



Bijlage bij de aanvraag subsidie Regionale Zorgnetwerken ABR

Aangevraagde subsidie

Subsidie periode: 1 mei 2019 - 1 mei 2021

Soort subsidie: Projectsubsidie conform Kaderregeling subsidies OCW,
SZW en VWS

Financieel overzicht

De onderstaande tabel is een samenvatting van de financiële overzichten van de activiteiten.

Activiteit		begrote lasten (kosten personeel, materiële kosten, kosten derden en overig)	begrote baten (eigen bijdrage en bijdrage van derden)	gevraagde subsidie
Deel A	Regionale coördinatie	€ 530.769,70	€ 0	€ 530.769,70
Deel B	Activiteiten zorgnetwerk	€ 1.192484,00	€ 24.000,00	€ 1.168484,00
TOTAAL		€ 1.723.253,70	€ 24.000,00	€ 1.699.253,70

Overzicht deelactiviteiten per hoofdactiviteit

Geef per hoofdactiviteit aan, welke deelactiviteiten worden ontplooid ten behoeve van de realisatie van de hoofdactiviteiten

Hoofdactiviteit	Deelactiviteiten
1	1A, 1B en 1C
2	2A en 2C
3	3A en 3B
4	2A en 2C
5	2A, 2B en 2C
6	2B, 3A, 3B en 3C
7	1E, 2B, 2C, 3C, 4D, 5C
8	1D, 3B, 4C, 4D, 4E, 5A, 5B, 5C
9	4A, 4B, 4D, 4E
10	4A, 4B, 4C, 4D
11	1A, 1B, 1C
12	5A, 5B, 5C

Overzicht deelactiviteiten per ingroeitaak

Geef per ingroeitaak aan, welke deelactiviteiten worden ontplooid ten behoeve van de uitvoering van de ingroeitaken

Ingroeitaak	Deelactiviteiten
a	1F, 2B, 2C, 3C, 4B, 4D, 5A, 5B, 5C
b	1F, 4A, 4B, 4C, 4D
c	1F, 3C,
d	1F, 3A, 3B
e	1F, 1D, 3B
f	1F, 4D

Afkortingen

ABR	- AntiBiotica Resistentie
ABS	- AntiBioticStewardship
AMR	- Anti Microbiële Resistentie
AVMN	- Apothekers Vereniging Midden Nederland
BRMO	- Bijzonder resistente Micro Organismen
CPE	- Carbapenemase Producerende Enterobacteriën
DI	- Deskundige Infectiepreventie
FTO	- Farmaco Therapeutisch Overleg
GGD GHOR	- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Geneeskundige HulpverleningsOrganisatie in de Regio.
GGDrU	- Gemeentelijke Gezondheidsdienst regio Utrecht
IPA	- Infectie Preventie Adviseur
IPC	- Infectie Preventie Commissie
IVVU	- vereniging van Instellingen voor Verpleging en Verzorging in Utrecht
LHV	- Landelijke Huisartsen Vereniging Kring
MML	- Medisch Microbiologisch Laboratorium
MN	- Midden Nederland
MUIZ	- Meldpunt Uitbraken InfectieZiekten en BRMO
RAVU	- Regionale Ambulance Voorziening Utrecht
RCT	- Regionaal Coördinatie Team
RO AMR ABS	- Regionaal Overleg Antimicrobiële Resistentie Antibiotic Stewardship
ROAZ	- Regionaal Overleg Acute Zorg
RvB	- Raad van Bestuur
RZN	- Regionaal Zorgnetwerk
SO	- Specialist Ouderengeneeskunde
SPOT	- Samenwerkende Professionele Organisatie Thuis- en woonzorg
TMW	- TransMurale Werkafspraken
TZO	- ThuisZorg Organisaties
UMCU	- Universitair Medisch Centrum Utrecht
VGU	- Vereniging Gehandicaptenzorg Utrecht
VHIG	- Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg

Beschrijving van de activiteiten

Deel A: Regionale coördinatie

Financieel overzicht regionale coördinatie

Kosten	
Personele kosten	€513.269,70
Materiële kosten	€ 9.000,00
Overige kosten / kosten derden	€ 8.500,00
-/- Eigen bijdrage / bijdrage derden	€ 0
Totaal Kosten	€530.769,70

Geef een beknopte beschrijving van de uitgangspunten en de doelstellingen van het beleid van het regionaal zorgnetwerk ABR

Waar wil het RZN over 4 jaar staan? Beschrijf de samenhang tussen de in deze aanvraag benoemde activiteiten en hoe deze integraal bijdragen aan de doelstelling uit de Meerjaren Agenda Antibioticaresistentie in de Zorg.

De gezamenlijke missie uit de Meerjaren Agenda staat centraal in RZN ABR Utrecht: *'Vermijdbare schade aan en sterfte van patiënten door infecties door resistente bacteriën moet zo veel mogelijk voorkomen worden. Daartoe moet de verdere ontwikkeling en verspreiding van (multi-) resistentie zo veel mogelijk worden beheerst, zodat ook in de toekomst effectieve behandeling van infecties met antibiotica mogelijk blijft.'*

De zes doelstellingen in de agenda worden onderschreven, maar de regio verwacht met haar activiteiten vooral bij te dragen aan:

Doel 1 Vertraging van de opkomst en verspreiding van multiresistente bacteriën in de zorg.

Doel 2 Vroege detectie van en snelle respons op resistente bacteriën.

Doel 4 Reductie van vermijdbare zorginfecties.

Doel 6 Reductie van het gebruik van onjuist voorgeschreven antibiotica.

De regionale samenwerking is een aanvulling op de bestaande landelijke- en regionale bestrijdingsstructuur en op bestaande verantwoordelijkheden van zorginstellingen.

Daarbij stellen stuurgroep en RCT zich nadrukkelijk ook ten doel om bij de bestrijding en preventie van antibioticaresistentie tegelijkertijd te borgen dat patiënten, cliënten en de mensen die voor hen zorgen, zo veel mogelijk in een humane setting kunnen blijven leven en werken. Bij de ontwikkeling van maatregelen en straks bij de communicatie over die maatregelen, zal daar nadrukkelijk rekening mee worden gehouden.

Utrecht werkt met vijf thema's. Deskundigheidsbevordering is bij al deze thema's belangrijk.

1. Versterking RZN ABR

Het RZN breidt het netwerk komende jaren uit met nieuwe partners (o.m. gehandicaptenzorg en thuiszorg) en zorgt dat partners in het netwerk elkaar snel en makkelijk kunnen vinden om advies te vragen, kennis te delen en samen te werken. Organisaties en instellingen in de care en cure hebben in het netwerk zichtbare contactpersonen. Ook huisartsen en thuiszorg beschikken over voor hen persoonlijke aanspreekpunten. Samen met de contactpersonen zorgen zij dat netwerkactiviteiten

aansluiten op de behoefte en haalbaar zijn.

Het netwerk versterkt bestaande samenwerkingsverbanden en gaat nadrukkelijk uit van afgesproken taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van partners op het terrein van infectiepreventie en antibioticagebruik. Vooral de GGDrU, artsen-microbioloog en infectiologen zijn een vanzelfsprekende vraagbaak voor andere professionals in de regio bij problemen met dragerschap en bij uitbraken.

De huisartsen kunnen een geaccrediteerde jaarlijkse antibioticacursus volgen die hen in staat stelt om hun kennis over ABR, infectiepreventie en BRMO te verbeteren.

De regio beschikt over een risicoanalyse. De zorgkaart wordt voor 80% landelijk geregeld. Partners zijn betrokken bij het up-to-date houden van de risicoanalyse. Jaarlijks bespreekt het netwerk met partners de voortgang van de activiteiten, ook in het licht van de risicoanalyse. De subsidieaanvraag wordt op basis van die bevindingen bijgesteld en de analyse dient als basis voor de subsidieaanvraag voor de volgende periode.

RCT, Stuurgroep en werkgroepen beschikken over een digitale samenwerkingsomgeving en relatiebeheer is gedigitaliseerd.

2. Surveillance

Medisch microbiologische laboratoria (MML) in het zorgnetwerk hebben actief bijgedragen aan alle surveillance activiteiten, en de resultaten van het project Eenheid van Taal zijn in alle MML geïmplementeerd. Het regionale surveillanceoverleg (Regionaal Overleg AMR/ABS) is het vanzelfsprekende forum voor alle partners in het RZN waar uitbraken binnen het RZN besproken worden, waar epidemiologische gegevens gedeeld worden en waar nieuwe initiatieven besproken worden ook op het terrein van surveillance antibiotica. In samenwerking met het RIVM hebben de MML de detectie van clusters in de regio geoptimaliseerd.

Voortbouwend op de resultaten van twee additionele subsidies (beiden in samenwerking met PREZIES) is semi-geautomatiseerde surveillance van zorginfecties (na orthopedische en na colorectale chirurgie) in ziekenhuizen van het RZN geïmplementeerd en is er binnen het RZN een expertisegroep gecreëerd die ziekenhuizen in andere netwerken kan ondersteunen bij de implementatie van semi-geautomatiseerde surveillance.

3. Transmurale werkafspraken en signalering

De Transmurale werkafspraken BRMO zijn geïmplementeerd binnen de regio Utrecht. Dat betekent dat er in de praktijk gewerkt wordt volgens de afspraken, zoals deze in de concept notitie 'Transmurale Werkafspraken' zijn weergegeven en dat dragerschap van BRMO standaard vermeld wordt in ontslagberichten, ontslagbrieven en verwijsbrieven. De Transmurale werkafspraken zijn tenminste 1x geëvalueerd na implementatie en waar nodig aangepast. Dit betekent dat er over 4 jaar een up-to-date versie van de Transmurale werkafspraken beschikbaar is. Er wordt binnen de regio gebruik gemaakt van een uniforme terminologie met betrekking tot BRMO. Informatie(brieven) bedoeld voor behandelaren, patiënten en zorgmedewerkers m.b.t. dragerschap van een BRMO is beschikbaar via de website. Zorgverleners weten bij welke reguliere ketenpartners ze terecht kunnen met welke vragen m.b.t. ABR. Met andere woorden de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de reguliere ketenpartners (arts-microbioloog, infectioloog, deskundige infectiepreventie, GGD team infectiepreventie) op gebied van ABR zijn helder. Het signaleringssysteem voor uitbraken infectieziekten (MUIZ) wordt goed gebruikt in de regio.

4. Infectiepreventie

De 28 Verpleeghuisorganisaties en de 2 revalidatiecentra hebben inzichtelijk hoe en op welk niveau infectiepreventie binnen hun organisaties invulling krijgt en beschikken over een plan van aanpak, waarin verbetering van de knelpunten uitgewerkt is.

Zij nemen actief deel aan het lerend netwerk voor infectiepreventie, delen hier informatie en verbeteren continu, mede met deze ondersteuning, inbedding van infectiepreventie in hun organisaties. Het RZN heeft de ambitie dat alle 30 organisaties beschikken over een eigen Deskundige Infectiepreventie (DI) die voldoende ondersteuning biedt.

Minimaal 48 locaties van ten minste 15 organisaties (de helft van het totaal in Utrecht) voor verpleeghuis- en/of revalidatiezorg hebben twee Infectie Preventie Adviseurs (IPA) per locatie opgeleid en functionerend. Zij hebben hun IP verbeterd en duurzaam op een goed niveau gebracht in nauwe samenwerking met de betrokken Specialist Ouderengeneeskunde (SO), DI en bestuurder. Zij zijn in staat om zelfstandig de verbeteringen ook in andere locaties op te pakken.

De stand van zaken op gebied van infectiepreventie binnen thuiszorgorganisaties en gehandicaptenzorg is inzichtelijk. Er zijn naar aanleiding van de bevindingen, indien nodig geacht door de organisaties, gerichte acties ondernomen om infectiepreventie te verbeteren. Er is een regionaal “adviesorgaan” ontstaan met het leernetwerk als discussieplatform. De beschikbaarheid van een DI voor de eigen instelling blijft nodig voor advies en beleid op maat.

5. Antibiotic Stewardship

Alle langdurige zorginstellingen hebben jaarlijks een FTO over antibioticagebruik, wat kennis en inzicht in antibioticagebruik vergroot en kwaliteit van antibioticagebruik verbetert. Het kennisplatform van het RZN ABR Utrecht biedt een verbeterde en gestandaardiseerde overlegstructuur tussen verpleeghuizen en artsen-microbioloog/MML als het gaat om het inwinnen van advies over diagnostiek en behandeling van infectieziekten. Dat zorgt ook voor meer continuïteit in toezicht op goed antibioticagebruik in verpleeghuizen. Door meer kennis, inzicht en bewustzijn bij verzorgend/ verpleegkundig personeel in de ouderenzorg over de nieuwe richtlijnen van Verenso is er meer begrip voor het besluit om geen antibiotica voor te schrijven.

Door verbetering van bestaande FTO's en door onderwijs hebben huisartsen in de regio meer kennis en inzicht in antibioticagebruik en is de kwaliteit van antibioticagebruik verbeterd. Huisartsen beschikken daarnaast over meer basiskennis m.b.t. BRMO door de FTO's.

