



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

A. van Leeuwenhoeklaan 9  
3721 MA Bilthoven  
Postbus 1  
3720 BA Bilthoven  
[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

KvK Utrecht 30276683

T 030 274 91 11  
[info@rivm.nl](mailto:info@rivm.nl)

**Datum**  
3 maart 2020

**Ons kenmerk**  
0028/2020 LCI/MH/km

memo

**ABR en infectiepreventie in de  
gehandicaptenzorg**  
Een oriënterende inventarisatie

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directie Langdurige Zorg

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

**Colofon**

© RIVM 2020

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Maart 2020

RIVM, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding

**Auteurs:**

Tessa Langeveld, RIVM

André Jacobi, RIVM

Peter Molenaar, RIVM

Manon Haverkate, RIVM

Deze rapportage is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS.

## Inhoudsopgave

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

<b>1 Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2 Doel</b>	<b>6</b>
<b>3 Methode</b>	<b>7</b>
<b>4 Resultaten</b>	<b>8</b>
<b>5 Risicoanalyse</b>	<b>19</b>
<b>6 Conclusie</b>	<b>21</b>
<b>7 Aanbevelingen</b>	<b>22</b>
<b>8 Literatuur</b>	<b>26</b>

## Lijst met afkortingen

### Datum

3 maart 2020

### Ons kenmerk

0028/2020 LCI/MH/km

ABR	Antibioticaresistentie
AVG	Arts verstandelijk gehandicapten
BMR	Bof, mazelen, en rodehond
BRMO	Bijzonder resistente micro-organismen
CPE	Carbapenemase producerende <i>Enterobacterales</i>
CRP	C-reactief proteïne
Ctgb	College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden
DI	Deskundige Infectiepreventie
EMB	Ernstig meervoudige beperking
ESBL-E	Extended spectrum beta-lactamase-producerende <i>Enterobacterales</i>
FTO	Farmacotherapie overleg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IPC	Infectiepreventie commissie
KDC	Kinderdagcentra
LCHV	Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
LVB	Licht verstandelijke beperking
MML	Medisch microbiologische laboratoria
MRSA	methicilline-resistente <i>Staphylococcus aureus</i>
MUIZ	Meldpunt Uitbraken Infectieziekten & BRMO
NAH	Niet-aangeboren hersenletsel
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
OMT	Outbreak management team
PAC	Port-a-cath
PBM	Persoonlijke beschermingsmiddelen
PEG	Percutane endoscopische gastrostomie
PPO	Puntprevalentieonderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RZN	Regionale Zorgnetwerken
SRI	Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie
SWAB	Stichting Werkgroep Antibioticabeleid
TIRZA	Toezicht Infectiepreventie en Regionale Zorgnetwerken
	Antibioticaresistentie
Verenso	Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde
VIG	Verzorgenden individuele gezondheidszorg
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

# 1 Inleiding

**Datum**  
3 maart 2020

**Ons kenmerk**  
0028/2020 LCI/MH/km

Antibioticaresistentie (ABR) is een wereldwijd opkomend probleem en een potentieel risico voor de gezondheidszorg. De risico's voor verspreiding van antibioticaresistente bacteriën in ziekenhuizen zijn goed in beeld. De afgelopen jaren heeft de 'aanpak ABR' van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zich wat betreft de langdurige zorg gericht op verpleeghuizen. De problematiek in deze sector is in kaart gebracht en verschillende interventies, variërend van de ontwikkeling van tools voor gedragsverandering tot een puntprevalentie onderzoek, zijn ingezet om ABR in deze sector in beeld te brengen en, waar mogelijk, terug te dringen.

Recent is vanuit de directie Langdurige Zorg van VWS en vanuit de sector aandacht gevraagd voor het belang van de aanpak van ABR in de gehandicaptenzorgsector. De gehandicaptenzorg is een brede sector met sterk verschillende zorg- en woonvormen, cliënten en medewerkers. Net als in de ziekenhuizen en verpleeghuizen gaat het in de gehandicaptenzorg om kwetsbare mensen. Bij een deel van deze mensen zijn medische handelingen mogelijk een risicofactor voor dragerschap en transmissie van ABR, maar ook het gedrag kan van invloed zijn op de transmissie van (resistente) micro-organismen. Deze risicofactoren kunnen zowel bij cliënten als medewerkers een rol spelen.

Het is echter nog onbekend hoe groot de risico's met betrekking tot infectiepreventie en ABR zijn in de gehandicaptenzorg en waar deze risico's precies liggen. Het ministerie van VWS heeft daarom de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gevraagd om een risico-inventarisatie in deze sector uit te voeren.

## 2 Doel

Het doel van deze risico-inventarisatie is identificeren waar de risico's liggen met betrekking tot hygiëne, infectiepreventie en ontwikkeling en verspreiding van ABR in de gehandicaptenzorg.

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

### 3 Methode

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

Hygiëne en infectiepreventie liggen aan de basis van het voorkómen van verspreiding van infectieziekten, inclusief ABR. Daarom is ervoor gekozen om in de risico-inventarisatie de focus te leggen op zowel hygiëne en infectiepreventie in de brede zin als op ABR. De inventarisatie heeft zich gericht op de gehele breedte van de sector: alle zorg- en woonvormen, doelgroepen en zorgverleners.

Door middel van semigestructureerde interviews met deelnemers aan het landelijke overleg 'ABR en infectiepreventie: aanpak in de gehandicaptenzorg' en een aantal aanvullende zorgprofessionals in de gehandicaptenzorg is een globale inventarisatie van de sector gedaan. Daarnaast is via internet (o.a. middels een zoekopdracht op PubMed, de website van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en het Kennisplein gehandicaptensector) informatie verzameld over de sector. Er is gekeken hoe de sector is opgebouwd, welke woon- en zorgvormen aangeboden worden, welke doelgroepen hieronder vallen, welke medewerkers in de sector werken, welke richtlijnen beschikbaar zijn, en wat er bij de LCI en in de wetenschappelijke literatuur bekend is over (uitbraken van) ABR in de gehandicaptenzorgsector. In de interviews is ook gevraagd waar men de grootste risico's zag op het gebied van algemene infectiepreventie en de ontwikkeling en verspreiding van ABR. Daarnaast zijn verhalen over ervaringen met dragers van resistente bacteriën en uitbraken van infectieziekten opgehaald. Tot slot zijn de resultaten meegenomen van het TIRZA-onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in Limburg.

In de periode oktober en november 2019 hebben 16 interviews plaatsgevonden waardoor er een representatief en redelijk gebalanceerd beeld tot stand is gekomen over de breedte van de sector, de infectieziekteproblematiek, knelpunten met betrekking tot antibioticaresistentie en uitdagingen op het gebied van hygiëne in de gehandicaptenzorg. De geïnterviewden hadden verschillende achtergronden; variërend van arts of verpleegkundige werkzaam in de gehandicaptenzorg, hoofd facilitaire dienst, kwaliteitsmedewerker of deskundige infectiepreventie, tot netwerkcoördinator van een regionaal zorgnetwerk ABR. Tevens heeft een deskundige infectiepreventie met veel werkervaring in de gehandicaptenzorgsector meegeschreven aan het rapport en deze aangevuld met ervaringen uit de praktijk.

Aan de hand van de resultaten is een inschatting gemaakt van de meest risicovolle (combinaties van) zorg- en woonvormen, doelgroepen en medewerkers met betrekking tot infectiepreventie en ABR. Daarnaast zijn een aantal risicofactoren naar voren gekomen rondom het (medische) beleid en communicatie binnen de sector. Hieruit zijn aanbevelingen geformuleerd voor toekomstig onderzoek en beleid.

