

Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO): Een bedreiging voor de publieke gezondheid!



Inleiding

Eén van de grootste bedreigingen in de gezondheidszorg is de toenemende resistentie van bacteriën, virussen en schimmels voor beschikbare middelen zoals antibiotica. Een aparte groep binnen deze micro-organismen zijn de bijzonder resistente micro-organismen (BRMO). Bijzonder resistente micro-organismen komen niet alleen voor in ziekenhuizen, maar ook in ons voedsel en het milieu door gebruik van antibiotica in de humane en agrarische sector. Voor het resistentie probleem is op korte termijn geen oplossing, terwijl het probleem alleen maar toeneemt. Er zijn maar weinig nieuwe antibiotica in ontwikkeling en door het reisgedrag worden resistente micro-organismen meegenomen uit landen waar de ernst van het resistentieprobleem nog vele malen groter is dan in Nederland.

Voor de infectieziektebestrijding vormt deze bedreiging een geheel eigen dynamiek, omdat er veel betrokkenen zijn als het om uitbraken van BRMO gaat (verpleeghuizen, ziekenhuizen, RIVM, huisartsen, artsen-microbioloog). Voor een goede bestrijding van BRMO moet de samenwerking en rolverdeling tussen deze betrokkenen optimaal en duidelijk zijn. Verder zijn de risico's van dragerschap en de mate van verspreiding van BRMO in een gezonde populatie nog grotendeels onbekend. Extra onderzoek, surveillance en waar nodig bron- en contactopsporing en regie zijn daarom hard nodig om deze problemen in kaart te brengen en eventueel te bestrijden.

Conclusie

Om verdere verspreiding vroegtijdig een halt toe te roepen moeten instellingen, laboratoria en GGD'en duidelijke afspraken maken over de melding en bestrijding van uitbraken of verheffingen van resistente micro-organismen binnen en buiten instellingen. Het formeren van regionale BRMO teams kan zorgen voor een betere uitwisseling van kennis en gegevens. In deze regionale teams voorkómen en bestrijden professionals van zorginstellingen én GGD'en samen uitbraken van bijzonder resistente micro-organismen in de regio. Daartoe is het belangrijk dat zowel GGD'en, laboratoria als instellingen overtuigd worden van de noodzaak van een gemeenschappelijke en kostenbesparende aanpak waarbij de kennis van ziekenhuis professionals, laboratoria én public health professionals gebundeld worden.

Het is dan ook nodig dat die kennis over de effecten en verspreiding van BRMO wordt vergroot. Dit vraagt van instellingen en laboratoria optimale transparantie, kennis- en informatiedeling, meldingsbereidheid, maar ook extra scholing en onderzoek. Instellingen zijn terughoudend in het melden bij een GGD, omdat de noodzaak hiervan onbekend is of omdat zij vrezen voor negatieve publiciteit. Uitbraken van BRMO worden nu veelal landelijk gemeld bij het RIVM (signaleringsoverleg ziekenhuisinfecties/antimicrobiële resistentie, SO-ZI/AMR). Dit is nodig voor het landelijk overzicht, maar dat is onvoldoende. Ook de GGD moet beschikken over adequate gegevens in de regio. Op die manier kan de GGD binnen de regio verbanden leggen tussen uitbraken en onverwachte verheffingen van dragerschap en ziekte in instellingen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de algemene populatie. Om de BRMO problematiek te lijf te gaan is het belangrijk dat de samenwerking en informatie-uitwisseling niet alleen tussen GGD en arts-microbioloog, maar in de gehele zorgketen verbetert.