In de ziekenhuizen van het RZN is het gebruik van antibiotica bij patiënten, die worden opgenomen met een klinische infectie en daarvoor empirische antibiotica krijgen, aantoonbaar verbeterd.

Geef een beknopte beschrijving van de wijze waarop deze subsidieaanvraag is afgestemd met alle partijen

Hoe zijn de partijen uit het zorgnetwerk betrokken bij de subsidieaanvraag? Hoe is de subsidieaanvraag afgestemd met de stuurgroep en het regionale coördinatieteam van het zorgnetwerk?

De activiteiten in deze subsidieaanvraag zijn grotendeels gebaseerd op de risicoanalyse. Die is afgelopen jaar in overleg met de partners opgesteld. De activiteiten die wij in de regio hebben uitgevoerd (simulaties van een ABR uitbraak in een verpleeghuis, het puntprevalentie onderzoek, college bij opleiding Deskundigen Infectiepreventie etc. etc.) zijn ook een belangrijke informatiebron geweest. Via de nieuwsbrief, website en persoonlijke mails zijn partners – weliswaar in een krap tijdsbestek- uitgenodigd mee te denken over activiteiten voor deze subsidieaanvraag.

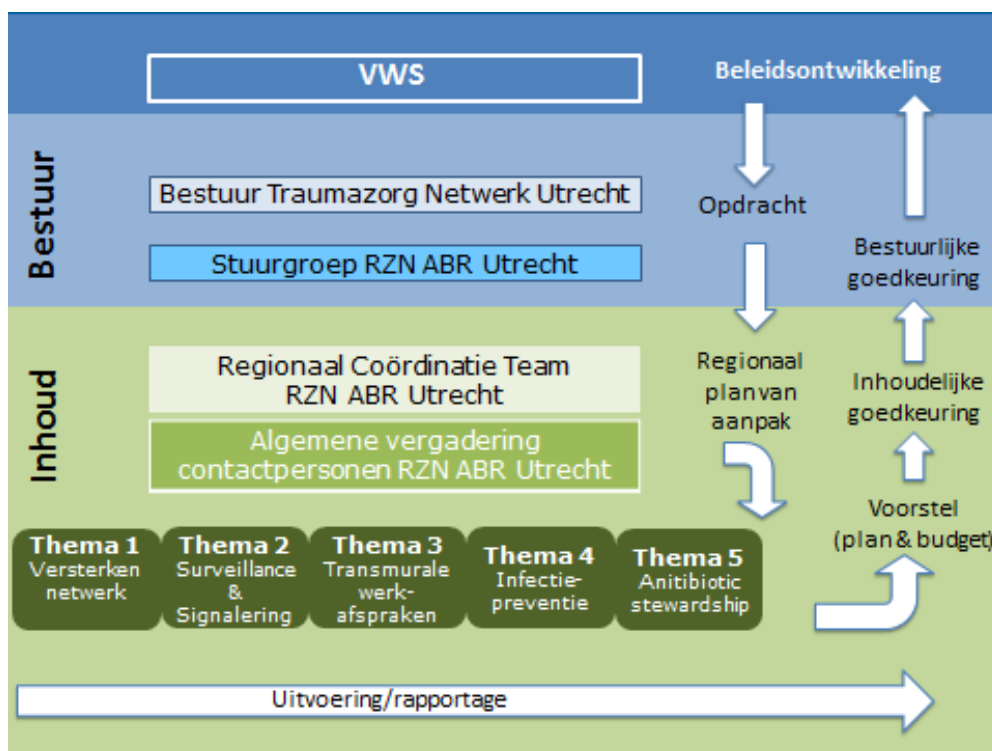
Het RCT heeft voorstellen voor invulling van de subsidieaanvraag voorbereid, waarin resultaten van de risicoanalyse, ideeën vanuit het veld en ook adviezen van RCT-leden en stuurgroepleden zijn verwerkt.

Deze voorstellen zijn in een RCT werksessie besproken op 11 januari en voor de thema's versterken netwerk, infectiepreventie, ABS en Transmurale werkafspraken en signalering (deels) voorgelegd aan de partners tijdens een regionale bijeenkomst op 21 januari 2019. Vervolgens is de subsidieaanvraag aangepast op basis van een pre-advies van het RIVM en goedgekeurd door het RCT en de stuurgroep.

De aanvraag is gedeeld met de primaire opdrachtnemer mw. Prof. Dr. Margriet Schneider, voorzitter van het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) in Utrecht.

Geef een beknopte beschrijving van de organisatie van de regionale coördinatie

Wat is de functie en samenstelling (+fte's) van de stuurgroep, het regionaal coördinatieteam en specifieke werkgroepen. Hoe worden de activiteiten gecoördineerd? Hoe worden het budget gecoördineerd?



Zowel voor stuurgroep, als RCT, als in de projectteams/werkgroepen die werken aan de diverse thema's, is het streven om met professionals uit de regio te werken, die samen zo veel mogelijk een afspiegeling vormen van betrokken partners in de regio.

Bestuur Traumazorgnetwerk Utrecht

VWS legt de verantwoordelijkheid voor het zorgnetwerk bij Margriet Schneider, Voorzitter Raad van Bestuur van het UMC Utrecht. Zij belegt dit vervolgens bij het ROAZ om de gezamenlijke verantwoordelijkheid te benadrukken. Het ROAZ heeft een stuurgroep benoemd om richting te geven aan inrichting van het netwerk en uitvoering van werkzaamheden. De uitvoering en inhoudelijke sturing zijn belegd bij het Regionaal Coördinatieteam dat wordt voorgezeten door Marc Bonten, arts microbioloog bij het UMCU. De Stuurgroep informeert het ROAZ regelmatig over planning, resultaten/voortgang en evaluaties.

De bestuurders van de 10 instellingen die verantwoordelijk zijn voor de invulling van de zorgnetwerken hebben op 10 oktober 2018 afgesproken dat landelijke bestuurlijke afstemming plaats vindt in LNAZ verband, met daarbij het voorstel het Amphia Ziekenhuis voor dit onderdeel te laten aansluiten bij de bespreking.

Stuurgroep

De stuurgroep RZN ABR Utrecht wordt voorgezeten door de directeur Publieke Gezondheid van de GGDrU Nicolette Rigter, stuurt het RZN ABR Utrecht bestuurlijk aan en komt 8x per jaar bij elkaar. In de stuurgroep zijn de partners in het netwerk vertegenwoordigd. De voorzitter van de stuurgroep selecteert in overleg met de stuurgroepleden en het ROAZ nieuwe leden.

De stuurgroep zorgt dat ook andere relevante organisaties zoals revalidatiecentra en apothekers, die niet in het ROAZ vertegenwoordigd zijn, adequaat betrokken zijn, zodat een sluitende ketenaanpak ontstaat.

De stuurgroep keurt de subsidievoorstellen en voortgangsrapportages die door het RCT worden aangeleverd goed voor zij naar RIVM/VWS gaan en lost bestuurlijke knelpunten die door het RCT bij de uitvoering van het programma gesignaleerd worden op. De stuurgroep zorgt dat het RCT is geïnformeerd over bestuurlijke aandachtspunten, zodat daar bij de uitvoering van het programma rekening mee kan worden gehouden.

De voorzitter van de stuurgroep draagt samen met de voorzitter van het RCT zorg voor de aansturing van de netwerk coördinator/programmamanager.

Samenstelling

drs. Nicolette Rigter	- directeur Publieke Gezondheid GGD regio Utrecht - <u>voorzitter</u>
dr. Hilde Dijkstra	- lid Raad van Bestuur Meander Medisch Centrum Amersfoort
drs. Hiltjo Graafland	- lid Bestuur LHV huisartsenkring Midden Nederland
dr. Eliane Thewessen	- voorzitter Raad van Bestuur AxionContinu
vacature	- langdurige zorg gehandicapten
vacature	- thuiszorg
vacature	- netwerk coördinator/programmamanager - <u>secretaris</u>

NB. Het bleek lastig om instellingen op het terrein van gehandicaptenzorg en thuiszorg aan te haken, omdat zij landelijk bij het bestuurlijke voortraject betrokken waren. Inmiddels komt de samenwerking op gang. De stuurgroep wil deze vacatures nu dan ook zo snel mogelijk opvullen. De huidige kwartiermaker, voorloper van de netwerk coördinator, gaat stoppen en er wordt een opvolger gezocht.

Regionaal Coördinatie Team (RCT)

Het RCT stuurt het RZN ABR Utrecht inhoudelijk aan en bestaat dan ook uit professionals uit de zorg die op persoonlijke titel participeren en vanwege hun deskundigheid op het terrein van ABR lid zijn. In het RCT zijn essentiële deskundigheden vertegenwoordigd op het terrein van microbiologie, ouderengeneeskunde, infectiepreventie, publieke gezondheid, infectieziektebestrijding, antibioticagebruik en verpleging & verzorging.

Vanwege de belasting en gelet op het feit dat leden van het RCT hun achterban graag zo goed mogelijk vertegenwoordigen is er soms voor gekozen om met duo's te werken. De apothekers sluiten aan als agendalid.

Het RCT stuurt de werkzaamheden inhoudelijk aan, zorgt dat de stuurgroep geïnformeerd wordt over voortgang en (bestuurlijke) knelpunten en er tijdig voortgangsrapportages en noodzakelijke documentatie m.b.t. de subsidieaanvraag beschikbaar zijn.

Samenstelling

prof. dr. Marc Bonten	arts microbioloog (UMCU) - <u>voorzitter</u>
drs. Leonie Jansen	arts M&G (GGDrU) - <u>vice-voorzitter</u>
drs. Masja Loogman	huisarts
Ada Gigengack	deskundige infectiepreventie (Meander MC)
dr. Steven Thijsen dr. Annemarie Weersink	artsen microbioloog (maatschap Diakonessenhuis & Antoniusziekenhuis/Meander MC)
drs. Suzanne Lans/vacature	specialist ouderengeneeskunde (De Rijnhoven)
vacature	verpleegkundige (langdurige zorg gehandicapten)
vacature	Netwerk Coördinator/Programmamanager Regionaal
drs. Diederik Brandwagt/ dr. Stephanie Rooden	Epidemiologisch Consulente GGDrU/UMCU
drs. Carolijn Huizinga	openbaar apotheker (namens AVMN) - <u>agendalid</u>
vacature	projectmanager ABR - <u>secretaris</u>

ABR team

Het ABR team zorgt, o.l.v. de netwerkcoördinator/programmamanager, voor het conform afspraken opstellen, uitvoeren, evalueren en verantwoorden van de activiteiten van het RZN ABR Utrecht. De activiteiten uit deel B van de subsidieaanvraag zijn belegd bij diverse projectteams/werkgroepen en worden programmatisch aangestuurd. Projectmanagers sturen geclusterde activiteiten aan en maken onderdeel uit van het ABR team. De samenstelling van het ABR team wisselt daarmee afhankelijk van de werkzaamheden van het netwerk.

Drie professionals (SO, huisarts en arts microbioloog) participeren ook in het ABR team. Zij vormen een belangrijke verbindende schakel naar het veld (resp. contactpersonen, klankbordgroep en ziekenhuizen). Zie deel B activiteit 1A voor een nadere toelichting. De programmamanager vertegenwoordigt het RZN ABR Utrecht in de kerngroep Zorgnetwerken van VWS en in het landelijke RZN ABR overleg.

Samenstelling

Netwerk coördinator/programmamanager (tevens secretaris stuurgroep) (UMCU)
Projectmanager (algemeen, tevens secretaris RCT) (UMCU)
Projectmanagers (afhankelijk van activiteiten RZN ABR)
Professionals (arts M&G, SO, huisarts, arts microbioloog)
Project ondersteuning (UMCU)
Communicatiedeskundigen (GGDrU)
Projectcontroller (UMCU)

Het ABR team verzorgt voortgangsrapportages in RCT en stuurgroep in mei, november en januari (jaarrapportage). Daarbij verzorgt het team eventueel noodzakelijke herziene subsidieaanvragen en de aanvraag voor de vervolgsubsidie voor de periode 2021-2023.

Capaciteit voor projectteams en werkgroepen

De beschikbaarheid van onder meer deskundigen infectiepreventie, specialisten ouderenzorg en huisartsen voor ABR activiteiten was afgelopen tijd een knelpunt. Om die reden is in de projecten zo veel mogelijk (organisatorisch) werk bij projectleiders of andere experts gelegd bijv. in het geval van thema 4 Infectiepreventie bij de arts M&G en bij thema 5 bij de infectioloog. Verder wil het netwerk 0,2fte huisarts en 0,2 fte SO bekostigen om activiteiten waar verbinding met deze beroepsgroepen essentieel is op te pakken. Op die manier kunnen deze experts onderdeel uitmaken van het ABR team en zijn zij op de hoogte van alle voor hun beroepsgroep relevante activiteiten. Er zijn veel deskundigen infectiepreventie (DI) nodig (circa 0,7 fte). Het netwerk heeft al toegang tot een behoorlijk aantal uren van DI in de regio, ook zijn er DI die hebben aangegeven graag meer betrokken te zijn. Samen met de regionale afdeling van de VHIG zal het RZN dit oppakken. Deskundigheidsbevordering en communicatie nemen tenslotte ook een belangrijke plaats in in dit programma. Het netwerk voorziet daar geen problemen.

