

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
Beleidsnota 2007-2011

Achtergrond

- Internationale context

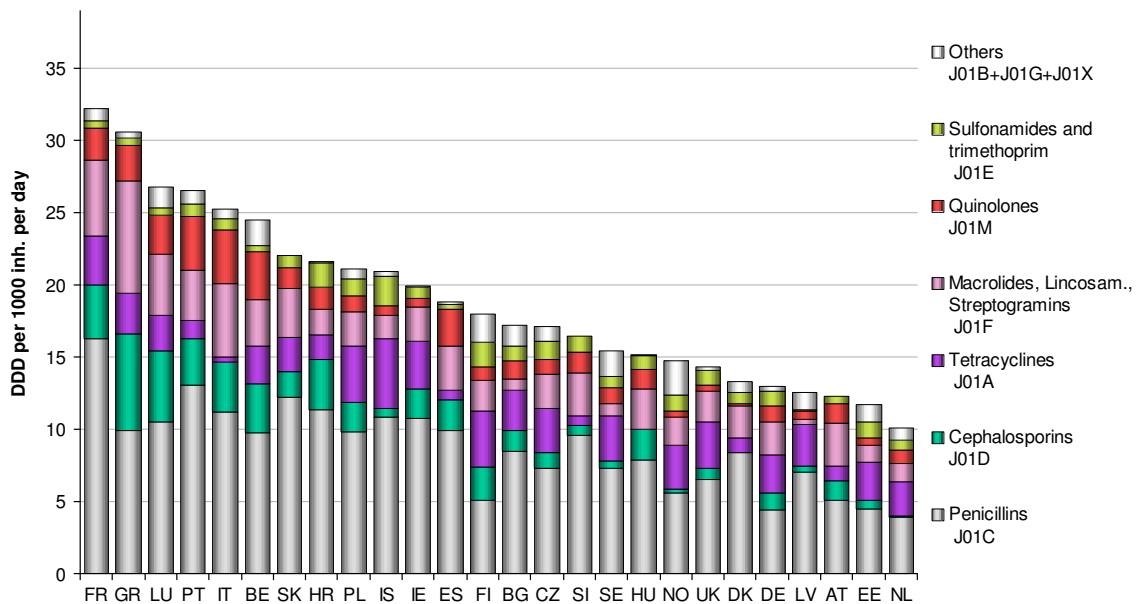
De stijgende incidentie van antibioticaresistente bacteriën en ziekenhuisinfecties wordt wereldwijd erkend als een belangrijk maatschappelijk probleem dat steeds duidelijker een bedreiging voor de volksgezondheid betekent. Internationale wetenschappelijke en gouvernementele organisaties structureren zich de laatste jaren dan ook beter om deze problemen in te dijken.

De Deense regering organiseerde in 1999 de **Europese conventie "The Microbial Threat"**. Deze conventie resulteerde in een aantal aanbevelingen voor de lidstaten van de Europese Unie: 1) een surveillancesysteem voor (multi-)resistente micro-organismen opzetten; 2) het verbruik van antimicrobiële middelen opvolgen; 3) maatregelen nemen ter optimalisatie van antimicrobiële therapie; en 4) gecoördineerde onderzoeksactiviteiten in verband met het probleem van antibioticaresistentie stimuleren.

Omdat het probleem van antibioticaresistentie een duidelijke internationale dimensie heeft, besloot de Europese Commissie, in navolging van deze **"Copenhagen Recommendations"** over te gaan tot de financiering van het EARSS project (European Antimicrobial Resistance Surveillance System). EARSS is een internationaal netwerk van nationale surveillancesystemen die vergelijkbare en gevalideerde gegevens verzamelen betreffende antibioticaresistentie.

In november 2001 tijdens het Belgisch EU voorzitterschap werd een conferentie georganiseerd te Brussel over het antibioticaverbruik in Europa. Deze conferentie betekende het startschot voor het ESAC project (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) dat gegevens inzamelt betreffende het antibioticagebruik binnen de Europese landen. Gelijktijdig met de conferentie werden tijdens de **Europese ministerraad voor volksgezondheid** te Brussel van 15/11/2001 **richtlijnen** goedgekeurd **met betrekking tot het antibioticabeleid bij de mens**. Deze richtlijnen zetten de krijtlijnen uit voor het antibioticabeleid in de komende decennia.

De laatste jaren werden de Europese inspanningen nog opgedreven, wat resulteerde in de creatie van het ECDC (European Centre for Disease prevention and Control) en meerdere internationale projecten zoals IPSE (Improving Patient Safety in Europe), GRACE (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe), e-Bug en AntiBiotic Strategies International. België en BAPCOOC spelen vaak een sleutelrol in deze Europese initiatieven en sommige zijn er zelfs gekomen op Belgisch initiatief.



Uit de cijfers van ESAC voor 2002 blijkt dat er **duidelijke verschillen** zijn **tussen de Europese landen wat antibioticaconsumptie betreft**. Het verbruik is zeer hoog in de Mediterrane landen en veel lager in de Scandinavische landen. De consumptie in België is helaas ook hoog – een groot contrast met het zeer lage verbruik in Nederland.

- Determinanten van antibioticaconsumptie

Het globale verbruik van antibiotica in de ambulante praktijk is grotendeels het gevolg van een **interactie tussen de patiënt en de voorschrijvende arts**.

Bij patiënten speelt de cultuur betreffende ziekteopvatting een belangrijke rol. Sociale druk en appreciatie van de ernst van de ziekte staan hier centraal. Prospectief onderzoek kon aantonen dat proefpersonen uit Nederland aandoeningen van de bovenste luchtwegen eerder omschreven als “griep” of “banale verkoudheid” in tegenstelling tot Vlamingen die veeleer spraken van “bronchitis”, wat leidde tot meer antibioticaverbruik.

Ook bij artsen zijn cultuurgebonden opvattingen vaak moeilijk te doorbreken determinerende factoren. Door een sterke bereidheid hulp te willen bieden kan de arts onnodig overgaan tot het voorschrijven van antibiotica. Het feit dat een antibioticum voorgeschreven wordt geldt hier als signaal naar de patiënt dat de arts de ziekte ernstig neemt en navenant handelt. Bovendien wordt de patiënt bevestigd in de opvatting dat hij/zij ernstig ziek is.

Ook **economische aspecten** zijn belangrijk. Hierbij is vooral de verhouding inkomen/kostprijs primordiaal in de anticipatie op ziekte. Sterk verbonden hiermee is de organisatie van het gezondheidszorgsysteem, in het bijzonder de kostprijs van een consultatie en het aandeel niet-terugbetaalde kostprijs van het product. Het is gebleken dat aangepaste terugbetalingmodaliteiten een aanzet kunnen zijn tot een meer rationeel voorschrijfgedrag (cf. forfaitarisering van perioperatieve antibioticaprofylaxe).

Verder nemen ook **opvoeding en informatieverstrekking** een belangrijke plaats in. Gerichte informatiecampagnes kunnen het gedrag van patiënten ten aanzien van antibioticaverbruik gunstig beïnvloeden door misvattingen aan te kaarten (bvb. antibiotica voor virale aandoeningen) en te duiden op mogelijke risico's (bvb. antibioticaresistentie). Educatie en informatieverstrekking kunnen ook bij artsen bijdragen tot een optimaal voorschrijfgedrag.

Tot slot is ook de **farmaceutische industrie** een belangrijke determinerende factor. De sterke competitie tussen verschillende firma's resulteert in intensief gevoerde promotiecampagnes.

