

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID
EN LEEFMILIEU.

BRUSSEL, 13.04.1995.

--

Bestuur der Verzorgingsinstellingen.

--

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-
VOORZIENINGEN.

--

Afdeling "Programmatie en Erkenning".

--

O/ref. : N.R.Z.V./D/91-1

ADVIES BETREFFENDE ZIEKENHUISHYGIENE. (*)

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 13.04.95.

ADVIES INZAKE ZIEKENHUISHYGIENE

Deel 1: REGISTRATIE EN PREVENTIE VAN ZIEKENHUISINFECTIES

Net als in vele andere beroepssectoren eist de maatschappij (zowel de beleidmakers op politiek en financieel gebied als de patiënten) ook in de medische wereld steeds meer doeltreffendheid, rendement en kwaliteit van de dienstverlening.

Die eisen worden onder meer gerechtvaardigd doordat de ziektekosten veel sneller stijgen dan het bruto nationaal produkt. Het is dan ook normaal dat men voor de geneeskundige praktijk en de zorgverlening steeds strengere waarborgen wil.

Vanuit die optiek wordt momenteel een belangrijke plaats toegekend aan de strijd tegen ziekenhuisinfecties (Z.I.) en dat om verschillende redenen:

wanneer iemand in het ziekenhuis een (soms dodelijke) infectie oploopt, wordt dat gemakkelijk gezien als een gebrek aan kwaliteit, zelfs door "niet-medische" personen,

Infecties doen de kosten stijgen, zowel op menselijk als op financieel gebied, wat vaak moeilijk wordt aanvaard en door de verantwoordelijke artsen en politici nog steeds wordt miskend.

Tot slot heeft men aangetoond dat er beproefde bewakingsmethodes en -modellen bestaan die steunen op een epidemiologische benadering die het aantal nieuwe ziekenhuisinfecties aanzienlijk kunnen terugschroeven.

Ziekenhuishygiëne is dus de manier bij uitstek om het begrip "bewaking van de kwaliteit van de zorg" op basis van constante zelfevaluatie van infecties in het ziekenhuismilieu ingang te doen vinden en het daar dankzij een gemeenschappelijke bewustwording te verruimen.

1. Deel 2 is gewijd aan het BEHEER VAN DE AFVALSTOFFEN AFKOMSTIG VAN ACTIVITEITEN IN DE GEZONDHEIDSZORG. Dat deel zal worden voorgesteld, zodra de expertencommissie die het probleem van de financiering onderzoekt, haar taak heeft volbracht.

I. OVERZICHT VAN DE WETGEVING TER ZAKE

Dit is een chronologisch overzicht van de wetten en besluiten inzake ziekenhuishygiëne:

De ziekenhuiswet, officieel gecoördineerd bij koninklijk besluit van 7 augustus 1987 (B.S. 7 oktober 1987)

De wet eist dat de kwaliteit van de medische activiteit wordt gecontroleerd.

K.B. van 14 augustus 1987

In dat koninklijk besluit wordt onderstreept dat de problemen die specifiek verband houden met ziekenhuishygiëne bij voorkeur moeten worden toevertrouwd aan een verpleegkundige uit het middenkader.

K.B. van 7 november 1988

In dat besluit worden de volgende vier instanties met de bevordering van de ziekenhuishygiëne belast:

- de hoofdgeneesheer
- de geneesheer-ziekenhuishygiënist
- de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist
- het comité voor ziekenhuishygiëne

Dat besluit stelt de functies en de opleiding van die zorgverstrekkers vast, evenals de samenstelling en de werking van het comité voor ziekenhuishygiëne.

Het Comité voor ziekenhuishygiëne is belast met de volgende taken:

- "1. Het opzetten van en het toezicht over de aseptische technieken, zowel in het operatiekwartier als in de medisch-technische diensten en de verzorgingseenheden;
2. Het toezicht op de afzondering van de besmette ziekten en op de technieken die worden toegepast;
3. De registratie van de ziekenhuisinfecties;
4. Het opsporen van de infectiebronnen;
5. Het opsporen van de kiemdragers onder het personeel en de patiënten;
6. Het bacteriologisch toezicht op het ziekenhuismilieu in het algemeen en op de gevaarlijke zones in het bijzonder, zoals het operatiekwartier en de eenheden voor intensieve verzorging;
7. De controle op de technieken voor ontsmetting en sterilisatie die aangewend worden in de verzorgingseenheden, het operatiekwartier en de sterilisatiedienst;

8. Aanbevelingen voor de oriëntatie i.v.m. antibiotherapie;
- 9 Het uitwerken van richtlijnen voor en het toezicht op:
 - het huishoudelijk onderhoud en de ontsmetting van de oppervlakken;
 de methodes van wassen die aangewend worden voor het ziekenhuis en de verdeling van het linnen;
 de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding, zowel in de keuken als in de melkkeuken;
 het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval;
 de bestrijding van het ongedierte.
10. Het bouwen of verbouwen van de lokalen;
- De opleiding en de bijscholing van het personeel op gebied van ziekenhuishygiëne;
12. Het opstellen, in overleg met de betrokken diensthoofden, van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdeling en desgevallend de autopsielokalen."