Geef een beknopte beschrijving van de manier waarop de samenwerking binnen de regio is geregeld

Hoe vindt afstemming van de activiteiten plaats (bestuurlijk, instellingen, beroepsgroepen, professionals)? Hoe vindt informatie uitwisseling plaats (bijeenkomsten, website, nieuwsbrief ect.)? Verwijs naar de deelactiviteiten in deze subsidieaanvraag.

Professionals, instellingen & beroepsgroepen (Thema 1)

Professionals in het netwerk hebben te maken met een grote diversiteit aan taken en onderwerpen die om aandacht 'strijden'. Om die reden werkt Utrecht met contactpersonen. Deze contactpersonen vormen samen de Algemene Vergadering van het RZN ABR Utrecht. Nieuwe plannen, resultaten, verantwoording en evaluaties worden in de algemene vergadering besproken en afgestemd. Contactpersonen:

- volgen de ontwikkelingen op het terrein van ABR voor hun organisatie(s).
- zorgen dat de juiste personen geïnformeerd zijn over ontwikkelingen op het terrein van ABR.
- bepalen met de organisatie wat nuttig en nodig is op het terrein van ABR voor de organisatie of onderdelen daarvan en waar hulp van het RZN ABR gewenst is.
- coördineren binnen de organisatie het aanleveren van informatie die nodig is om de taken van het netwerk uit te voeren.

Inmiddels zijn er contactpersonen voor de ziekenhuizen, medisch microbiologische laboratoria, organisaties in de langdurige ouderenzorg, revalidatiecentra, GGDrU en RAVU. De huisartsen hebben gekozen voor een klankbordgroep, waar ook de vertegenwoordiger van de huisartsen uit de stuurgroep in participeert. Daarbij biedt het netwerk drie huisartsen extra opleiding en een deelaanstelling in het netwerk. Zij gaan de acties die gewenst zijn door de huisartsen in de regio uitvoeren. Voor thuiszorg (niet verbonden aan grootschalige langdurige zorginstellingen) en voor langdurige zorg gehandicapten wordt aan een vergelijkbare werkwijze gedacht. De IVVU, koepelorganisatie voor verpleeghuizen) AVMN en LHV huisartsenkring MN zijn betrokken en belangrijke partners. Dat wil het netwerk op een vergelijkbare manier vorm geven met regionale afdelingen van Verenso, VHIG en VGU en met brancheorganisaties voor de thuiszorg en woon-zorgcentra.

Het RZN ABR heeft een website en maakt regelmatig een nieuwsbrief (Thema 1). Zij zijn belangrijk voor informatie uitwisseling met en door professionals.

Bestuurlijk

Zie onder beschrijving organisatie regionale coördinatie.

Geef een beknopte beschrijving van de manier waarop de samenwerking tussen de regio's wordt bevorderd

Hoe wordt bijgedragen aan informatie uitwisseling en afstemming tussen de zorgnetwerken?

- Deelname aan de landelijke afstemmomenten tussen de netwerkcoördinatoren
- Deelname aan het landelijk REC overleg
- Deelname aan en bijdragen aan inhoudelijke voorbereiding van themabijeenkomsten voor netwerken
- Delen van nieuwsbrieven en regionale goede voorbeelden op het digitaal platform
- Afstemming met en input leveren aan netwerkbureau dat voor bovenregionale ondersteuning zorgt
- Onderlinge uitwisseling over contacten met koepelorganisaties
- Beschikbaar maken van werkwijzen en producten via het landelijk digitaal platform
- Thematische samenwerking met naastgelegen regio's
- Deelname door RCT-leden aan overleggen met collega's uit hun beroepsgroep uit andere ABR-zorgnetwerken

Daarnaast is de regio Utrecht voornemens te participeren in de onderlinge afstemming van de gezamenlijke 10 ABR-zorgnetwerken. Door middel van uitvoering door een netwerkbureau dat voor bovenregionale ondersteuning die de volgende taken uitvoert:

Organiseren overleggen tussen de onderlinge ABR-Zorgnetwerken:

1. Overleggen tussen de 10-ABR-zorgnetwerken.
2. Organiseren gezamenlijke themabijeenkomsten/masterclass
3. Organiseren landelijke werkgroepen waar dit nodig is voor onderwerpen die spelen voor alle (of meerdere) RZN.

Indien aan de orde: Coördinatie bestuurlijk overleg en leggen van lijnen met LNAZ (volgens afspraak in ALV jl.) en indien nodig GGD GHOR.

Eerste aanspreekpunt voor onderwerpen die gezamenlijke netwerken landelijk willen oppakken of die aan de gezamenlijke netwerken gevraagd worden zoals:

1. Kostenonderzoek
2. Overleg met koepelorganisaties,
3. Landelijke vragen aan RZN (zoals commentaar voornemen CPE-meldingsplicht)
4. Vragen en kansen voor acties om abr en infectiepreventie bij groter publiek onder de aandacht te brengen. Zoals filmfestival.

Overzicht houden over landelijke relevante ontwikkelingen, onderzoeken of overleggen die een link hebben met de opdracht van de ABR-zorgnetwerken.

Communicatie over de ABR Zorgnetwerken zowel nationaal als internationaal.

Beschrijf overige activiteiten ten behoeve van de regionale coördinatie

Er is een digitale samenwerkingsomgeving gerealiseerd voor RCT, ABR team, projectteams/werkgroepen en de stuurgroep.

5-2019

Deel B: Activiteiten van het zorgnetwerk per inhoudelijk thema

Thema 1 – Versterken netwerk

Financieel overzicht Thema 1

Alle kosten die betrekking hebben op regionale coördinatie zijn opgenomen in Deel A Regionale coördinatie.

Kosten	
Personele kosten	€ 187.137,00
Materiële kosten	€ 31.350,00
Overige kosten / kosten derden	€ 0
-/- Eigen bijdrage / bijdrage derden	€ 0
Totaal Kosten	€ 218.487,00

Deelactiviteit 1A – Netwerkpartners bekend, betrokken en actief

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 1A zal worden uitgevoerd

I.o.m. partners en vanwege personeelstekorten en de vele prioriteiten van partners is besloten te werken met contactpersonen. Door het overzichtelijke aantal contactpersonen en de deelname aan jaarlijkse bijeenkomsten als informele algemene vergadering is het mogelijk om elkaar te leren kennen en daadwerkelijk een netwerk te vormen. Het netwerk faciliteert bestuurders en contactpersonen zo veel mogelijk bij het motiveren en betrekken van medewerkers en collega's.

Het RZN werkt nu met contactpersonen in ziekenhuizen, GGDrU, RAVU/ambulancezorg, langdurige ouderenzorg, revalidatiecentra en met een klankbordgroep voor de huisartsen. De contacten met de huidige contactpersonen worden op hun verzoek aangehaald. Contactpersonen hebben aangegeven nu moeite te hebben om hun rol in te vullen en te bepalen wat het netwerk voor hen kan betekenen. Dit wordt opgepakt i.c.m. activiteiten onder thema 4 Infectiepreventie die er ook op gericht zijn om meer maatwerk te leveren.

Nieuwe contactpersonen voor gehandicaptenzorg worden geworven via voorzitters van Raden van Bestuur van betreffende instellingen. Vervolgens worden bezoeken ingepland om de samenwerking met de contactpersoon op te pakken, om bovengenoemde reden; ook hier invulling i.c.m. activiteiten binnen thema 4 Infectiepreventie.

Met de brancheorganisatie van de TZO wordt bekeken op welke manier de TZO aangehaakt kunnen worden. Gedacht wordt aan een klankbordgroep, vergelijkbare constructie als bij de huisartsen.

Het RZN ABR Utrecht werkt samen met de IVVU, de koepelorganisatie voor langdurige zorg ouderen in de regio. De directeur is lid van de algemene vergadering. Via de stuurgroep is LHV huisartsenkring MN betrokken. Zij communiceren op verzoek van de klankbordgroep huisartsen met hun leden over ABR. LHV huisartsenkring MN speelt een rol bij de tussentijdse evaluatie van werkzaamheden om te zorgen dat deze blijven aansluiten op de behoefte en mogelijkheden van huisartsen in onze regio. AVMN levert een agendalid voor het RCT en draagt actief bij aan discussies over antibiotica(gebruik).

Andere regionale afdelingen van beroepsverenigingen (Verenso-MN, AVMN, VHIG-MN, VGU), brancheorganisaties (SPOT, ZorgThuisNL, etc), en koepelorganisaties worden benaderd om te kijken op welke manier de samenwerking het best vorm gegeven kan worden. Bij voorkeur maken zij onderdeel uit van de algemene vergadering.

Enkele regio's onderzoeken al wat een geschikt digitaal relatiebestand is. Daar wordt op gevaren. Bij voorkeur schaffen we het gezamenlijk aan.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Bekend

Het RZN actualiseert en digitaliseert het huidige relatiebestand en heeft eind 2019 ook zicht op de thuiszorgorganisaties in de regio.

Betrokken

Alle relevante instellingen en organisaties zijn in beeld en vertegenwoordigd in de algemene vergadering van het RZN Utrecht door tenminste één contactpersoon. Contactpersonen werken samen met hun bestuurder en zij worden door hun organisatie in staat gesteld om:

- de ontwikkelingen op het terrein van ABR voor hun organisatie(s) te volgen.
- te zorgen dat de juiste personen geïnformeerd zijn over ontwikkelingen op het terrein van ABR.
- met de organisatie (IPC bijv.) te bepalen wat nuttig en nodig is op het terrein van ABR voor de organisatie of onderdelen daarvan en waar hulp van het RZN ABR gewenst is.
- te zorgen dat de informatie wordt aangeleverd (surveillance, infectiepreventie etc.) die nodig is om de taken van het netwerk uit te voeren.

Het RZN heeft een klankbordgroep met huisartsen uit verschillende delen van de regio en ook de huisartsen uit RCT en Stuurgroep participeren daarin. Ook is er een samenwerking opgezet met vertegenwoordigers uit de thuiszorg.

Regionale afdelingen van relevante beroepsverenigingen, brancheorganisaties en koepelorganisaties hebben afspraken met het RZN over de wijze van betrokkenheid; zij maken onderdeel uit van de algemene vergadering.

Actief

Het bleek afgelopen tijd moeilijk om op ad-hoc basis professionals bij het opzetten en uitvoeren van activiteiten te betrekken. De RCT leden hebben ook een professional nodig om de verbinding met het veld te versterken (dat bleek tijdens de bespreking van de voorstellen voor deze subsidieaanvraag) en besluiten van het RCT om te zetten in acties. Met name voor huisartsen en SO's bleek dat een knelpunt, omdat bij deze groepen soms ook de kennis van ABR beperkt is. Het RZN gaat daarom met een SO, een huisarts, en een arts microbioloog een structurele samenwerking aan voor de komende twee jaar voor enkele uren per week, waarbij het RZN zorgt dat de SO en huisarts indien nodig extra scholing krijgen op het terrein van ABR. Deze professionals maken onderdeel uit van het ABR team.

Specialist ouderenzorg:

- beschikt over up-to-date kennis over ABR
- onderhoudt contacten met contactpersonen en zorgt dat zij tijdig geïnformeerd worden en er voldoende afstemming is van werkgroepen met de achterban.

- is voor de SO's in onze regio goed zichtbaar en vervult een (verbindende) vraagbaak/doorverwijsfunctie in de regio op het terrein van ABR voor de beroepsgroep.
- draagt bij aan de voor specialisten ouderenzorg/langdurige zorg ouderen relevante delen van de plannen van aanpak in projecten op het terrein van met name FTO's ABS, Infectiepreventie en transmurale werkafspraken. Werkt daarbij nauw samen met de SO in het RCT.
- draagt bij aan het voor LZ ouderen relevante deel van de website en nieuwsbrief.
- werft waar nodig andere SO's voor de uitvoering.
- Verzorgt de verbinding met Verenso-MN.