Dierenartsen hebben het recht geneesmiddelen voor te schrijven en het recht op het houden van een geneesmiddelen depot van waaruit zij geneesmiddelen kunnen toedienen en/of verschaffen. Dit houdt in dat zij een deel van hun **inkomsten halen uit de verkoop van geneesmiddelen**. Daarenboven bestaat **onvoldoende controle op de activiteiten van de farmaceutische industrie** met betrekking tot hun verkoopstechnieken, wat aanleiding kan geven tot overmatig gebruik van antibiotica. Tenslotte moet vermeld worden dat de sector van de **voedselproducerende dieren** een **economische sector** is waarin de grootte van de dierenartsenpraktijken de prijszetting van de verschaft geneesmiddelen beïnvloedt. Bij gebrek aan minimumprijzen voor geneesmiddelen en door het verbod op het vastleggen van de erelonen komt men tot onoordeelkundig en onverantwoord gebruik van antibiotica voor **massamedicatie op de landbouwbedrijven**.

- Risicoanalyse

Infecties met (multi)resistente kiemen kunnen gepaard gaan met **exces morbiditeit en zelfs mortaliteit, en extra uitgaven**.

In sommige gevallen kunnen patiënten die geïnfecteerd zijn met antibioticaresistente micro-organismen enkel nog suboptimaal behandeld worden: zo moeten patiënten met infecties veroorzaakt door Methicilline-Resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) behandeld worden met glycopeptiden, die intrinsiek minder effectief zijn dan de penicillinase-resistente penicillines die wel nog gebruikt kunnen worden in de behandeling van methicilline-gevoelige *Staphylococcus aureus*. Er zijn bovendien aanwijzingen dat deze situatie aanleiding kan geven tot hogere mortaliteit bij patiënten met MRSA-infecties. Met het recente verschijnen van de glycopeptide-resistente *Staphylococcus aureus* wordt bovendien het aanbreken van het “post-antibiotictijdperk” realistischer.

In België zijn de uitgaven voor antimicrobiële geneesmiddelen proportioneel meer gestegen dan hun volume, en dit zowel in de ambulante praktijk als in het ziekenhuis. Dit is in hoofdzaak te wijten aan een (gedwongen) substitutie van goedkopere oudere producten – waartegen vele bacteriën resistentie ontwikkeld hebben – door duurdere nieuwe antimicrobiële geneesmiddelen. Deze trend loopt parallel met de toenemende antibioticaresistentie.

Ook **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 kwetsbare oudere en/of verzwakte patiënten in onze gezondheidszorginstellingen vindt – dreigt dit probleem enkel maar in omvang toe te nemen.

Algemeen wordt aangenomen dat **antibioticaresistentie in de diergeneeskunde** een risico kan vormen voor de volksgezondheid aangezien de commensale gastro-intestinale flora (indicatorbacteriën) van gezonde dieren een **reservoir van resistentiegenen** vormen voor de **humane flora** door contaminatie van de voedselketen of door direct contact. Daarnaast vormt de **directe overdracht van resistente zoönotische organismen** zoals *Salmonella* spp. en *Campylobacter* spp. een rechtstreekse bedreiging voor de volksgezondheid.

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOOC)

- Oprichting en doelstelling van BAPCOOC

BAPCOOC werd in 1999 bij Koninklijk Besluit (**KB van 26 april 1999**) opgericht en kreeg volgende **specifieke taken** toebedeeld: 1) alle beschikbare informatie betreffende antibioticagebruik en antibioticaresistentie verzamelen; 2) rapporten in verband met de evolutie van de antibioticaresistentie en het antibioticagebruik publiceren; 3) alle betrokken partijen voorlichten en sensibiliseren betreffende de evolutie van de antibioticaresistentie en de gevaren van onoordeelkundig gebruik van antibiotica; 4) aanbevelingen uitbrengen in verband met de detectie en de opvolging van antibioticaresistentie bij micro-organismen, het gebruik van antibiotica, de indicaties voor profylactisch en therapeutisch gebruik van antibiotica, de evaluatie en de opvolging van antibioticagebruik bij mens en dier, en de toepassingen van internationale aanbevelingen rond het gebruik van antibiotica bij mens en dier; en 5) aanbevelingen maken voor verder onderzoek met betrekking tot de ontwikkeling en de verspreiding van resistentie.

De primaire doelstelling van BAPCOOC is het **stimuleren van het verantwoord antibioticagebruik**. Bijzondere aandacht wordt daarbij geschonken aan het **reduceren van de excessieve antibioticaconsumptie**, die algemeen beschouwd wordt als de voornaamste drijvende factor voor het selectieproces dat leidt tot antimicrobiële resistentie. Finaal moet het geheel van de maatregelen aldus leiden tot een **beter bescherming van de volksgezondheid**.

Essentieel is het feit dat de benadering van BAPCOOC **gericht is op beide ecosystemen – zowel de humane als de veterinaire sector**. Binnen de problematiek van antibioticaresistentie heerst er immers een continue dynamiek van wederzijdse beïnvloeding tussen de verschillende betrokken ecosystemen. Een gefragmenteerde benadering, waarbij slechts op één ecosysteem gefocust wordt, zou wellicht enkel resulteren in een verschuiving van de problematiek.

Wat de humane geneeskunde betreft, wordt **zowel op de ambulante praktijk als op de verzorgingsinstellingen** (ziekenhuizen en woon- en zorgcentra) gemikt.

Aangezien preventie van (ziekenhuis)infecties ongetwijfeld bijdraagt tot een vermindering van het antibioticumgebruik, maakt de **bevordering van de ziekenhuishygiëne** integraal deel uit van de aanpak van BAPCOOC.

Antibioticumbeleid en ziekenhuishygiëne zijn ontegensprekelijk fundamentele pijlers van een (overheids)**beleid betreffende kwaliteit en patiëntveiligheid**.

- Samenstelling en werking van BAPCOOC

BAPCOOC kan sinds zijn oprichting een beroep doen op **5 multidisciplinaire werkgroepen** met wetenschappelijke experts – Ambulante praktijk, Ziekenhuisgeneeskunde, Sensibilisatie, Federaal Platform voor ziekenhuishygiëne en Diergeneeskunde – en een **Technische Cel Epidemiologie**. Bovendien werd in het najaar van 2007 een **MedVet Task Force** opgericht om de samenwerking van de competente instanties in de humane sector en in de veterinaire sector te optimaliseren. Op dit niveau worden de nieuwe initiatieven ontwikkeld en de lopende projecten begeleid.

Het **wetenschappelijk secretariaat** garandeert de continuïteit en het goed verloop van de talrijke initiatieven en projecten. Het **wetenschappelijk bureau** staat in voor de operationele beslissingen en begeleiding van de verschillende werkgroepen. De **plenaire vergadering** tenslotte verzamelt alle betrokken partijen – zowel van overheidswege als vanuit wetenschappelijke instellingen – rond de tafel en fungeert vooral als een forum voor informatiedoorstroming, samenwerking en discussie.

BAPCOOC werkt nauw samen met **talrijke partners**, zowel met andere overheidsinstellingen zoals de FOD VVVL¹, FAGG², FAVV³, RIZIV⁴, WIV⁵, CODA⁶ en KCE⁷, als met wetenschappelijke verenigingen zoals BVIKM⁸ en BICS⁹ en wetenschappelijke instellingen.

