

Datum 19/07/2007
Bijlagen Nota
KB van 26 april 2007
KB van 19 juni 2007 (art 13 1°)

Betreft:

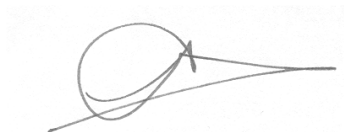
KB van 26 april 2007 tot wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (erkenningnormen met betrekking tot ziekenhuishygiëne)

KB van 19 juni 2007 (art 13 1°) tot wijziging van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (financiering met betrekking tot ziekenhuishygiëne en toezicht op de nosocomiale infecties)

Geachte Mevrouw,
Geachte Heer,

Met de nota in bijlage wil ik u meer informatie verschaffen over de wijziging van de erkenningnormen (KB van 26 april 2007) en de financiering (KB van 19 juni 2007 art 13 1°) met betrekking tot ziekenhuishygiëne, alsook over de wijziging van het toezicht op de nosocomiale infecties (KB van 19 juni 2007 art 13 1°).

Met de meeste hoogachting,



Christiaan Decoster
Directeur-Generaal
DG Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen

Achtergrond

Ziekenhuisinfecties hebben een enorme impact op de volksgezondheid, niet alleen in termen van extra morbiditeit (naar schatting jaarlijks 107 500 ziekenhuisinfecties in België) en mortaliteit (jaarlijks 2 500 à 3 000 overlijdens), maar ook in termen van extra kosten (jaarlijks minstens 120 miljoen euro). Door de vergrijzing van de maatschappij en de progressie van de moderne geneeskunde – waardoor men steeds meer oudere en/of verzwakte patiënten in onze gezondheidszorginstellingen vindt – dreigt dit probleem enkel maar in omvang toe te nemen.

Daarom heeft de overheid enkele initiatieven genomen om de ziekenhuishygiëne te bevorderen:

- 1) wijziging van de erkenningsnormen met betrekking tot ziekenhuishygiëne (KB van 26 april 2007);
- 2) wijziging van de financiering voor ziekenhuishygiëne (KB van 19 juni 2007 art 13 1°); en
- 3) wijziging van het toezicht op de nosocomiale infecties door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (KB van 19 juni 2007 art 13 1°).

In 2004 heeft het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne haar '*Beleidsplan betreffende de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen*' overgemaakt aan minister van sociale zaken en volksgezondheid Rudy Demotte. Het document werd door de minister ter advies voorgelegd aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), die een positief advies uitbracht over het beleidsplan. Op basis van dit advies werd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) in samenspraak met het kabinet van de minister werk gemaakt van de gevraagde aanpassing van de erkenningsnormen en financiering betreffende ziekenhuishygiëne.

Wijziging van de erkenningsnormen met betrekking tot ziekenhuishygiëne

Het KB van 26 april 2007 is van toepassing op de acute, gespecialiseerde (Sp), geriatrische (G) en psychiatrische ziekenhuizen.

Bespreking van het Koninklijk Besluit

a) Algemeen

Naast de hoofdgeneesheer, het team voor ziekenhuishygiëne en het comité voor ziekenhuishygiëne wordt nu ook het hoofd van het verpleegkundig departement belast met het bevorderen van de hygiëne.

b) Team voor ziekenhuishygiëne

De werking van en de samenwerking tussen de geneeshe(e)r(en)-ziekenhuishygiënist en de verpleegkundige(n)-ziekenhuishygiënist worden aangepast aan de nieuwe noden. Zo wordt er met het team voor ziekenhuishygiëne een nieuwe structuur gedefinieerd, waarbinnen de geneeshe(e)r(en)-ziekenhuishygiënist en de verpleegkundige(n)-ziekenhuishygiënist als evenwaardige leden nauw samenwerken onder coördinatie van de arts.

Het team voor ziekenhuishygiëne krijgt rechtstreekse verantwoordelijkheid voor de in het KB beschreven taken, waarvan het impact op het beheersen van ziekenhuisinfecties duidelijk bewezen is (infection control). Daarom worden enkele taken die vroeger toegewezen werden aan de ziekenhuishygiënisten niet langer opgenomen in het takenpakket van het team maar verschoven naar de verantwoordelijkheid van het comité voor ziekenhuishygiëne (zie verder).