Huisarts:

- beschikt over up-to-date kennis over ABR.
- participeert in de klankbordgroep en zorgt waar mogelijk dat ideeën uit de groep verwezenlijkt kunnen worden door het RZN.
- is voor de huisartsen in onze regio goed zichtbaar en vervult een (verbindende) vraagbaak/doorverwijsfunctie in de regio op het terrein van ABR voor de beroepsgroep.
- draagt bij aan de voor huisartsen relevante projecten op het terrein van met name FTO's ABS en transmurale werkafspraken. Werkt daarbij nauw samen met de huisarts in het RCT.
- werft waar nodig andere huisartsen voor de uitvoering.
- Beoordeelt samen met microbiologen en de GGDrU hoe de onderlinge samenwerking binnen het netwerk versterkt kan worden, zodat huisartsen goede toegang tot kennis en expertise hebben.
- Draagt bij aan de voor huisartsen relevante delen van website en nieuwsbrief

Microbioloog:

- onderhoudt contacten met contactpersonen en zorgt dat zij tijdig geïnformeerd worden en er voldoende afstemming is van werkgroepen met de achterban.
- draagt bij aan de voor ziekenhuizen relevante delen van de plannen van aanpak in projecten op het terrein van met name FTO's ABS, Infectiepreventie en transmurale werkafspraken. Werkt daarbij nauw samen met de microbiologen in het RCT.
- draagt bij aan de website en nieuwsbrief
- werft waar nodig andere microbiologen voor de uitvoering.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 1A en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

1 huisarts en 1 SO hebben een samenwerkingsovereenkomst met het RZN ABR Utrecht getekend voor 0,2 fte.	05-2019
Bezoek aan de 18 Instellingen langdurige zorg gehandicapten om kennis te maken, risico's te identificeren en behoefte te peilen.	12-2019
Dag voor gehandicaptenzorg organisaties.	12-2019
Alle organisaties (ziekenhuizen, revalidatiecentra, langdurige zorg instellingen ouderen en meervoudig gehandicapten, RAVU, GGDrU) hebben een contactpersoon.	12-2019
Evaluatie van het werken met contactpersonen.	01-2020
Een huisarts en een SO zijn specifiek opgeleid om bij te dragen aan de werkzaamheden van het RZN ABR Utrecht namens hun beroepsgroep.	11-2019
Evaluatie relevantie en haalbaarheid werkzaamheden RZN voor huisartsen. Bespreking evaluatie met LHV huisartsenkring MN, klankbordgroep en programmamanager RZN.	04-2020 04-2021

Gedigitaliseerd relatiebeheer ingevoerd.	08-2019
Deelactiviteit 1A draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	1. 11.
Deelactiviteit 1A draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Deelactiviteit 1B – Regionale bijeenkomsten	
<i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i>	
<p>Via de jaarlijkse algemene vergadering worden contactpersonen geïnformeerd over de activiteiten van het netwerk. De algemene vergadering adviseert het RCT inhoudelijk over eventuele aanpassingen van lopende activiteiten, plannen voor toekomstige activiteiten en eventuele inhoudelijke vraagstukken. In 2021 is de vergadering gericht op het voorbereiden van de nieuwe subsidieaanvraag.</p> <p>Jaarlijks organiseert het netwerk een thema-netwerkbijeenkomst op verzoek van partners in het veld. De themabijeenkomst wordt voor specifieke doelgroepen in de regio georganiseerd afhankelijk van het onderwerp en de behoefte in de regio.</p>	
<i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 1B zal worden uitgevoerd</i>	
Het ABR team organiseert de algemene vergaderingen en de thema-bijeenkomsten i.s.m. RCT-leden en professionals uit de regio die betrokken zijn bij de diverse onderwerpen.	
<i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 1B en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i>	
Jaarlijkse algemene vergadering	02-2020 12-2021
Jaarlijks netwerk-themabijeenkomst	2020 2021
Deelactiviteit 1B draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	1. 8. 11.
Deelactiviteit 1B draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Deelactiviteit 1C – ABR kennisplatform	
<i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 1C zal worden uitgevoerd</i>	
<p>Het RZN ABR Utrecht vormt met deskundigen in de regio een kennisplatform. Dit biedt een verbeterde en gestandaardiseerde overlegstructuur tussen SO's/verpleeghuizen, artsen-microbioloog/MML en de GGDrU als het gaat om het inwinnen van advies over diagnostiek en behandeling van infectieziekten en de aanpak van infectiepreventie. (Zie ook deelactiviteit 5A.) Het kennisplatform is er straks ook voor de andere partners, zoals huisartsen, TZO en artsen gehandicaptenzorg. Bekeken wordt aan welke eisen het platform moet voldoen om van nut te zijn voor hen. Uitgangspunt blijft het versterken van bestaande samenwerkingsverbanden.</p> <p>Het ABR team zorgt samen met deskundigen uit de regio voor een voor de gebruikers informatieve en kwalitatief goede website voor professionals. De nieuwsbrief wordt met partners in het veld en professionals in het ABR team gemaakt.</p>	

Zorginstellingen kunnen zich tot het RCT wenden als er een uitbraak is. Het RCT zal dan, afhankelijk van de aard van de hulpvraag, support vanuit het RZN organiseren.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Website met informatie over:

- reguliere taken partners netwerk bij dragerschap, infecties en uitbraken m.b.t. ABR
- contactgegevens contactpersonen (besloten).
- Relevante informatie per activiteit
- Relevante informatie per doelgroep
- goede toegang tot informatie overige zorgnetwerken
- Uitgangspunt is dat waar mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande informatiebronnen en er waar mogelijk dan ook wordt doorverwezen om verantwoordelijkheden m.b.t. de kwaliteit en actualiteit van de informatie bij de eigenaar te laten.
- 6x per jaar een nieuwsbrief

Partners in de regio weten collega's die zich bezig houden met ABR via het netwerk (website) te vinden om af te stemmen danwel samen te werken bij problemen. Partners in de regio benaderen het RZN ABR als zij met vragen op het terrein van ABR blijven zitten of ondersteuning nodig hebben bij een uitbraak. Het RZN ABR verbindt desgevraagd de partner met deskundigen in de regio.

Het RZN is in staat om snel hulp te bieden bij uitbraken als daarom verzocht wordt door een partner in het netwerk. Uitgangspunt blijven afgesproken taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van zorgpartijen. Er is een lijst met deskundigen op het terrein van microbiologie, infectiologie en infectiepreventie, die aangegeven hebben beschikbaar te zijn voor partnerorganisaties, mocht dat nodig zijn.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 1C en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

Verdubbeling van het # bezoekers van de website t.o.v. 2018	01-2020
3 nieuwsbrieven	04-2020
3 nieuwsbrieven	04-2021
Lijst met beschikbare professionals voor hulp aan partners bij een uitbraak en overzicht van uitgangspunten voor het verstrekken van hulp.	12-19
Evaluatie hulp bij een uitbraak door partner met uitbraak en professionals die hulp hebben geboden	n.v.t.
Deelactiviteit 1C draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	1. 11.
Deelactiviteit 1C draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Deelactiviteit 1D –Deskundigheidsbevordering huisartsen

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 1D zal worden uitgevoerd

Het projectteam ABR/ABS huisartsen (werkt ook aan deelactiviteit 5B)

- ontwikkelt een samenvattingskaart voor huisartsen over ABR
- ontwikkelt een ABR cursus over BRMO, infectiepreventie en ABS voor huisartsen, waarbij waar mogelijk gebruik wordt gemaakt van onderwijs

<p>reeds ontwikkeld binnen het RZN Utrecht. Binnen het RZN bestaat ruime expertise met geven van ABR onderwijs. Het UMCU heeft een dergelijke cursus ontwikkeld (format 3 dagen, gericht op medisch specialisten in opleiding, 3-4 maal per jaar steeds voor 50 deelnemers sinds 2013). Deze cursus zal in samenwerking met huisartsen en artsen-microbioloog aangepast worden voor huisartsen en aangeboden worden.</p>	
<p><i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i></p>	
<p>Huisartsen hebben goede basiskennis over ABR en zij hebben de belangrijkste informatie over ABR binnen handbereik. Dat stelt hen in staat om bij dragerschap of infectie met BRMO snel de juiste informatie te vinden.</p>	
<p><i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 1D en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i></p>	
Samenvattingskaart voor huisartsen	12-2019
Jaarlijks geaccrediteerde antibioticacursus voor 50 huisartsen	03-2020 03-2021
Deelactiviteit 1D draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	8.
Deelactiviteit 1D draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	e

<p>Deelactiviteit 1E – Risicoanalyse en beheersplan</p>	
<p><i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 1E zal worden uitgevoerd</i></p>	
<p>Met name op het terrein van gehandicaptenzorg en thuiszorg is de risicoanalyse aangevuld op basis van bezoeken en/of enquête. Er wordt gebruik gemaakt van de resultaten van het Regionaal Overleg AMR/ABS en bevindingen naar aanleiding van de activiteiten van het netwerk.</p>	
<p><i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i></p>	
<p>Het risicoprofiel wordt jaarlijks geactualiseerd opgeleverd in oktober. In de algemene vergadering van het RZN wordt de risicoanalyse besproken.</p>	
<p><i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 1E en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i></p>	
Update risicoanalyse: vooral gehandicaptenzorg, revalidatiecentra en thuiszorg zijn aangevuld	10-2019
Update risicoprofiel: nog geen specifieke eisen bekend.	10-2020
Deelactiviteit 1E draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	7.
Deelactiviteit 1E draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Deelactiviteit 1F –Ingroeitakenfonds*Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 1F zal worden uitgevoerd*

Met de landelijke ABR aanpak is in beeld gekomen dat nog niet alle zorgpartijen hun reguliere ABR gerelateerde volledig op orde hebben. De activiteiten die binnen het RZN ABR worden uitgevoerd helpen organisaties bij het op orde krijgen van die taken. Omdat iedere zorgpartij anders is en de activiteiten geen 'one-size-fits-all' heeft het RZN besloten om 50.000 euro te reserveren voor initiatieven in het veld die bijdragen aan het op orde krijgen van een of meer ingroeitaken, zoals beschreven in de beleidsregels. Het geld kan ingezet worden in een instelling of praktijk om een activiteit te bekostigen. De bijdrage per zorgpartij bedraagt maximaal 5000 euro. Er wordt een procedure uitgewerkt wie wat, hoe kan aanvragen.

De aanvrager levert beknopte informatie aan over de activiteit (ingroeitaak, doel, aanpak, resultaat planning). Deze informatie wordt op de website geplaatst, om ook anderen te helpen om op ideeën te komen. Een half jaar na gebruik van het geld levert de aanvrager beknopte informatie aan over de mate waarin zij geslaagd zijn om de uitvoering van de ingroeitaak te borgen.

'Best practices' komen op de website en worden gedeeld.

Gelet op de bescheiden hoogte van de bijdrage, gaat het RZN er niet van uit dat het verantwoordelijk gehouden kan worden voor realisatie van alle ingroeitaken voor alle partners. Wel mag verwacht worden dat RZN in staat is om informatie te geven over de mate waarin partijen geslaagd zijn om met behulp van deze bijdrage de uitvoering van een ingroeitaak te borgen.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Tussen de 10 tot 20 partijen in het veld hebben uitvoering van een of meer ingroeitaken verbeterd.

De verwachting is dat partijen in het veld met aanvullende eigen initiatieven komen en marge van activiteiten van het RZN op het terrein van met name infectiepreventie, audits en transmurale werkafspraken.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 1F en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

10 a 20 partijen in het veld hebben uitvoering van een of meer ingroeitaken verbeterd met behulp van het ingroeitakenfonds.

04-2021

Deelactiviteit 1F draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):**Deelactiviteit 1F draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:**

a, b, c, d, e, f

Thema 2 - Surveillance

Financieel overzicht thema 2

Kosten	
Personele kosten	€ 271.065,00
Materiële kosten	€ 3.000,00
Overige kosten / kosten derden	€ 0
-/- Eigen bijdrage / bijdrage derden	€ 0
Totaal Kosten	€ 274.065,00

Deelactiviteit 2A Regionaal signaleringsoverleg

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 2A zal worden uitgevoerd

Minimaal twee keer per jaar komt het regionaal signaleringsoverleg (RO AMR/ABS) bij elkaar met professionals uit alle ziekenhuizen. Het overleg wordt uitgebreid met SO's en huisartsen. Extra bijeenkomsten zullen belegd worden als de actualiteit van uitbraken daar aanleiding toe geeft.

Het signaleringsoverleg is het vanzelfsprekende forum voor alle partners in het RZN waar uitbraken binnen het RZN besproken worden, waar epidemiologische gegevens gedeeld worden en waar nieuwe initiatieven besproken worden ook op het terrein van ABS.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Regionaal zijn professionals op de hoogte van epidemiologische ontwikkelingen op het terrein van BRMO. Jaarlijks worden de BRMO surveillance data en uitbraken besproken om na te gaan of de risico's in de regio zijn veranderd en (andere) maatregelen nodig zijn.

Surveillance data m.b.t. antibioticagebruik worden door de A-teams in de ziekenhuizen en betrokken professionals uit andere sectoren gezamenlijk besproken om de ontwikkelingen in de regio te beoordelen en eventueel aanvullende maatregelen te nemen om het antibioticagebruik te optimaliseren.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 2A en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

Jaarlijks surveillance overleg ABR	08-2019 08-2021
------------------------------------	--------------------

Ad-hoc bijeenkomst bij uitbraken	
----------------------------------	--

Jaarlijks bespreking van surveillance data antibioticagebruik door A-teams en professionals uit andere sectoren.	02-2020 02-2021
--	--------------------

Deelactiviteit 2A draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	2, 4, 5
--	---------

Deelactiviteit 2A draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	
--	--

Deelactiviteit 2B Betere detectie van resistentie verspreiding

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 2B zal worden uitgevoerd

Real-time detectie van verspreiding van resistentie in zorginstellingen is afhankelijk van menselijke waarneming; de arts-microbioloog of deskundige infectiepreventie herkent op basis van kweekuitslagen (fenotype) en verbanden tussen patiënten een verheffing, waarna nadere karakterisering van isolaten plaatsvindt. Deze systematiek is daarom sterk afhankelijk van de herkenning van zowel afwijkende patronen in bacteriële gevoeligheid als van verbanden tussen patiënten. Dat laatste wordt bemoeilijkt doordat patiënten soms maar kort in het ziekenhuis liggen of van afdeling veranderen, waardoor bestaande verbanden gemist worden.