¹ Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

² Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

³ Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen

⁴ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

BAPCOC

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

Tenslotte levert BAPCOC een **actieve bijdrage aan talrijke Europese projecten** zoals ESAC, ABS International, GRACE en e-Bug. België en BAPCOC spelen vaak een sleutelrol in deze Europese initiatieven en sommige zijn er zelfs gekomen op Belgisch initiatief. Ook voor de organisatie van de eerste European Antibiotic Awareness Day heeft België mee aan de kar getrokken.

⁵ Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

⁶ Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie

⁷ Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg

⁸ Belgische Vereniging voor Infectiologie en Klinische Microbiologie

⁹ Belgian Infection Control Society



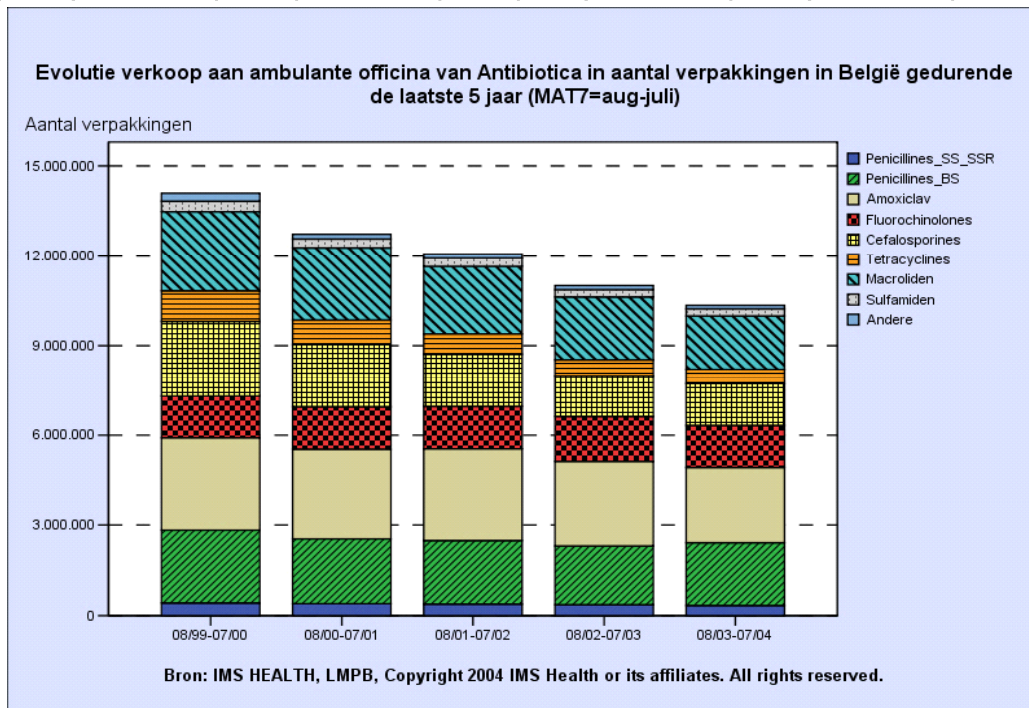
Realisaties en resultaten

- Evolutie van de antibioticumconsumptie in de ambulante praktijk

Tot de oprichting van BAPCOOC in 1999 bleef de antibioticumconsumptie in België gestaag stijgen, maar dankzij de talrijke initiatieven die vanaf dan werden genomen vertoont deze consumptie de laatste jaren een progressief dalende trend.

Uit cijfers van het RIZIV in het rapport “Ambulant voorschrijfgedrag antibiotica & antihypertensiva – onderzoeksrapport april 2005” blijkt dat de antibioticumconsumptie in de ambulante praktijk van 88.7 miljoen DDA¹⁰ in 1999 gestaag gedaald is naar 67.1 miljoen DDA in 2004 – een daling met maar liefst 24%. Uitgedrukt in DDD¹¹ zien we over dezelfde periode een daling met 13%. Bovendien stelt het rapport dat de opwaardering van amoxicilline en ampicilline ten koste van amoxicilline-clavulaanzuur zich doorzet en dat na een initiële stijging het verbruik van chinolonen sinds 2003 daalt, wat wijst op een betere keuze van specifieke antibiotica door de artsen.

	DDD	Index	HA DDD	Index HA	% HA	DDA	Index	HA DDA	Index HA	% HA
1999	98.110.506	100				88.668.298	100			
2000	95.325.640	97				84.648.459	95			
2001	89.805.415	92				78.198.786	88			
2002	90.734.165	92	75.335.865	100	83,0	76.800.545	87	61.686.473	100	80,3
2003	89.878.739	92	74.715.833	99	83,1	73.996.606	83	59.469.883	96	80,4
2004	85.837.981	87	70.108.995	93	81,7	67.117.475	76	52.706.034	85	78,5

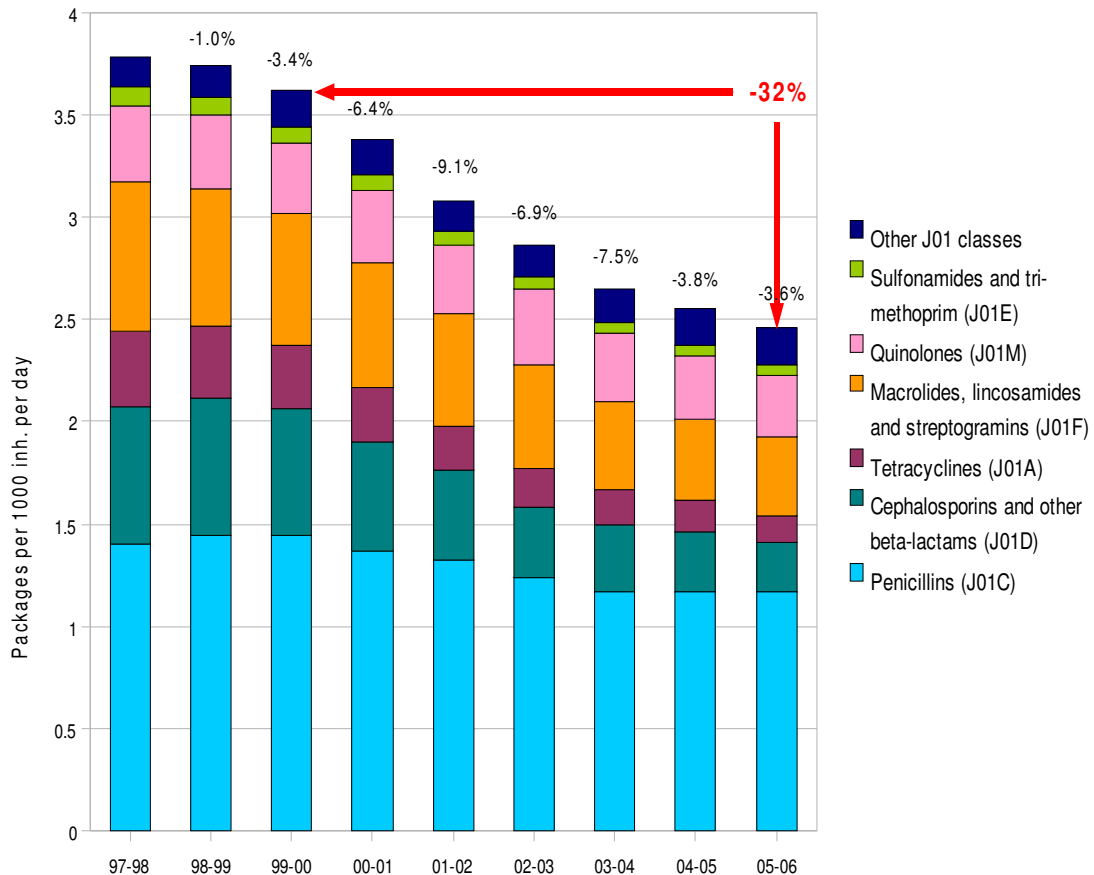


¹⁰ Daily Dose of Administration: maat voor de antibioticumconsumptie – aanpassing van DDD aan de Belgische situatie gebaseerd op het meest waarschijnlijk aantal toedieningen van de betrokken farmaceutische en galenische vorm met een welbepaalde sterkte bij de hoofdindicatie