De resultaten en aanbevelingen zijn getoetst bij de deelnemers aan het landelijke overleg 'ABR en infectiepreventie: aanpak in de gehandicaptenzorg'. Aanpassingen en aanvullingen zijn overgenomen in het definitieve rapport.

## 4 Resultaten

**Datum**  
3 maart 2020

**Ons kenmerk**  
0028/2020 LCI/MH/km

De onderstaande resultaten geven de opgehaalde informatie weer over de opbouw van de sector, de aangegeven risico's op het gebied van algemene infectiepreventie, ontwikkeling en verspreiding van antibioticaresistentie, en ervaringen van zorgprofessionals binnen de gehandicaptenzorg. De kaders tonen citaten van ervaringen of knelpunten.

### **De gehandicaptenzorg en ABR**

De gehandicaptenzorg in Nederland levert zorg aan ongeveer 200.000 mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking (1). De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) vertegenwoordigt 170 zorgaanbieders die zorg leveren aan ongeveer 95% van alle mensen met een beperking. In 2018 waren ongeveer 171.000 zorgverleners werkzaam binnen deze sector, waarvan het overgrote deel agogisch geschoold is. Samenvattend is de gehandicaptenzorg een brede sector met een grote diversiteit in aangeboden zorg, cliënten en medewerkers.

De omvang van ABR binnen de gehandicaptenzorg in Nederland is op dit moment nog niet duidelijk. In 2018 is een puntprevalentieonderzoek (PPO) gedaan naar de nationale en regionale prevalentie van dragerschap van resistentie bacteriën onder 4.420 bewoners van 159 verpleeghuizen (2). Het gemiddelde vóórkomen van extended spectrum beta-lactamase-producerende *Enterobacterales* (ESBL-E) en carbapenemase-producerende *Enterobacterales* (CPE) was niet significant hoger (8.3% en 0% respectievelijk) dan in de algemene bevolking. Wel waren er grote verschillen tussen verpleeghuizen: 1 op 3 verpleeghuizen had een percentage ESBL-E hoger dan verwacht (> 10%). Bij 57% van deze verpleeghuizen werden aanwijzingen gevonden voor een cluster ESBL-E, wat mogelijk duidt op verspreiding binnen het verpleeghuis. Deze resultaten zijn niet direct te extrapoleren naar de gehandicaptenzorg vanwege de grote diversiteit aan aangeboden zorg- en woonvormen binnen deze sector. De inschatting is echter wel dat deze resultaten vergelijkbaar zouden kunnen zijn in zorg- en woonvormen voor cliënten met complexe medische zorgbehoeften, waarvan is aangegeven dat die sterke overeenkomsten vertonen met de verpleeghuiszorg.

In een knelpuntanalyse van verpleegkundig en verzorgend handelen bij zorginfecties uit 2017 zijn 39 zorgverleners vanuit de gehandicaptenzorg bevroegd (6). Onvoldoende prioriteit werd door 42.1% genoemd als belangrijk knelpunt in het uitvoeren van infectiepreventie. Daarnaast gaven 4 (10.3%) respondenten aan ervaring te hebben met cliënten met MRSA-dragerschap en/of -infecties.

Bij de LCI komen met enige regelmaat vragen en/of signalen binnen over (uitbraken van) dragerschap van resistente bacteriën in de zorg. Casuïstiek binnen de gehandicaptenzorg in de periode 2013-2019 betrof veelal individueel dragerschap van resistente bacteriën, waaronder 1x ESBL *Escherichia coli* (*E. coli*), 1x CPE *E. coli*, 1x vancomycine resistente enterokok (VRE) en 1x *Acinetobacter baumannii*. Daarnaast zijn een 12-tal vraagstukken rondom dragerschap van methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) binnengekomen. Het merendeel ging over de plaatsing van kinderen op (medische) kinderdagcentra (KDC) en tweemaal over een uitbraak op KDC.

Een voorbeeld van casuïstiek in de gehandicaptenzorgsector en de genomen maatregelen is hieronder weergegeven.



---

*In een kindertehuis verblijven zowel kinderen met een lichamelijke beperking, een verstandelijke beperking als met beide. Bij een kind wordt een MRSA gekweekt uit de PEG-sonde waardoor eradicatie niet eenvoudig wordt. Bovendien pakt het kind, wat functioneert op een niveau vergelijkbaar met een kind van 1 jaar, alles vast in de directe nabijheid. Er ontstaat onrust bij zowel het personeel als ouders van de overige kinderen. Een deel van de verpleegkundigen werkt ook enkele dagen op een kinderafdeling van een ziekenhuis.*

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

*Een deskundige infectiepreventie van de GGD komt langs voor adviezen hoe het kind te verzorgen en om voorlichting te geven aan personeel en familie. Hierbij ligt de nadruk op het feit dat het kind gewoon mee kan doen met de dagelijkse activiteiten en dus ook na de verzorging samen met de andere kinderen kan verblijven in de huiskamer. Na overleg met de behandelaars en het verpleegkundig personeel wordt een beperkt ringonderzoek uitgevoerd waarbij 2 verpleegkundigen positief worden bevonden. Bij deze is, in overleg met de arbo-arts, een eradicatiebehandeling ingesteld en succesvol afgerond.*

*Een aantal kinderen wordt ook enkele dagen van de week opgevangen in kinderdagcentra. Deze centra worden geïnformeerd over de MRSA-besmetting. Na een risico-inschatting werd op één van deze centra een klein ringonderzoek uitgevoerd, maar hierbij werd geen MRSA-dragerschap aangetroffen.*

---

De in de voor dit rapport uitgevoerde interviews opgehaalde ervaringen met betrekking tot ABR berusten eveneens veelal op individueel dragerschap van resistente bacteriën en een enkele keer op een uitbraak van MRSA. Wel komt duidelijk naar voren dat de impact van het dragerschap groot is op zowel de cliënten als de medewerkers. Er is veel ervaring met uitbraken van algemene infectieziekten (zoals norovirus), waardoor transmissieroutes wel inzichtelijk worden en meegenomen kunnen worden in de risico-inschatting met betrekking tot de verspreiding van ABR binnen deze sector.

In de wetenschappelijke literatuur worden enkele uitbraken van MRSA beschreven in instellingen voor mensen met ernstig verstandelijke en lichamelijke beperkingen, en op KDC (3-4). Daarnaast wordt een kleinschalig prevalentieonderzoek beschreven naar dragerschap van MRSA binnen een instelling in Japan (5). Er is echter voornamelijk gekeken naar MRSA in sputum van cliënten met een tracheostoma en/of beademing wat niet goed te vertalen is naar de (algemene) Nederlandse gehandicaptenzorg.

Door de LCI is onlangs een wetenschappelijk vragenlijstonderzoek gedaan naar de ervaringen van zorgverleners met dragerschap van resistente bacteriën in verschillende domeinen van de gezondheidszorg. Hieronder bevinden zich 125 zorgverleners vanuit de gehandicaptenzorg. Dit zal mogelijk een indruk geven van de ervaring met ABR binnen deze sector in Nederland. De resultaten van dit onderzoek zullen apart gerapporteerd worden en worden eind 2020 verwacht.

## Opbouw van de gehandicaptenzorgsector

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

### Aangeboden zorg- en woonvormen

Binnen de gehandicaptenzorg worden verschillende vormen van zorg, eventueel in combinatie met wonen, aangeboden. Binnen iedere organisatie kan dit verschillen per locatie, in zorgzwaarte van cliënten en in de medewerkers. In grote lijnen kan de zorg onderverdeeld worden in:

- Wonen in combinatie met zorg: beschermd of begeleid wonen op een terrein, op een etage van een ouderenflat, in een complex, in een woonwijk; logeer- en crisisopvang. Hierbij hangt de zorgzwaarte af van de cliënt (variërend van volledige afhankelijkheid van zorg tot zelfstandig wonen met begeleiding)
- (medische) KDC
- Dagbesteding
- Ondersteuning bij werken
- Ambulante dienstverlening
- Behandeling

Een aantal specifieke woonlocaties, de KDC en dagbesteding, worden genoemd als meest kwetsbaar vanwege de potentiële risico's op het gebied van verspreiding van infectieziekten, inclusief ABR. Deze aangegeven risico's hangen voor een deel samen met de eigenschappen van de locatie waar de zorg wordt geboden, voor een deel met het type cliënten dat deze locaties bezoekt en voor een deel met de zorgverlener die de zorg biedt.