M.B. van 9 november 1988

Dat ministerieel besluit bevat de financiële regeling van de vergoeding van de hoofdgeneesheer en de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist.

Omzendbrief van 23 maart 1989

In die omzendbrief wordt de praktische organisatie van de ziekenhuishygiëne en de functies van de verschillende betrokken ziekenhuispersoneelsleden gepreciseerd.

K.B. van 20 november 1990

Om de ziekenhuizen de nodige middelen te verschaffen om de lasten inzake ziekenhuishygiëne te dekken, wordt in de rijksbegroting voor het dienstjaar 1991 onder meer rekening gehouden met die specifieke ziekenhuisactiviteit.

M.B. van 28 november 1990

Artikel 11, § 8, van dat besluit stelt een financiële tegemoetkoming vast voor de functies van geneesheer-ziekenhuishygiënist en verpleegkundige-ziekenhuishygiënist in de acute en psychiatrische ziekenhuizen. Die regeling is bedoeld om de organiserende instanties financieel te steunen bij het vervullen van hun wettelijke verplichtingen tot benoeming van gezondheidswerkers die met die specifieke activiteit zijn belast.

M.B. van 28 november 1990

In aanvulling op de twee voormelde verordeningsteksten ontvangen de acute ziekenhuizen 20.000 F om de kostprijs te

dekken van de computerprogrammatuur die nodig is om, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer, de ziekenhuisinfecties te registreren.

Dat bedrag wordt echter alleen toegekend indien het ziekenhuis aantoonbaar dat het effectief meewerkt aan een experiment van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie, Juliette Wytsmanstraat 14 te 1050 Brussel (Tel.: 02/642.51.11 - dienst epidemiologie) voor het verzamelen en evalueren van ziekenhuisgegevens inzake ziekenhuisinfecties.

Omzendbrief van de Bestuursafdeling der Verzorgingsinstellingen (Augustus 1991)

Die omzendbrief is gericht aan de beheerorganen van de ziekenhuizen en betreft de ziekenhuishygiëne.

NATIONAAL PROGRAMMA VOOR DE SURVEILLANCE VAN INFECTIES IN DE HOSPITALLEN (N.S.I.H.)

Het "Nationaal programma voor de surveillance van infecties in de hospitalen", dat in 1991 met de technische en wetenschappelijke ondersteuning van het I.H.E. is opgestart, heeft drie doelstellingen:

de deelnemende ziekenhuizen helpen een eenvoudig surveillancesysteem op te zetten voor de ziekenhuisinfecties;

de deelnemers in staat stellen hun eigen resultaten te situeren t.o.v. die van andere ziekenhuizen;

een algemeen overzicht krijgen van de epidemiologische toestand in verband met de infecties, de belangrijkste risicofactoren en de gevolgen ervan.

De ziekenhuizen die in 1991 vrijwillig aan dit project deelnamen, kregen een financiële steun van 20.000 fr., vastgesteld in het M.B. van 28 november 1990.

Het I.H.E. krijgt daartoe een subsidie van 6,8 miljoen (bedrag voor 1994; het contract is ieder jaar hernieuwbaar). Dat maakte het mogelijk een basisoverzicht op te stellen over de postoperatieve wondinfecties, de septikemieën en de medische gewoonten inzake perioperatieve toediening van antibiotica. Dat werk is onlangs verschenen in een van de meest gezaghebbende tijdschriften van de Verenigde Staten (*Inf Contr Hosp Epidemiol*, 1994, 15: 171-179).

Naast de programma's voor de surveillance op operatiewonden en septikemieën, coördineert het I.H.E. ook, in samenwerking met de Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in de Ziekenhuizen (GOSPIZ), een nationaal programma voor de surveillance van Methicilline resistente Staphylococcus aureus (MRSA). Met de nodige middelen zou de surveillance op de eenheden voor intensieve zorgen vlug op gang kunnen komen en momenteel wordt een standaardmethode voor onderzoek naar de prevalentie van infecties van de urinewegen uitgewerkt.