Om het team toe te laten zijn taken vlot uit te voeren en zijn verantwoordelijkheid correct op te nemen, komt de operationele verantwoordelijkheid voor de beheersing van ziekenhuisinfecties bij het team te liggen. Deze operationele onafhankelijkheid moet de vlotte werking van het team en haar leden garanderen. De verpleegkundige wordt immers minder afhankelijk van het comité en het team kan zelf de nodige beslissingen nemen om een probleemsituatie onmiddellijk aan te pakken. Zoals nu reeds gangbaar is het daarom ook aangewezen dat de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist deel uitmaakt van het verpleegkundig middenkader. Het team kan ook rechtstreeks samenwerken met andere comités en instanties in het ziekenhuis.

Niettegenstaande de verpleegkundige en de geneesheer hiërarchisch respectievelijk bij het medisch en het verpleegkundig departement blijven behoren, moeten zij hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen binnen het team en operationeel onafhankelijk zijn bij de uitvoering van hun taken. Het is evident dat zij hierover regelmatig verslag uitbrengen aan het comité voor ziekenhuishygiëne, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. De operationele beslissingen van het team worden immers uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist dient te beschikken over een gepaste opleiding van universitair niveau, met name een diploma van bachelor verpleegkunde aangevuld met een master in de verpleegkunde of een master in de volksgezondheid. De verpleegkundige moet aantonen dat hij met goed gevolg een specifieke opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen: ziekenhuisinfecties (preventie en controle, microbiologische en infectiologische aspecten en epidemiologische aspecten) en wetgeving inzake ziekenhuishygiëne. De specifieke opleiding kan wel deel uitmaken van de master in de verpleegkunde of volksgezondheid. Vanzelfsprekend is er sprake van verworven rechten voor de verpleegkundigen die momenteel reeds in functie zijn als verpleegkundige-ziekenhuishygiënist. Bovendien is er een overgangperiode van 5 jaar voorzien met betrekking tot de opleidingsvereiste.

De functie van geneesheer-ziekenhuishygiënist kan waargenomen worden door een geneesheer of een apotheker-klinisch bioloog, die met goed gevolg een specifieke opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen: ziekenhuisinfecties (preventie en controle, microbiologische en infectiologische aspecten en epidemiologische aspecten), wetgeving inzake ziekenhuishygiëne, en antimicrobiële middelen en antibioticabeleid. Deze specifieke opleiding bedraagt minstens 300 contacturen. Ook hier is er sprake van verworven rechten voor de geneesheren en apothekers-klinisch biologen die momenteel reeds in functie zijn als geneesheer-ziekenhuishygiënist. Bovendien is er een overgangperiode van 5 jaar voorzien met betrekking tot de opleidingsvereiste.

Het team voor ziekenhuishygiëne vervult volgende taken:

1° ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met a) standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen; b) isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten; en c) surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen;

2° opzetten van een epidemiebeleid;

3° opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals a) het bouwen of verbouwen; b) de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier; en c) de aankoop van materialen;

4° implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties, zoals de Hoge Gezondheidsraad; en

5° uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne.

Zoals reeds aangegeven worden de taken van het team vanaf heden prioritair gericht op de daadwerkelijke beheersing van ziekenhuisinfecties (infection control). Andere taken mogen nooit deze basisopdracht in het gedrang brengen. We willen hier nogmaals benadrukken dat het team verantwoordelijk is voor de implementatie in de eigen instelling van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties (4°). Deze aanbevelingen mogen geen dode letter blijven in de Belgische ziekenhuizen. We herinneren er ook aan dat alle teams geacht worden actief deel te nemen aan de samenwerkingsplatforms op het gebied van ziekenhuishygiëne (5°). De overheid hecht veel belang aan deze platforms die hun nut reeds meermaals bewezen hebben (onder andere in de nationale campagnes ter bevordering van de handhygiëne)..