Geautomatiseerde data-systemen in de zorg (GLIMS, EPDs, consultregistratie zoals Micore) bevatten reeds veel informatie, maar elke zorginstelling heeft haar eigen systemen ingericht, zonder afstemming met andere instellingen. Implementatie van EvT in de MML heft 1 belangrijk probleem op: verschillen in codering van micro-organismen en resistenties. Daarnaast maakt EvT het mogelijk om via ISIS-AR alle kweekuitslagen in een RZN snel inzichtelijk te krijgen. Het Cib werkt aan een tool om dergelijke gegevens gebruikersvriendelijk aan het RZN beschikbaar te stellen.

In dit gezamenlijke project van de MML's worden eerst de verschillen in elektronische dataverzameling tussen de - voor dit onderdeel relevante - zorginstellingen in het RZN in kaart gebracht, waarna een plan wordt opgesteld hoe we tot een RZN-dekkend systeem kunnen komen, waarin alle relevante data - "near real-time" - gekoppeld kunnen worden. Hierin zal worden samengewerkt met het Cib. Moderne computer software zal gebruikt worden om clustering van resistentie in zorginstellingen (ziekenhuizen, langdurige zorg) en eerste lijn sneller te herkennen. De input voor de analyses zijn de uitslagen van de MML en de locatie van patiënten in de tijd. Genotypische karakterisering van isolaten in een gedetecteerd cluster zal plaatsvinden als onderdeel van de normale werkzaamheden in het kader van infectiepreventie.

In eerste instantie wordt het systeem gevalideerd op de in het verleden herkende uitbraken, waarna analyses prospectief worden toegepast en gevalideerd. Binnen het RZN bestaat expertise op het gebied van het gebruik van automatische data-extractie, analyse en interpretatie (1. Klein Klouwenberg PM, **van Mourik MS**, Ong DS, Horn J, Schultz MJ, Cremer OL, **Bonten MJ**; Electronic implementation of a novel surveillance paradigm for ventilator-associated events. Feasibility and validation. Am J Respir Crit Care Med. 2014 Apr 15;189(8):947-55. 2. **Vlek AL**, Cooper BS, Kypraios T, Cox A, Edgeworth JD, Auguet OT. Clustering of antimicrobial resistance outbreaks across bacterial species in the intensive care unit. Clin Infect Dis. 2013 Jul;57(1):65-76.

De ontwikkelde methodologie zal na ontwikkeling en validatie beschikbaar gesteld worden aan andere zorgnetwerken.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Met deze toepassing zal er een snellere herkenning van clustering van resistentie (uitbraken) in ziekenhuizen, andere zorginstellingen een eerstelijns gerealiseerd worden. Door samenwerking met het nieuwe interactieve real time programma van RIVM (met eenheid van taal ingericht) zal duplicatie van activiteiten voorkomen worden en kan de toepassing, indien gewenst, ook voor andere zorgnetwerken meteen beschikbaar zijn.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 2B en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

Inventarisatie huidige systemen afgerond

12-2019

Werkplan nieuw systeem opgesteld

2-2020

Validatie nieuw systeem afgerond	5-2021
Deelactiviteit 2B draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	5, 6, 7
Deelactiviteit 2B draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	a

Deelactiviteit 2C Semi-automatische surveillance zorginfecties implementeren

<i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 2C zal worden uitgevoerd</i>
--

Infecties die optreden ten gevolge van medische zorg, zogenaamde zorginfecties of zorg-gerelateerde infecties treden op bij naar schatting 4% van patiënten opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Dit zijn met name postoperatieve wondinfecties (POWI), lijninfecties, pneumonie en urineweginfecties. Deze zorginfecties brengen een aanzienlijke ziektelast en bijbehorende kosten met zich mee en worden grotendeels als vermijdbare complicaties beschouwd. Halvering van het aantal vermijdbare zorginfecties is dan ook één van de doelstellingen uit de landelijke 'Aanpak antibioticaresistentie'. Systematische surveillance van het optreden van zorginfecties, en het terugkoppelen van de incidentie-cijfers aan zorgverleners en andere betrokkenen is van bewezen belang voor het vóórkomen van deze complicatie en een fundamenteel onderdeel van programma's om preventie doelstelling te halen. Surveillance biedt inzicht in de incidentie van infecties, en daarmee handvatten voor preventie en de mogelijkheid om het effect van preventieve maatregelen te kwantificeren.

Conventionele surveillance bestaat uit handmatig retrospectief statusonderzoek van alle patiënten die in de doelgroep vallen, bijvoorbeeld omdat zij een specifieke ingreep hebben ondergaan. Hierbij wordt door de deskundige infectiepreventie of andere aangewezen professional volgens gestandaardiseerde criteria vastgesteld of de patiënt de betreffende zorginfectie heeft ontwikkeld. Dit proces is arbeidsintensief en foutgevoelig, en onderhevig aan het 'the more you look, the more you find' principe. Dankzij het toenemende gebruik van elektronische ziekenhuisinformatiesystemen, zijn steeds meer klinische patiëntengegevens elektronisch beschikbaar en wordt het mogelijk (semi-)geautomatiseerde surveillance uit te voeren. Het gebruik van geautomatiseerde systemen gaat gepaard met hogere kwaliteit ten gevolge van betere standaardisatie en gereduceerde werklust.

Het RZN Utrecht heeft in samenwerking met PREZIES de eerste stappen gezet richting semi-automatische surveillance van zorginfecties. Vergeleken met de traditionele wijze van surveillance (handmatige statuscontrole) realiseert semi-automatische surveillance werkreductie (ongeveer 85% minder statuscontrole) en betere kwaliteit (door minder inter- en intra-personele variaties in registratie). De eerste stappen naar semi-automatische surveillance zijn gezet voor POWI's na orthopedische en colorectale chirurgie (beiden in een additionele subsidie van het RZN Utrecht in samenwerking met PREZIES). Het belang van semi-automatische surveillance is groot: Surveillance is noodzakelijk om tot een aantoonbare reductie in incidentie van zorginfecties te komen en goede kwaliteit van surveillance is noodzakelijk omdat dergelijke gegevens ook door de buitenwereld als indicator van kwaliteit van zorg gebruikt zullen worden. Daarnaast wordt deze surveillance door deskundige infectiepreventie uitgevoerd, die daar specifiek voor worden opgeleid, en voor deze beroepsgroep bestaat een tekort op de arbeidsmarkt, dat nog zeker een aantal jaren zal aanhouden. Verbetering van kwaliteit en efficiëntie van surveillance is daarom noodzakelijk.

Uitrol van semi-automatische registratie naar andere zorginstellingen wordt belemmerd door de gevraagde maar noodzakelijke tijdsinvestering op het gebied van automatisering in elke instelling. De te gebruiken gegevens zijn overal aanwezig in de lokale systemen, maar de methodiek van data-extractie en/of koppeling vergt een eenmalige inspanning.

De doelstelling is om voor vernoemde indicaties (POWI's na orthopedische en colorectale chirurgie) semi-automatische surveillance in ziekenhuizen in het RZN Utrecht te realiseren. Dit vergt ondersteuning in de verschillende ziekenhuizen om de data-extractie mogelijk te maken. Ziekenhuizen kunnen onverminderd gebruik blijven maken van hun eigen patiëntinformatiesystemen.

Deze activiteit zal inhoudelijk vanuit het UMCU gecoördineerd worden met medewerking van deskundige infectiepreventie, artsen-microbioloog en ICT-ondersteuners in de deelnemende ziekenhuizen van het RZN.

Tevens zal semi-automatische surveillance van lijninfecties ontwikkeld worden. Dit is aanzienlijk complexer dan POWI's omdat het optreden van infecties niet gerelateerd is aan 1 moment van risico expositie (de operatie in geval van POWI) maar aan de duur en type van aanwezigheid van intraveneuze lijnen. Na de ontwikkeling en validatie van deze tool kan overwogen om dit ook in andere ziekenhuizen in het RZN te implementeren.

De opgebouwde ervaring binnen het RZN met de implementatie van semi-geautomatiseerde surveillance zal benut worden voor het opzetten van een expertisecentrum waarop door ziekenhuizen buiten het RZN Utrecht een beroep gedaan kan worden voor implementatie.

Deze activiteiten bouwen voort op het werk verricht door UMCU en PREZIES o.m.:

1: van Mourik MSM, Perencevich EN, Gastmeier P, Bonten MJM. Designing Surveillance of Healthcare-Associated Infections in the Era of Automation and Reporting Mandates. Clin Infect Dis. 2018 Mar 5;66(6):970-976.

2: Sips ME, Bonten MJM, van Mourik MSM. Automated surveillance of healthcare-associated infections: state of the art. Curr Opin Infect Dis. 2017 Aug;30(4):425-431.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Semi-geautomatiseerde surveillance van zorginfecties (na orthopedische- en na colorectale chirurgie) is in alle ziekenhuizen van het RZN geïmplementeerd en implementatie wordt gefaciliteerd in andere ziekenhuizen. Dit draagt bij aan verhoging van de kwaliteit van de landelijke surveillance zorginfecties en realiseert tegelijkertijd een kostenreductie in de ziekenhuizen.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 2C en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

Implementatie semi-automatische surveillance POWI na orthopedische chirurgie in ziekenhuizen RZN Utrecht	5-2020
Implementatie semi-automatische surveillance POWI na orthopedische chirurgie in ziekenhuizen RZN Utrecht	5-2020
Afronding semi-automatische surveillance lijninfecties	5-2021
Inrichting expertise centrum implementatie semi-automatische surveillance zorginfecties voor ziekenhuizen in Nederland.	5-2021
Deelactiviteit 2C draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	2, 4, 5, 7
Deelactiviteit 2C draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	a

Thema 3 – Transmurale werkafspraken en signalering

Financieel overzicht thema 3

Kosten	
Personele kosten	€ 152.242,00
Materiële kosten	€ 12.500,00
Overige kosten / kosten derden	€ 0
-/- Eigen bijdrage / bijdrage derden	€ 0
Totaal Kosten	€ 164.742,00

Deelactiviteit 3A – Implementatie TMW

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 3A zal worden uitgevoerd

Uitgangssituatie: een implementatieplan voor Transmurale Werkafspraken is beschikbaar.

Een projectteam bestaande uit leden afkomstig uit verschillende settings (i.i.g. eerste lijn, tweede lijn, langdurige ouderenzorg en publieke gezondheid) implementeert de Transmurale werkafspraken die zijn opgesteld in de regio conform een eerder voorbereid implementatieplan.

Het projectteam:

1. start een traject voor het verkrijgen van bestuurlijk draagvlak voor de TMW en het bijbehorende implementatieplan, via de IVVU, LHV huisartsenkring MN, VGU en RvB van betrokken ziekenhuizen. Stuurgroepleden zullen hierin een rol vervullen. a het ROAZ en
1. oOntwikkelt een Handreiking implementatie voor elke setting die organisaties kunnen gebruiken bij implementatie van de TMW binnen hun eigen organisatie incl. indicatie van financiële bijdrage die voor implementatie gevraagd kan worden (ingroeitaak).
2. Zorgt voor inhoudelijke en financiële ondersteuning van organisaties bij implementatie TMW indien nodig.
3. Begeleidt de implementatie.
4. Ontwikkelt een evaluatieplan voor de TMW.

