

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID
VAN DE VOEDSELKETEN EN
LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 11/01/2007

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling “Programmatie & Erkenning”

O/Ref. : NRZV/D/286-2 (*)

**ADVIES
“ANTIBIOTICABELEIDSGROEP”**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 11/01/2007

Advies "antibioticabeleidsgroep"

Op 24 november 2006 heeft de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen de vraag ontvangen van Minister Rudy Demotte of het oorspronkelijk advies dd 14 juni 2001 betreffende de oprichting van antibioticabeleidsgroepen in de ziekenhuizen van kracht blijft.

Hier toe heeft de Nationale Raad een werkgroep opgericht, met volgende samenstelling:

- dr. Patrick Waterbley, voorzitter
- dr. D. Devos
- dr. M. Moens
- dr Rutsaert
- dr Struelens
- dr Van Daele
- de hr Van Roye
- de hr. C. Decoster
- dr M. Costers
- de hr Hubert

Antibiotherapiebeheer beoogt ondermeer het ontstaan en de verspreiding van resistente kiemen te voorkomen en is complementair aan de ziekenhuishygiëne (infectiebeheersing) die eerder behandeld werd in volgende adviezen:

- Advies met betrekking tot de organisatie van ziekenhuishygiëne dd. 10 november 2005
- Tussentijds advies aangaande wetsvoorstel Mayeur dd. 20 januari 2006 met betrekking tot de nosocomiale infecties, veiligheidsnormen en schadevergoeding, dd. 11 mei 2006.

Dit advies is een actualisatie van het advies dd. 14 juni 2001 aangaande de antibioticabeleidsgroep.

I. Achtergrond "antibioticabeleidsgroep"

In oktober 2002 werd op initiatief van de "Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid" (opgericht bij KB van 26 april 1999) gestart met een pilootproject waarbij een 'afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer' gefinancierd werd (art 77 §6 van het KB van 25 april 2002) in 36 Belgische acute ziekenhuizen. Deze afgevaardigde moet als coördinator fungeren van een antibiotherapiebeleidsgroep in deze ziekenhuizen. Daartoe werd het beschikbare budget van 934 558,59 euro verdeeld over de 36 ziekenhuizen – in functie van het aantal gewogen bedden per ziekenhuis – en de 2 'interuniversitaire opleidingssecretariaten voor afgevaardigden bij het antibiotherapiebeheer'.

Vanaf 1 juli 2006 werd het beschikbare budget opgetrokken tot 1 869 116 euro (KB van 10 november 2006) waardoor 24 nieuwe ziekenhuizen konden toetreden tot het project.

Op vraag van de vertegenwoordigers van de verzorgingsinstellingen heeft minister Demotte beslist om het project vanaf 1 juli 2007 uit te breiden naar alle Belgische acute ziekenhuizen. Daartoe werd tijdens het begrotingsconclaaf van november 2006 een bijkomend bedrag van 1 783 100 euro vrijgemaakt. De minister wil van deze gelegenheid gebruik maken om de antibiotherapiebeleidsgroepen te verankeren in de erkenningsnormen van de ziekenhuisapotheek.

II. Bevindingen van het pilootproject "antibioticabeleidsgroep"

Het project werd geëvalueerd op basis van de jaarrapporten van de 36 deelnemende ziekenhuizen (L Sourdeau et al. (2006) Implementation of antibiotic management teams in Belgian hospitals. Acta Clinica Belgica 61: 58-63). Hieruit blijkt dat deze ziekenhuizen talrijke initiatieven hebben genomen die bijdragen tot een kwaliteitsverbetering van het antibioticumgebruik (oa antibioticumformularium, klinische richtlijnen, analyse van consumptiecijfers en resistentieprofielen, definitie van antibiotica met beperkt gebruik, ondersteuning bij het voorschrijven, automatische stoporder, switch IV-PO, revisie op dag 3). Ook de middelen die gebruikt worden om de initiatieven van de antibiotherapiebeleidsgroep te communiceren naar de voorschrijvers blijken van goede kwaliteit te zijn.

Op basis van deze analyse en de conclusies van de workshops van de nationale studiedag 'Improving antibiotic prescribing in hospitals', heeft de werkgroep ziekenhuisgeneeskunde van de "Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid" een plan opgesteld voor de verdere ontwikkeling van het

kwaliteitsbeheer met betrekking tot het antibioticumgebruik in de Belgische ziekenhuizen. Aandachtspunten binnen dit plan zijn: de monitoring en rapportering van het antibioticumgebruik op hospitaalniveau; definitie van prioritaire interventies en de evaluatie van de kwaliteit van het antibioticumgebruik; het versterken van de middelen voor opleiding en communicatie; en de erkenning van de competenties in infectiologie en medische microbiologie en de continue professionele opleiding in het antibioticumbeleid.

III. Overwegingen

Het belang van deze materie voor de Volksgezondheid kan niet voldoende onderstreept worden (cf de hierboven geciteerde eerdere adviezen van de Nationale Raad).