Het team voor ziekenhuishygiëne stelt een algemeen strategisch plan op evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team. Het team moet performant zijn en streven naar goede resultaten. Daartoe zal het team zichzelf duidelijke doelen stellen en regelmatig nagaan of deze werden behaald.

c) Comité voor ziekenhuishygiëne

Het comité voor ziekenhuishygiëne is minstens samengesteld uit de directeur, het team voor ziekenhuishygiëne, een ziekenhuisapotheker, een microbioloog, de hoofdgeneesheer, het hoofd van het verpleegkundig departement, drie geneesheren aangewezen door de medische raad en drie verpleegkundigen aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement. Er wordt een voorzitter aangewezen onder de leden-geneesheren.

Het comité voor ziekenhuishygiëne vervult minimaal volgende taken:

- 1° bespreken en goedkeuren van het algemeen strategisch plan en het jaarlijkse beleidsplan opgesteld door het team;
- 2° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team;
- 3° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team;
- 4° bespreken en goedkeuren van de budgetten en kostenramingen; en
- 5° het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van a) de controle op technieken van sterilisatie; b) antibioticumbeleid; c) het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en desgevallend de risicodiensten; en d) het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op de methoden van wassen en verdeling van linnen, de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken en het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval.

De eerste 4 taken kaderen in de begeleiding en de opvolging van de performantie van het team voor ziekenhuishygiëne in de uitvoering van diens taken met betrekking tot beheersing van de ziekenhuisinfecties. Het comité moet hier vooral een overleg- en discussieforum zijn waar het team overlegt met de directie en andere betrokkenen uit diverse geledingen van de ziekenhuisorganisatie. Het comité bewaakt vooral het goede verloop van de ziekenhuisinfectiebeheersing op lange termijn. Actieve deelname en betrokkenheid van alle leden van het comité is dan ook essentieel.

Zoals reeds gesteld, moet de focus van het team voor ziekenhuishygiëne infectiebeheersing zijn. Daarom worden enkele taken die vroeger toegewezen werden aan de ziekenhuishygiënist – met name de taken hierboven vermeld in 5° - niet langer opgenomen in het takenpakket van het team. In de ziekenhuizen zijn personen en instanties aanwezig (bijvoorbeeld ziekenhuisapotheker, technische diensten, milieucoördinator, HACCP-verantwoordelijke, afgevaardigde van de antibioticagroep, kwaliteitscoördinator) die uitstekend geplaatst zijn om deze taken van het team over te nemen – in sommige gevallen is dit trouwens reeds de facto gebeurd. Het comité voor ziekenhuishygiëne moet er op toezien dat deze taken daadwerkelijk waargenomen worden door andere instanties in het ziekenhuis. Het spreekt voor zich dat het team waar wenselijk nog een adviserende rol kan spelen in deze materies.

Het comité voor ziekenhuishygiëne komt minstens 4 maal per jaar samen. Om de adviezen van het comité kracht bij te zetten worden alle beslissingen geacteerd in een register, worden ze als advies overgemaakt aan de directeur en zijn ze beschikbaar ter inzage door de geneesheerinspecteur. Het comité mag beroep doen op adviseurs en kan betrokken diensthoofden uitnodigen.

Aanvullende aanbevelingen in het beleidsplan

Enkele aanbevelingen in het beleidsplan werden niet vertaald in erkenningsnormen maar zijn niettemin waardevol met het oog op de optimalisatie van de ziekenhuishygiëne.

In functie van de noden en de mogelijkheden van de instelling kan het team voor ziekenhuishygiëne uitgebreid worden met administratieve en technische (bijvoorbeeld epidemioloog, databeheerder en laborant) krachten. Het team voor ziekenhuishygiëne kan desgewenst de structuur aannemen van een ziekenhuisdienst.

Een netwerk van referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne uitbouwen is zeer waardevol. De referentieverpleegkundige is een gemotiveerde contactpersoon op het niveau van de verpleegeenheid die 1) correcte informatie zal doorgeven aan zijn/haar collega's; 2) een correcte evaluatie van de noden zal realiseren met rapportage aan het team voor ziekenhuishygiëne; en 3) de collega's zal motiveren. De referentieverpleegkundige wordt hierbij ondersteund door de hoofdverpleegkundigen en het team voor ziekenhuishygiëne. Zo wordt de referentieverpleegkundige bijgeschoold door het team en wordt er regelmatig overlegd met het team.

