



nederlandse vereniging voor medische microbiologie

Leeuwarden, 16 juni 2022

Dhr. Prof. Dr. E.J. Kuipers
Ministerie van VWS
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Betreft: Beleidswijzigingen noodzakelijk in Nederlandse aanpak antibioticaresistentie

Geachte heer Kuipers,

In januari 2022 publiceerde The Lancet een [onderzoek](#) waaruit blijkt dat antibioticaresistentie (ABR) inmiddels een van de belangrijkste doodsoorzaken wereldwijd is, meer dan bijvoorbeeld HIV/AIDS of malaria. Het onderzoek stelt dat resistentie zelf 1,27 miljoen doden veroorzaakte in 2019 en dat antimicrobiële resistente infecties een rol speelden bij 4,95 miljoen doden. Er zijn nu honderdduizenden sterfgevallen per jaar als gevolg van veelvoorkomende, voorheen behandelbare infecties. Het onderzoeksrapport benadrukt de dringende noodzaak om de actie ter bestrijding van ABR op te schalen. Wij vragen u vanuit de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie om gevolg te geven aan deze oproep. We lichten graag de Nederlandse situatie toe en doen specifieke aanbevelingen.

Bestrijding van antibioticaresistentie in Nederland

Nederland heeft wereldwijd al sinds de jaren '80 een van de laagste antibioticagebruik- en antibioticaresistentie-cijfers, iets waar wij met elkaar heel trots op kunnen zijn. Dat wij zulke goede resultaten behalen is omdat Nederland in tegenstelling tot de meeste andere landen een groot multidisciplinair netwerk van experts heeft dat sinds de opkomst van antibioticaresistentie (ABR) in de jaren '70 van de vorige eeuw een proactief beleid hanteert om de resistentie laag te houden. Aanvankelijk werd hier vooral in de ziekenhuizen aan gewerkt, later ook in andere zorginstellingen. Dit beleid is bijzonder effectief om veilige zorg te garanderen en kosten voor de samenleving te verminderen. Sinds het begin van deze eeuw wordt ook de veeteelt betrokken in dit beleid met een 'One Health' benadering; een interdisciplinaire samenwerking om de gezondheid van mensen, dieren en milieu te verbeteren. Nederland wordt mondiaal dan ook als rolmodel gezien.

De arts-microbioloog (AM) staat centraal in de Nederlandse aanpak. De AM werkt met een geïntegreerd [takenpakket](#) aan ABR en andere facetten van infectiezieken, zowel op het vlak van

preventie als behandeling. Concreet betekent dit dat de AM niet alleen verantwoordelijk is voor de microbiologische laboratoriumuitslagen, maar op individueel patiëntniveau adviseert over diagnostiek en therapie en daarnaast op ziekenhuisniveau en daarbuiten bijdraagt aan preventie- en behandelbeleid en richtlijnen. Met het laboratorium als uitvalsbasis heeft de arts-microbioloog een centrale verantwoordelijkheid om een goede infectieziektezorgketen in te richten in het belang van de patiënt, de zorginstelling en de maatschappij. Mede dankzij deze inzet staat de Nederlandse infectieziektezorg goed bekend in Europa en behoort deze tot de top in de wereld, met lage antibioticaresistentie-cijfers als resultaat. Daarnaast wordt onze opgedane kennis en ervaring wereldwijd gebruikt en wordt onze organisatievorm als voorbeeldmodel gezien.

Ook in Nederland meer inzet nodig

Het gaat weliswaar relatief goed met ABR in Nederland, maar ook bij ons overlijden mensen door resistentie. En Nederland is geen eiland, ABR is een globaal probleem. In de rest van de wereld gaat het veel minder goed en lopen de antibioticagebruik- en resistentie-cijfers op de meeste plekken omhoog. Met de globalisering is dit een ernstige bedreiging voor Nederland.

Wat doen we al goed?

Er is veel aandacht voor ABR in regionaal verband. Tevens zijn er initiatieven om gegevens uit laboratorium informatiesystemen beter te kunnen uitwisselen met Eenheid van Taal. Dit laatste kan ook als voorbeeld dienen voor alle andere infectieziekten in kader van pandemic preparedness. Zoals eerder al door het ministerie van VWS aangegeven moeten we onze kennis en kunde ook in het buitenland inzetten. Een mooi [voorbeeld](#) hiervan op kleine schaal is het inzetten van senior experts voor dit complexe probleem, zoals artsen-microbioloog in lage- en midden-inkomen-landen. Tevens is het zaak om onze kennis continu te verbeteren en te vermeerderen door zinnig onderzoek, zowel nationaal als internationaal. Het veld is continu in beweging om praktische richtlijnen en afspraken te maken, te investeren in infectiepreventie, diagnostiek en gerichte behandeling. Professionals in de medische microbiologie weten elkaar te vinden om af te stemmen en kennislacunes op te vullen met praktijkgericht onderzoek. Echter de druk op deze professionals is groot en vacatures worden niet ingevuld wegens tekorten.

Wat kan beter?

