

New activity report to be launched
in 2020
(report on year 2019)

Development of a set of additional
Antimicrobial Quality Indicators

Ann Versporten

Wat zegt de wet ?

KONINKRIJK BELGIE

Federale Overheidsdienst
Volksgezondheid, Veiligheid van de
Voedselketen en Leefmilieu

Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Ondertekend op 10/11/2006 BS (24/11/2006)

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,
Onze Groot.

ROYAUME DE BELGIQUE

Service public fédéral Santé publique,
Sécurité de la Chaîne alimentaire et
Environnement

Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux
Signé le 10/11/2006 MB (24/11/2006)

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir,
Salut.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

N. 2008 — 961

[C - 2008/24120]

12 FEBRUARI 2008. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

F. 2008 — 961

[C - 2008/24120]

12 FEVRIER 2008. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée

Na beëindiging van het werkingsjaar moeten de geselecteerde ziekenhuizen hun activiteitenverslag opsturen naar de 'Commissie voor de Coördinatie van

het Antibioticabeleid'. Dit activiteitenverslag bevat onder andere kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het antibioticabeleid van de instelling. Die indicatoren worden bepaald door de 'Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid', opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999. ».

Au terme de l'exercice, les hôpitaux sélectionnés doivent faire parvenir leur rapport d'activité à la 'Commission de coordination de la politique

antibiotique'. Ce rapport d'activité comprend, entre autres, des indicateurs de qualité concernant la politique de l'établissement en matière d'antibiotiques. Ces indicateurs sont définis par la 'Commission de coordination de la politique antibiotique', créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999. ».

Huidig activiteiten rapport - 6 items

1. Algemene informatie

- ▶ Contactgegevens

2. Huidige samenstelling van de ABTBG

- ▶ Voornaamste discipline en naam *huidige afgevaardigde arts specialist bij het antibiotherapiebeheer...*
- ▶ Discipline en naam *afgevaardigde ziekenhuisapotheker of apotheker specialist in de klinische biologie bij het antibiotherapiebeheer....*
- ▶ Overzicht van **ALLE leden** (contactpersoon, afgevaardigden en alle andere inbegrepen) **én hun aantal** aangesteld bij het antibiotherapiebeheer (ABTBG).
- ▶ **Aantal ziekenhuishygiënisten** vertegenwoordigd in de ABTBG in 2018, zelfs als ziekenhuishygiëne niet de hoofdactiviteit is.

2019 : nog activiteitenrapport te verwachten van 6 ziekenhuizen

Wat zegt de wet?

De ziekenhuizen worden, na advies van de 'Commissie ter coördinatie van het antibioticabeleid', opgericht door het koninklijk besluit van 26 april 1999, in de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu geselecteerd door de Minister die het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft en dat volgens een rangschikking uitgevoerd op grond van de volgende criteria :

- het bestaan van een **functionele beheersgroep** antibiotherapie;
- het bestaan van een formularium van de infectiewerende geneesmiddelen in het ziekenhuis;
- het bestaan van schriftelijke aanbevelingen voor de empirische en etiologische infectiewerende behandelingen en de infectiewerende profylaxe;
- de aanwerving van een arts of apotheker afgevaardigde bij het antibiotherapiebeheer.

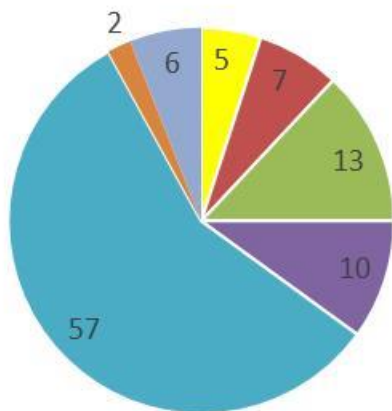
Les hôpitaux sont sélectionnés, après avis de la 'Commission de coordination de la politique antibiotique', créée par l'arrêté royal du 26 avril 1999 au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions, selon un classement établi d'après les critères suivants :

- l'existence d'un **groupe de gestion** de l'antibiothérapie fonctionnel ;
- l'existence d'un formulaire des médicaments anti-infectieux de l'hôpital ;
- l'existence de recommandations écrites pour les traitements anti-infectieux empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse ;
- l'engagement d'un médecin ou d'un pharmacien délégué à la gestion de l'antibiothérapie.