¹¹ Defined Daily Dose: maat voor de antibioticumconsumptie voorgesteld door WHO – gebruikelijke dagdosis voor een antibioticum dat aangewend wordt in zijn voornaamste indicatie bij een volwassene van 70 kg

Deze positieve evolutie wordt bevestigd door de **recente cijfers van ESAC** voor België. Uitgedrukt in aantal verpakkingen per 1 000 personen per dag is de **antibioticumconsumptie in de ambulante praktijk met maar liefst 32% gedaald in de periode van 07/1999-06/2000 tot 07/2005-06/2006**, wat overeenkomt met een daling van gemiddeld 6.2% per jaar over dezelfde periode.

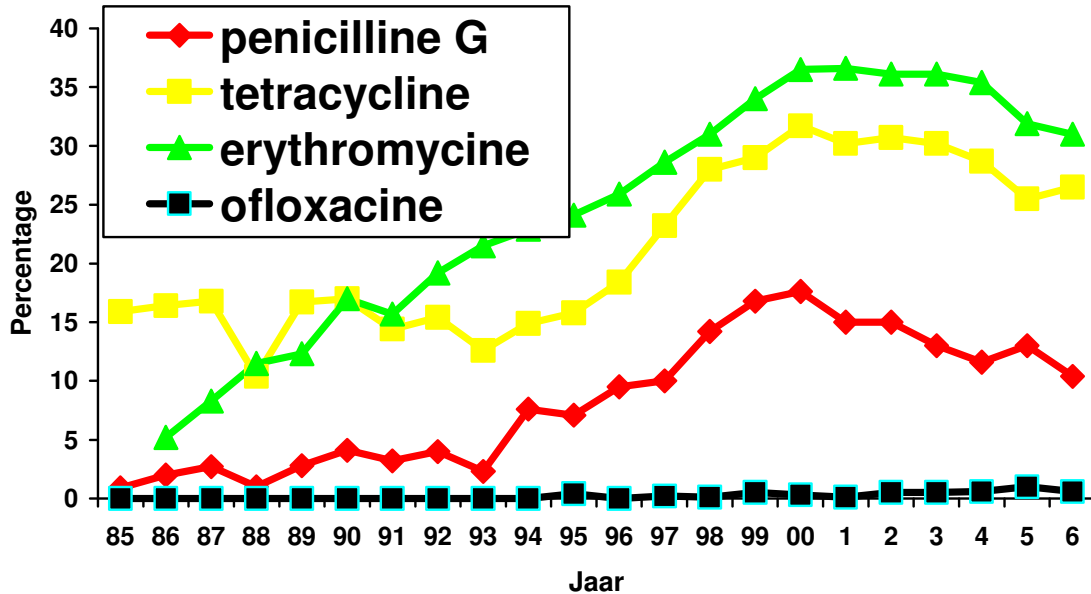
Deze sterke reductie van het overmatig gebruik van antibiotica heeft natuurlijk ook **grote financiële implicaties voor het gezondheidszorgsysteem**. In de periode 2000-2006 zijn de uitgaven voor antibiotica voor het RIZIV en voor de patiënt respectievelijk met 61 miljoen en 12 miljoen euro gedaald.



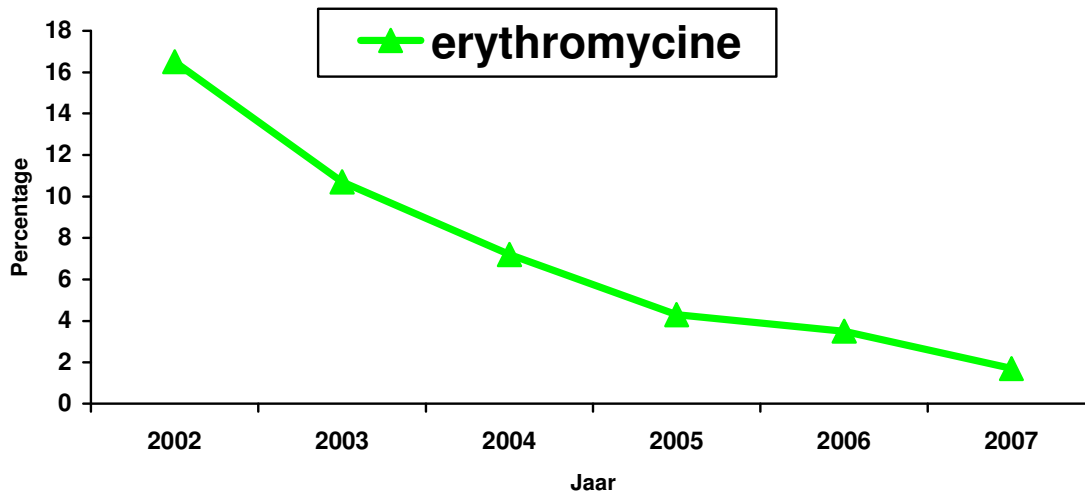
- Evolutie van de microbiële resistentie

Verwacht wordt dat de dalende antibioticumconsumptie en de daaruit resulterende lagere selectiedruk pas na verloop van enkele jaren zullen resulteren in een daling van de resistentiecijfers.

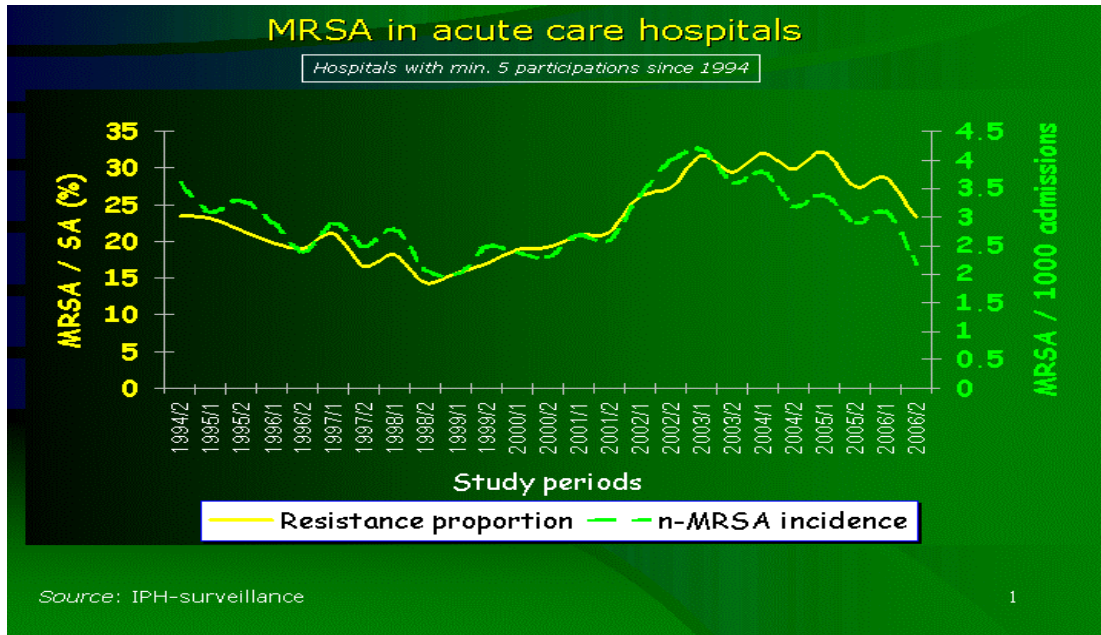
Toch zien we nu reeds een positieve evolutie bij de pneumokok (*Streptococcus pneumoniae*), een verwekker van zeer courante infecties in de ambulante praktijk zoals rhinosinusitis, otitis media, acute exacerbaties van COPD en pneumonie. De **prevalentie van resistente pneumokokken** vertoont sinds 2000 – na een jarenlange sterke toename – **een opmerkelijke daling**: voor penicilline een daling van 17.5% in 2000 naar 12.9% in 2005, voor erythromycine van 36.5% naar 31.7% en voor tetracycline van 31.7% naar 25.4% [Bron: Referentielaboratorium UZ Leuven, Prof Dr Jan Verhaegen].