Het implementatieplan:

- sluit aan op het landelijke traject voor de ontwikkeling van uniform taalgebruik van RIVM en andere zorgnetwerken, waarin Utrecht tot nu toe een voortrekkersrol heeft gehad. In dit traject wordt onderscheid gemaakt tussen de 'labtaal' (traject Eenheid van taal, taal gebruikt tussen verschillende laboratoria), de medische taal (de taal die zorgverleners onderling gebruiken in bijv. verwijs- en ontslagbrieven) en de leken taal (de taal die gebruikt wordt om de patiënt/cliënt en verzorgenden te informeren patiëntenbrief) NB. *Mocht er landelijk geen overeenstemming zijn over uniform taakgebruik in september 2019, dan maakt Utrecht regionale afspraken.*
- Voorziet in opnemen van een uniforme BRMO code in ontslagberichten en patiëntbrieven door alle zorginstellingen. Dit betekent dat er in de ziekenhuizen met de afdelingen ICT en kwaliteit afspraken gemaakt moeten worden.
- Voorziet in het ontwikkelen en beschikbaar stellen (via website) van informatie over dragerschap BRMO voor behandelaars, cliënten en

<p>zorgmedewerkers voor zover dit nog niet landelijk geregeld is.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voorziet in het via website en nieuwsbrief inzichtelijk maken voor zorgverleners met welke vragen ze bij welke professional/organisatie volgens het reguliere circuit terecht kunnen. 	
<p><i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i></p>	
<p>De TMW zijn up-to-date en samen met het implementatieplan bestuurlijk geaccordeerd.</p> <p>RZN draagt bij aan de totstandkoming van een landelijke uniforme 'labtaal', 'medische taal' en 'lekentaal' voor BRMO.</p> <p>RZN ontwikkelt eigen uniforme BRMO code op regioniveau als de landelijke afspraken niet gerealiseerd zijn september 2019.</p> <p>De zorginstellingen in de regio vermelden een uniforme BRMO code op ontslagberichten, patiëntbrieven en verwijsbrieven.</p> <p>Op de website van het RZN is informatie voor alle belanghebbenden te vinden voor instellingen (langdurige ouderenzorg, gehandicaptenzorg) met betrekking tot:</p> <ul style="list-style-type: none"> - BRMO dragerschap. - Informatiebrieven voor patiënten/cliënten van langdurige zorginstellingen over dragerschap van BRMO <p>Eind 2020 zijn de TMW via het ontwikkelde implementatieplan en Handreiking binnen de regio geïmplementeerd met regionaal danwel landelijk overeengekomen taalgebruik m.b.t. BRMO.</p> <p>Er is een evaluatieplan beschikbaar (uitvoering volgende subsidieperiode).</p>	
<p><i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 3A en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i></p>	
Handreiking implementatie TMW	09-2019
Bestuurlijk draagvlak via de IVVU, LHV huisartsenkring MN, VGU en RvB van betrokken ziekenhuizen.	10-2019
Definitieve versie TMW incl. handreiking en implementatieplan vastgesteld en akkoord via Stuurgroep en bestuurlijk ROAZ.	11-2019
TMW zijn geïmplementeerd	12-2020
Evaluatieplan	04-2021
Deelactiviteit 3A draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	3,6
Deelactiviteit 3A draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	d

<p>Deelactiviteit 3B Transmuraal Werken simulatie</p>	
<p><i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 3B zal worden uitgevoerd</i></p>	
<p>Aanpassen van de onderwijsmodule 'Transmuraal werken' van het Juliuscentrum op de regionale situatie.</p> <p>5 onderwijssessies oefenen m.b.v. transmuraal werken met ketenpartners uit het netwerk met een uitbraak van BRMO of met dragerschap met BRMO.</p>	

<i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i>	
<p>Eind 2022 (tweede subsidieperiode) hebben alle ziekenhuizen, GGD, organisaties voor langdurige ouderenzorg en gehandicaptenzorg en 25 huisartsen uit de regio tenminste 1 x deelgenomen aan een onderwijssessie.</p> <p>Professionals in de regio kunnen beter samenwerken en zijn bewuster van de transmurale werkafspraken Utrecht en communicatie tussen ketenpartners. Er wordt een verslag van de onderwijs-/oefensessies gemaakt en beschikbaar gesteld via de website [DM1].</p>	
<i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 3B en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i>	
3 onderwijssessies	2020
3 onderwijssessies	2021
Deelactiviteit 3B draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	3, 6, 8
Deelactiviteit 3B draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	d, e

Deelactiviteit 3C Signalering BRMO - MUIZ	
<i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 3C zal worden uitgevoerd</i>	
<p>Introduceren, opzetten en implementeren van MUIZ, meldingssysteem voor uitbraken van infectieziekten en BRMO in de regio Utrecht voor ziekenhuizen en woonzorgcentra. In een later stadium volgen eventueel andere zorgorganisaties zoals revalidatiecentra, gehandicaptenzorg en thuiszorg.</p> <p>Een projectteam bestaande uit leden afkomstig uit tweede lijn, langdurige ouderenzorg, GGD wordt opgericht voor:</p> <p>Stap 1: Opstellen van een implementatieplan. Dit implementatieplan voor MUIZ, de real time webapplicatie voor uitbraken van BRMO, wordt gebaseerd op het implementatieplan van MUIZ regio Zeeland, maar specifiek aangepast op de situatie in de regio Utrecht.</p> <p>Stap 2: Genereren van draagvlak op bestuurlijk/management niveau. Er wordt een regionale voorlichting over het systeem en het concept implementatieplan georganiseerd (bij voorkeur i.s.m. de IVVU en andere koepelorganisaties) voor alle relevante partijen in de regio.</p> <p>Stap 3: Eventueel aanpassen implementatieplan, goedkeuring door RCT, Stuurgroep en Bestuurlijk ROAZ.</p> <p>Stap 4: Implementatie en evaluatieplan. Dit omvat globaal de volgende activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het toelichten van het systeem bij de deskundigen infectiepreventie/aandachtsfunctionarissen en een concrete werk-instructie geven. • Het toelichten en implementeren van het systeem binnen de GGD regio Utrecht. • Maken van evaluatieplan (uitvoering in volgende subsidieperiode). 	

<i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i>	
<p>Er is een regionaal real time digitaal overzicht van uitbraken/verspreiding van BRMO in de regio Utrecht. Op die manier kunnen alle deelnemende instellingen de meldingen van uitbraken infectieziekten in hun regio monitoren en preventief maatregelen nemen, bijvoorbeeld bij overplaatsing van patiënten. Dat betekent gerichte regionale inzet op infectiepreventie en resistentie preventie. Daarmee wordt verspreiding van infectieziekten en BRMO in de transmissieketen tegengegaan. Dit draagt bij aan afname van het gebruik van antibiotica en aan het tegengaan van verdere resistentieontwikkeling.</p> <p>In 2021 is het systeem operationeel bij de GGDrU, de ziekenhuizen en 70% van de 28 organisaties voor langdurige ouderenzorg. In de tweede subsidieperiode wordt het uitgebreid naar overige relevante organisaties.</p> <p>Verder is bij de evaluatie van MUIZ gebleken dat het taboe op melden van uitbraken vermindert of zelfs verdwijnt. Dat komt preventie en bestrijding enorm ten goede.</p>	
<i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 3C en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i>	
Implementatieplan opgesteld	11-2019
Regionale informatiebijeenkomst MUIZ	11-2019
Besluit Bestuurlijk ROAZ over introductie MUIZ in de regio Utrecht.	12-2019
MUIZ is operationeel in de regio. Partners kunnen digitaal hun uitbraken melden, doen dit volgens de afspraken en gebruiken het systeem om preventie en bestrijding van BRMO te verbeteren. GGDrU, ziekenhuizen en 70% van de 28 organisaties langdurige ouderenzorg in de regio zijn aangesloten op MUIZ.	03-2021
Evaluatieplan en implementatieplan voor de overige partijen in de regio.	04-2021
Deelactiviteit 3C draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	6, 7
Deelactiviteit 3C draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	a, c

Thema 4 - Infectiepreventie

De regio beschikt over een met de bestuurders van betrokken instellingen afgestemde aanpak infectiepreventie, die aansluit op de risicoanalyse en die is uitgewerkt in de pilot-periode van het RZN. De aanpak bestaat uit de hier beschreven activiteiten binnen het Thema Infectiepreventie. Een projectteam voert dit traject uit.

Geïdentificeerde risico's in de risicoanalyse van het RZN:

- Een tekort aan zorgpersoneel vormt de grootste bedreiging voor infectiepreventie binnen zorginstellingen.
- Een tekort aan deskundigen infectiepreventie vormt een grote bedreiging voor infectiepreventie binnen zorginstellingen.
- Beperkte kennis van infectiepreventie en ABR bij zorgmedewerkers door onder andere ontbreken van (of zeer beperkte aandacht voor) dit onderwerp in de initiële opleidingen maakt dat de kwaliteit van zorg niet van voldoende niveau wordt geleverd.
- Het ontstaan van vlakke organisatiestructuren waarbij uitgegaan wordt van zelfsturende teams maakt implementatie van infectiepreventiemaatregelen moeilijker.
- Locaties bieden meerdere combinaties van wonen en zorg aan waarbij een groot scala aan zorgverleners is betrokken (verzorgende, verpleegkundige, huisarts, Specialist Ouderengeneeskunde (SO)). Dit vormt een risico voor de regio en verantwoordelijkheid in de bestrijding van ABR en de coördinatie van Infectiepreventie (IP).
- Het urgentiebesef van bestuurders ontbreekt vaak waardoor facilitering van de zorg op implementatie en toepassen van infectiepreventiemaatregelen uitblijft. Het niet beschikbaar zijn van adequate persoonlijke beschermingsmiddelen is hier een voorbeeld van.
- De SO heeft een belangrijker taak gekregen op gebied van infectiepreventie (deels geïnitieerd door eigen beroepsgroep en vastgelegd in een Handreiking voor SO's) maar op dit moment ontbreken tijd, geld, deskundigheid en ondersteuning door een deskundige infectiepreventie om deze taak goed uit te voeren.
- Hoger management van zorgorganisaties boekt soms in 1 locatie goede resultaten op IP gebied, maar het blijkt vervolgens bijzonder moeilijk om de andere locaties in de organisatie daar dan in mee te nemen. DI-Publieke Gezondheid zijn geen lid van de VHIG en missen daardoor mogelijkheden tot delen en vergaren van kennis op gebied van infectiepreventie. Ze zijn ook niet opgenomen in het kwaliteitsregister, waardoor de individuele kwaliteit niet bewaakt wordt. (NB: er wordt momenteel door CZO gewerkt aan gezamenlijke eindtermen voor DI's die werkzaam zijn intramuraal en in de publieke gezondheid).
- De status van de WIP richtlijnen in de toekomst is onduidelijk waardoor de herziening van bestaande en de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen stagneert.
- Versnippering van activiteiten en ondersteuning op gebied van infectiepreventie door vele aanbieders (RZN ABR Utrecht, Vilans, trainingsinstituten) draagt niet bij aan het gezamenlijke hogere doel, namelijk terugdringen ABR en verhogen kwaliteit van IP. Goede samenwerking is daarom een vereiste.

Financieel overzicht thema 4

Kosten	
Personele kosten	€ 221.280,00
Materiële kosten	€ 55.600,00
Overige kosten / kosten derden	€ 0
-/- Eigen bijdrage / bijdrage derden	€ 24.000,00
Totaal Kosten	€ 300.880,00

Deelactiviteit 4A – IP in de thuiszorg en gehandicaptenzorg.*Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 4A zal worden uitgevoerd***Uitgangspunten:**

Om de kwaliteit van zorg op het gebied van infectiepreventie in de thuiszorg en gehandicaptenzorg te verbeteren en eventuele ondersteuning te kunnen bieden, zal eerst duidelijk moeten zijn hoe deze sectoren in de regio Utrecht omgaan met infectiepreventie. Daarnaast moet duidelijk worden welke knelpunten zij ervaren bij het verbeteren van infectiepreventie en welke behoeften zij hebben ten aanzien van begeleiding en/of ondersteuning hierin.

Aanpak door projectteam:

Daarvoor worden de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Ontwikkeling van een semi gestructureerd interview ter inventarisatie van de gewenste informatie
- Informeren van en het maken van afspraken met
 - 6 thuiszorgorganisaties,
 - 4 gehandicaptenorganisaties en
 - 2 brancheorganisaties
 voor uitvoering van het semi gestructureerde interview met een arts infectieziekten (GGD) en een Deskundige Infectiepreventie (DI) van het RZN.
- Verwerking van de resultaten tot een overzichtelijk geheel en bespreken of de beschikbare activiteiten voor revalidatiecentra en verpleeghuizen aansluiten op de behoefte ten aanzien van begeleiding en/of ondersteuning of dat aanpassing (op onderdelen) gewenst is. .
- Bespreken van de resultaten in een bijeenkomst van een regionaal lerend netwerk voor de thuiszorg en een bijeenkomst voor de gehandicaptenzorg en presentatie van de mogelijkheden die het RZN biedt.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

- Inzicht in de zienswijze van de thuiszorg en gehandicaptenorganisaties op invulling van infectiepreventie in hun sector
- Aansluiting van de activiteiten van het RZN op de behoefte aan ondersteuning van de sectoren in het verbeteren van infectiepreventie binnen hun organisaties.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 4A en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

Rapportage resultaten interviews 12 organisaties thuiszorg en gehandicaptenzorg.	04-2020
Plan van aanpak gehandicaptenzorg/thuiszorg afgestemd met achterban	08-2021
Deelactiviteit 4A draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	9, 10,
Deelactiviteit 4A draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	b

Deelactiviteit 4B - De Nulmeting; gestandaardiseerd auditeren van de verpleeghuis-, gehandicapten- en revalidatiezorg

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 4B zal worden uitgevoerd

Uitgangspunten:

Om de kwaliteit van zorg op het gebied van infectiepreventie in de verpleeghuis-gehandicapten- en revalidatiezorg te verbeteren, zal duidelijk moeten zijn op welk niveau deze kwaliteit zich nu bevindt. Hierop heeft het RZN op dit moment weinig tot geen zicht. Vertegenwoordigers uit het veld hebben aangegeven een 0-meting te willen om zo met ondersteuning van het netwerk een plan te kunnen maken voor de organisatie. Daarom meet het RZN binnen de verpleeghuis-, gehandicapten- en revalidatiezorg in hoeverre uitvoering en/of invulling van infectiepreventie voldoet aan de in Nederland geldende richtlijnen, normen en wetgeving; de zogenaamde nulmeting. Daarnaast wordt gekeken naar de uitbraakproblematiek van de instelling. Uitgangspunt hierbij is dat meer en langer durende uitbraken een aanwijzing vormen voor een gebrek aan (kennis en uitvoering van) basis hygiëne.