#### *Zorg-/woonlocaties*

De meeste woonlocaties bieden zorg in woningen met gemiddeld 6 tot 8 cliënten met gedeeld sanitair en een gemeenschappelijke keuken en woonkamer. Deze woningen bevinden zich meestal op een terrein, op een etage van een ouderenflat of in een woonwijk. Kamers of appartementen met eigen sanitair zijn in de minderheid aanwezig en bevinden zich meestal in een (appartementen)complex. De locaties met gedeeld sanitair en de locaties in woonwijken worden gezien als het meest risicovol in verband met een grotere kans op verspreiding van infectieziekten. De onderstaande citaten lichten toe wat de ervaring is met deze specifieke locaties.

---

*'Veel gedeeld sanitair wat cliënten met onvoldoende hygiënebesef zelf schoonmaken'*

*'De locaties in een woonwijk zijn kwetsbaar vanwege minder toezicht in combinatie met de soms complexe zorg die geleverd wordt door agogisch geschoolde medewerkers'*

---

### *(Medische) KDC en de dagbesteding*

Vanuit verschillende organisaties komen cliënten bij elkaar op KDC en de dagbesteding. Vanuit hier vindt veel beweging plaats van cliënten tussen verschillende instellingen waaronder ziekenhuizen, tandartsen en fysiotherapie. De ervaring is dat een norovirus- of MRSA-uitbraak bij deze mate van uitwisseling zeer grote consequenties kan hebben met betrokkenheid van meerdere zorgorganisaties. Bij herhaling is aangegeven dat deze mate van beweging van cliënten tussen instellingen wordt gezien als een belangrijk risico voor transmissie van zowel algemene infectieziekten alsook ABR. Het onderstaande citaat weerspiegelt dit.

#### **Datum**

3 maart 2020

#### **Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

---

*'Een taxibusje haalt cliënten vanuit verschillende organisaties op, brengt ze naar KDC, haalt een aantal cliënten op, brengt deze opeenvolgend naar verschillende instellingen en weer terug naar KDC'*

---

### **Cliënten**

De gehandicaptenzorgsector biedt zorg aan verschillende doelgroepen. De indeling van de doelgroepen is echter niet uniform. Hieronder volgt een (gecombineerd) overzicht van genoemde doelgroepen vanuit VGN, Kennisplein gehandicaptensector en verschillende organisaties:

- Ernstig meervoudige beperking (EMB)
- Licht verstandelijke beperking (LVB, waaronder ook ex-dak- en thuislozen)
- Verstandelijke beperking
- Lichamelijke beperking
- Niet-aangeboren hersenletsel (NAH)
- Autisme
- Kinderen
- Ouderen
- Gedragsproblemen

De genoemde doelgroepen variëren in (medische) zorgbehoefte. Op de meeste woonlocaties wordt gestreefd om de cliënten naar zorgzwaarte te groeperen om de zorgbehoefte en ook het zorgpersoneel daarop af te stemmen, dit is echter lang niet altijd het geval. De doelgroepen die naar voren kwamen als het meest kwetsbaar zijn de cliënten met een LVB, een EMB en kinderen op (medische) KDC. Daarnaast worden (in mindere mate) ouderen en cliënten met gedragsproblemen genoemd.

---

*'Elke doelgroep heeft andere risico's, je kan dus niet alles over één kam scheren'*

---

## LVB

Er wordt aangegeven dat bij cliënten met een LVB het gebrek aan hygiënebesef een belangrijke rol speelt. Daarnaast gaat deze doelgroep regelmatig naar de dagbesteding waarbij, zoals eerdergenoemd, veel beweging is van cliënten tussen instellingen. Men heeft vooral ervaring met norovirusuitbraken, waarbij de kans op transmissie en verspreiding groot is gebleken doordat deze groep cliënten zich niet bewust is van basishygiëneregels. Het verzoek vanuit de sector is om cliënten met een LVB ook te betrekken bij voorlichting over basishygiëne.

### Datum

3 maart 2020

### Ons kenmerk

0028/2020 LCI/MH/km

---

*'Algemene regels als handen wassen voor het eten zijn niet vanzelfsprekend'*

---

## EMB

Cliënten met een EMB worden als een zeer kwetsbare groep beschreven met veelal complexe medische zorgbehoeften waarbij vaak (meerdere) voorbehouden en risicovolle handelingen worden verricht. Daarnaast wordt genoemd dat deze groep frequent antibiotische behandelingen krijgt vanwege (zorg)infecties en frequent het ziekenhuis bezoekt, zowel poliklinisch als klinisch. Voorts wordt onderstaande nog aangegeven.

---

*'Cliënten met een EMB zijn meestal niet leerbaar en daardoor moeilijk te isoleren'*

---

## Kinderen op (medische) KDC

Kinderen op (medische) KDC worden herhaaldelijk benoemd als een zeer kwetsbare groep cliënten (waaronder ook kinderen met een EMB) met veelal complexe medische zorgbehoeften. Bij deze kinderen worden vaak (meerdere) voorbehouden en risicovolle handelingen verricht, en daarnaast zijn ze vaak immuungecompromitteerd wat ze extra kwetsbaar maakt. Verder wordt aangegeven dat deze groep frequent antibiotische behandelingen krijgt vanwege (zorg)infecties en frequent het ziekenhuis bezoekt, zowel poliklinisch als klinisch.

Naast de medische handelingen speelt bij deze cliënten ook het gedrag een belangrijke rol bij de kans op transmissie, onder andere door bijten, kwijlen, alles vastpakken en opeten.

Bijkomend risico bij deze groep cliënten is de eerder aangegeven mate van beweging van deze kinderen tussen instellingen vanuit de KDC. Tot slot maken ze soms gebruik van meerdere KDC in één week waardoor nog meer verschillende contactmomenten ontstaan.

## Ouderen

Ouderen worden kwetsbaar gevonden vanwege de steeds complexer wordende zorg door toegenomen co-morbiditeit.

### *Cliënten met gedragsproblemen*

Cliënten met gedragsproblemen worden kwetsbaar genoemd vanwege soms moeilijk te corrigeren gedrag, met name rondom basishygiëneregels.

#### **Datum**

3 maart 2020

#### **Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

## **Medewerkers**

### *Opleiding zorgverleners & scholing*

De meeste organisaties geven aan dat het grootste deel van de zorgverleners agogisch geschoold is en dat binnen deze opleiding nauwelijks tot geen onderwijs wordt gegeven op het gebied van hygiëne, algemene infectiepreventie en ABR. Eén organisatie gaf aan in te schatten dat 95% van het personeel agogisch geschoold is. De verpleegkundigen (MBO en HBO) en verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG) zijn veelal in de minderheid, maar hebben respectievelijk in meer en mindere mate scholing op genoemde gebieden gehad. Cliënten met complexe (medische) zorgbehoeften worden meestal verzorgd door verpleegkundig of verzorgend personeel, echter komt het ook regelmatig voor dat een cliënt met een EMB zowel persoonlijk als medisch verzorgd wordt door een agogisch geschoolde medewerker. Binnen de gehele sector is dit veelal het gevolg van een tekort aan verpleegkundigen en verzorgenden. Daarnaast wordt aangegeven dat er een grote groep ouders, familie en vrijwilligers is, welke ook betrokken moeten worden bij voorlichting over basishygiëne vanwege de betrokkenheid bij de persoonlijke en (soms) medische verzorging van cliënten.