Huidig activiteiten rapport - 6 items

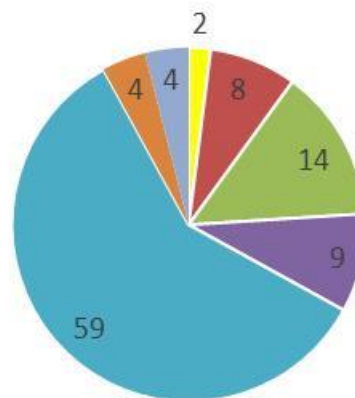
2. Huidige samenstelling van de ABTBG : *Aantal vergaderingen* van de ABTBG

Aantal ZH met x-aantal vergaderingen ABTBG in 2016



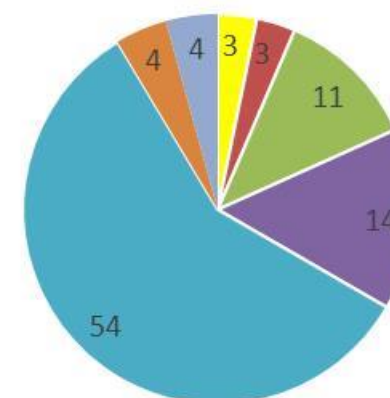
■ 0 vergaderingen
■ 3 vergaderingen
■ 10 t.e.m. 12 (of meer) vergaderingen

Aantal ZH met x-aantal vergaderingen ABTBG in 2017



■ 1 vergadering
■ 4 t.e.m. 6 vergaderingen

Aantal ZH met x-aantal vergaderingen ABTBG in 2018



■ 2 vergaderingen
■ 7 t.e.m. 9 vergaderingen

Wat zegt de wet?

De dossiers inzake kandidaatstelling van ziekenhuizen moeten gezonden worden aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu – Bestuur van de Gezondheidszorg. Die moeten de volgende gegevens bevatten:

2. de notulen van de vergaderingen van de beheersgroep antibiotherapie van het verstreken jaar of van stukken waaruit blijkt dat de groep regelmatig vergadert;

Les dossiers de candidature des hôpitaux doivent être envoyés au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement – Administration des Soins de santé. Ils doivent comporter les données suivantes :

2. les compte-rendus des réunions du groupe de gestion de l'antibiothérapie de l'année écoulée ou des documents attestant des réunions régulières de ce groupe ;

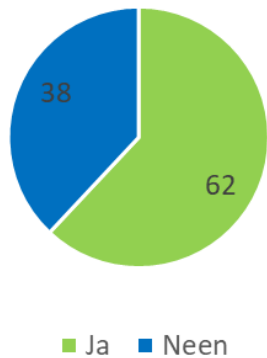
Huidig activiteiten rapport - 6 items

3. Opleidingen georganiseerd door de ABTBG

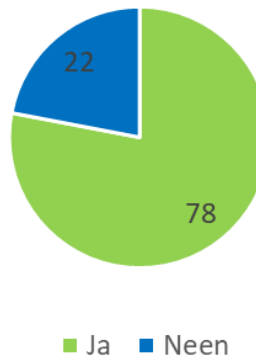
▶ De ABTBG organiseerde één of meerdere **opleidingen** betreffende antibiotherapiebeleid, microbiologie en/of infectiologie (geen ziekenhuishygiëne) binnen het ziekenhuis.

▶ Onderwerp en doelgroep

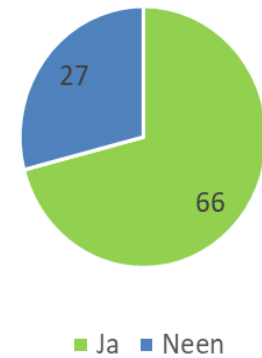
Organiseerde ABTBG opleidingen binnen het ZH (2016)?
(n = 100)



Organiseerde ABTBG opleidingen binnen het ZH (2017)?
(n = 100)



Organiseerde ABTBG opleidingen binnen het ZH (2018)?
(n = 93)



Wat zegt de wet?