NB. Omdat de gehandicaptenzorg later aanhaakt is de verwachting dat in eerste instantie vooral verpleeghuizen en revalidatiecentra deze actie oppakken en pas vanaf 2020 ook gehandicaptenzorginstellingen.

Aanpak door projectteam:

- De genoemde organisaties krijgen een 0-meting aangeboden. Inspiratiesessie van het landelijke ABR programma ouderenzorg en contacten met contactpersonen in het kader van de risicoanalyse in de piloperiode van de subsidie vormen een eerste aanknopingspunt in het najaar van 2019. De 0-meting wordt uitgevoerd door een DI van de instelling i.s.m. een DI van het RZN. Voorwaarde is dat de aan de organisatie gelieerde (eigen) DI op kosten van de instelling, de audit samen met de DI van het RZN uitvoert om ook hier kennisdeling en validatie te bewerkstelligen. Indien de organisatie nog geen "eigen" DI heeft, kan de audit door alleen de DI van het RZN uitgevoerd worden, met het advies een contract met een (zelf te benaderen) DI af te sluiten. Voor de 0-meting wordt gebruik gemaakt van een door het RZN ontwikkeld en getest auditformat (gebaseerd op de resultaten van een landelijke werkgroep) zodat resultaten vergelijkbaar zijn met elkaar.
- Na de 0-meting wordt een uitgebreide auditrapportage met een adviesrapportage binnen 2 weken toegestuurd.
- Er volgt een nabespreking van maximaal 2 uur met de eigen DI (indien aanwezig), de IPC en het RZN. Hierin worden resultaten besproken en wordt er een advies uitgebracht over de volgende te zetten stappen. In dit advies zal naar voren komen van welke ondersteuning die bij het RZN beschikbaar is, gebruik gemaakt kan worden. Dit kan zijn het opleiden van een tweetal Infectie Preventie Adviseurs (activiteit 4D) of het scholen van alle medewerkers met gebruik van e-learning en training on the job (activiteit 4E). De resultaten en adviezen worden gedeeld met de betrokken bestuurder. Dit moet een aanzet zijn tot het opstellen van en invulling geven aan het plan van aanpak door IPC onder regie van de SO. Opstellen van en invulling geven aan het plan van aanpak is de verantwoordelijkheid van de instelling zelf.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

- Per organisatie een auditrapportage en advisering die zowel de organisatie zelf als het RZN inzicht geeft in de stand van zaken ten aanzien van infectiepreventie, met mondeling toegelichte adviezen t.a.v. de mogelijke knelpunten.
- een samenvatting van de resultaten van de audits die inzicht geeft in:
 - de stand van zaken op het gebied van infectiepreventie in de instellingen in het algemeen
 - eventueel aanwezige algemene knelpunten die zich lenen voor een regionale aanpak
 - in het al dan niet aanwezig zijn van zeer hoge risico's ten aanzien van infectiepreventie waarop direct geanticipeerd zou moeten worden.
 - In het al dan niet aanwezig zijn van best practices.
- Een geanonimiseerd dataoverzicht dat geschikt is voor risicoanalyse en aanpassen van vervolgbeleid van het RZN.
- Validatie en kennisverrijking van DI's die gezamenlijk auditeren met een uniform auditformat.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 4B en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

15 auditrapportages	12-2019
15 auditrapportages	06-2020
Deelactiviteit 4B draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	9, 10
Deelactiviteit 4B draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	a, b

Deelactiviteit 4C – Het lerend netwerk infectiepreventie

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 4C zal worden uitgevoerd

Uitgangspunten:

- Het lerend netwerk heeft als primaire doelstelling kennis te delen. Het lerend netwerk draagt, gericht op de specifieke doelgroep, bij aan informatieverstrekking en advisering ten behoeve van het oplossen van bestaande knelpunten en verbetering van infectiepreventie binnen de organisaties
- Er is een geanonimiseerde samenvatting van de resultaten van de audits die inzicht geeft in:
 - de stand van zaken op het gebied van infectiepreventie in de instellingen in het algemeen
 - eventueel aanwezige algemene knelpunten die zich lenen voor een regionale aanpak
 - het al dan niet aanwezig zijn van zeer hoge risico's ten aanzien van infectiepreventie waarop direct geanticipeerd zou moeten worden.
 - In het al dan niet aanwezig zijn van best practices.
 en gebruikt kan worden als input voor te behandelen onderwerpen en knelpunten in het lerend netwerk
- De organisaties zijn uitgenodigd voor deelname aan het lerend netwerk met een lid van de commissie voor infectiepreventie uit hun organisatie
- Ook leden van de commissie voor infectiepreventie van niet aan het infectiepreventietraject deelnemende organisaties zijn, eventueel samen met hun DI, welkom bij het lerend netwerk.

Aanpak door projectteam:

De bestaande lerende netwerken worden geïnventariseerd en in overleg wordt gekeken op welke manier netwerken het best gebundeld kunnen worden. Er zijn te veel lerende netwerken voor het RZN om die allemaal te ondersteunen, maar het is wel belangrijk om aan te sluiten bij bestaande netwerken.

Gemiddeld een maal per 3 maanden wordt er een bijeenkomst van een lerend netwerk infectiepreventie georganiseerd door het RZN bij een van de betrokken instellingen. Input wordt geleverd door een DI van het RZN, maar ook andere DI's en vakinhoudelijke deskundigen die betrokken zijn bij de doelgroep kunnen kennis delen ten aanzien van te behandelen onderwerpen.

Een bijeenkomst neemt 2 uur in beslag waarin infectiepreventievraagstukken, voortkomend uit de audits of situaties op de werkvloer die worden aangedragen, behandeld worden.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

- Kennisdeling op het gebied van infectiepreventie
- Ondersteuning van de deelnemende organisaties in het verbeteren van infectiepreventie in hun instellingen
- Kennisdeling tussen DI's onderling

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 4C en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

8 bijeenkomsten lerend netwerk IP voor leden IPC

05-2019 t/m
04-2021

Deelactiviteit 4C draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):

8, 10

Deelactiviteit 4C draagt bij aan de uitvoering van ingroei-taak/taken:

b

Deelactiviteit 4D -Opleiding Infectie Preventie Adviseur (IPA)

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 4D zal worden uitgevoerd

Het RZN heeft in de pilot-fase een geaccrediteerde infectiepreventie-cursus voor zorgmedewerkers in de langdurige zorg ontwikkeld, zodat zij de rol van Infectie Preventie-Adviseur (IPA) in hun organisatie op zich kunnen nemen en uitdragen. Deze nieuwe opleiding (IPA-opleiding) zal waar mogelijk gebruik maken van kennis en onderdelen uit de bestaande DI-opleiding, zoals uitgevoerd in het UMCU.

De rol van IPA omvat het coördineren van en invulling geven aan verbeteringsactiviteiten ten behoeve van infectiepreventie in de instelling waarin hij/zij als zorgmedewerker werkzaam is. De IPA wordt begeleid door een DI en werkt nauw samen met de SO of revalidatiearts en een lijnverantwoordelijke uit de organisatie. Het begeleiden van eventueel aanwezige contactpersonen voor infectiepreventie op de afdelingen/groepen van de locatie behoort tevens tot de taken.

Uitgangspunten en doelstellingen:

- Het opleiden van twee IPA per organisatie die bijdragen aan concern-brede implementatie en borging van infectiepreventiemaatregelen binnen hun verpleeghuis of revalidatiecentrum door o.a.

- kennis over infectiepreventie(maatregelen) en ABR in de organisatie structureel te vergroten en te borgen
- de beperkt beschikbare capaciteit van de deskundigen infectiepreventie (DI) beter te benutten.
- Een oplossing bieden voor zowel een gebrek aan kennis over infectieziektepreventie/ABR in de instellingen als het tekort aan DI-capaciteit in de sector.
- Samenwerking bevorderen tussen instellingen op het terrein van infectiepreventie en ABR.

Aanpak:

Opleiden van 12 zorgmedewerkers per jaar

Van 6 locaties worden per locatie (een locatie van een verpleeghuis- of revalidatie-organisatie) 2 medewerkers per jaar tot IPA in hun organisatie opgeleid. De cursus die de zorgmedewerkers volgen, bestaat uit een theoretisch onderdeel en een praktijkonderdeel.

Theoretisch onderdeel:

Het theoretische deel zal klassikaal verzorgd worden en als basis dienen voor de praktijksituatie. Dit deel zal in samenwerking met de beroepsopleiding DI, uitgevoerd in UMCU, worden verzorgd. Het theoretische deel zal naast inhoudelijke kennisoverdracht ook gericht zijn op het verder ontwikkelen van de benodigde competenties en skills die nodig zijn voor het uitoefenen van de IPA taken. De organisatie bekostigt zelf de uren en eventuele reiskosten van de medewerkers voor de opleiding.

Praktijk onderdeel:

Het praktijkgedeelte zal op de eigen locatie invulling krijgen onder begeleiding van een tutor-DI. De invulling van het praktijkgedeelte zal uitgevoerd worden met behulp van een praktijk opleidingsboek, waarin opdrachten met betrekking tot kenmerkende beroepssituaties worden opgenomen. Tevens wordt de IPA tijdens de praktijkbegeleiding bekend gemaakt met het gebruik van aanwezige tools en materialen om met name implementatie op de werkvloer te ondersteunen en de efficiëntie hiervan te verhogen.

In de loop van de cursus die over een periode van een half jaar zal lopen, wordt de IPA een maal per twee weken begeleidt door de tutor DI en zal de IPA een rol in gaan vullen, waarbij hij/zij in samenwerking met de Specialist Ouderengeneeskunde (SO), de consulterende DI van de instelling en met de Infectie Preventie Commissie (IPC), infectiepreventie binnen de instelling gaat coördineren en vorm gaat geven. Dit zal aansluiten op de Handreiking IP voor SO's die recent is gepubliceerd door Verenso. In deze samenwerkingsvorm gaat de IPA tevens zorgdragen voor de invulling van plannen van aanpak op auditresultaten.

Netwerkvorming:

Er wordt een netwerk gevormd door samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de IPA van de 6 deelnemende instellingen tijdens 3 "regio-bijeenkomsten". Deze 3 regiobijeenkomsten worden verdeeld over de opleidingsperiode van een half jaar invulling gegeven. Ervaringen met infectiepreventiebeleid en invulling daarvan op de werkvloer kunnen worden gedeeld om van te leren. Op verzoek van de IPA kunnen experts uitgenodigd worden om specifieke en/of actuele problemen rond infectiepreventie en/of infectieziektebestrijding te bespreken en zo op een efficiënte manier kennis hierover te vergaren. Dit alles kan natuurlijk samengevoegd worden met het lerend netwerk infectiepreventie (activiteit 4C).

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

- 24 zorgmedewerkers uit 12 instellingen hebben de cursus afgerond; colleges bijgewoond en de praktijkopdrachten gemaakt.
- Verhoging van het kennisniveau en verbetering in de uitvoering van infectiepreventiemaatregelen op de werkvloer door opleidingsactiviteiten van IPA en begeleiding in de praktijk van tutor DI
- Drie netwerkbijeenkomsten met de 12 IPA waar kennis en ervaringen gedeeld zijn en bijdragen aan efficiëntie in infectiepreventieverbetering.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 4D en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

6 instellingen hebben 2 IPA in dienst en het gehele programma doorlopen	06-2020
6 instellingen hebben 2 IPA in dienst en het gehele programma doorlopen	04-2021
3 netwerkbijeenkomsten met de 12 IPA 2019-2020	06-2020
3 netwerkbijeenkomsten met de 12 IPA 2020-2021	04-2021
Evaluatie IPA onder meer door vergelijking resultaten organisaties met en zonder IPA	03-2021
Deelactiviteit 4D draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	7, 8, 9, 10,
Deelactiviteit 4D draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	a, b, f

Deelactiviteit 4E Verbetering van basis hygiëne.

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 4E zal worden uitgevoerd

Op basis van de risicoanalyse en op verzoek van de partners zet het RZN vooral in op het verbeteren van basis hygiëne. Een van de mogelijke trajecten om basis hygiëne maatregelen te verbeteren, omvat het aanreiken van kennis en inzicht met behulp van (e-learning)modules voor al het personeel in de organisatie en het direct vertalen hiervan naar de eigen werkvloer door training 'on the job'.

Uitgangspunten en doelstellingen:

- Zorgdragen dat binnen verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en revalidatiecentra, infectiepreventie concern-breed geïmplementeerd wordt door
 - kennis over infectiepreventie(maatregelen) en ABR in de organisatie structureel te vergroten en te borgen
 - de beperkt beschikbare capaciteit van de deskundigen infectiepreventie (DI) beter te benutten.
- Een oplossing bieden voor zowel een gebrek aan kennis over infectieziektepreventie/ABR in de instellingen als het tekort aan DI-capaciteit in de sector.

Aanpak:

Uit eerder thematisch toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is gebleken dat "individuele instellingen in korte tijd veel verbeteringen wisten te realiseren op het gebied van infectiepreventie, maar dat deze verbeteringen amper concern-breed werden doorgevoerd".