Bij indiensttreding is zeer beperkt aandacht voor scholing op het gebied van (persoonlijke) hygiëne en infectiepreventie. Soms wordt een e-learning aangeboden bij aanvang van of op aanvraag tijdens dienstverband. En een enkele keer wordt genoemd dat gestreefd wordt naar scholing op maat per locatie onder leiding van een 'aandachtsvelder'.

---

*'De verscheidenheid aan cliënten én zorgverleners maakt het lastig'*

---

### *Behandelend arts*

De behandelend arts is per organisatie verschillend. De arts verstandelijk gehandicapten (AVG) is vaak in vaste dienst aanwezig op een terrein en bereikbaar voor de locaties in woonwijken, veelal voor doelgerichte zaken rondom de zorg van gehandicapten. De huisarts is dan meestal betrokken voor somatische zaken (o.a. hypertensie of diabetes mellitus) en soms voor avond-, nacht- en weekenddiensten. Indien er geen AVG in dienst is, is de huisarts het vaste aanspreekpunt. De huisarts kan in vaste dienst zijn, maar cliënten kunnen ook ieder hun eigen huisarts hebben. Met dit laatste is de ervaring dat er soms gebrek is aan een vast aanspreekpunt. Er is dus altijd wel een rol voor de huisarts binnen de sector.

## **Infectiepreventiebeleid**

### *Basishygiëne*

Basishygiëne omvat handhygiëne, persoonlijke hygiëne, het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM), reiniging en desinfectie, en basale

kennis op het gebied van ABR waaronder de begrippen bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) en MRSA.

**Datum**

3 maart 2020

Uit deze inventarisatie is duidelijk naar voren gekomen dat basishygiëne binnen de gehele breedte van de sector niet vanzelfsprekend is bij de zorgverleners, en ook niet bij de cliënten zelf. Er wordt aangegeven dat een cultuuromslag nodig is, waarbij basishygiëne meer onder de aandacht gebracht zal moeten worden. De verwachting is dat het vergroten van kennis en bewustwording de belemmering in het nemen van maatregelen zal doen verkleinen. Medewerkers binnen deze sector hechten veel waarde aan het behoud van huiselijkheid voor de cliënten en zien zichzelf meer als begeleider in plaats van verzorgende. Ook wordt veel waarde gehecht aan de zelfredzaamheid en de 'eigen regie' van de cliënten. Hierdoor bestaat een handelingsverlegenheid voor het dragen van PBM als handschoenen en schorten. Daarnaast wordt aangegeven dat de zorg voor met name cliënten met een EMB en kinderen op KDC steeds complexer is geworden. Dit vanwege steeds meer geavanceerde medische technieken en hulpmiddelen (zoals thuisbeademing, verschillende vormen van verblijfskatheters), alsook het steeds ouder worden van de cliënten wat gepaard kan gaan met veel co-morbiditeit. Hierbij worden veel overeenkomsten gezien met de verpleeghuiszorg, echter met achtergebleven hygiënebesef. De wens vanuit de sector is dan ook om te beginnen bij de basis: hygiënebesef vergroten door middel van voorlichting. Wel dient rekening gehouden te worden met het feit dat de informatie vaak snel vervaagt door het grote verloop van personeel. Genoemde voorbeelden van knelpunten zijn hieronder weergegeven.

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

---

*'Ik ga toch niet in een schort lopen, dat is niet huiselijk'*

---

*'De eerste reactie van zorgpersoneel bij infectieproblemen is vaak paniek'*

---

#### *Aanspreekpunt voor infectiepreventie*

Meestal is de AVG of een 'aandachtsvelder' (kwaliteitsmanager, praktijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist) het aanspreekpunt bij vragen rondom infectiepreventie. Een aandachtsvelder is vaak in deze functie 'gerold' vanuit interesse na een ervaring met een uitbraak, of wordt speciaal voor deze functie aangenomen. De aandachtsvelder kan zowel organisatiebreed werkzaam zijn vanuit het hoofdkantoor of fysiek aanwezig zijn op één locatie binnen de organisatie en fungeren als aanspreekpunt voor nabijgelegen woningen (in woonwijken). Zelden is er een deskundige infectiepreventie (DI) of infectiepreventie commissie (IPC) aanwezig. Wel wordt soms overlegd met een DI van een nabijgelegen ziekenhuis indien zich een bepaalde vraag op het gebied van infectiepreventie of een uitbraak voordoet. In het laatste geval wordt meestal ook overlegd met de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). In sommige gevallen is het echter niet duidelijk wie het aanspreekpunt is, waardoor verwarring of onzekerheden kunnen ontstaan over te nemen maatregelen.

#### *Richtlijnen en protocollen*

De meest gebruikte richtlijnen zijn de richtlijnen van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB), de Vereniging voor specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) en de LCI. De

richtlijnen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) zijn slechts bij een enkele organisatie bekend. De meest gebruikte protocollen zijn van de websites van ZIPnet en Vilans, waarbij de protocollen van Vilans vooral worden gebruikt voor voorbehouden en risicovolle handelingen (inclusief toetsing). Hierbij kunnen (agogisch geschoolde) medewerkers bevoegd worden om bepaalde voorbehouden handelingen bij een (specifieke) cliënt te verrichten. Lokale protocollen zijn meestal aanwezig voor norovirus, influenzavirus, hygiëne en voedselveiligheid, soms in samenwerking met ziekenhuizen. Meestal is hierin het beleid rondom een outbreak management team (OMT) opgenomen, hoewel dit ook nog vaak ad hoc gebeurt door een AVG in samenwerking met de GGD. Vaak is de locatiemanager verantwoordelijk voor implementatie van de richtlijnen en/of protocollen.

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

Een van de meest genoemde knelpunten rondom infectiepreventie, zowel in het algemeen, alsmede rondom de zorg voor cliënten met dragerschap van BRMO, is het onvoldoende aansluiten van de bestaande richtlijnen op deze (complexe) sector. Men geeft aan dat vaak wisselende of praktisch niet haalbare adviezen worden gegeven, ook door de GGD. Ook zijn niet alle richtlijnen up-to-date. Tenslotte worden in de richtlijnen geen adviezen gegeven voor de facilitaire diensten. Een wens vanuit de sector is om niet te veel richtlijnen te hebben en vooral duidelijk aan te geven 'wie er wanneer betrokken moet worden'. Enkele voorbeelden van onvoldoende aansluitende adviezen zijn hieronder genoemd.

---

*'Persoonlijk sanitair is soms vrijwel niet mogelijk'*

*"Arts moet contact opnemen met de GGD" wordt lastig op het moment dat er geen arts in dienst is'*

*'Twee cliënten met MRSA binnen één organisatie, maar wel op verschillende kinderdagcentra waarbij overlegd wordt met twee GGD'en. Resultaat: twee verschillende adviezen'*

---

#### *Antibioticabeleid*

Voorschrijven van antibiotica gebeurt meestal volgens de richtlijnen van de NHG, SWAB of Verenso en/of in overleg met een medisch microbioloog. Soms wordt gebruik gemaakt van urine dipsticks en C-reactief proteïne (CRP) controles waardoor minder antibiotica worden voorgeschreven (7). Meestal wordt een behandeling echter empirisch gestart zonder diagnostiek, waarbij meegewogen wordt dat het afnemen van (betrouwbare) kweken bij cliënten met urine-incontinentie lastig is. Bij recidieven worden meestal wel kweken ingezet. Het monitoren van antibioticagebruik en het bespreken in een farmacotherapie overleg (FTO) wordt soms gedaan (7). Een genoemd knelpunt is dat door wisselende (dienst)waarnemingen door huisartsen het kweek- en antibioticabeleid niet altijd even goed afgestemd wordt.

