. Hoe meer resistentie, hoe ernstiger (want hoe groter de kans dat we geen goede behandelopties meer hebben). Het isolatieadvies wordt mede hierop afgestemd: van Eilandverpleging tot Contact-plus en Strikte Isolatie.
Een belangrijke scheidslijn bij deze BRMO-indeling is de aan- of afwezigheid van een **ESBL-enzym**. Bacteriën die zo'n enzym kunnen aanmaken zijn niet alleen resistent tegen eerste keus middelen (bijv. penicilline) maar ook tegen tweede keus middelen zoals ceftazidim en ceftriaxon. Heeft een patiënt een infectie met een ESBL-positieve bacterie, dan zal de arts gewoonlijk het derde keus-antibioticum **meropenem** (meronem) voorschrijven, het bekendste middel uit de groep *carbapenem-antibiotica*.

Escherichia coli

amoxicilline	S
amoxicilline/clavulaanzuur	S
piperacilline/tazobactam	S
cefuroxim	R
gentamicine	S
tobramycine	S
ciprofloxacine	R
cotrimoxazol	S
trimethoprim	S
Colistine	S
meropenem	S

Resistentiepatroon van een E.coli uit een wondkweek.
S = *Sensitief (gevoelig)*
R = *Resistent (ongevoelig)*

Een nadeel van meropenem is dat het intraveneus gegeven moet worden, maar de bijwerkingen zijn over het algemeen gering. In Nederland is 5%-10% van de bevolking drager van ESBL-positieve darmbacteriën (bron: RIVM, NethMap 2018).
Steeds vaker (in 2018 ongeveer 1x per maand) vinden we bij onze patiënten echter een BRMO die óók voor meropenem ongevoelig is! Dit zijn bacteriën die niet alleen een ESBL-enzym kunnen maken, maar ook een enzym dat de carbapenem-antibiotica afbreekt waardoor de bacterie ongevoelig is voor alle middelen uit die groep. Zo'n enzym wordt een **carbapenemase** genoemd en de bacterie (meestal een darmbacterie) duiden we aan als C*arbapenemase-Positief*. Dit korten we voor het gemak af tot **CPE**, waarbij de E staat voor E*nterobacteriaceae*, de officiële naam voor darmbacteriën. Een CPE is dus een darmbacterie die een carbapenemase-enzym kan aanmaken waardoor hij resistent is voor eerste, tweede én derde keus antibiotica (en soms ook nog voor vierde keus antibiotica). Voor wie van afkortingen houdt: de tot nu toe ontdekte carbapenemase-enzymen hebben exotische namen als OXA-48, VIM-1, KPC, NDM-5 enz….

Carbapenemresistentie

Hiermee zijn we aangekomen bij een groot probleem. Infecties met CPE-bacteriën, die zelfs niet meer gevoelig zijn voor antibiotica uit de carbapenemgroep, zijn vaak alleen nog te behandelen met middelen die ernstige bijwerkingen hebben, zoals bijv. colistine of tobramycine. En soms is de verwekker in kwestie ook dáár ongevoelig voor. Dan kan de arts alleen nog afwachten en hopen dat het lichaam de infectie zelf kan opruimen. Zo niet, dan dreigt het gevaar dat een patiënt overlijdt aan de gevolgen van een 'simpele' blaas- of longontsteking.
Dit scenario is zeker niet denkbeeldig en is in de landen om ons heen ook al voorgekomen.
Het resistentiepatroon van een CPE maakt het probleem in één oogopslag duidelijk (zie kader). De hier gevonden Serratia is alleen nog (beperkt) gevoelig voor Ciprofloxacine (Ciproxin).

CPE in Europa

De groep CPE-bacteriën vormt dus een serieuze bedreiging voor de medische zorg. In Nederland worden CPE met name gevonden bij patiënten die recent opgenomen waren in een buitenlands ziekenhuis, waarbij vooral Zuid- en Oost-Europa risicogebieden zijn. Maar CPE zijn ook al aangetroffen bij reizigers die zijn teruggekeerd uit bepaalde risicolanden, zónder dat zij daar een ziekenhuis hadden bezocht.
Het is denkbaar dat CPE, net als de ESBL-positieve darmbacteriën, zich in zekere mate zullen gaan verspreiden onder de bevolking. Het ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) monitort de Europese verspreiding van CPE. In Nederland komen CPE nog niet veel voor: van alle darmbacteriën die in Nederland worden gevonden in bloedkweken is minder dan 1% een CPE, maar dit percentage stijgt ieder jaar een beetje. Met name in sommige Zuid-Europese landen is het fors hoger.