België mag fier zijn op de reeds genomen beleidsmaatregelen én behaalde resultaten. Ons land wordt in Europese context als referentie aanzien (handhygiëne, infectiebeheersing, gebruik van antimicrobiële middelen). De federale overheid en heel wat gemotiveerde zorgverstrekkers op het veld verdienen grote appreciatie.

De Europese aanbeveling uit 2001 met nadruk op surveillance, richtlijnen en vorming bleven in ons land geen dode letter. Toch zijn er nieuwe uitdagingen, die ook in een rapport dd. 22 december 2005 van de Europese Commissie (ref. COM (2005) 0684) opgesomd worden.

Toegepast op onze Belgische situatie geven we enkele belangrijke aandachtspunten voor de toekomstige jaren weer:

- Samen mét Europese organisaties¹ moet verder gewerkt worden aan het verzamelen van gestandaardiseerde gegevens en indicatoren. Er moet een compromis bereikt worden tussen enerzijds eenvoud en haalbaarheid van gegevenscollectie en anderzijds relevantie (waarbij de link met pathologie noodzakelijk zal blijken). Het grote werk en de uitdaging van het W.I.V. (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid) mag nog eens onderstreept worden. De Nationale Raad herbevestigt de keuze van motiverende begeleiding van de zorgsector naar continue verbetering. In dit kader wordt gewaarschuwd voor de gevaren van “public disclosure” (open informatie voor het publiek). De interpretatie van gegevens is immers heel complex (en veronderstelt expertise) en de objectiviteit van de gegevensverzameling moet bewaard blijven. Benchmarking, verdere ontwikkeling van richtlijnen en ter beschikking stellen van know-how zijn relevante aandachtspunten.
- Naast een a posteriori evaluatie en feedback aan instellingen en zorgverleners, moeten a priori maatregelen mogelijk zijn tegen verkeerd of te langdurig gebruik van antimicrobiële middelen. De therapeutische vrijheid kan niet absoluut zijn. In dit verband wordt gewezen op een advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren dd. 20.01.1996. Het betrof – aangaande antibioticabeleid – de discussie over de verhouding tussen de diagnostische en therapeutische vrijheid van een geneesheer zoals bepaald in artikel 36 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer versus de bepaling in artikel 34 dat de geneesheer moet handelen volgens de geldende wetenschappelijke kennis. De Nationale Raad stelde: “In geval van tegenstrijdige belangen, blijft artikel 36 ondergeschikt aan artikel 34”.
- Rond richtlijnen en aansprakelijkheid wordt actueel veel rechtsleer gepubliceerd. Voor de antibioticabeleidsgroepen wordt deze materie best van nabij opgevolgd. In elk geval moet ook voor deze commissie de nodige verzekeringsbescherming voorzien worden.
- De inspanningen van de federale overheid en van BAPCOC² voor de rustoordsector in brede zin, voor Sp diensten, voor psychiatrische ziekenhuizen en voor de eerste lijn (cf de problematiek van de “community acquired infections”), moeten verder gezet worden. Samenwerkingsverbanden met de antibioticabeleidsgroep van algemene ziekenhuizen moeten mogelijk zijn. Voor dergelijke samenwerkingsverbanden moet een passende maar reële specifieke financiering mogelijk zijn. Er moet een vlotte samenwerking mogelijk zijn tussen het Federaal niveau en de Gewesten/Gemeenschappen, waarbij bevoegdheidsdiscussies de reeds aanwezige expertise en slagkracht niet mogen afremmen.
- De scope van de surveillance en de resistentie-opvolging moet naast bacteriën ook virussen, fungi en parasieten bevatten.

¹ ESAC = European surveillance on antimicrobial resistance; EARSS European antimicrobial resistance surveillance systeem

² BAPCOC= Belgian antibiotic policy coordination committee.

- De Nationale Raad onderstreept – net als de Europese Commissie in het rapport dd. 22 december 2005 - het belang van de aanpak van de problematiek van antibiotica gebruik en resistentie in de veterinaire sector.
- Tenslotte wordt opgeroepen voor een eenvormigheid qua terminologie: “antimicrobiële middelen”, “antibiotica”, “anti-infectieuze middelen”, “antibiotherapie” komen nu allemaal door elkaar voor. BAPCOG zou terzake een voorstel kunnen doen.

IV. Advies rond de antibiotica-beleidsgroep

Gezien het belang van de hier behandelde materie, adviseert de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dat elk algemeen ziekenhuis over een “antibiotherapiebeleidsgroep” moet beschikken en dat dit in de erkenningsnormen van de acute ziekenhuizen als verplichting moet opgenomen worden. Voor kleinere chronische instellingen of voor psychiatrische ziekenhuizen, die minder met de problematiek geconfronteerd worden, moeten samenwerkingsmogelijkheden met acute ziekenhuizen ter zake aanwezig zijn. Samenwerking en uitwisseling van ervaring en know-how tussen acute ziekenhuizen kan eveneens nuttig zijn. Maar de Nationale Raad onderstreept dat elk acuut ziekenhuis apart moet voldoen aan de hier besproken erkenningsnorm gezien de wenselijkheid van een reële aanwezigheid in elk acuut ziekenhuis

De belangrijkste principes worden hieronder herhaald en uiteengezet.