#### *Screeningsbeleid*

Er is geen standaard screeningsbeleid voor BRMO en/of MRSA. Verder wordt aangegeven dat het beleid rondom MRSA-positieve medewerkers via de bedrijfsarts vaak onduidelijk is. Hier valt winst te behalen.

### *Vaccinatiebeleid van medewerkers*

Er wordt aangegeven dat er geen uniform beleid is rondom vaccinaties van medewerkers bij indiensttreding en/of tijdens dienstverband. Hepatitis B-vaccinatie wordt meestal geadviseerd en aangeboden aan zowel zorg- als schoonmaakpersoneel in verband met relatief veel cliënten met chronische hepatitis B. De vaccinatiegraad is echter laag. Overige vaccinaties zoals kinkhoest, en bof, mazelen, en rodehond (BMR) worden niet per definitie aangeboden (bij onvoldoende bescherming). De jaarlijkse influenzavaccinatie wordt wel aan cliënten aangeboden, maar veelal niet aan zorgpersoneel. Er wordt aangegeven dat dit niet door de directie wordt gestimuleerd.

### *Draagvlak vanuit bestuur*

Een meerjarig infectiepreventiebeleid met voldoende draagvlak vanuit het bestuur is bij een aantal organisaties aanwezig (7), maar zeker niet bij alle organisaties in voldoende mate. Daarnaast wordt genoemd dat het bestuur en/of management (tegenwoordig) vaak geen medische achtergrond heeft, waardoor het wenselijk is om deze groep ook te betrekken in de voorlichting over basishygiëne.

## **Inventarisatie van transmissiewegen**

### *Handhaving infectiepreventiemaatregelen*

Er is behoefte aan het vergroten van bewustwording door middel van scholing (7). Handhygiëne en persoonlijke hygiëne zijn zoals eerdergenoemd niet vanzelfsprekend binnen deze sector. Als voorbeeld wordt genoemd dat handalcohol soms wel aanwezig is, maar dat medewerkers de alcohol vervolgens aan kleding afvegen om de handen weer te drogen. Het gebruiken van zeep en water heeft daardoor soms de voorkeur. Voorts wordt er vaak lacherig gereageerd op het moment dat een medewerker wordt aangesproken op het dragen van sieraden of kunstnagels. Andere genoemde factoren zijn de praktische bezwaren vanwege risico's voor de cliënten.

---

*'Gladde ringen mogen toch wel?'*

*'Zeppompjes niet opgehangen omdat cliënten die opeten'*

---

PBM zoals handschoenen, schorten en mondneusmaskers zijn meestal voldoende voorradig, zeker op terreinen of binnen complexen. Een veel genoemd voorbeeld zijn noroviruspakketten voor tijdens uitbraken. Reiniging wordt deels door cliënten en medewerkers zelf gedaan, en deels door externe schoonmaakbedrijven. Wat betreft desinfectie is nog aandacht nodig voor middelen die goedgekeurd zijn door het College voor de toelating van gewasbeschermingsmiddelen en biociden (Ctgb) (7). Spoelkamers zijn zeer beperkt aanwezig en zijn soms praktisch ook niet haalbaar in bepaalde woningen. Daarbij worden postoelelen bijvoorbeeld wel gereinigd maar meestal onvoldoende of niet gedesinfecteerd. Naaldencontainers zijn veelal wel voldoende aanwezig.

Vrijwel alle organisatie zijn bekend met het melden van uitbraken aan de GGD volgens Artikel 26 van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Hierbij gaat het om het melden van een ongewoon aantal zieken met maag- en darmaandoeningen,

### **Datum**

3 maart 2020

### **Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km



geelzucht, huidaandoeningen of een andere ernstige aandoening van vermoedelijk infectieuze aard aan de regionale GGD.

**Datum**

3 maart 2020

#### *Medische handelingen*

Vrijwel alle voorbehouden en risicovolle handelingen worden uitgevoerd binnen de sector, waarbij de meeste handelingen bij cliënten met een EMB worden verricht. Veel genoemd is de complexe zorg rondom thuisbeademing, blaas- en suprapubische katheters, maag- en percutane endoscopische gastrostomie (PEG)-sondes, colostoma's, porth-a-caths (PACs) en chronische wonden, waarbij veel contact is met lichaamsvloeistoffen van cliënten met kans op transmissie bij onvoldoende handhaving van basishygiëne maatregelen. Zoals eerder aangegeven worden deze handelingen met name verricht bij cliënten met een EMB en kinderen op (medische) KDC.

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

### **Communicatie met betrekking tot BRMO**

#### *Uitwisseling*

Vrijwel alle geïnterviewden geven aan dat er veel uitwisseling van cliënten is tussen instellingen en dan vooral van cliënten met een EMB, kinderen op (medische) KDC en cliënten die naar de dagbesteding gaan. Voorbeelden zijn ziekenhuizen, expertisecentra, de reguliere huisarts en tandarts, (vrijwilligers)werk, sport- en zwemverenigingen, de kerk en buurthuizen, maar ook met ouders, familie, vrienden en vrijwilligers.

#### *Communicatie*

BRMO-dragerschap wordt veelal bovenaan in het dossier van de cliënt vermeld. De huisarts of AVG informeert meestal de cliënt en de locatiemanager welke op zijn beurt de medewerkers en andere betrokken instanties, zoals bijvoorbeeld de dagbesteding, op de hoogte stelt. Sommige organisaties geven aan goede contacten en afspraken te hebben hoe om te gaan met bijvoorbeeld een norovirusuitbraak (als voorbeeld van een uitbraak, aangezien er minder ervaring is met BRMO-dragerschap en -uitbraken). Wel wordt aangegeven dat het soms een uitdaging is wie te informeren op het moment dat er veel contacten zijn geweest als gevolg van veel uitwisseling, mede in het kader van de privacywetgeving.

Een ander genoemd knelpunt is dat de informatie vanuit de medisch microbiologische laboratoria (MML) vaak tekortschiet. Er wordt aangegeven dat veelal gekozen wordt voor een goedkopere aanbieder, waarbij een kweekuitslag wordt gegeven zonder interpretatie en zonder adviezen over de duur van te nemen (isolatie)maatregelen en wanneer controle kweken af te nemen. De huisarts is dan vaak te weinig betrokken, waardoor het onduidelijk is wat er gedaan moet worden. Voorts schiet informatie vanuit het ziekenhuis ook vaak tekort. De ontslagbrief volgt meestal pas na enkele weken, waardoor het nemen van maatregelen vertraging oploopt. Onderstaand citaat weerspiegelt dit.

---

*'Een agogisch geschoolde medewerker ging een cliënt ophalen uit het ziekenhuis waar mondeling werd doorgegeven dat de cliënt een BRMO bij zich droeg waarvoor contactisolatie nodig was. Deze medewerker zag het belang hiervan niet in en was het vergeten. Na drie weken kwam de ontslagbrief, waarbij in de tussenliggende periode dus niets was gebeurd.'*

---

## **Ervaringen met BRMO-dragerschap**

Ervaringen met BRMO-dragerschap berusten meestal op incidenteel individueel dragerschap (met name ESBL *E. coli*) en in mindere mate op uitbraken (vooral met MRSA). Er wordt aangegeven dat de indruk is dat individueel dragerschap niet vaak voorkomt, maar dat het over de jaren wel is toegenomen. De impact hiervan is groot op zowel het zorgpersoneel als de cliënten. Door het gebruik van schorten en handschoenen kunnen cliënten bezorgd en angstig worden, of juist weerstand geven, wat overslaat op het personeel. Bij de medewerkers ontstaat ook vaak angst om het mee naar huis te nemen. De onderstaande citaten weergeven de gevolgen van maatregelen.