Bestrijding en preventie

De bestrijding van CPE richt zich op het tijdig herkennen van infectie of dragerschap en het toepassen van preventieve maatregelen om verspreiding tegen te gaan. Verspreiding van CPE moet zoveel mogelijk worden voorkomen, aangezien deze bacteriën kunnen leiden tot onbehandelbare infecties. Alle Nederlandse ziekenhuizen dienen zich te houden aan de landelijke richtlijn om risicopatiënten (bijv. patiënten met een recente opnamehistorie in het buitenland) preventief te isoleren en te screenen op CPE-dragerschap. Voor deze screening gebruiken we in het UMCG het kweekpanel MRSA-BRMO-BUITENLAND, waarin (naast een MRSA- en VRE-sneltest) standaard een CPE-sneltest + CPE-kweek is opgenomen. Wanneer bij de patiënt een CPE is aangetoond, geldt in het UMCG minimaal 1 jaar lang het advies **Contact-plus Isolatie**.
Naast deze maatregelen kan een effectief *Antibiotic Stewardship* (zie het artikel van Edwina Doting op pagina 8) het antibioticagebruik optimaliseren en daarmee de kans op resistentievorming verkleinen.

Zal dit alles voldoende blijken te zijn om verspreiding van CPE in Nederland tegen te houden?

Serratia marcescens
Carbapenemase positief

amoxicilline	R
amoxicilline/clavulaanzuur	R
piperacilline/tazobactam	R
cefuroxim	R
ceftazidim	R
cefepime	R
gentamicine	R
tobramycine	R
ciprofloxacine	I
cotrimoxazol	R
trimethoprim	R
Colistine	R
meropenem	R

Resistentiepatroon van een CPE, in dit geval een Serratia marcescens.
R = *Resistent (ongevoelig)*
I = *Intermediair (matig gevoelig)*

Hoe verliep het Griepseizoen 2018-2019

Jet van der Weerd, *unitmanager infectiepreventie,*
Coretta van Leer, *arts-microbioloog/viroloog,*
Kees Swenne, *verpleegkundige infectiepreventie.*

Nu de meteorologische lente begonnen is en het RIVM meldt dat het aantal griepgevallen weer afneemt in Nederland, is het tijd voor een update over het griepseizoen in het UMCG.

Het griepseizoen begon laat deze keer. Terwijl het RIVM, het NIVEL en het Nationaal Infuenza Centrum al in december aangaven dat er een griepepidemie gaande was in het land, hadden wij in het UMCG nog geen enkele influenza gevonden. Ook onze collega's elders in het land vonden op dat moment nog geen influenza virussen. De meldingen van het RIVM komen tot stand samen met de NIVEL huisartsen peil-stations, waar griepachtige klachten als griep worden geregistreerd, zonder dat er gekeken is naar het virus dat deze mensen bij zich dragen. Wij vonden opvallend veel RSV (*respiratoir syncitieel-virus*) in december, wat zeker griepachtige klachten kan geven, maar wat bij volwassenen over het algemeen toch iets milder verloopt dan een echte influenza. Andere verkoudheidsvirussen zoals hMPV, rhinovirussen en coronavirussen werden ook volop gevonden.

De "*moleculaire sneltest respiratoire verwekkers*" blijft dus nog even beschikbaar tot 22:00 uur 's avonds, zeven dagen per week. Als we zeker zijn dat het seizoen voorbij is, gaan we deze dienstverlening stoppen. Dan blijft de test wel beschikbaar, maar uitsluitend in overleg met de dienstdoende viroloog.

Vanaf week 4 begonnen de influenza A detecties in het UMCG toe te nemen. De piek aan influenza A werd bereikt in week 6. Op dit moment neemt het aantal infecties per week weer af, maar we kunnen nog niet ontspannen achterover gaan leunen, want in de meeste jaren krijgen we in maart nog een piek aan influenza B. influenza B is een andere griepvariant, die minder vaak ernstig verloopt. Dit virus was vorig seizoen het meest gevonden type, en heel veel mensen zijn hierdoor ziek geworden. Het blijft dus nog even afwachten hoe de rest van het seizoen er uit zal zien.

Nieuw: het Griepteam UMCG

Nieuw dit jaar is het Griepteam. Een multidisciplinair team waarin verpleegafdelingen, infectiepreventie, virologie, longziekten en de SEH vertegenwoordigd zijn. Onder leiding van de directeur van Sector A wordt wekelijks gekeken wat de gevolgen van het verloop van het griepseizoen voor het UMCG zijn: hoeveel influenza patiënten hebben we? Hoeveel ziekteverzuim is er? Hebben we voldoende opnamecapaciteit? Zijn er maatregelen nodig?
Het griepteam is ingesteld nadat vorig jaar door een heftige en langdurige griepepidemie acute capaciteitsproblemen ontstonden in het UMCG (en daarbuiten), waardoor er te weinig (spoed)bedden waren en zelfs het operatieprogramma stagneerde.

Hoe is het allemaal te volgen

Het seizoensverloop en de actuele stand van zaken in het UMCG, nationaal en internationaal, is door alle medewerkers te volgen op Intranet via de Influenzapagina, dit jaar voor het eerst rechtstreeks te vinden op de startpagina van het Intranet (zie kader).

Op de influenzapagina staan ook links naar de werkwijze van het Griepteam en alle protocollen over diagnostiek en behandeling.

Alle medewerkers met een EPIC-account kunnen in het influenza-dashboard het verloop van het griepseizoen in het UMCG volgen.