Rol GGD

In de Wet publieke gezondheid (Wpg, artikel 26) is opgenomen dat zorginstellingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, uitbraken van infectieziekten melden aan de GGD. Een centraal discussiepunt bij laboratoria, instellingen en GGD'en is of dragerschap van resistente bacteriën onder deze meldingsplicht valt, omdat dit niet expliciet beschreven staat in de Wpg. De noodzaak tot melden bij de regionale GGD wordt echter steeds duidelijker. Het is dan ook een onderwerp waar de GGD'en de laatste jaren mee worstelen. Tegelijkertijd kan de GGD daadwerkelijk een rol spelen bij de bestrijding en bij de informatievoorziening aan huisartsen en burgers en ook aanvullend zijn bij de bestrijding binnen ziekenhuizen en verpleeghuizen.

Deze publicatie is een co-productie van LOI en GGD Nederland.

Voorwaarde is dat de GGD dan tijdig en volledig geïnformeerd wordt en dat de GGD zich de rol toe-eigent van proactieve, stevige bruggenbouwer en samenwerkingspartner van medische specialisten en arts-microbiologen. De GGD heeft zelf ook een verantwoordelijkheid om betrokkenheid te krijgen voor BRMO problemen in instellingen door actief contacten te leggen met de instellingen en relaties op te bouwen in tijden dat er geen verheffingen zijn.

Rol GGD

De belangrijkste taak van de GGD professional is het inschatten van de gevolgen van BRMO voor de publieke gezondheid en hierop te anticiperen. In goede afstemming met betrokken artsen-microbioloog en deskundigen infectiepreventie vervult de GGD een aanvullende taak. De rol van de GGD kan per situatie/uitbraak verschillen en is te onderscheiden in taken op het gebied van uitbraakmanagement en algemene preventie.

1) Uitbraakmanagement

- Inschatten risico publieke gezondheid: De GGD professional kijkt met een publieke gezondheid visie naar een uitbraak en schat de gevolgen voor de publieke gezondheid in en anticipeert hierop.
- Afstemmen beleid met ketenpartners: communicatie over het hoe en waarom van het beleid is essentieel. Ketenpartners zijn: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, thuiszorgorganisaties en andere instellingen waar uitbraken zich voor kunnen doen. In sommige regio's bestaan reeds transmurale werkafspraken voor MRSA. Deze kunnen vertaald worden naar BRMO.
- (Risico-)communicatie: De GGD stemt met de betrokken ketenpartners af welke rol ieder speelt in de communicatie tijdens uitbraken (instelling communiceert naar bewoners, patiënten en bezoekers, terwijl de GGD communiceert richting het algemeen publiek). De GGD stemt af met de gemeentelijk communicatie adviseur.
- Opschaling in de regio: 'De GGD kan via zijn Directeur Publieke Gezondheid (DPG) de afstemming tussen zorginstellingen en -hulpverleners (de Witte Kolom) bevorderen door inzet van het bureau GHOR (opschaling in de regio).
- Informeren gemeentebesturen: Indien van toepassing informeert de GGD zijn gemeentebestuur (-besturen) over uitbraken van BRMO in zijn regio. De burgemeester is verantwoordelijk voor de lokale/ regionale infectieziektebestrijding en dient onder andere geïnformeerd te worden wanneer er sprake is van een cluster ziekten door een BRMO, er sprake is van gevaar voor de publieke gezondheid en/of wanneer er onrust onder de bevolking ontstaat.
- GGD kan een rol spelen als adviseur binnen instellingen, maar neemt in principe niet de verantwoordelijkheid van de instelling over. De GGD kan wel gevraagd worden om uitvoerende werkzaamheden tegen betaling over te nemen.