1/ Principe, samenstelling en taken

De N.R.Z.V stemt in met het principe om in elk acuut ziekenhuis een antibiotherapiebeleidsgroep op te richten. De voorgestelde minimale samenstelling en opdrachten van deze antibiotherapiebeleidsgroep dragen de goedkeuring weg van de leden van de NRZV.

De minimale samenstelling is de volgende: de geneesheer-ziekenhuishygiënist; een klinisch bioloog (arts of apotheker); een geneesheer-specialist met bijzondere ervaring in infectiologie en/of medische microbiologie; en een ziekenhuisapotheker. Onder de leden wordt een voorzitter aangeduid.

De opdrachten zijn de volgende:

1. *Het formularium van de anti-infectieuze geneesmiddelen* van het ziekenhuis ontwikkelen en bijhouden;
2. *De schriftelijke aanbevelingen* m.b.t. empirische, etiologische en profylactische anti-infectieuze behandelingen opstellen, bijhouden en verspreiden onder alle voorschrijvende artsen en overmaken aan de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer, de verpleegkundig directeur en de voorzitter van de medische raad van de instelling.
3. *Initiatieven om het overmatig, verkeerd of te langdurig antibioticagebruik te vermijden* ontwikkelen, toepassen en evalueren (oa correcte indicaties en duur, chirurgische antibioticaprofylaxe, lokaal beleid betreffende farmaceutische promotie-activiteiten);
4. *De permanente opleiding binnen het ziekenhuis* organiseren om de kennis van het medisch en verpleegkundig personeel te verbeteren op het vlak van de diagnose, de microbiologie en de epidemiologie van infecties, en de principes inzake correcte behandeling van infectieziekten;
5. *De implementatiegraad van het formularium en de aanbevelingen* regelmatig meten en de voorschrijvers, de hoofdgeneesheer en het comité voor ziekenhuishygiëne hieromtrent informeren;

6. Een systeem voor het volgen van de lokale consumptieprofielen inzake anti-infectieuze geneesmiddelen opzetten en beheren en de hoofdgeneesheer en de voorschrijvers hieromtrent informeren;

7. Een bewakingssysteem voor resistente kiemen ontwikkelen dat toelaat een follow-up en de systematische rapportering over de lokale epidemiologie van de resistente micro-organismen te organiseren;

8. Een jaarrapport opstellen en overmaken aan de Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid conform de bepalingen van deze commissie.

2/ Werking

De N.R.Z.V. stemt ermee in dat deze antibiotherapiebeleidsgroep als specifieke vergadering met eigen opdracht, opvolging en rapportering, opgericht wordt in de schoot van het Medisch-farmaceutisch comité. De N.R.Z.V. gaat er bovendien mee akkoord dat in elk ziekenhuis een 'afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer' aangeduid wordt, met name een geneesheer-specialist met bijzondere ervaring in de infectiologie en/of medische microbiologie of een ziekenhuisapotheker of apotheker-klinisch bioloog, die de bijhorende interuniversitaire opleiding antibiotherapiebeheer heeft gevolgd (of werd vrijgesteld van deze opleiding door het comité der gelijken op basis van zijn aantoonbare expertise). Verschillende ziekenhuizen kunnen door samenwerking één persoon aanduiden als 'afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer'.

3/ Coördinatie en opvolging

De N.R.Z.V. stemt ermee in dat de werkgroep ziekenhuisgeneeskunde van de Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid de rol van comité van gelijken op zich neemt. Dit comité zal instaan voor de coördinatie en opvolging van het initiatief en de bijhorende opleiding, en zal hierbij de steun genieten van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. De N.R.Z.V. verleent haar goedkeuring aan het voorstel van dit comité om vanaf 1 juli 2007 te starten met het verzamelen en analyseren (anoniem) van antibioticacconsumptiecijfers van de ziekenhuizen als kwaliteitsindicator.

4/ Financiering

De N.R.Z.V. stemt in met de voorgestelde financiering en haar berekeningsmodaliteiten (zie achtergrond). Na één jaar gebeurt best een evaluatie van de werking en van de nodige financiële middelen. Voor instellingen waar de problematiek zich minder acuut stelt of voor kleinere geïsoleerde ziekenhuisdiensten (bv Sp), moeten samenwerkingen met acute ziekenhuizen gestimuleerd worden. Het opzetten van een aparte interne structuur zou immers te zwaar zijn zonder voldoende garanties op vereiste expertise of ervaring. Voor dergelijke samenwerkingsverbanden moet een passende maar reële specifieke financiering mogelijk zijn