VRE: HIT HARD & EARLY!

Francine Dekker-Kok, *deskundige infectiepreventie*

Bij opname van de patiënt is het belangrijk om tijdens de anamnese de risico-inventarisatie BRMO (Bijzonder Resistente Micro-Organismen) uit te vragen. Ook deze zomer weer toen een patiënt op de IC werd opgenomen die afkomstig was uit een Duits ziekenhuis.
De patiënt bleek drager te zijn van VRE, een Vancomycine-resistente Enterokok. Dat was op zich niet heel bijzonder, ware het niet dat dit een VRE-stam was die zich heel makkelijk naar andere patiënten verspreidde.

Waardoor verspreidde deze VRE zich zo snel?

In het UMCG liggen veel kwetsbare patiënten met ernstig onderliggend lijden die complexe zorg nodig hebben. Dat op zichzelf geeft deze patiëntengroep al een verhoogd risico op het oppikken van micro-organismen uit de omgeving en op het ontwikkelen van een infectie. Daarnaast worden veel van deze patiënten met antibiotica behandeld. Patiënten die (langdurig) antibiotica gebruiken worden als het ware een magneet voor bacteriën en dan vooral voor resistente bacteriën. Door de antibioticabehandeling worden namelijk de normale huid- en darmflora verstoord en krijgen resistente bacteriën de kans om zich te handhaven en in het ergste geval een infectie te veroorzaken.

Laboratoriumtechnieken

Binnen de Medische Microbiologie worden moderne laboratoriumtechnieken gebruikt die speciaal geschikt zijn voor de diagnostiek bij onze complexe patiënten en hun micro-organismen. Zo kunnen wij onder andere zeer nauwkeurig bepalen hoe een bacterie er uit ziet en wat voor eigenschappen die heeft.
Met de techniek *Whole Genome Sequencing* (WGS) hebben we de eigenschappen van deze VRE-stam onderzocht. Met WGS wordt de complete DNA-volgorde van een organisme in kaart gebracht. Zo kwamen we er achter dat deze VRE-stam de eigenschap heeft zich snel te kunnen verspreiden. Op basis van dat gegeven hebben we direct de betrokken afdeling gevraagd om alle opgenomen patiënten te kweken op VRE. Uit deze eerste kweekronde kwamen meteen meerdere VRE-positieve patiënten naar voren. Door middel van dezelfde WGS-techniek konden we snel vaststellen dat alle gevonden VRE-stammen identiek waren. Conclusie: de VRE had zich in korte tijd al naar meerdere patiënten verspreid.

Bacteriekolonies op vingers: simulatie m.b.v. eendenkroos.

Maatregelen

Deze kweekrondes zijn meerdere malen herhaald, ook op verpleegafdelingen waar inmiddels overgeplaatste IC-patiënten lagen. Bij overplaatsing van patiënten wordt natuurlijk de VRE-bacterie mee verplaatst.
Ook de schoonmaak van ruimten en contactpunten op de afdelingen werden aangepast of geïntensiveerd. Op een van de verpleegafdelingen werd door een extern bedrijf zelfs een compleet waterstofperoxide-verdampingsproces in alle betrokken ruimten uitgevoerd. De VRE-bacterie overleeft namelijk makkelijk in de omgeving en is daarom op allerlei plaatsen terug te vinden, wat uiteraard weer risico geeft op verspreiding.

Waarom al die uitgebreide maatregelen?

VRE is een bacterie die (gelukkig) niet snel infecties veroorzaakt en waarvan de klinische relevantie op de meeste afdelingen erg laag is. Bovendien was dit een type VRE dat gevoelig is voor Teicoplanin, dus eventuele infecties konden in principe goed behandeld worden.
Waarom nemen wij in het UMCG dan zulke uitgebreide maatregelen om verspreiding van VRE te voorkomen? Daarvoor zijn twee redenen: ten eerste hebben we in het UMCG complexe groepen kwetsbare patiënten (bijv. IC-patiënten, transplantatiepatiënten en neonaten), die wel degelijk een VRE-infectie kunnen krijgen. We zien in deze patiëntenpopulaties sneller infecties ontstaan met VRE waaronder sepsis in vergelijking met de perifere ziekenhuizen om ons heen.
Ten tweede volgen wij de landelijke richtlijnen op dit gebied die voorschrijven dat VRE als een BRMO moet worden gezien en dat verspreiding moet worden voorkomen.
Daarnaast bestaat altijd het risico dat VRE-stammen in het ziekenhuis nóg resistenter worden en dat VRE-infecties tenslotte vrijwel onbehandelbaar worden.

Dit alles bij elkaar maakt duidelijk dat we allemaal alert moeten blijven op resistente micro-organismen en de verspreiding ervan, zelfs als er isolatie toegepast wordt!