Ook voor de **keelstreptokokken** (*Streptococcus pyogenes* groep A), een verwekker van keelontsteking, zien we een **daling van de resistentie** voor erythromycine van 12.4% in 2001 naar 4.3% in 2005 [Bron: Referentielaboratorium UZ Antwerpen, Prof Dr Herman Goossens].

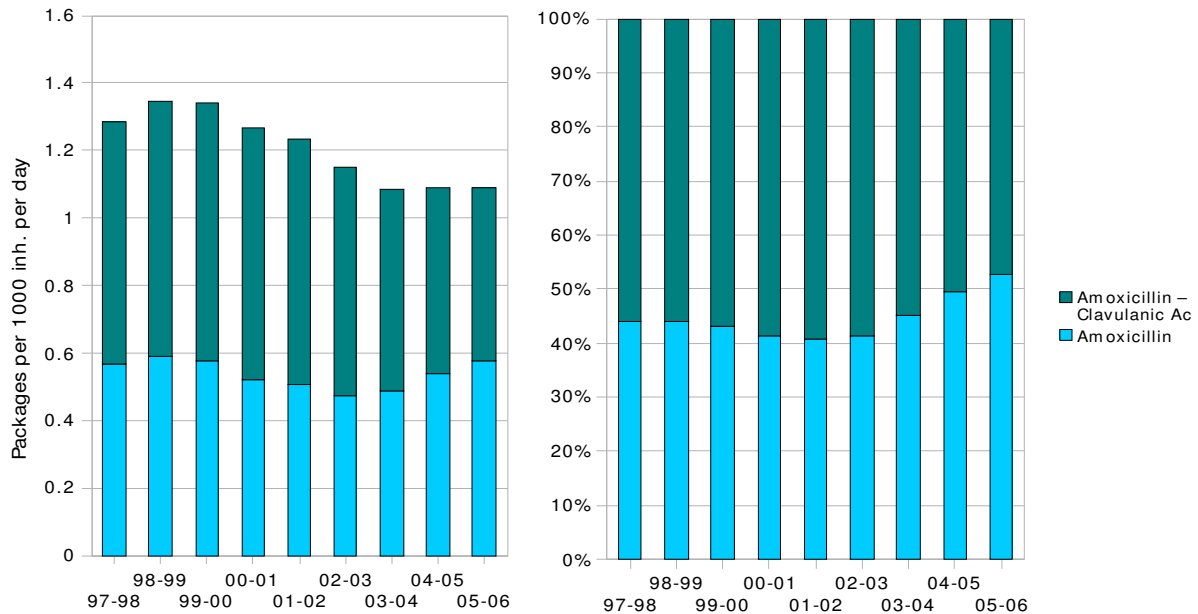


Bovendien zien we ook in de ziekenhuizen een gunstige evolutie voor de **methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA)**. Stafylokokken zijn onder andere verantwoordelijk voor infecties van huid en weke delen, (postoperatieve) wondinfecties, longontstekingen en bloedinfecties. **Sinds 2003 daalt zowel de incidentie van nosocomiale MRSA (MRSA/1 000 opnames) als het resistentiecijfer** (procentueel aandeel van MRSA in alle *Staphylococcus aureus*-isolaten) [Bron: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid].



- Betere kwaliteit van het antibioticumgebruik

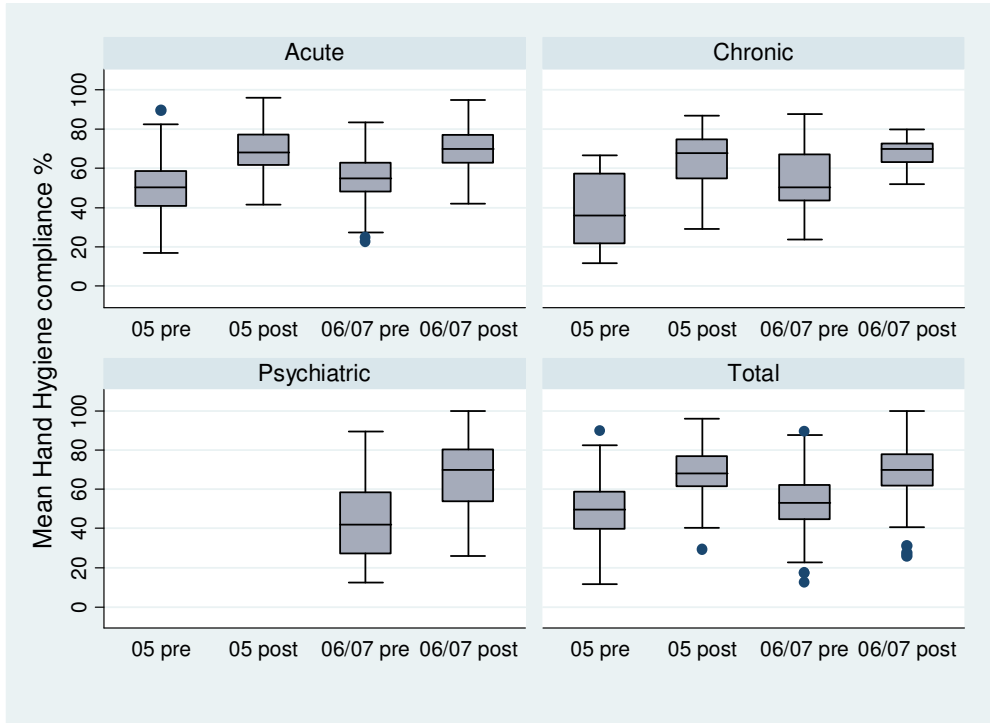
Naast een opmerkelijke daling van het antibioticumverbruik zien we ook een verbetering van de kwaliteit van het antibioticumgebruik. Zo zien we dat **het gebruik van bepaalde antibiotica met smal werkingsspectrum stijgt ten koste van het gebruik van andere antibiotica met breed spectrum**, een praktijk die aangemoedigd wordt in de klinische praktijkrichtlijnen en de Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Illustratief is de toename van amoxicilline ten koste van amoxicilline-clavulaanzuur.