Wijziging van de financiering voor ziekenhuishygiëne

Bespreking van het Koninklijk Besluit

De financiering van de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist wordt verhoogd naar 53 105,00 euro (index 1 juli 2007) per fulltime equivalent. Deze verhoging is conform met de positionering van de verpleegkundige op het niveau van het middenkader. Deze regeling is van toepassing op de acute, gespecialiseerde (Sp), geriatrische (G) en psychiatrische ziekenhuizen.

Voor de algemene ziekenhuizen en voor de gespecialiseerde (Sp) en geriatrische (G) ziekenhuizen met minstens 150 bedden wordt bovendien een minimale bestaffing van het team voor ziekenhuishygiëne van kracht. Deze instellingen moeten beschikken over minimaal 1 FTE verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en minimaal 0.5 FTE geneesheer-ziekenhuishygiënist. De kleinere instellingen in deze groep, die tot op heden beneden deze norm uitkwamen met de in het KB vermelde berekening, krijgen vanaf 1 juli 2007 de nodige financiering om daadwerkelijk te voldoen aan deze vereiste: $1 \text{ FTE} \times 53 \text{ 105,00 euro/FTE} + 0.5 \text{ FTE} \times 81 \text{ 709,74 euro/FTE} = 93 \text{ 959,87 euro}$ (index 1 juli 2007). Voor de grotere instellingen in deze groep, die met de vermelde berekening boven deze norm uitkomen, verandert er niets – afgezien van de hierboven vermelde verhoging van de financiering van de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist. Zij moeten het berekend aantal FTEs voor de verpleegkundige en de geneesheer daadwerkelijk realiseren in de praktijk en mogen hun team voor ziekenhuishygiëne in geen geval terugbrengen naar de minimale bestaffing.

Het budget voor de werkingskosten – 10 % van het budget voor de loonkosten van de verpleegkundige- en geneesheer-ziekenhuishygiënist – blijft natuurlijk behouden.

Aanvullende aanbevelingen in het beleidsplan

Het is evident dat de middelen die door de overheid uitgetrokken worden door de ziekenhuizen correct moeten worden besteed aan ziekenhuishygiëne. Dit veronderstelt dat de besteding van deze middelen door het ziekenhuis voldoende transparant is. Het kan daartoe nuttig zijn ziekenhuishygiëne als aparte kostenplaats op te nemen in de boekhouding van het ziekenhuis.

In het beleidsplan wordt ook opgeroepen tot een billijke vergoeding van de geneesheer-ziekenhuishygiënist. Gezien de cruciale rol van ziekenhuishygiëne in het kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheidsbeleid van de ziekenhuizen, moeten de ziekenhuizen inderdaad inspanningen leveren om deze billijke vergoeding te realiseren. Ziekenhuishygiëne wordt door de ziekenhuizen soms onterecht enkel beschouwd als een uitgavepost. De baten van een performant hygiënebeleid voor de individuele patiënt, de instelling en de maatschappij staan echter onomstotelijk vast.

Wijziging van het toezicht op de nosocomiale infecties

Deelname aan het toezicht op de nosocomiale infecties was reeds verplicht voor de algemene ziekenhuizen, maar wordt nu uitgebreid naar de gespecialiseerde (Sp) en geriatrische (G) ziekenhuizen met minstens 150 bedden.

Naast registratie van methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) wordt nu ook registratie van *Clostridium difficile* een verplichte component. Dit moet nog steeds aangevuld worden met minstens één protocol naar keuze uit volgende lijst: pneumonieën en bacteremieën in de eenheden intensieve zorg; septicemieën over het hele ziekenhuis; infecties van de operatiewonden; en multiresistente Enterobacteriaceae.

In de toekomst zal het toezicht ook betrekking hebben op kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling. In afwachting van de definitie van deze kwaliteitsindicatoren, is deze vereiste voorlopig nog niet van toepassing.

Het forfaitaire bedrag wordt opgetrokken tot 9 629,90 euro (index 1 juli 2007). De ziekenhuizen moeten elk jaar 8 008,40 euro (index 1 juli 2007) overmaken aan het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.