RTV NOORD

3 september 2018
‘Meerdere patiënten UMCG besmet met darmbacterie’
Klik *hier* voor dit nieuwsbericht

18 september 2018
‘Uitbraak besmettelijke darmbacterie in UMCG is onder controle’
Klik *hier* voor dit nieuwsbericht

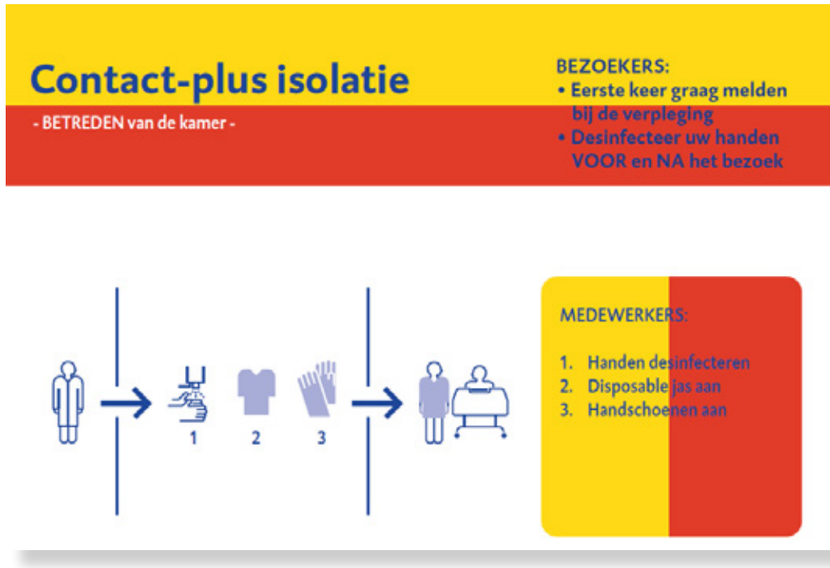
Contact-plus isolatie

Maaike Torensma,
deskundige infectiepreventie

Wat doe je als een BRMO resistenter is tegen antibiotica dan andere BRMO, in dit geval de carbapenem resistente BRMO?
En wat nu als deze resistentie ook nog eens makkelijker tussen bacteriën onderling overdragen wordt, door carbapenemasegenen? Welke maatregelen neem je dan?

Je zou misschien denken aan strikte isolatie (bacteriën). Maar de verspreidingswijze van deze bacteriën is via contact, dus een muts en mondneusmasker dragen is niet zinvol. Daarom hebben we een tussenvorm ontworpen: *contact-plus isolatie*.

Bij contact-plus isolatie maak je gebruik van een gesluisde kamer en voer je het afval af zoals bij strikte isolatie bacteriën. De sluis wordt niet gebruikt vanwege de luchtdrukhiërarchie, maar om schoon en vuil van elkaar te scheiden. Hierdoor kunnen zorgverleners zich veilig aan- en uitkleden met *persoonlijke beschermingsmiddelen* (PBM) en kan afval veilig afgevoerd worden.



A-team UMCG. V.l.n.r. Xuewei Zhou, arts-microbioloog, Marlous Toren-Wielema, ziekenhuisapotheker, Ananja Middel, internist-infectioloog/allergoloog en Edwina Doting, arts-microbioloog (niet op de foto: Johanneke Kleinnijenhuis, internist-infectioloog)

A-team strijdt voor veilig en verantwoord antibioticagebruik

A-team UMCG van start

Edwina Doting, *arts-microbioloog*

Vanaf 1 januari 2019 is het Antimicrobieel stewardship-kernteam, kortweg A-team, in het UMCG aangesteld. Het aanstellen van A-teams is verplicht voor ziekenhuizen in Nederland.

Het A-team werkt in een netwerkstructuur van artsen-microbioloog, internist-infectiologen, ziekenhuisapothekers en linkdocs (artsen van klinische afdelingen met als aandachtsgebied infectie en infectiepreventie), zodat het antimicrobieel stewardship programma ziekenhuisbreed geïntegreerd wordt.

Aandachtsgebieden

- Antibiotica-allergie
- Outpatient Parental Antimicrobial Therapy (OPAT)
- Antiviraal stewardship
- Kwaliteit en veiligheid, infectiepreventie
- EPIC

Doelen en (mede)verantwoordelijkheid

- Toezicht houden op en bevorderen van doelmatig en patiëntveilig gebruik van antibiotica en antivirale middelen;
- Optimaliseren antibioticagebruik tijdens opname door doelmatig gebruik van diagnostiek en bloedspiegelbepalingen (zgn. Therapeutic Drug Monitoring);
- Implementeren van een Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy programma (OPAT); intraveneuze therapie thuis.
- Bevorderen van resistentiepreventie en stimuleren van diagnostisch stewardship
- Up-to-date houden van de digitale antimicrobiële UMCG-richtlijnen (UMCG SWAB-ID)
- Richtlijnen opstellen of herzien
- Zorgactiviteiten bij uitbraken van resistente micro-organismen
- Verzorgen van scholing aan studenten, AIOS, fellows, linkdocs/-nurses, etc.

Kerntaak

De kerntaak van het A-team is het implementeren van de dag-2-bundel op (nagenoeg) alle klinische verpleegafdelingen. In onderstaand schema is de dag-2-bundel schematisch weergegeven.