Het nog niet op orde hebben van (onderdelen van) basis hygiëne in verpleeginstellingen wordt ook veroorzaakt door het tekort aan begeleidende DI voor deze sector en de hoge werkdruk binnen de instellingen zelf. Door binnen instellingen gebruik te maken van (e-learning)modules over basis hygiëne en BRMO, wordt met een minimale tijdsinvestering van zowel medewerkers van de instelling als van de SO, DI en eventueel aanwezige IPA (i.o.), het kennisniveau concern-breed verhoogd. In het kader van het ABR programma ouderenzorg en activiteiten in diverse netwerken is er inmiddels een breed scala aan modules beschikbaar. RZN maakt dit aanbod inzichtelijk voor partners in het netwerk.

Aan de hand van de resultaten van de audit zal het RZN een advies uitbrengen waarbij indien nodig, gebruik kan worden gemaakt van 1 module onderwerp dat aansluit bij de geconstateerde knelpunten in de audit. Alleen (e-learning) modules betekent nog geen veranderingen op de werkvloer. Hiervoor is herhaling, coaching, motivatie, toetsing en training on the job nodig. Deze vervolgstappen blijven de verantwoordelijkheid van de organisatie.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

- Bij 14 van de 30 organisaties die geauditteerd zijn, op basis van het plan van aanpak n.a.v. de audit infectiepreventie, alle medewerkers op 1 basis infectiepreventie item geschoold met gebruikmaking van e-learning en training on the job.
- Dit item is dusdanig ingebed in de organisatie, dat dit niveau op de werkvloer met minimale begeleiding van de DI aantoonbaar verbeterd is.

Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 4E en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.

7 instellingen hebben infectiepreventie op 1 basis onderwerp op de werkvloer aantoonbaar verbeterd met ondersteuning van RZN	06-2020
7 instellingen hebben infectiepreventie op 1 basis onderwerp op de werkvloer aantoonbaar verbeterd met ondersteuning van RZN	04-2021
Deelactiviteit 4E draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	8, 9
Deelactiviteit 4E draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Thema 5 – Antibiotic stewardship

Financieel overzicht thema 5

Kosten	
Personele kosten	€ 203.310,00
Materiële kosten	€ 55.000,00
Overige kosten / kosten derden	€ 0
-/- Eigen bijdrage / bijdrage derden	€ 0
Totaal Kosten	€ 258.310,00

Deelactiviteit 5A – Verbeteren ABS in verpleeghuizen.

Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 5A zal worden uitgevoerd

Per instelling wordt jaarlijks een FTO gehouden in aanwezigheid van een SO, AM en apotheker. Hierbij zal worden afgestemd met Verenso en er zal gebruik worden gemaakt van de bestaande overlegstructuren.

Een werkgroep ABS verpleeghuizen:

1. Operationaliseren van het door het netwerk ontwikkelde format FTO over 'juist' voorschrijven van antibiotica.
2. Gaat in nauwe samenwerking met de organisatoren van het kennisplatform RZN ABR Utrecht en het regionaal signaleringsoverleg AMR/ABS ondersteuning verbeteren van verpleeghuizen op het terrein van diagnostiek en behandeling van infectieziekten.
3. Organiseert (in afstemming met Verenso) activiteiten gericht op het verbeteren van kennis, inzicht en bewustwording bij verzorgend/ verpleegkundig personeel over de nieuwe richtlijnen.
4. Bevordert gebruik van beschikbare en geaccrediteerde e-learnings zoals DiagnostiGo; een 'serious game' gericht op verbetering van kennis en vaardigheden in de diagnostiek en therapie bij patiënten met infecties.

Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.

Alle langdurige zorginstellingen hebben jaarlijks een FTO over antibioticagebruik.

1. Toegenomen kennis en inzicht in antibioticagebruik en kwaliteit van antibioticagebruik.
2. Continuïteit in toezicht op goed antibioticagebruik.
3. Verbeterde en gestandaardiseerde overlegstructuur tussen verpleeghuizen en microbiologen/lab als het gaat om het inwinnen van advies over diagnostiek en behandeling van infectieziekten.
4. Kennis, inzicht en bewustzijn zijn vergroot bij verzorgend/ verpleegkundig personeel in de ouderenzorg over de nieuwe richtlijnen van Verenso m.b.v. geaccrediteerde scholing.
5. Uniformer antibiotica voorschrijfbeleid binnen verpleeghuizen.

<i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 5A en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i>	
Verenso regio avond organiseren met <ul style="list-style-type: none"> - Scholing over de nieuwe richtlijnen - Voorstellen van AB-verpleegkundige - Regionale informatie van microbioloog Uitleg over FTO format	06-2019
Alle verpleeghuisorganisaties hebben een FTO antibiotic stewardship gehad volgens het nieuwe format, passend bij de richtlijnen van Verenso	04-2020
Geaccrediteerde scholing verzorgend en verplegend personeel i.s.m. VVT & Vilans over ABS/ richtlijnen Verenso.	09-2019
Alle verpleeghuisorganisaties kunnen gebruik maken van het kennisplatform in de regio voor advies over diagnostiek en behandeling van infecties.	08- 2020
Evaluatie FTO's en functioneren kennisplatform als het gaat om ABS.	04-2021
Deelactiviteit 5A draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	8, 12
Deelactiviteit 5A draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Deelactiviteit 5B – Verbeteren ABS bij huisartsen.	
<i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 5B zal worden uitgevoerd</i>	
<p>Projectteam ABS/ABR huisartsen (ook verantwoordelijk voor activiteiten bij 1D) bestaat uit huisartsen en apothekers en artsen-microbioloog die nu al een rol spelen in FTO's in de regio. Het team:</p> <ul style="list-style-type: none"> - werkt een draaiboek uit voor FTO's over ABS/ABR samen met RIVM en professionals uit het SABEL project. - zorgt voor een geaccrediteerde bijscholing ABR die tijdens het FTO wordt mee geleverd en maakt daarbij gebruik van de materialen van SABEL. Zorgt daarbij dat basiskennis ABR en informatie over de transmurale werkafspraken in de regio Utrecht onderdeel uit maken van de bijscholing. - organiseert FTO's voor huisartsen in de regio. 	
<i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i>	
<p>Huisartsen beschikken over inzicht in hun eigen voorschrijfgedrag en hoe dat zich verhoudt tot dat van hun collega's, zij beschikken over basiskennis ABR en zijn op de hoogte van de transmurale werkafspraken in de regio. Hierdoor verbetert antibioticavoorschrijfgedrag en is duidelijker wat gedaan kan/moet worden bij dragerschap of uitbraken (bijv. in woon/zorg gemeenschappen voor kwetsbare ouderen of bij verplaatsing van cliënten/patiënten van de ene setting naar de andere).</p>	
<i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 5B en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i>	
12 FTO groepen hebben deel genomen aan door RZN aangeboden geaccrediteerde FTO over ABR/ABS.	04-2020

Tussentijdse evaluatie project; bespreking evaluatie met LHV huisartsenkring MN	06-2020
12 FTO groepen hebben deel genomen aan door RZN aangeboden geaccrediteerd FTO over ABR/ABS.	04-2021
Deelactiviteit 5B draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	8, 12
Deelactiviteit 5B draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	
Deelactiviteit 5C – Verbeteren ABS in ziekenhuizen.	
<i>Geef een beschrijving van de wijze waarop deelactiviteit 5C zal worden uitgevoerd</i>	
<p>De mogelijkheid van antibiotica resistentie bij patiënten met een acute infectie noodzaakt tot het gebruik van "bredere" antibiotica, zolang de verwekker van infectie nog niet bekend is. Dat leidt er onder andere toe dat steeds vaker carbapenems gebruikt worden bij patiënten die met een infectie in het ziekenhuis worden opgenomen en waarbij de infectie veroorzaakt zou kunnen worden door een ESBL-producerende bacterie. Er zijn weliswaar criteria die gebruikt kunnen worden om deze keuze te maken, maar die voorspellen voor de individuele patiënt bijzonder slecht of er sprake is van een infectie veroorzaakt door een ESBL-producerende bacterie (en of start met carbapenems gerechtvaardigd is). Dat leidt enerzijds tot onnodig (en dus onwenselijk) gebruik van carbapenems en anderzijds tot onterecht onthouden van deze antibiotica bij patiënten die er bij gebaat zijn.</p> <p>Epidemiologen in het UMCU hebben een nieuwe voorspelregel (predictiemodel) ontwikkeld op basis van Nederlandse gegevens (uit UMCU en Tergooij ziekenhuis. Zie: Rottier WC, van Werkhoven CH, Bamberg YRP, Dorigo-Zetsma JW, van de Garde EM, van Hees BC, Kluytmans JAJW, Kuck EM, van der Linden PD, Prins JM, Thijsen SFT, Verbon A, Vlamincx BJM, Ammerlaan HSM, Bonten MJM. Development of diagnostic prediction tools for bacteraemia caused by third-generation cephalosporin-resistant enterobacteria in suspected bacterial infections: a nested case-control study. Clin Microbiol Infect. 2018 Dec;24(12):1315-1321 en Rottier WC, Bamberg YR, Dorigo-Zetsma JW, van der Linden PD, Ammerlaan HS, Bonten MJ. Predictive value of prior colonization and antibiotic use for third-generation cephalosporin-resistant enterobacteriaceae bacteremia in patients with sepsis. Clin Infect Dis. 2015 Jun 1;60(11):1622-30.</p> <p>In een gezamenlijk project van artsen-microbioloog, internist-infectiologen en ziekenhuisapothekers in de ziekenhuizen van het RZN wordt een app ontwikkeld waarmee artsen de predictiescore aan het bed van de patiënt (meestal op de SEH) kunnen verkrijgen. Deze uitslag kan gebruikt worden bij de keuze van antibiotica. Vijf dagen later zullen de gegevens van de microbiologische diagnostiek gekoppeld worden aan de predictiescore, waardoor zowel de accurateheid van het predictiemodel als het effect op antibioticagebruik kan worden vastgesteld. Deze methode zal stapsgewijs in elk van de 4 ziekenhuizen geïmplementeerd worden. Elke 6 maanden worden de gegevens geanalyseerd en gezamenlijk besproken in het Regionaal SO (zie activiteit 2A). Zo nodig, kan de predictieregel worden aangepast.</p>	
<i>Geef een beschrijving van het beoogd resultaat.</i>	
<p>Het beoogde resultaat is:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) minder breedspectrum antibioticagebruik bij patiënten met een infectie veroorzaakt door een niet-BRMO en 2) betere initiële antibiotische dekking van BRMO bij patiënten met een dergelijke verwekker. <p>Deze tool kan ook in andere RZN gebruikt (gaan) worden.</p>	

<i>Geef een globale planning van de uitvoering van deelactiviteit 5C en beschrijf de wijze waarop deze resultaten meetbaar / objectiveerbaar zijn.</i>	
Ontwikkeling van app "ESBL-predict"	12-2019
App geïmplementeerd in alle ziekenhuizen in de regio	09-2020
halfjaarlijkse evaluatie gegevens beschikbaar	04-2021
Deelactiviteit 5C draagt bij aan de realisatie van hoofdactiviteit(en):	8, 12
Deelactiviteit 5C draagt bij aan de uitvoering van ingroeitaak/taken:	

Verantwoording focus subsidieaanvraag

Geef een beknopte beschrijving en verantwoording over de focus van deze subsidieaanvraag

Indien de keuze wordt gemaakt om geen deelactiviteiten te ontplooiën binnen een specifieke hoofdactiviteit of om specifieke actoren niet te betrekken bij een bepaalde hoofdactiviteit, motiveer waarom deze keuze gemaakt is.

Er is besloten vooralsnog voor de GGZ en kleinschalige woonvormen voor ouderen en gehandicapten geen specifieke activiteiten te ontwikkelen. Zij zijn wel van harte welkom bij activiteiten die relevant zijn voor hen.

De hoogste prioriteit is gelegd bij het uitbreiden van het netwerk met TZO en gehandicaptenzorg meervoudig gehandicapten. In de volgende subsidieperiode kan bekeken worden wat specifiek voor GGZ en kleinschalige woonvormen gedaan kan worden. Daarbij wordt ook gekeken naar de bevindingen en aanpak van deze groepen in andere RZN.

Ondertekening

Het bestuur, dan wel (een) namens het bestuur gevolmachtigde(n), verklaart kennis te hebben genomen van de geldende wet- en regelgeving op basis waarvan deze aanvraag is opgesteld en verklaart deze volledig juist en naar waarheid te hebben ingevuld.

Functie	Divisiemanager LAB
Achternaam en voorletters	Kothuis, F.
Plaats	Utrecht
Datum	
Handtekening	

Verklaring Stuurgroep Regionaal Zorgnetwerk ABR

De stuurgroep van het Regionaal Zorgnetwerk ABR, dan wel een vertegenwoordiger, verklaart dat de bovenstaande activiteiten zoals beschreven in de subsidieaanvraag zijn afgestemd met - en geaccordeerd door de Stuurgroep van het Regionaal Zorgnetwerk ABR

Naam Zorgnetwerk	RZN ABR Utrecht
Achternaam en voorletters	Rigter, N.A.M.
Functie	Voorzitter Stuurgroep RZN ABR Utrecht
Plaats	Zeist
Datum	
Handtekening	