« Art. 25ter. Onverminderd de in artikel 25 aan het medisch farmaceutisch comité toegekende taken, neemt de antibiotherapiebeleidsgroep in de schoot van het medisch farmaceutisch comité de taken op het vlak van anti-infectieuze geneesmiddelen waar en dan meer in het bijzonder :

4° het organiseren van **permanente opleiding** binnen het ziekenhuis om de kennis van het medisch, verpleegkundig en het verzorgend personeel te verbeteren met betrekking tot de diagnose, de microbiologie, de epidemiologie van infecties en de principes inzake passende behandeling van infectieziekten;

« Art.25ter. Sans préjudice des tâches attribuées au Comité médico-pharmaceutique visées à l'article 25, le groupe de gestion de l'antibiothérapie assume, au sein du Comité médico-pharmaceutique, les tâches relatives aux médicaments anti-infectieux. Il est chargé, en particulier :

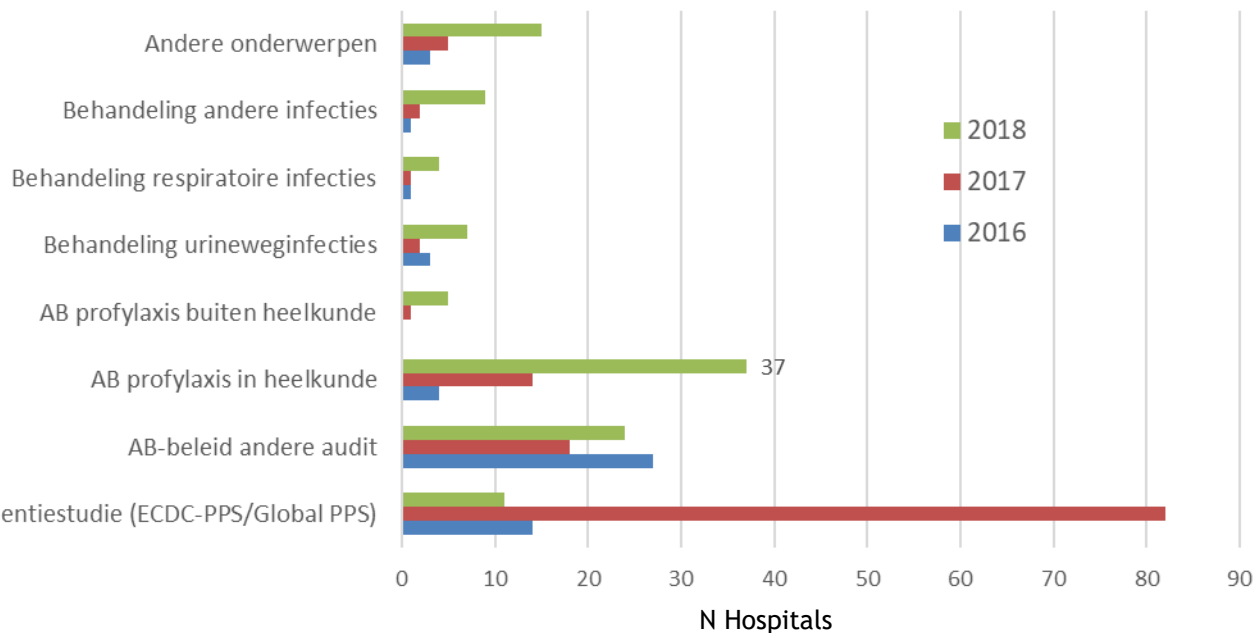
4° d'organiser la **formation continue** au sein de l'hôpital afin d'améliorer les connaissances du personnel médical, infirmier et soignant en ce qui concerne le diagnostic, la microbiologie, l'épidémiologie des infections et les principes du traitement approprié des maladies infectieuses;

Huidig activiteiten rapport - 6 items

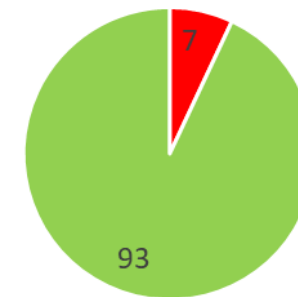
4. Audits georganiseerd door de ABTBG

- ▶ De ABTBG organiseerde één of meerdere *audits* betreffende antibiotherapiebeleid, microbiologie en/of infectiologie binnen het ziekenhuis.
 - ▶ Onderwerp
 - ▶ Impact en/of resultaat