Door implementatie van de dag-2-bundel wordt er gestreefd naar een betere kwaliteit van zorg, intensievere samenwerking en het verhogen van het kennisniveau rondom antimicrobieel en diagnostisch beleid bij aanvragers.

Organisatie

Het A-team valt onder de verantwoordelijkheid van de Commissie Antimicrobiële Middelen (CAM) die samen met de Infectiepreventiecommissie en de Tuberculosecommissie de UMCG-brede Infectiecommissie vormen.
De CAM heeft vanuit de Raad van Bestuur de opdracht gekregen een Antimicrobieel Stewardship Programma uit te voeren in het UMCG met als doel de bevordering van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid bij de preventie en behandeling van infecties en het beperken van resistentie.

Alle leden van het A-team zijn betrokken bij het implementeren van de dag-2-bundel UMCG-breed.

Vragen en suggesties zijn van harte welkom.
Het A-team is te bereiken via: ateam@umcg.nl.

Oproep van WHO voor nieuwe antibiotica

Met de publicatie van een lijst met twaalf bacteriesoorten waarvoor niet of nauwelijks antibiotica bestaan, heeft de Wereldgezondheidsorganisatie maandag de aandacht gevestigd op de noodzaak om nieuwe antibiotica te ontwikkelen.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft drie categorieën geclassificeerd, al naar gelang de urgentie: kritiek, hoog en medium prioriteit. De top drie van de lijst met de gevaarlijkste bacteriën wordt aangevoerd door Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa en Enterobacteriaceae (zoals Klebsiella en E.coli) die allemaal resistent zijn tegen carbapenem. Zij vallen in de categorie 'kritiek'.

Het is de eerste keer dat de WHO een dergelijke lijst publiceert. Marie-Paule Kieny verklaart namens de WHO: 'De antibioticaresistentie neemt almaar toe en onze behandelmogelijkheden raken uitgeput. Als we dit aan de markt overlaten, zullen de nieuwe antibiotica die we het hardst nodig hebben, niet op tijd worden ontwikkeld.'

De lijst die is samengesteld door de afdeling infectieziekten van de universiteit van Tübingen, is bedoeld om de verschillende regeringen aan te sporen om beleid te ontwikkelen dat innovatie en onderzoek stimuleert. Deze week komen volksgezondheidministers van de G20 bijeen in Berlijn. De Duitse minister Hermann Gröhe heeft toegezegd het onderwerp te bespreken met zijn collega's.

Medisch Contact
28 februari 2017

NOS

19 februari 2019
Nederland heeft antibioticaresistentie onder controle

"Hoewel het probleem van antibioticaresistentie in Nederland op dit moment onder controle lijkt, is het wel van groot belang om waakzaam te blijven. Er verschijnen namelijk regelmatig nieuwe resistente bacteriën in Nederland" aldus Wouter Rottier die op 19 februari in Utrecht hierop is gepromoveerd. Wouter Rottier is als arts-microbioloog i.o. verbonden aan het UMCG.
In *dit NOS artikel* lees je hier meer over.

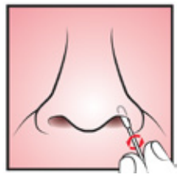
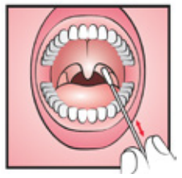
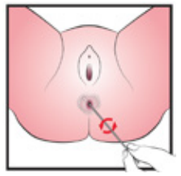
deVerdieping Trouw

30 juni 2017
Antibiotica-resistentie stabiel, maar risico op uitbraken neemt toe.
In *dit artikel in Trouw* lees je hier meer over

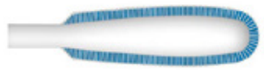
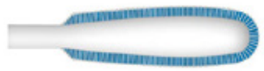
Kweken = Materiaalafname

Regelmatig blijkt dat bepaalde kweekinstructies niet voor iedereen even duidelijk zijn.
Een 'kweek afnemen' betekent eigenlijk het verzamelen van materiaal voor onderzoek (diagnostiek).
In onderstaande tabel staan 5 veel voorkomende kweekafnames met bijbehorende instructie.

Tabel 1

Gevraagde locatie	Uitstrijk van	Diagnostiek op	Kweekstok	Aandachtspunt	
Nasopharynx	Slijmvlies	**Virussen** Bijv. Influenza	Flocked UTM[1]	Laat de patiënt eerst de neus snuiten. Daarna de Flocked swab horizontaal inbrengen *tot aan de nasopharynx achterwand – zie plaatje* Roteer een paar keer en trek langzaam terug. Via 1 neusgat is genoeg.	
Neus	Slijmvlies	**Bacteriën** Bijv. MRSA	Eswab[1]	draai de kweekstok 5 maal door het *voorste deel* van beide neusgaten (niet dieper dan 1 vingerkootje)	
Keel	Slijmvlies	**Bacteriën** Bijv. resistente bacteriën (BRMO) **Schimmels / Gisten** Bij extra kwetsbare patiënten	Eswab[1]	strijk langs de keelwand *ter hoogte van de amandelen* (links én rechts)	
Perineum	Huid	**Bacteriën** MRSA	Eswab[1]	haal de kweekstok *stevig* over de huid	
Rectum	Rectum of stoma	**Bacteriën** Bijv. VRE of andere resistente darmbacteriën (BRMO)	Eswab[1]	er moet *feces* aan de kweekstok zitten	