- Evolutie van de handhygiëne in de ziekenhuizen

Beide campagnes ter promotie van de handhygiëne hebben tot een **opmerkelijke verbetering** geleid **van de naleving van de handhygiënevoorschriften** ('compliance') in de Belgische ziekenhuizen – een stijging van 49.3% vóór naar 68.7% na de eerste campagne en van 53.1% vóór naar 69.3% na de tweede campagne. Deze verbetering werd zowel in de acute, chronische als psychiatrische ziekenhuizen vastgesteld.

Bovendien is ook het **aandeel van handalcohol** – dat de voorkeur geniet op zeep en water – **sterk gestegen** van 68.7% naar 80.9% tijdens de eerste campagne en van 75.9% naar 81.3% tijdens de tweede campagne.



Werkgroep Ziekenhuisgeneeskunde

Realisaties

1. Oprichting van antibiotherapiebeleidsgroepen in de ziekenhuizen

Op 1/10/2002 werd een proefproject opgestart waarbij in 36 ziekenhuizen van uiteenlopende grootte antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG) werden gecreëerd. Een dergelijke ABTBG valt onder het Medisch-farmaceutisch comité, en fungeert als een adviesorgaan in het ziekenhuis wat betreft het verantwoord gebruik van anti-infectieuze geneesmiddelen en de beheersing van resistente kiemen. Na het afsluiten van het eerste jaar van het pilootproject werden de werking en realisaties van alle deelnemende ziekenhuizen geëvalueerd. Gezien de gunstige resultaten van het pilootproject werd gestreefd naar de implementatie van dergelijke ABTBGs in alle Belgische ziekenhuizen (Implementation of antibiotic management teams in Belgian Hospitals. Acta Clin Belg 2006;61:58-63). Op 1/07/2006 werd de financiering opgetrokken en werden 24 nieuwe ziekenhuizen toegevoegd aan het project. Door een tweede verhoging van het budget vanaf 1/07/2007 werd het project uiteindelijk uitgebreid naar alle algemene ziekenhuizen en naar de geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen met minstens 150 bedden.

Ter ondersteuning van dit initiatief wordt een interuniversitaire opleiding tot 'afgevaardigde van het antibiotherapiebeheer' georganiseerd.

Op 11/05/2006 werd ook een nationale studiedag (Improving antibiotic prescribing in hospitals: progress and new approaches) georganiseerd.

2. Publicatie van klinische praktijkrichtlijnen

Er werden 2 klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld: 1) Antibiotische behandeling van acute community-acquired pyelonefritis bij immunocompetente gehospitaliseerde volwassenen; en 2) Antibiotic treatment, steroid therapy and prophylaxis for community-acquired bacterial meningitis in immunocompetent adults and children admitted to the hospital. Dergelijke richtlijnen helpen artsen bij het nemen van beslissingen omtrent de meest gepaste en doeltreffende diagnostische en therapeutische interventies voor hun patiënten.

3. Surveillance van enkele belangrijke bacteriën

Een degelijk, nationaal gecoördineerd surveillancesysteem is onontbeerlijk voor het opvolgen van trends inzake antibioticaresistentie. Deze gegevens kunnen immers gebruikt worden ter evaluatie en bijsturing van de maatregelen genomen ter beperking van de resistentie-ontwikkeling. Er werd geopteerd voor financiering van de surveillance van vijf belangrijke kiemen: 1) methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) [Hôpital Erasme, Bruxelles]; 2) *Streptococcus pneumoniae* [UZ Leuven, Leuven]; 3) *Streptococcus pyogenes* [UZA, Antwerpen]; 4) multiresistente *Enterobacter aerogenes* (MREA) [Cliniques universitaires de Mont-Godinne, Yvoir]; en 5) *Clostridium difficile* [UCL Saint-Luc, Bruxelles].

Planning 2007-2011

1. Ondersteuning van de antibiotherapiebeleidsgroepen in de ziekenhuizen

Sinds de uitbreiding van het project naar alle algemene ziekenhuizen en de grootste geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen op 1/07/2007, is de **financiering** (3.6 miljoen euro) **geconsolideerd in de Belgische wetgeving** (KB van 19 juni 2007 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). Het is tevens de bedoeling deze antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG) **op te nemen in de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen**.

De werkgroep zal zich richten op de verdere inhoudelijke uitbouw van dit initiatief en de optimale ondersteuning van de lokale ABTBGs, zoals geformuleerd in het '**Ontwikkelingsplan voor kwaliteitsbeheer met betrekking tot antibioticumgebruik in Belgische ziekenhuizen, 2007-10**'

(zie Bijlage). **Actiepunten** in dit ontwikkelingsplan zijn: 1) monitoring en rapportering van antibioticumverbruik op ziekenhuisniveau; 2) prioritaire interventies definiëren en valide methoden aanreiken voor de evaluatie van deze interventies; 3) versterken van de middelen voor opleiding en communicatie; 4) erkenning van de competenties in infectiologie en klinische microbiologie en continue professionele ontwikkeling in het antibioticumbeleid.

De **interuniversitaire opleiding tot 'afgevaardigde van het antibiotherapiebeheer'** wordt verder tweejaarlijks georganiseerd.

Op 15/12/2007 wordt de **tweede nationale studiedag** georganiseerd en deze traditie zal zich eveneens tweejaarlijks verderzetten.

2. Surveillance van enkele belangrijke bacteriën

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en het RIZIV werken momenteel aan een structurele financiering voor de Belgische referentielaboratoria, waaronder ook de 5 laboratoria die genieten van een financiering via BAPCOOC. In afwachting hiervan wordt de financiering voorlopig onveranderd verder gezet.

Federaal platform voor ziekenhuishygiëne

Realisaties

1. Ondersteuning van het beleid met betrekking tot ziekenhuishygiëne

In navolging van de creatie van 9 regionale platforms voor ziekenhuishygiëne, werd 1 overkoepelend federaal platform opgericht. Dit federaal platform heeft zich volgende doelen gesteld: 1) een communicatiekanaal vormen tussen de verschillende instanties en actoren in het domein; 2) het beleid inzake ziekenhuishygiëne coördineren; 3) informatie verstrekken aan de regionale platforms; 4) het veldwerk positief beïnvloeden; en 5) initiatieven nemen gericht op het algemene publiek ter bevordering van de (ziekenhuis)hygiëne.

De creatie van deze platforms heeft overduidelijk een extra dynamiek gebracht in het domein van de ziekenhuishygiëne. Deze platforms verzekeren de samenwerking en coördinatie van initiatieven zowel op regionaal als op nationaal niveau, met een duidelijke kwaliteitsverbetering tot gevolg. Bovendien vormen deze platforms de ideale kanalen voor snelle doorstroming van informatie tussen de overheid en de mensen op het terrein, en dit in beide richtingen.

2. Aanpassing van de erkenningsnormen en financiering met betrekking tot ziekenhuishygiëne

In 2004 heeft het Federaal Platform haar 'Beleidsplan betreffende de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen' overgemaakt aan de 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. In 2007 werden de voorstellen dan vertaald in nieuwe erkenningsnormen en werd de financiering voor ziekenhuishygiëne in de acute ziekenhuizen verhoogd.

3. Studie naar de prevalentie van MRSA in RVTs

Niet enkel de ziekenhuizen, maar ook de rust- en verzorgingstehuizen worden met 'ziekenhuis'infecties geconfronteerd. De reële omvang van het probleem was echter niet gekend. Uit deze studie in 60 RVTs bleek dat ongeveer 1 op de 5 bewoners (18.9%) van deze instellingen drager is van Methicilline-Resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA).