### **Datum**

3 maart 2020

### **Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

---

*'Een bewoner zou gaan zeilen en BRMO werd netjes vermeld bij de overdracht, gevolg: cliënt werd geweigerd'*

*'Grote gevolgen door niet te mogen zwemmen: geen therapie krijgen'*

*'Weerstand van cliënt door wisselende maatregelen tussen instellingen'*

---

## 5 Risicoanalyse

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

De belangrijkste bevinding van deze inventarisatie is dat basishygiëne binnen de gehele breedte van de sector niet vanzelfsprekend is. Vervolgens is een inschatting gemaakt van de meest risicovolle (combinaties van) zorg- en woonvormen, doelgroepen en medewerkers met betrekking tot infectiepreventie en ABR, met name op momenten dat basishygiëneregels onvoldoende worden toegepast. Daarnaast is gekeken naar een aantal risicofactoren rondom het (medische) beleid en communicatie binnen de sector.

### **Basishygiëne**

Onvoldoende kennis en handhaving van basishygiëneregels vormt een risico voor de verspreiding van (resistente) micro-organismen. Afhankelijk van het type micro-organisme zijn verschillende transmissieroutes mogelijk. Hierbij dient rekening gehouden te worden met zowel transmissie via direct contact (o.a. via handen), alsook via indirect contact met de omgeving (o.a. via sanitair of bereiding van voedsel). Dit geeft niet alleen risico op transmissie naar andere (kwetsbare) cliënten, maar ook naar zorgverleners zelf. Uit de ervaringen is naar voren gekomen dat dit risico vooral groot is bij algemene (besmettelijke) infectieziekten zoals norovirus. De kans op transmissie van BRMO wordt kleiner ingeschat, echter in geval van bijvoorbeeld MRSA heeft dit grote impact op zowel de cliënt als de medewerker in verband met de maatregelen die genomen dienen te worden.

### **Risicovolle (combinaties van) zorg- en woonvormen, doelgroepen en medewerkers**

#### *Rol van de zorg- en woonvormen*

Bij de woningen met gedeeld sanitair speelt de kans op indirecte transmissie van (resistente) micro-organismen via het sanitair vooral een rol. De woningen in woonwijken hebben als bijkomend risico dat er minder toezicht is op naleving van basishygiëneregels. Dit risico neemt toe naarmate de zorgzwaarte groter is, zoals bij cliënten met een EMB, in combinatie met verzorging door een onvoldoende geschoolde (agogische) medewerker. Of bij een cliënt met een LVB met beperkt hygiënebesef, die het gemeenschappelijke sanitair zelf reinigt en vervolgens met onvoldoende toezicht op handhygiënemaatregelen voedsel gaat bereiden.

De (medische) KDC en dagbesteding kennen veel uitwisseling tussen cliënten van verschillende organisaties en tussen cliënten en verschillende instellingen. De ervaring is dat door de vele bewegingen van de cliënten met veel (fysieke) contactmomenten het risico op verspreiding van (resistente) micro-organismen groot is, met grote consequenties voor meerdere zorgorganisaties.

#### *Rol van de cliënt*

Kinderen op (medische) KDC en cliënten met een EMB zijn zeer kwetsbare groepen waarbij vaak complexe medische handelingen worden verricht met direct contact met lichaamsvloeistoffen. Daarnaast speelt ook het gedrag (bijten, kwijlen) een belangrijke rol in het risico op verspreiding van (resistente) micro-organismen, met name op het moment dat basishygiëneregels onvoldoende worden toegepast. Een bijkomend risico is een grotere kans op het ontwikkelen van dragerschap van resistente bacteriën door frequente antibiotische

behandelingen en regelmatige ziekenhuisopnames. Deze kans is echter niet 'anders' of 'groter' dan bij reguliere patiënten met frequente antibiotische behandelingen en ziekenhuisopnames. Om transmissie (van onbekend dragerschap) te voorkomen is bewustwording hiervan echter wel van belang.

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

Naast bovengenoemde doelgroepen vormen de cliënten met een LVB een potentieel risico op transmissie vanwege onvoldoende hygiënebesef. Het delen van materialen gebruikt bij de persoonlijke hygiëne en het niet voldoende schoonhouden van de woning en het toilet kunnen leiden tot transmissie. Dit zal met name een rol spelen in de eerdergenoemde situatie van woonlocaties met gedeeld sanitair en gemeenschappelijke keukens. Zeker op het moment dat cliënten met een LVB samenwonen met kwetsbare cliënten met een EMB. Daarnaast maken cliënten met een LVB veel gebruik van de dagbesteding waarbij zij veel contactmomenten hebben met andere cliënten (van verschillende organisaties).

Bij cliënten met gedragsproblemen is een vergelijkbaar risico aanwezig als bij cliënten met een LVB vanwege onvoldoende hygiënebesef.

Bij de ouderwordende cliënt zijn de risico's vooral afhankelijk van de mate waarin voorbehouden en risicovolle handelingen die worden verricht met onvoldoende hygiënemaatregelen.

*Rol van de medewerkers*

Onvoldoende hygiënebesef onder (een groot deel) van de zorgverleners door onvoldoende scholing en voorlichting is het belangrijkste risico. Hiermee samenhangend vormt de waarde die van oudsher gehecht wordt aan huiselijkheid en 'de eigen regie' van cliënten binnen de sector een barrière voor de medewerkers voor het nemen van basishygiënemaatregelen. Dit vormt een risico voor verspreiding van (resistente) micro-organismen, niet alleen naar andere cliënten, maar ook naar de zorgverleners die zelf drager kunnen worden en het vervolgens weer door kunnen geven. In het geval van MRSA-dragerschap kan dit grote consequenties hebben met bijvoorbeeld aangepaste werkzaamheden en/of een eradicationbehandeling.

**Risicofactoren rondom het (medische) beleid en communicatie binnen de sector**

De belangrijkste knelpunten zijn een onduidelijk aanspreekpunt voor infectiepreventie, het onvoldoende aansluiten van huidige richtlijnen op de complexiteit van deze sector, het onvoldoende up-to-date zijn van richtlijnen en onvoldoende communicatie vanuit MML en ziekenhuizen. De consequentie is vaak onduidelijkheid met het gevolg dat onvoldoende maatregelen worden genomen en vergroting van de kans op transmissie van (resistente) micro-organismen. Daar tegenover staat dat uit voorzorg of angst soms juist een overmaat aan maatregelen worden opgelegd, waardoor belangrijke therapie (zoals zwemmen) of dagelijks plezier (zoals een zeiluitje) de cliënt wordt ontnomen.

Veel organisaties hebben aandacht voor juist voorschrijven van antibiotica. Een aandachtspunt zijn de avond-, nacht- en weekenddiensten, waarbij aangegeven wordt dat laagdrempeliger een antibiotische behandeling wordt gestart zonder afname van kweken. Het is echter wel van belang om bij cliënten met complexe medische zorgbehoeften en regelmatige antibiotische behandelingen te streven naar het afnemen van kweken. Dit vanwege de grotere kans op ontwikkeling van ABR, vooral bij cliënten met thuisbeademing en verblijfskatheters.