Tabel 2 Soorten kweekstokken

Kweekstokken	Kenmerken	Wordt gebruikt voor	Artiklenummer ERP
ROZE E-swab voor bacteriologisch onderzoek 'regular tip' en 'normale' stokdikte 	Buis en stok in 1 verpakking vloeibaar (helder) verzendmedium. Roze dop	Algemene bacteriële kweken 	102293 (ds 50 st)
ORANJE E-swab voor bacteriologisch onderzoek 'mini tip' en dunne kweekstok 	Buis en stok in 1 verpakking Vloeibaar (helder) verzendmedium. Oranje dop.	 voor smalle openingen bijvoorbeeld Urethra, Gehoorgang kind, Nasofarynx (bacteriële kweek)	102246 (verp 50 st)
Flocked UTM voor virologisch onderzoek dunne tip 	UTM medium bevat antibiotica (dus niet voor bacteriekweken) Buis en stok los verpakt Rode vloeistof Rode dop	 Bijvoorbeeld Nasopharynx of bij uitstrijk urethra PCR op SOA	UTM medium: 101119 (ds 50 st) Swab: 102215 (ds 100 st) (nr. op verpakking: 503CS01)
UTM CONT voor virologisch onderzoek regular tip 	UTM medium bevat antibiotica (dus niet voor bacteriekweken) Buis en stok los verpakt Rode vloeistof Rode dop	 Bijvoorbeeld: Blaasjesvocht; PCR SOA cervix, keel, rectum	UTM medium : 101119 (ds 50 st) Swab: 141453 (ds 100 st) (nr. op verpakking: 501CS01)

[1] Zie tabel 2

Klik *hier* voor het bijbehorende protocol of zoek op DocPortal naar 'Kweken, het afnemen van, voor viraal, bacteriologisch onderzoek en onderzoek naar schimmels bij volwassenen'

Kweeksticker plakken: geen kunst!?

- Zorg dat de inhoud van de buis zichtbaar blijft
- Plak de barcode altijd VERTICAAL (anders kan hij niet gescand worden)
- Barcodegedeelte niet beschrijven!
- Bij bloedkweken: plak de sticker niet over de barcode van het flesje!

Nieuw op DocPortal

Kees Swenne, *verpleegkundige infectiepreventie*

Ga naar **DocPortal** - Medische Microbiologie & Infectiepreventie

Verhuisd van intranet (komen nog in revisie):
Bouw- en inrichtingseisen, ventilatie van isolatiekamers
Handdesinfectie, pre-operatief
Infecties, immunisatie en accidenteel contact met bloed bij medewerkers
Longdonatie uit het buitenland- infectiediagnostiek en infectiepreventie
Mazelen
MERS-CoV
Neonatologie Intravasale therapie
Protocol voor Oldenburg en Curacao
Wondinfecties, postoperatief, preventie van
Reiniging en desinfectie, anesthesie
Reiniging, desinfectie en sterilisatie, oogheelkundige instrumentarium

Nieuw:
Ebola – richtlijnen
Isolatie, contact-plus (inclusief patiëntenfolders voor Groningen en Haren)
MRSA, instructie kweken medewerker (vervanging kweekformulier)
TBC, contactlijst personeel (digitaal invulbaar en te versturen)
Influenza, behandeling en follow-up patiënt, volwassene en kind
MMBI Consulenten, indeling binnen de klinische units en bereikbaarheid

Binnenkort:
Reiniging en desinfectie mobiele digitale communicatiemiddelen medewerkers

Ik dacht het niet!!

Reiniging en desinfectie

Deze melding kwamen we tegen in een bezoekerstoilet.
Handalcohol (Sterillium) is niet voor het reinigen of desinfecteren van de omgeving. Met de lotion die in de handalcohol zit creëer je namelijk een vettig laagje op het materiaal waarin micro-organismen zich juist kunnen handhaven. Bij gebruik op je handen gebeurt dat niet omdat de lotion in je huid trekt. Sterillium is dus uitsluitend bedoeld voor handdesinfectie.

Desinfectiemiddelen per toepassingsgebied in het UMCG

	Ruimten en grote oppervlakken	Medische hulpmiddelen	Steriel werkveld	Huiddesinfectie	Handdesinfectie
Terralin 2,0% [1]	√	✗	✗	✗	✗
Dichloorisocyanuraat 1000 ppm (chloor)[1]	√	✗	✗	✗	✗
Incidin OxyWipe	✗	√	✗	✗	✗
Alcohol 70%	✗	√	√	√	✗
Chloorhexidine 0,5% in alcohol 70%	✗	✗	✗	√	✗
1% jodium in 70% alcohol (jodiumtinctuur)	✗	✗	✗	√	✗
Sterillium	✗	✗	✗	✗	√

Deze tabel staat in het document 'Beleid reiniging, desinfectie en (sterilisatie) medische hulpmiddelen (MHM), oppervlakken en ruimten' op DocPortal. Klik *hier*.