4. Twee nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne

Handhygiëne is het meest efficiënte middel om ziekenhuisinfecties te voorkomen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat de naleving door de gezondheidswerkers echter zelden boven de 50% komt. Daarom werden 2 nationale campagnes georganiseerd in de Belgische ziekenhuizen – in 2005 en 2007. Beide campagnes werden een groot succes, zowel in termen van deelname (vrijwillig) – 112/116 (96.5%) acute ziekenhuizen en 19/31 (61.3%) chronische ziekenhuizen voor de eerste campagne, en 113/116 (97.4%) acute ziekenhuizen, 22/30 (73.3%) chronische ziekenhuizen, en 43/68 (63.2%) psychiatrische ziekenhuizen voor de tweede campagne – als in termen van resultaten – de naleving steeg telkens van 50% vóór naar 70% na de campagnes.

5. Aanpassing van de registratie van ziekenhuisinfecties door het WIV

In 2006 werd deelname aan de registratie van ziekenhuisinfecties door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) verplicht gemaakt. De aangeboden protocols werden eveneens aangevuld met registratie van MRSA, *Clostridium difficile* en multiresistente Enterobacteriaceae. Door het grote aantal fusies van ziekenhuizen het voorbije decennium, was er ook nood aan correctie van het budget van het WIV.

Planning 2007-2011

1. Ondersteuning van het beleid met betrekking tot ziekenhuishygiëne

Zowel de regionale als het federale platform zullen hun belangrijke rol in het Belgische ziekenhuishygiënebeleid verderzetten. In de **nota 'Synthese van de strategische reflectie van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne'** worden concrete voorstellen geformuleerd om de **werking van de regionale en het federale platform te optimaliseren** – onder andere door creatie van een specifieke **website voor deze platformen** (www.hicplatform.be).

Een huidig aandachtspunt is het in kaart brengen en bevorderen van de **hygiënepraktijken in de operatiezalen**.

2. Versterking van ziekenhuishygiëne in geïsoleerde Sp- en G-ziekenhuizen en in psychiatrische ziekenhuizen

Niet enkele de acute ziekenhuizen, maar ook de chronische en psychiatrische ziekenhuizen worden met ziekenhuisinfecties geconfronteerd. Het is duidelijk dat ook deze ziekenhuizen voldoende middelen moeten krijgen om met de nodige expertise en professionaliteit deze infecties te bestrijden. De huidige financiering volstaat echter niet om dit doel ten volle te realiseren. Daarom heeft een werkgroep van het federaal platform een **'Voorstel voor de minimale bestaffing van teams voor ziekenhuishygiëne in gespecialiseerde, geriatrische en psychiatrische ziekenhuizen'** uitgewerkt. De realisatie van dit voorstel is een prioriteit op korte termijn.

3. Uitbouw van ziekenhuishygiëne in Woon- en Zorgcentra

Zorginfecties zijn niet langer beperkt tot ziekenhuizen. Door de intense uitwisseling van patiënten worden ook woon- en zorgcentra steeds meer met deze problematiek geconfronteerd. Deze instellingen beschikken momenteel echter niet over de vereiste structuren en expertise om adequaat in te spelen op deze situatie. Daarom heeft een werkgroep van het federaal platform een **'Voorstel voor een wetgevend initiatief voor de beheersing van zorginfecties in Woon- en Zorgcentra'** uitgewerkt. De realisatie van dit voorstel zal een doorslaggevende rol spelen in de controle van zorginfecties in alle gezondheidszorginstellingen.

4. Nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne en puntprevalentiestudies voor ziekenhuisinfecties

Gezien het succes van de **nationale handhygiënecampagnes** zullen deze regelmatig worden herhaald. Het is de bedoeling om deze tweejaarlijks te organiseren en aldus **af te wisselen met nationale puntprevalentiestudies voor ziekenhuisinfecties**. Momenteel wordt een eerste dergelijke puntprevalentiestudie op vraag van BAPCOOC door het KCE uitgevoerd. In het kader van deze studie zal ook de financiële impact van ziekenhuisinfecties nader worden onderzocht.

5. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne

De **registratie** van ziekenhuisinfecties zal op korte termijn aangevuld worden met **kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne** die momenteel door een werkgroep van het federaal platform worden uitgewerkt.

Werkgroep Ambulante praktijk

Realisaties

1. Publicatie van klinische praktijkrichtlijnen

Er werden reeds 5 klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld: 1) Acute keelpijn; 2) Acute cystitis bij de vrouw; 3) Acute middenoorontsteking; 4) Acute rhinosinusitis; en 5) Acute lage luchtweginfecties bij volwassenen. Dergelijke richtlijnen helpen artsen bij het nemen van beslissingen omtrent de meest gepaste en doeltreffende diagnostische en therapeutische interventies voor hun patiënten.

2. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk

Deze handige gids dient als leidraad voor de behandeling van infecties waarmee huisartsen en specialisten met een ambulante praktijk courant worden geconfronteerd. Net zoals de klinische praktijkrichtlijnen draagt deze gids bij tot een verbetering van de kwaliteit van het antibioticumgebruik.

Planning 2007-2011

1. Publicatie van klinische praktijkrichtlijnen

Er zijn **nog 3 klinische praktijkrichtlijnen in ontwikkeling**: 1) Acute exacerbaties van COPD; 2) Acute gastro-enteritis en 3) Acute lage luchtweginfecties bij kinderen. Daarnaast zullen de **oudere richtlijnen** binnenkort een **update** krijgen.

2. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk – nieuwe edities

In 2008 zal de tweede editie van de antibioticagids verschijnen. Het is de bedoeling **tweejaarlijks** een **nieuwe editie** uit te brengen.

Werkgroep Sensibilisatie

Realisaties

1. Grootschalige campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica

Er werden reeds 7 multimediacampagnes georganiseerd. Deze campagnes moeten zowel de artsen als de bevolking sensibiliseren voor de risico's van het overmatig gebruik van antibiotica.

De eerste 3 campagnes (winterperiodes 2000-01, 2001-02 en 2002-03) liepen onder het motto 'Antibiotica: minder vaak en beter'.

De 4 recentste campagnes (winterperiode 2004-05, 2005-06, 2006-07 en 2007-08) kregen een nieuwe slogan: 'Bij verkoudheid, acute bronchitis en griep helpen antibiotica niet'.

Vóór en na de eerste campagne werd een enquête verricht bij de bevolking (n = 1015) over de kennis en de houding omtrent antibiotica en hun gebruik. Deze enquête leerde dat de hoofdboodschappen goed werden begrepen en onthouden. Na de campagne was er een significante daling van het aantal personen dat een antibioticumvoorschrift verwachtte bij virale infecties. Bovendien was een groter percentage van de deelnemers bereid minder antibiotica te gebruiken in samenspraak met de arts.

Na de eerste en de tweede campagne werd hun impact onderzocht bij de huisartsen (n = 400) via een telefonenquête. Voor beide campagnes bleek dat het merendeel van de huisartsen deze initiatieven nuttig vond voor de patiënt en wel degelijk iets gedaan had met het beschikbare materiaal. Een derde van de ondervraagden had een verandering vastgesteld in de dagelijkse praktijk, waarvan respectievelijk een derde (1e campagne) en twee derden (2e campagne) meldden dat ze daadwerkelijk minder antibiotica hadden voorgeschreven.

De verkoop van antibiotica daalde met 11.7% en 9.6% (in DDDs) respectievelijk voor de periode 12/2000-03/2001 [eerste campagne] en de periode 12/2001-03/2002 [tweede campagne] ten opzichte van dezelfde periode in 1999-2000 (Association between antibiotic sales and public campaigns for their appropriate use. JAMA 2004;292:2468-70).