Aantal ZH met doorgevoerde audit in 2016 en 2017 (N=100) en 2018 (N=93)

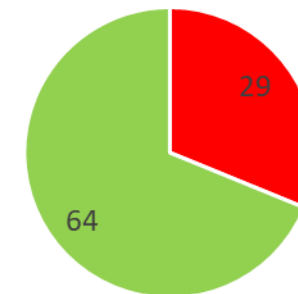


Organiseerde ABTBG audits binnen het ZH in 2016 of 2017 ?
(n =100)



■ Nee ■ Ja

Organiseerde ABTBG audits binnen het ZH in 2018 ?
(n =93)



■ Neen ■ Ja

Huidig activiteiten rapport - 6 items

5. Andere activiteiten en initiatieven van de ABTBG in 2018

- ▶ Omschrijving
- ▶ Doelstelling
- ▶ Resultaat - impact

6. Noden/verwachtingen binnen uw ziekenhuis

- ▶ Richtlijnen
- ▶ Initiatieven
- ▶ Bepaalde ondersteuning
- ▶ Anders

Introductie van nieuwe indicatoren in 2020 – Enkele referenties

Clinical Microbiology and Infection 25 (2019) 20–25

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Microbiology and Infection

journal homepage: www.clinicalmicrobiologyandinfection.com

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

J Antimicrob Chemother 2018; 73 Suppl 6: vi30–vi39
doi:10.1093/jac/dky116



Position paper

Developing core elements and checklist items for global hospital antimicrobial stewardship programmes: a consensus approach

C. Pulcini^{1,2,*}, F. Binda^{1,2,3}, A.S. Lamkang⁴, A. Trett⁴, E. Charani⁵, D.A. Goff⁶, S. Harbarth⁷, S.L. Hinrichsen⁸, G. Levy-Hara⁹, M. Mendelson¹⁰, D. Nathwani¹¹, R. Gunturu¹², S. Singh¹³, A. Srinivasan¹⁴, V. Thamlikitkul¹⁵, K. Thursky¹⁶, E. Vlieghe^{17,18,19}, H. Wertheim²⁰, M. Zeng²¹, S. Gandra⁴, R. Laxminarayan^{4,22}

Infect Control Hosp Epidemiol. 2016 October; 37(10): 1201–1211. doi:10.1017/ice.2016.115.

A Concise Set of Structure and Process Indicators to Assess and Compare Antimicrobial Stewardship Programs Among EU and US Hospitals: Results From a Multinational Expert Panel

Lori A. Pollack, MD, MPH¹, Diamantis Plachouras, MD, PhD², Ronda Sinkowitz-Cochran, MPH¹, Heidi Gruhler, MPH¹, Dominique L. Monnet, PharmD, PhD², J. Todd Weber, MD¹, and Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR) Expert Panel on Stewardship Structure and Process Indicators

¹Division of Healthcare Quality Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia

²European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, Sweden. Members of the TATFAR Expert Panel on Stewardship Structure and Process Indicators are listed at the end of the text.

Quality indicators for responsible antibiotic use in the inpatient setting: a systematic review followed by an international multidisciplinary consensus procedure

Annelie A. Monnier^{1-3*}, Jeroen Schouten², Marion Le Maréchal⁴, Gianpiero Tebano⁴, Céline Pulcini^{4,5}, Mirjana Stanić Benić⁶, Vera Vlahović-Palčevski⁶, Romina Milanić⁶, Niels Adriaenssens⁷, Ann Versporten⁷, Benedikt Huttner^{8,9}, Veronica Zanichelli⁸, Marlies E. Hulscher² and Inge C. Gyssens^{1,3}
on behalf of the DRIVE-AB WP1 group†

INVITED ARTICLE

QUALITY IMPROVEMENT

Trish M. Perl, Section Editor

Clinical Infectious Diseases® 2015;60(2):281–91

Quality Indicators to Measure Appropriate Antibiotic Use in Hospitalized Adults

Caroline M. A. van den Bosch,¹ Suzanne E. Geerlings,¹ Stephanie Natsch,² Jan M. Prins,¹ and Marlies E. J. L. Hulscher³

¹Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Academic Medical Center, University of Amsterdam, and Departments of ²Clinical Pharmacology and ³Scientific Institute for Quality of Healthcare, Radboud University Medical Center, Nijmegen, The Netherlands

C Pulcine et al., *Clinical Microbiology and Infection*, 2019

7 core elements were defined

1. Senior hospital management leadership towards AM stewardship
2. Accountability and responsibilities
3. Available expertise on infection management
4. Education and practical training

First 4 core elements: No specific questions retained, merely all already in activity report, defined by law.