NO TOUCH MAG!

Richtlijn aseptisch werken, aan jou de keus: steriele handschoenen of no-touch.

Maaike Torensma, *deskundige infectiepreventie*

Als verpleegkundige wil je goede zorg bieden en de patiënt niet schaden. Protocollen geven hierbij houvast. Toch zijn protocollen regelmatig onderwerp van discussie. Dit merk je vooral als je voor meerdere instellingen gewerkt hebt, want er zijn verschillen tussen protocollen. Betekent dit dan dat het ene protocol goed is en het andere fout? Niet altijd! Vaak zijn er meerdere werkwijzen mogelijk.

Dit geldt ook voor aseptisch werken. Moet je werken met steriele handschoenen of gebruik je de no-touch techniek? Meestal staat er één werkwijze beschreven in het protocol, maar dat wil niet zeggen dat een andere werkwijze fout is. Met de nieuwe richtlijn aseptisch werken proberen we de verpleegkundige zowel houvast als keuzevrijheid te geven.

Met dank aan de protocollenwerkgroep, in het bijzonder Annet (IC), Carolien (CCU), Karin (D3) en Stefan (A2).

MEDISCH CONTACT

20 februari 2019
Nieuw samenwerkingsverband voor infectiepreventie komt eraan

Een breed samenwerkingsverband dat de functie van de in 2017 opgeheven Werkgroep Infectiepreventie (WIP) overneemt, is in oprichting. De opvolger zal het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) gaan heten.
Het RIVM, de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (Skilz) zullen de richtlijnen gaan ontwikkelen en zo nodig actualiseren, vertelt Andreas Voss, die door VWS als kwartiermaker is aangewezen. Volgens hem is dat een verbetering ten opzichte van de WIP (…). Voss: 'We kunnen nu de richtlijnen goed op elkaar afstemmen, in alle domeinen: medisch-specialistisch, langdurige zorg en openbare gezondheidszorg
Klik *hier* voor het hele nieuwsbericht.

UMCG geeft goede voorbeeld aan Duitsland

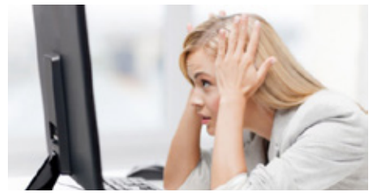
"Was machen die Holländer so viel besser als wir?" Dát is de hamvraag in deze uitzending van het Duitse populair wetenschappelijke tv-programma Galileo. In hun uitzending over ziekenhuisbacteriën en antibioticaresistentie zoeken de programmamakers uit wat we in Nederlandse ziekenhuizen anders doen dan in Duitsland. Het programma is geheel in het UMCG opgenomen en toont hoe wij omgaan met infectiepreventie, ziekenhuishygiëne en antibioticaresistentie.
De door de tv-makers als 'keimkiller' (bacteriedoders)bestempelde collega's van Medische Microbiologie laten zien hoe belangrijk de samenwerking tussen behandelaar, art-microbioloog en lab is en waarom de Nederlandse aanpak zo effectief is. Nederland wordt beschouwd als wereldleider op het gebied van hygiënestandaarden en de bestrijding van multiresistente ziektekiemen (zoals MRSA).

Bekijk de *uitzending van Galileo*
Bron: Intranet 14-03-2019

Hallo kliniek!
Kunnen jullie onze richtlijnen makkelijk vinden?