2) Algemene preventieve taken GGD omtrent BRMO

- Voorlichting en risicocommunicatie: de GGD heeft een taak in het propageren van het verstandig omgaan met antibiotica en het creëren van bewustwording van het resistentie probleem bij het publiek. Hieronder valt onder andere het realiseren van bewustzijn bij reizigers die het reizigersspreekuur van de GGD bezoeken over het oplopen van BRMO in het buitenland. Daarnaast vraagt de GGD aandacht voor verstandig omgaan met antibiotica in de veehouderij en de gevolgen voor de volksgezondheid. Tot slot is het zaak de basiskennis over hygiëne te bevorderen bij professionals en burgers.
- Regionale surveillance: naast voorkomen van verspreiding kan de GGD meewerken aan het vroegtijdig signaleren van verheffingen en het leggen van epidemiologische verbanden in de regio (bijvoorbeeld tussen uitbraken/verheffingen binnen en buiten instellingen). Als de GGD op periodieke basis een overzicht heeft van BRMO in de regio, kan enerzijds overdracht tussen instellingen inzichtelijk gemaakt worden, anderzijds tijdig duidelijkheid worden verschaft of een regio bijzondere problemen heeft.

Samenwerking

Die regionale samenwerking op het gebied van BRMO wordt versterkt door de invoering van regionale BRMO-teams. Binnen deze teams kunnen kennis en expertise van ziekenhuis en public health professionals op het gebied van infectieziektebestrijding gebundeld worden.

Deze publicatie is een co-productie van LOI en GGD Nederland.



Definitie verheffing uitbraak

Onder een epidemiologische verheffing of uitbraak verstaan wij twee of meer patiënten met een epidemiologische link waarbij het zelfde type BRMO is geïsoleerd. Van epidemische link wordt gesproken wanneer stammen in eenzelfde tijdsperiode op eenzelfde locatie aangetroffen worden en behoren op basis van typering (waarschijnlijk) tot dezelfde kloon. Dit is conform de WIP richtlijn BRMO ziekenhuizen.

Definitie BRMO

Aspecten die bepalen of een bacterie bijzonder resistent is, zijn het resistentiepatroon, het vermogen van de bacterie de resistentie eigenschap over te dragen en het ziekteverwekkend vermogen van de betrokken bacterie. Resistentie tegen één middel kan soms voldoende reden zijn de bacterie het label BRMO te geven, vooral als het behandelarsenaal beperkt is en de bacterie ziekteverwekkend.

De Werkgroep Infectiepreventie(WIP) heeft in de WIP richtlijn BRMO ziekenhuizen gedefinieerd welke soorten bacteriën als bijzonder resistent moeten worden beschouwd en de te nemen maatregelen in het ziekenhuis beschreven. Het betreft de volgende bacteriën of groepen bacteriën: Enterobacteriaceae (zoals *K. pneumoniae* en *Escherichia coli*), *Stenotrophomonas maltophilia*, *Acinetobacter sp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecium*.
Samenvattend: ESBL-producerende Gram-negatieve bacteriën, VRE en carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae (CPE).

Resistente *S. aureus* (MRSA) en *M. tuberculosis* (MDR en XDR-TBC) worden, evenals in de BRMO richtlijn, buiten beschouwing gelaten.

Feiten en cijfers

Onderzoek van de Consumentenbond (in opdracht van het Ministerie van Economische zaken) laat zien dat antibiotica-resistente ESBL-bacteriën aanwezig zijn op 40% van het onderzochte kalfsvlees en 13% van de biefstukken. Eerder onderzoek in 2012 toonde al aan dat vrijwel al het kippenvlees in de Nederlandse supermarkten besmet is met ESBL-bacteriën.

Verder is bekend dat 8,5% van de Nederlanders drager van een ESBL-producerende bacterie is en onder Nederlanders die zich bij de huisarts melden met darmklachten is dit percentage zelfs 10,6%. Op Europees niveau zijn jaarlijks 25.000 sterfgevallen te wijten aan multiresistentie. De kosten die de resistentieproblematiek voor Europa met zich meebrengt worden geschat op 1,5 miljard (gezondheidszorg en productiviteitsverlies).

Deze publicatie is een co-productie van het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI) en GGD Nederland. Het is een samenvatting van het LOI visie stuk "GGD als bruggenbouwer bij de aanpak van bijzonder resistente micro-organismen", dat is na te lezen op GGD Kennisnet [link BRMO](#).