C Pulcine et al. /Clinical Microbiology and Infection-2019 : 7 core elements were defined
> QI's based on DRIVE-AB article: Monnier et al. JAC, 2018: 51 QI's retained
* **core indicators** defined in article Pollack, Infec Control Hosp Epidemiology, 2016

5. Actions aiming at responsible AMU

- ▶ Does the hospital have an **antimicrobial formulary list** of antimicrobials that have been approved for use in the hospital, specifying whether the drugs are unrestricted, restricted (approval of an antimicrobial stewardship team member is required) or permitted for specific conditions?
 - ▶ ***preauthorization** (specified AM agents to be approved by physician or pharmacist)
- ▶ Does the hospital have a **written policy** that requires prescribers to **document an antimicrobial plan** (includes **indication***, name, dosage, route, duration, interval administration) in the medical record or during order entry for all antimicrobial prescriptions (process)?
 - ▶ ***Document indication** in medical record or during order entry for all AM prescriptions

C Pulcine et al. /Clinical Microbiology and Infection-2019 : 7 core elements were defined
> QI's based on DRIVE-AB article: Monnier et al. JAC, 2018: 51 QI's retained
* **core indicators** defined in article Pollack, Infec Control Hosp Epidemiology, 2016

5. Actions aiming at responsible AMU

- ▶ Does the antimicrobial stewardship team **review/audit courses of therapy** for specified antimicrobial agents or clinical conditions at the hospital?
 - ▶ ***post-prescription review** : existence of formal procedure that a physician, pharmacist review appropriateness of AM at or after 48 hours from initial order
 - ▶ Antibiotics for **empirical therapy are reviewed** after the third day of treatment or when microbiological results become available (process)
 - ▶ Results of **bacteriological susceptibilities are documented** in medical records
 - ▶ **Broad-spectrum empiric AB therapy is changed to pathogen-directed therapy** as soon as culture results become available
 - ▶ **Duration of AB therapy** is compliant with guidelines (process)
 - ▶ ABs should be **prescribed according to local or national practice guidelines** and deviations are justified in the medical record (process)
 - ▶ Specimens for **culture from suspected sites of infection should be collected** before AB administration

C Pulcine et al. /Clinical Microbiology and Infection-2019 : 7 core elements were defined
> QI's based on DRIVE-AB article: Monnier et al. JAC, 2018: 51 QI's retained
* **core indicators** defined in article Pollack, Infec Control Hosp Epidemiology, 2016

5. Actions aiming at responsible AMU

- ▶ Is **advice** from antimicrobial stewardship team members easily available to prescribers?
- ▶ Are there **regular infection and antimicrobial prescribing focused ward rounds** in specific departments in the hospital?

C Pulcine et al. /Clinical Microbiology and Infection-2019 : 7 core elements were defined
> QI's based on DRIVE-AB article: Monnier et al. JAC, 2018: 51 QI's retained
* **core indicators** defined in article Pollack, Infec Control Hosp Epidemiology, 2016

6. Monitoring and surveillance (on a continuous basis)

- ▶ Does the hospital **monitor the quality of antimicrobial use at the unit and/or hospital wide level?** (done e.g. by PPS or audit) (structure)
 - ▶ **review surgical AM prophylaxis choice and duration*
 - ▶ **monitor if the indication is captured in the medical records for all AM prescriptions*
- ▶

7. Reporting and feedback (on a continued basis) (core element 7)

- ▶ ***Are results of audits/reviews of the quality/appropriateness of antimicrobial use communicated directly with prescribers?**
 - ▶ Educational sessions about local practical guidelines are organized for medical staff with predetermined attendance target
 - ▶ **annual report focused on AM stewardship produced in the hospital in the past year*
- ▶

Thank you for your attention !

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the slide, creating a modern, layered effect. The rest of the slide is a plain white background.