REGIONAAL ZORGNETWERK ANTIBIOTICARESISTENTIE NOORD-BRABANT

SAMENVATTING
Regionaal Risicoprofiel

Het risicoprofiel van de regio Noord-Brabant belicht verschillende aspecten van antibiotica resistentie. Het bevat een beschrijving van de regio en de zorgkaart, een overzicht van de problematiek (uitbraken, resistentie, antibioticagebruik, beleving van burgers en antibioticaresistentie in de veehouderij) en een risicobeoordeling van verschillende onderdelen van de zorgketen, waarbij we onderscheid maken tussen ziekenhuizen en langdurige zorginstellingen. Het blijkt lastig alle risico's kwantitatief in kaart te brengen door grote kennis- en informatielacunes, daarom worden mogelijke risico's kwalitatief beschreven.

Omdat veel risico's ook aanwezig zullen zijn bij andere regionale zorgnetwerken, werken we nauw samen met andere zorgnetwerken. We kunnen van elkaars inzichten leren, relevante actiepunten over de grenzen van zorgnetwerken heentrekken, en geschikte onderwerpen nationaal aanpakken. Tegelijkertijd zijn er risico's die meer specifiek zijn voor de regio Noord-Brabant:

Internationaal karakter

De regio wordt gekenmerkt door een internationaal karakter:

- met buurland België vindt zowel patiëntenverkeer als uitwisseling van (zorg)personeel plaats;
- het mondiale karakter van expats en studenten in Brainport regio Eindhoven;
- een concentratie van niet-westerse allochtonen en andere etniciteiten in de stedelijke gebieden;
- Eindhoven airport als tweede vliegveld in Nederland;
- (seizoens)arbeiders uit Oost-Europa in de agrarische sector;
- een relatief hoog aantal plaatsen voor Centrale Opvang Asielzoekers.

Stappen om deze risico's te inventariseren en kwantificeren worden gezet. Bijvoorbeeld met het I-4-1-health project waarbij antibioticaresistentie in gezonde burgers, patiënten en in de intensieve veehouderij inzichtelijk wordt gemaakt in Vlaanderen en zuid Nederland.

Hoge dier-mens dichtheid

De provincie Noord-Brabant wordt gekenmerkt door een hoge dierdichtheid, onder andere van pluimvee, varkens en geiten, in combinatie met een hoge mensdichtheid. Dit vormt een risico op ontwikkeling en verspreiding van resistente micro-organismes, , voor zowel mensen die werken in de veehouderij, als voor omwonenden van veehouderijen. Een one-health aanpak is nodig, geïllustreerd door voorbeelden als Q-koorts en vee-gerelateerde MRSA (LA-MRSA).
Er is geen regionaal zicht op antibioticumgebruik en resistentie van microben in de veterinaire sector, waardoor het lastig is te sturen en BRMO risico's te beperken.

Desalniettemin worden er wel stappen gezet: ziekenhuizen in het oosten van de regio zijn bezig specifiek beleid te vormen voor zowel patiënten als medewerkers in het kader van LA-MRSA.

Meten en delen

Een risicobeheersplan wordt idealiter gestut op gemeten, transparante en betrouwbare gegevens. Hoewel alle individuele instellingen in ons zorgnetwerk zich daar waarschijnlijk zonder meer van bewust zijn, is het lastig dit in de zorgketen in de praktijk te brengen. Zo doen ziekenhuizen (hygiëne)audits en BRMO prevalentiemetingen, maar doet elk ziekenhuis dit verschillend: andere frequentie, andere pathogenen, andere afdelingen. Bovendien vindt er weinig uitwisseling of vergelijking van prevalentie gegevens in de regio plaats. In de langdurige zorg vinden er nauwelijks prevalentiemetingen en (hygiëne)audits plaats. Kortom, in ziekenhuizen is er wel data beschikbaar maar is deze niet vergelijkbaar, en wordt niet gedeeld; terwijl er in langdurige zorginstellingen nog erg weinig zicht is op het vóórkomen van BRMO en risicofactoren.
Toch is het glas halfvol: in het kader van BRMO werkafspraken of het melden van uitbraken zijn de lijntjes niet geformaliseerd, maar wel kort of in ieder geval aanwezig. Verder zijn er verschillende activiteiten gaande in de regio die we toejuichen: er is een BRMO platform; men is bezig met prevalentiemetingen; er wordt gewerkt aan een goed VRE en MRSA beleid; uitbraken in ziekenhuizen worden regionaal gedeeld, instellingen nemen actief deel aan verschillende studies en projecten t.a.v. infectiepreventie en om BRMO's beter in kaart te brengen. Initiatieven vanuit het zorgnetwerk, bijvoorbeeld in het kader van uniforme rapportage uitbraken, uniforme audit schoonmaak en desinfectie en de ontwikkeling van een VRE handreiking dragen hier verder aan bij.

Het exact en kwantitatief vullen van een risicoprofiel is lastig: er zitten gaten in het netwerk, gaten in data en het interpreteren van de bijbehorende risico's. Toch heeft het zorgnetwerk met bovenstaande pijlers wel handvatten die zijn aangegrepen om concrete stappen te zetten om ABR te reduceren en voorkómen.