Infectiepreventie op Docportal en Intranet

Kees Swenne, *verpleegkundige infectiepreventie*

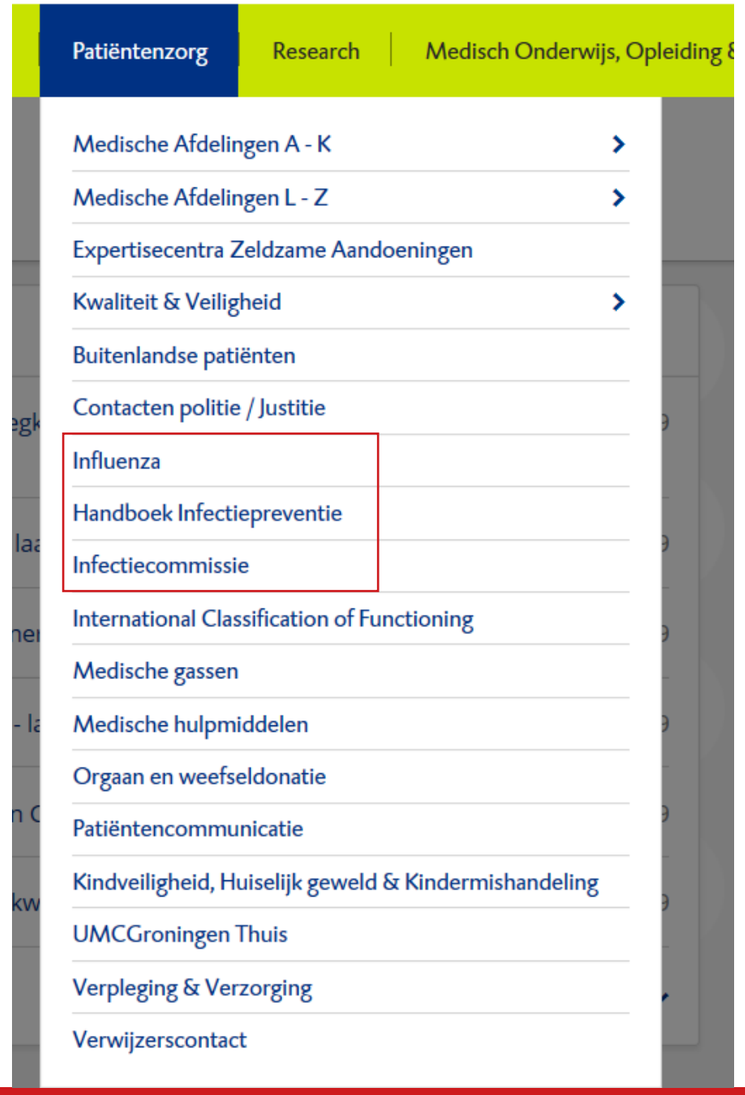


Richtlijnen
Alle infectiepreventie-richtlijnen zijn nu bereikbaar via DocPortal. Sommige zijn nog aan revisie toe en linken nog naar de richtlijn op het Handboek Infectiepreventie. Na revisie komen ze op DocPortal. De links naar de richtlijnen verdwijnen dus van het handboek; er wordt dan alleen nog verwezen naar DocPortal.

Nieuwe site
We zijn bezig een nieuwe intranetsite te bouwen met de titel 'Infectiepreventie'.
Hierop zullen dus geen richtlijnen meer staan, het wordt een middel om UMCG medewerkers te informeren over meerdere aspecten van infectiepreventie.

Je kunt denken aan aankondigingen van bijeenkomsten, presentaties, lesplannen, lectuur, actuele zaken (bv. griepvaccinatie; actualiteiten in de pers; bepaalde thema's) en snelle doorverwijzing naar de juiste personen, DocPortal, sites, social media etc.

Ook moet de site een ingang zijn om vragen te kunnen stellen over infectiepreventie, inhoudelijk, maar ook hoe je infectiepreventie op je afdeling kunt bevorderen met behulp van onderwijs of audits.
We hopen zo een nuttige, goed te vinden en te gebruiken èn actuele site te maken. Jullie horen hier meer van als het zover is, en we willen dan ook graag feedback van jullie.



Het UMCG heeft er twee deskundigen infectiepreventie bij…

Tijdens het afstudeersymposium 'All you need is DIP' op 14 februari presenteerden Maaike Torensma en Paulien Vierdag hun afstudeeropdracht en werd het programma in de Blauwe Zaal feestelijk afgesloten met de diploma-uitreiking.

…en een deskundige infectiepreventie in opleiding!

Mijn naam is Brigitte Blaauw-Dijkhuizen, ik ben 32 jaar oud en woon samen met mijn man en twee zoontjes in Ten Boer.

Mijn werkachtergrond ligt bij het microbiologisch laboratorium. Vanaf september 2009 ben ik werkzaam bij de Medische Microbiologie & Infectiepreventie in het UMCG. Ik ben begonnen als analist bij de unit klinische bacteriologie, om na drie jaar de overstap te maken naar analist van de moleculaire unit (bacteriologie). Daar ben ik vanaf 2012 aangesteld als teamleider, om samen met de medisch moleculair microbioloog speciale testen op te zetten. Als analist heb ik veel ervaring opgedaan met de klassieke kweek- en moleculaire technieken, zoals real-time PCR, point of care testen, inhouse PCR, moleculaire technieken m.b.v. micro-arrays en Next Gen Sequencing.
Op 13 maart 2019 heb ik de overstap gemaakt naar de unit Infectiepreventie en ben ik nu werkzaam als deskundige infectiepreventie in opleiding. Op het laboratorium is mijn interesse altijd sterk verbonden geweest met epidemiologische vraagstellingen. Ik hoop dat mijn ervaring binnen het laboratorium en het uitvoeren van de epidemiologische testen in het laboratorium een extra bijdrage kunnen leveren bij de afdeling Infectiepreventie.

Colofon

LINK is de nieuwsbrief voor en door linknurses en linkdocs en wordt drie maal per jaar uitgebracht.

Deze Nieuwsbrief verschijnt zowel in digitale als gedrukte vorm.

Overname van artikelen uit de Nieuwsbrief is toegestaan met bronvermelding.

Meer informatie:
a.vugteveen@umcg.nl