## 6 Conclusie

**Datum**  
3 maart 2020

**Ons kenmerk**  
0028/2020 LCI/MH/km

De belangrijkste conclusies van deze risico-inventarisatie zijn:

- De gehandicaptenzorgsector is een complexe sector die per organisatie anders ingedeeld kan zijn. Er wordt zorg geleverd aan diverse doelgroepen met verschillende gedrags- en medische problematiek, in verschillende zorg- en woonvormen en met verschillend opgeleid personeel.
- Kennis en toepassing van basishygiëne is niet vanzelfsprekend binnen de gehele breedte van de gehandicaptenzorg; er is behoefte aan meer aandacht en bewustwording voor basishygiëne door middel van voorlichting, en een balans tussen huiselijkheid en veiligheid. Hierbij is draagvlak vanuit het bestuur essentieel.
- De risico's op gebied van algemene infectiepreventie, ontwikkeling en verspreiding van ABR zijn niet overal even groot. Het verschil in risico in combinatie met de complexiteit van de sector maakt maatwerk op locatieniveau belangrijk.
- Er zijn specifieke omstandigheden en met name combinaties van zorg- en woonvormen en/of doelgroepen en/of medewerkers, waarbij de basishygiëneregels van extra belang zijn in verband met risico's op ontwikkeling en verspreiding van (resistente) micro-organismen:
  - Woonlocaties met gemeenschappelijk sanitair vanwege onvoldoende hygiënebesef bij zowel cliënten als zorgpersoneel, en woonlocaties in woonwijken vanwege onvoldoende toezicht op naleving van basishygiëneregels.
  - (medische) KDC en de dagbesteding vanwege veel (fysieke) contactmomenten en veel beweging van cliënten (van verschillende organisaties) tussen verschillende instellingen.
  - Agogisch en onvoldoende geschoolde medewerkers, inclusief ouders, familie en vrijwilligers, vanwege onvoldoende hygiënebesef.
  - Cliënten met een LVB vanwege onvoldoende hygiënebesef.
  - Cliënten met een EMB en kinderen op (medische) KDC enerzijds vanwege de kwetsbaarheid en complexe zorgbehoefte met veel voorbehouden en risicovolle handelingen, anderzijds vanwege de grotere kans op de ontwikkeling van dragerschap van resistente bacteriën door frequente antibiotische behandelingen en ziekenhuisopnames.
- Er zijn een aantal factoren vanuit (medisch) beleid en communicatie die van invloed zijn op het risico op ontwikkeling en verspreiding van ABR binnen de sector: onduidelijk aanspreekpunt voor infectiepreventie, onvoldoende aansluitende en up-to-date richtlijnen, onvoldoende communicatie vanuit MML en ziekenhuizen, en het kweek- en antibioticabeleid.
- Hoewel het probleem van ABR in de gehandicaptensector nog niet als groot wordt ervaren, is er wel een potentieel risico op transmissie zowel binnen de sector zelf als naar ziekenhuizen. Dit vanwege de grotere kans op ontwikkeling van dragerschap van resistentie bacteriën bij cliënten die frequent met antibiotica worden behandeld en frequent in het ziekenhuis worden opgenomen (cliënten met een EMB en kinderen op (medische) KDC).

## 7 Aanbevelingen

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

Een uniform advies geldend voor alle organisaties is aandacht voor het belang basishygiëne. Daarnaast is maatwerk op locatieniveau belangrijk vanwege de complexiteit van de sector. Deze complexiteit komt voort uit de grote diversiteit aan zorgvormen, cliënten en zorgpersoneel waardoor de risico's kunnen verschillen per locatie. Samenwerking met de sector is dan ook nodig voor afstemming over de adviezen qua timing en prioritering. Daarnaast kunnen organisaties aansluiting zoeken bij de regionale zorgnetwerken (RZN) om regionaal samen te werken en beleid af te stemmen.

---

*"De uitdaging is 'zo gewoon mogelijk maar zo schoon mogelijk'"*

---

### **Hygiëne en algemene infectiepreventie**

Bewustwording van het belang van hygiëne in de gehandicaptenzorg is een eerste stap die gezet moet worden. Bestuurders, medewerkers en, voor zover mogelijk, cliënten moeten het belang inzien van hygiëne en algemene infectiepreventiemaatregelen om verspreiding van infectieziekten en ABR te voorkomen. Commitment en actieve uitdraging door het bestuur/management van de organisaties is noodzakelijk om de aanbevelingen uit te kunnen voeren. Daarbij is het wenselijk dat het thema 'infectiepreventie' op de (jaar)agenda's komt te staan. Hygiënisch werken hoeft huiselijkheid niet in de weg te staan. Dat vereist echter discussie met de professionals, cliënten, vrijwilligers, familie en de organisatie om te zorgen dat men een goede balans kan vinden tussen huiselijkheid en het medisch model. Daarbij speelt het betrekken van de zorgverleners een rol, om zelf te bedenken hoe ze bepaalde werkvormen zouden willen inzetten.

Aanwezigheid van het juiste materiaal voor het uitvoeren van de infectiepreventiemaatregelen zoals handhygiëne, persoonlijke beschermingsmiddelen en reinigings- en desinfectiematerialen, moet gefaciliteerd worden door de organisatie.

### **Personeel, opleiding en kennis**

Hygiëne en infectiepreventie maken deel uit van het beroepsmatig handelen van verschillende disciplines, waaronder artsen, verpleegkundigen en paramedici. Binnen de opleidingen van deze beroepsgroepen moet aandacht zijn voor het belang van en het juist uitvoeren van hygiëne en infectiepreventie. In de medische opleidingen (geneeskunde, verpleegkunde) is dit al grotendeels ingebed, maar in de agogische opleidingen moet hier meer aandacht voor komen. Regionaal contact leggen met de opleiding kan hierbij helpen door bijvoorbeeld (periodiek) onderwijs over infectiepreventie te organiseren wat gegeven wordt door een DI (eventueel via de RZN).

Aandacht voor infectiepreventie is ook van belang bij indiensttreding en tijdens structurele bij- en nascholing van alle zorgverleners. Hierbij moet de scholing afgestemd worden op de verschillende niveaus met extra aandacht voor de agogische medewerkers. Daarnaast moet rekening gehouden worden met het snelle verloop van personeel, waardoor (jaarlijkse) herhaling noodzakelijk is.

Voor het vergroten van kennis en bewustwording zou scholing op maat per locatie door bijvoorbeeld de 'aandachtvelders' of regionale DI met ervaring in de sector wenselijk zijn. Op deze manier kunnen op de werkvloer praktische handvatten worden gegeven, al dan niet in combinatie met erkende informatieve filmpjes of e-learnings. De RZN beschikken veelal over lesmateriaal voor 'aandachtvelders' onder andere hoe ze draagvlak kunnen krijgen ('hoe krijg je je groep mee'). De tools die ontwikkeld zullen worden voor Vilans zouden hier ook goed toepasbaar kunnen zijn.

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

Tenslotte is het wenselijk de medewerkers te informeren over relevante (hygiëne)richtlijnen, dan wel lokale protocollen, en vooral waar zij deze kunnen vinden. Eventueel in de vorm van een praktisch en overzichtelijk (inwerk)document met bijlagen of links naar erkende up-to-date websites.

## **Specifieke zorg- en woonvormen, en doelgroepen**

### *Zorg- en woonvormen*

Extra aandacht voor basishygiëne in woonlocaties met gemeenschappelijk sanitair en in woonwijken is van groot belang vanwege de eerdergenoemde risico's. Met name bij de combinatie van cliënten met grote zorgwaarde of beperkt hygiënebesef met zorg door een agogisch geschoolde medewerker. Juist hier dient men gespist te zijn op goede voorlichting.

### *Kinderen op (medische) KDC en cliënten met een EMB*

In verband met de complexe zorgbehoefte, veelvuldige medische handelingen en frequent ziekenhuisbezoek zijn kinderen op een (medisch) KDC en cliënten met een EMB extra kwetsbaar voor verspreiding van (resistente) micro-organismen en is basishygiëne hier van kritiek belang. Advisering bij deze doelgroepen zal altijd maatwerk zijn in overleg met een deskundige infectiepreventie en/of GGD met ervaring in de gehandicaptenzorgsector.