Het streven van BAPCOC om een voortrekkersrol te blijven spelen in dit domein heeft geresulteerd in de organisatie van de 'Workshop on educational campaigns regarding antibiotic resistance' te Brussel in september 2004 (National campaigns to improve antibiotic use. Eur J Clin Pharmacol 2006 ;62 :373-9).

De huidige campagne maakt gebruik van 2 TV-spots, een campagnewebsite www.antibiotics-info.be, patiëntenfolders die verspreid worden via de huisarts en de apotheker, en een gratis informatiebrochure.

Planning 2007-2011

1. Regelmatig herhalen van de campagne

Gezien het succes van de voorgaande campagnes en de noodzaak om campagnes regelmatig te herhalen om te komen tot een permanente mentaliteitswijziging, is het de bedoeling deze **campagne jaarlijks te herhalen**. Voor de volgende campagne zal wel een **nieuw concept** (nieuwe slogan en TV-spots) worden uitgedacht. Bovendien zullen deze campagnes voortaan **gekoppeld** worden aan een nieuw Europees initiatief, met name de organisatie van een **European Antibiotic Awareness Day** (eerste maal op 18/11/2008).

Werkgroep Diergeneeskunde

Realisaties

1. Creatie van een netwerk van veterinaire laboratoria

De samenwerking tussen de verschillende veterinaire instellingen – universitaire faculteiten diergeneeskunde, regionale diergeneeskundige laboratoria en CODA – en met het WIV werd versterkt door de creatie van een netwerk van veterinaire laboratoria binnen de werkgroep diergeneeskunde.

Elk jaar wordt binnen het netwerk gewerkt rond een bepaald (onderzoeks)thema. Het geselecteerde project moet bijdragen tot de klinische praktijk van de dierenartsen (het verantwoord gebruik van antibiotica bevorderen) of moet gericht zijn op de interactie tussen de verschillende ecosystemen (uitwisseling van resistente kiemen tussen dieren en de mens). In 2007 werd de aandacht gericht op 'grampositieve bacteriën bij rundermastitis - epidemiologie en antibioticaresistentie'.

Planning 2007-2011

1. Projecten binnen het netwerk van veterinaire laboratoria

Voor 2008 werden reeds verschillende kleinere studies geselecteerd, vaak met betrekking tot MRSA bij verschillende diergroepen.

2. Verzamelen en analyseren van gegevens over antibioticumconsumptie en -resistentie in de veterinaire sector

Het FAGG heeft de bevoegdheid om deze gegevens te verzamelen. Binnen het netwerk is de vereiste expertise aanwezig om deze gegevens te analyseren en correct te interpreteren.

3. Communicatie en sensibilisering

Relevante informatie (bv resultaten van studies) moet vlot doorstromen naar de betrokken partijen. Het goed gebruik van antibiotica moet ook gepromoot worden in de veterinaire sector.

MedVet Task Force

Oprichting

Sinds 2005 merkte men in Nederland dat varkenshouders bij opname in het ziekenhuis frequent drager waren van een variant van MRSA (Methicilline Resistente Staphylococcus aureus). Uit verder onderzoek bleek toen dat er een belangrijk reservoir bestaat voor deze MRSA-stam in de Nederlandse varkensstapel – circa 40% van de onderzochte varkens was drager van de kiem.

Op vraag van toenmalig minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Demotte werd onder coördinatie van BAPCOC (partners: het referentielaboratorium voor stafylokokken van Hôpital Erasme Brussel, WIV, CODA, Sint-Janziekenhuis Brugge en DGZ Vlaanderen) dringend een studie opgezet om de situatie in België in beeld te brengen. Deze studie omvatte 3 luiken: de prevalentie van MRSA-dragerschap werd onderzocht bij 1) de varkenshouders, hun bedrijfsmedewerkers en hun gezinsleden; 2) de varkens; en 3) de algemene bevolking.

Om een idee te krijgen van het voorkomen van MRSA-dragerschap in de algemene bevolking werden 500 patiënten op de dienst spoedgevallen van het Sint-Janziekenhuis te Brugge bemonsterd. Acht patiënten waren drager van MRSA (1.6%), maar zij toonden geen tekens van infectie. Zeven van deze 8 patiënten hadden gekende risicofactoren voor MRSA-dragerschap, zoals voorheen gekend MRSA-dragerschap, verblijf in een woon- en zorgcentrum of beroepsactiviteit als gezondheidswerker. Slechts 1 van de 244 patiënten zonder gekende risicofactoren was drager van MRSA (0.4%).

Vijftig willekeurig geselecteerde varkensbedrijven – representatief voor de sector en verspreid over gans België – werden bezocht, waarbij 30 varkens per bedrijf werden bemonsterd. Van de 1 500 bemonsterde varkens waren er 663 positief voor MRSA (44.2% van de varkens) – in alle gevallen ging het om de specifieke MRSA-stam (dierhouderij-gerelateerde MRSA). Deze positieve varkens waren afkomstig van 34 verschillende varkensbedrijven (68% van de bedrijven) verspreid over het ganse land. Vooral open bedrijven waren getroffen.

Van de 127 bemonsterde personen (varkenshouders en hun gezinsleden, bedrijfsmedewerkers) waren er 48 drager van MRSA (37.8% van de personen), waarvan slechts één persoon een MRSA-infectie van de huid vertoonde. Deze positieve personen waren aanwezig op 25 bedrijven (51.0% van de bedrijven) in Vlaanderen en Wallonië. De stammen die geïsoleerd werden bij deze personen vertoonden de unieke kenmerken van de dierhouderij-gerelateerde MRSA-variant.

Naar aanleiding van deze resultaten werd eind 2007 binnen BAPCOC een MedVet Task Force opgericht, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle betrokken (wetenschappelijke) partijen: BAPCOC, het referentielaboratorium voor stafylokokken van Hôpital Erasme Brussel, WIV, CODA, FAVV, FAGG, FOD VVVL, kabinet Sociale Zaken en Volksgezondheid, faculteiten diergeneeskunde, ILVO, DGZ Vlaanderen en ARSIA.

De Task Force moet zich richten op onderwerpen die zowel de humane als de veterinaire geneeskunde aanbelangen, en dit in functie van specifieke noden en met respect voor de bevoegdheid en expertise van bestaande instanties. De problematiek van MRSA bij dieren en de mogelijke transmissie naar de mens is een prioriteit op korte termijn.

Concreet krijgt de Task Force volgende algemene opdrachten: 1) Aanbevelingen maken; 2) Studies voorstellen en begeleiden; 3) Alle beschikbare informatie centraliseren; 4) Communiceren naar alle betrokken (externe) partijen (met inbegrip van de dierensector en het grote publiek).

Planning 2007-2011

1. Dierhouderij-gerelateerde MRSA

De Task Force wil binnen een tijdsbestek van enkele maanden **aanbevelingen** maken voor de aanpak van deze situatie **gericht naar varkenshouders, dierenartsen, huisartsen en de ziekenhuizen**. Daarnaast zal een **inventaris** gemaakt worden **van alle relevante studies** die reeds uitgevoerd of reeds gepland zijn, en zullen **suggesties** worden gemaakt **voor aanvullend onderzoek**.

BAPCOC

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

De Task Force zorgt ervoor dat de betrokken externe partijen steeds op de hoogte blijven van haar activiteiten en coördineert de communicatie van alle informatie naar het doelpubliek.