Verkokering en marktwerking binnen de zorg (1^e – 3^e-lijnzorg, cure en care) leveren risico's op. De inkoop van microbiologische bepalingen beperkt zich tot de uitslag met interpretatie voor de patiënt op korte termijn, maar gaat voorbij aan de impact op de populatie. De prijs van de bepaling wordt steeds meer leidend. In Duitsland is deze ontwikkeling al decennia geleden ingezet. Dit heeft tot ongewenste neveneffecten geleid, zoals toenemende kosten en een verlies van kennis en kunde. Tevens zorgt een klant-leverancier relatie ervoor dat minder proactief wordt meegedacht over de vraag wat goed en nodig is. In Duitsland probeert men nu herstelmaatregelen te nemen, maar dat gaat moeizaam door het eerdergenoemde verlies aan kennis en kunde. Tevens komen belangrijke volksgezondheidsdata in handen van buitenlandse eigenaren. Met dergelijke ontwikkelingen dreigen we als Nederland onze zeer gunstige situatie en voorbeeldfunctie voor andere landen kwijt te raken. Verder is er meer capaciteit nodig om professionals binnen de medische microbiologie op te leiden, zowel in Nederland als daarbuiten, denk aan: arts-microbioloog, deskundige infectiepreventie en moleculair microbiologen. Recent is met behulp van Nederlandse artsen-microbioloog, een

Surinaamse arts-microbioloog opgeleid die nu de enige is voor heel Suriname. Het moge duidelijk zijn dat dat niet voldoende is.

Oplossing 1: Een duurzame transmurale infectieziektezorgketen die ruimte biedt voor het doen van doelgerichte diagnostiek.

- Preventie, behandeling en diagnostiek dienen in de hele keten verweven te zijn. Goede algemene infectieziektezorg betekent immers: goede preventie (infectie voorkomen), goede diagnostiek (Is er een infectie? Welke behandeling is nodig? Is er een uitbraak?) en gerichte behandeling met de beste uitkomst voor de patiënt.
- Afstemming op regionaal niveau is nodig om coherent beleid hiertoe te formuleren. Hiervoor zijn ABR-zorgnetwerken voor ingesteld. Van belang om alle stakeholders te horen om te zien wat beter kan.
- **Eenvoudige datadeling is hierbij onontbeerlijk:** als een huisarts in de urine een resistente bacterie opspoot, dan is het van belang dat het ziekenhuis dit ook weet als de patiënt wordt opgenomen. Alleen zo kan de beste behandeling worden gegeven. Eenheid van Taal is een belangrijke voorwaarde om dit goed te doen.
- **Voldoende professionals om het werk te kunnen doen.** Vacatures zoals ook op andere plekken in de zorg worden nauwelijks tot niet ingevuld. Er is wel animo voor mensen om te worden opgeleid. Capaciteit tot opleiden moet beter aansluiten bij de vraag.

Oplossing 2: De bekostigingssystematiek in de zorg aanpassen om regionale transmurale infectieziektezorg optimaal te ondersteunen.

- Infectieziekten diagnostiek, behandeling en preventie dienen tot in de haarvaten van de zorg georganiseerd te zijn. Dat is de beste manier om de ABR-problematiek aan te pakken. Zinnige diagnostiek staat daarbij centraal want preventie en behandeling hangen daar vanaf.
- Dit betekent dat overdiagnostiek voorkomen moet worden. De arts-microbioloog gaat daartoe bij diagnostiekaanvragen na of deze zinvol zijn voor het beantwoorden van de onderliggende zorgvraag.
- Ook onderdiagnostiek moet worden voorkomen: is de aangevraagde diagnostiek wel toereikend voor het beantwoorden van de onderliggende vraag?
- In de eerste lijn is het eigen risico een rem voor het doen van laboratoriumdiagnostiek. Dit leidt bijvoorbeeld bij urineweginfecties tot onderdiagnostiek: [recent onderzoek](#) laat zien dat huisartsen in 90% van de gevallen dat een urinekweek geïndiceerd is deze niet doen. Dit kan er onder andere toe leiden dat patiënten antibiotica krijgen die ze niet nodig hebben of een verkeerd antibioticum krijgen. In verpleeghuizen spelen mede door de bekostigingssystematiek soortgelijke problemen, waardoor urineweginfecties niet goed worden behandeld en patiënten soms onnodig naar een ziekenhuis moeten worden overgeplaatst. Een systeem dat goede infectieziektediagnostiek stimuleert, maar waar onder- en overdiagnostiek zoveel mogelijk worden voorkomen is daarom essentieel.

Aanbevelingen

Wij doen de volgende aanbevelingen om bovenstaande oplossingen te kunnen realiseren:

- Versterk bestaande infectieziektezorgstructuren, want daarmee wordt ook ABR aangepakt. Doe dit niet alleen in Nederland maar ook daarbuiten.

- Haal financiële belemmeringen weg om noodzakelijke diagnostiek uit te voeren. Schaf het eigen risico voor diagnostiek naar infectieziekten af. Overdiagnostiek moet worden voorkomen, maar preventieve diagnostiek (screening) is een belangrijk onderdeel van de bestrijding van ABR en andere infectie dreigingen. Dit geldt met name in de eerste lijn en ouderenzorg.
- Voor goede infectieziektezorg is goede datadeling nodig. Verschillende interpretaties van de AVG maken het soms lastig om belangrijke data te delen. Bied meer juridische opties om veilig data te delen en zorg voor voldoende middelen waarmee instellingen dit daadwerkelijk kunnen inrichten.
- Zet via VWS een programma op om onze Nederlandse kennis over ABR meer gestructureerd en schaalbaar in het buitenland in te zetten. Hier valt ook het opleiden van lokale deskundigen onder zoals een arts-microbioloog.

Wij gaan graag met u in gesprek voor een verdere toelichting.

Namens de NVMM,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Wertheim', followed by a period.

Prof. dr. Heiman Wertheim
Voorzitter NVMM