### *Cliënten met een LVB*

Cliënten met een LVB kunnen moeilijk leerbaar zijn, maar van hen wordt wel vaak verwacht dat zij zelf hun (gedeelde) woning en sanitair schoonhouden en zelf koken. Zij moeten dan ook betrokken worden bij de hygiëne en hierin gestuurd worden. Informatie over de juiste reiniging en omgang van materialen is noodzakelijk. Hier moeten de verzorgers/begeleiders en facilitaire diensten onderdeel van zijn.

## **Richtlijnen en protocollen**

Er is grote behoefte aan goed aansluitende en actuele landelijke richtlijnen met betrekking tot infectiepreventie, afgestemd op de (specifieke) doelgroepen binnen deze sector. Omdat het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen niet op korte termijn zal plaatsvinden wordt geadviseerd om eerst de belangrijkste basishygiënemaatregelen te introduceren. Hierbij kan de 'veilige vijf', ontwikkeld door het LCHV, in combinatie met ondersteuning van de LCHV-richtlijn voor lichamelijk en verstandelijk gehandicapten ([www.lchv.nl](http://www.lchv.nl)) een instrument zijn. De belangrijkste basishygiënemaatregelen zijn handhygiëne, persoonlijke hygiëne, juiste omgang met PBM, reiniging & desinfectie en juiste omgang met MRSA en BRMO. Op termijn zal het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) een rol kunnen spelen bij het maken van een richtlijn met handvatten voor en/of toegespitst op deze sector.

Op lokaal niveau vereisen de preventie en bestrijding van pathogene micro-organismen en de bestrijding van epidemieën protocollen en materialen die direct kunnen worden ingezet. Het advies aan organisaties is om protocollen te ontwikkelen op basis van landelijke richtlijnen, zodat de organisatie is voorbereid voor de meest voorkomende infectieziekten: norovirus, MRSA, BRMO, scabiës en influenza. Hierbij wordt geadviseerd om, met name bij het opstellen van protocollen voor MRSA en BRMO, ondersteuning te vragen van arts-microbioloog en/of DI met ervaring in de gehandicaptenzorgsector, de GGD of RZN. Maatwerk is hierbij van belang waarbij adviezen toegespitst kunnen worden op de betreffende (woon)locatie, doelgroep en/of medewerkers. Hiermee moet voorkomen worden dat er maatregelen ingesteld worden met onnodig vergaande gevolgen voor het welzijn van de cliënt en onnodige handelingen voor het personeel.

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

**Communicatie**

Een goede overdracht met adviezen vanuit de MML en ziekenhuizen speelt een belangrijke rol. Het gaat met name om adviezen rondom te nemen (isolatie)maatregelen, de termijn en frequentie van vervolgweken, alsook het beperken of juist behouden van dagelijkse activiteiten (zoals fysiotherapie en hobby's als zwemmen en zeilen). Het verbeteren van de transmurale overdracht, na bijvoorbeeld een ziekenhuisopname, is hierbij eveneens van belang om vertraging in het nemen van maatregelen te voorkomen. Het aanwijzen van een BRMO-casemanager kan hier soms bij helpen. Daarnaast kan het implementeren van een (uniform) meldingssysteem voor BRMO ondersteuning geven, zoals bijvoorbeeld het Meldpunt Uitbraken Infectieziekten & BRMO (MUIZ). De bovengenoemde maatregelen hebben reeds de aandacht binnen enkele RZN waarbij aangesloten kan worden.

**Medisch beleid**

Een adequaat kweek- en antibioticabeleid leidt tot een doeltreffende behandeling van infecties en infectieziekten en vermindert de kans op ontwikkeling van resistentie. Dit is van extra belang bij cliënten die regelmatig behandeld worden vanwege luchtweginfecties (bij thuisbeademing) en urineweginfecties (bij verblijfskatheters). Elke organisatie, mogelijk in regionaal verband, moet een kweek- en antibioticabeleid ontwikkelen op basis van de richtlijnen van de NHG en/of SWAB en zo mogelijk op basis van een (regionaal afgestemd) formularium. Een arts-microbioloog of apotheker kan hierbij adviseren. Een regionaal A-team en/of een farmacotherapeutisch overleg (FTO) waarbij spiegelinformatie inzicht geeft in het voorschrijfgedrag van antibiotica kan hier verder bij ondersteunen.

**Organisatorische aanbevelingen***Kwaliteitsbewaking*

Kwaliteitsbewaking is het bewaken en beheersen van de kwaliteit van de hygiëne en infectiepreventie bij cliënten en personeel. Audits zijn een geschikte manier om de kwaliteit van de hygiëne en infectiepreventie in kaart te brengen. Organisaties moeten regelmatige audits laten plaatsvinden om de kwaliteit te borgen. Het meest efficiënt is de aandacht te richten op de belangrijkste afwijkingen waarvan verwacht mag worden dat een veranderingsproces binnen de mogelijkheden ligt en uiteindelijk tot de beste hygiëne zal leiden.



Verder is het wenselijk dat 'hygiëne' toegevoegd wordt aan het Kwaliteitskader van de VGN, waardoor het als kernpunt terugkomt in het persoonlijke plan van cliënten, teamreflecties en externe visitaties.

#### *Infectiepreventie commissie (IPC)*

Het moet binnen een organisatie, en eventueel op een specifieke woonlocatie, duidelijk zijn wie het aanspreekpunt is voor vragen rondom infectiepreventie en uitbraken. Een actieve IPC kan de zorgverleners ondersteunen bij het invoeren van de preventiemaatregelen, zoals bedoeld in de richtlijnen. Elke organisatie, mogelijk in regionaal verband, moet een actieve IPC hebben met inbreng van een DI en (op consultbasis) een arts-microbioloog en/of arts infectieziektebestrijding van de GGD.

#### *Vaccinatiebeleid van medewerkers*

Adviseren en aanbieden van hepatitis B-vaccinatie en de jaarlijkse influenzavaccinatie met streven naar hogere vaccinatiegraad. Overwogen kan worden om de vaccinatiestatus met betrekking tot BMR en kinkhoest te controleren bij het werken met risicogroepen zoals kinderen.

#### *Bouwkundige staat*

Bij nieuwbouw en renovaties dient de infrastructuur van de locatie, aankoop van (reinigbare) materialen, de ventilatie en vooral het sanitair te worden beoordeeld door deskundigen en gebruikers zodat zo hygiënisch mogelijk kan worden gewoond en gewerkt.

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

## 8 Literatuur

**Datum**

3 maart 2020

**Ons kenmerk**

0028/2020 LCI/MH/km

1. <https://www.vgn.nl/documenten/infographic-de-gehandicaptenzorg-cijfers>
2. Kleef E et al. Puntprevalentieonderzoek naar antibioticaresistentie in verpleeghuizen. RIVM Briefrapport 2019-0039.
3. Jensen JU et al. Control of a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) outbreak in a day-care institution. *J Hosp Infect.* 2006; 63 (1): 84-92.
4. Gilad J et al. Impaired neutrophil functions in the pathogenesis of an outbreak of recurrent furunculosis caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among mentally retarded adults. *Microbes Infect.* 2006; 8(7): 1801-5.
5. Kirikae T et al. Molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* and *Serratia marcescens* in a long-term care facility for patients with severe motor and intellectual disabilities. *Jpn J Infect Dis.* 2004; 57(5): 226-8.
6. Huis A et al. Verpleegkundig en verzorgend handelen bij zorginfecties een knelpuntenanalyse. NIVEL en het Scientific Center for Quality of Healthcare (IQ Healthcare), Radboudumc. 2017.
7. IGJ-rapporten TIRZA-onderzoek.