Op Europees niveau leidt het IHE, samen met het CBO van Utrecht, een Europees project om de bewakingsmethodes te normaliseren en de resultaten van de verschillende netwerken met elkaar te vergelijken en zo beter te kunnen bepalen waar preventie het noodzakelijkst is. Dat "HELICS"-project wordt gefinancierd door de DG5 van de Commissie van de Europese Unie en verenigt momenteel 10 landen.

3. KOSTPRIJS VAN DE ZIEKENHUISINFECTIES

Op basis van de enquêtes die uitgevoerd werden in de VS, Groot-Brittannië en Denemarken kan men ervan uitgaan dat in ons land, van de 1.650.000 patiënten die jaarlijks in de C-D-M-E-diensten (statistieken van 1992) worden opgenomen, minstens 82.500 patiënten (d.i. 5 procent) een ziekenhuisinfectie oplopen.

Die orde van grootte zien we bevestigd in de studies die het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie sinds 1984 heeft uitgevoerd, maar 82.500 patiënten is naar alle waarschijnlijkheid een onderschatting van de werkelijkheid.

Een ziekenhuisinfectie veroorzaakt rechtstreekse kosten (verlenging van de verblijfsduur, aanvullende onderzoeken, behandelingen, dure antibiotica...), onrechtstreekse kosten (invaliditeit, verlengd ziekteverlof ten laste van de verzekeringsinstellingen...) en ongetwijfeld ook een menselijke prijs (mortaliteit, lijden...)

Voor de rechtstreekse kosten die voortvloeien uit het verlengd verblijf alleen al kunnen we de volgende berekening maken (zie tabel 1): 82.500 geïnfecteerde patiënten voor wie de verblijfsduur gemiddeld wordt verlengd met 4 dagen (van 1 tot 7,4 dagen, naargelang van het type infectie) geven aanleiding tot 330.000 extra verpleegdagen; tegen een gemiddelde kostprijs van 6.550 fr., betekent dat dus een uitgave voor verpleegdagen van 2,145 miljard fr.

Tabel 1: verlenging van de verblijfsduur in het ziekenhuis wegens ziekenhuisinfectie

Aard v.d. infectie	Procentuele verhouding (%)	Overlijden door infecties (%)	Verlenging v.h. verblijf (d)
Urinewegen	40	< 1	1,0
Wonde	20	2-5	7,3**
Pneumonie	15	5-20	5,9
Septikemie	5-10	10-40	7,4
Andere	20	-	4,8
Totaal	100	1-10	4,0

Bron: gegevens uit de internationale literatuur

* 7,0 dagen in de NSIH-studie die het IHE in België heeft uitgevoerd

Als men de uitgaven meerekent van de medische ziekenhuiskosten (aanvullende onderzoeken, geneesmiddelen en andere behandelingen), de medische kosten na de ziekenhuisopname en de sociale prijs die moet worden betaald (arbeidsongeschiktheid, vroegtijdig overlijden, eventuele rechtszaken...), kan men bovendien stellen dat de totale kostprijs van de infectie 3,7 keer hoger ligt dan de kostprijs van het surplus aan verblijfsduur (Gegevens uit Micro-économie de l'infection nosocomiale, Bulletin d'information en Hygiène hospitalière, vol. 13, 28-36 - 1991, door R. Meynet).

Conclusie

1. Op basis van een optimistische raming kosten de ziekenhuisinfecties aan de Staat vermoedelijk minstens 8 miljard per jaar.

Indien we de recente Amerikaanse ramingen toepassen op de Belgische bevolking (A.H.A. News, Oktober 1994), zouden in België ± 80.000 patiënten/jaar een ziekenhuisinfectie oplopen, waarbij de ziekenhuis- en behandelingskosten tussen de 5,76 en 12,8 miljard fr. zouden schommelen.

2. Ziekenhuisinfecties voorkomen is niet alleen de eenvoudigste manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar ook één der meest voor de hand liggende middelen om de ziekenhuisuitgaven te drukken.

4. DOELSTELLING EN VOORGESTELDE ACTIE

4.1. DOELSTELLING

Natuurlijk kunnen niet alle ziekenhuisinfecties worden voorkomen, in het bijzonder die waarbij de patiënt zichzelf besmet (endogene infecties), maar uit een uitvoerige studie van de Centers of Disease Control uit de VS (SENIC Study - Haley - 1985) blijkt dat 30 tot 35 % van de infecties door een efficiënt surveillance- en preventieprogramma konden worden voorkomen en dat de kosten/batenverhouding ruimschoots in evenwicht was.

Het zou te optimistisch zijn te denken dat men het aantal infecties in België op korte termijn met 35 % zou kunnen terugdringen, maar een snelle, aanzienlijke daling, op termijn gaande tot 15 à 20 % lijkt niet onmogelijk. Naast een collectieve bewustwording, vergt dat echter wel adequate middelen.

Theoretisch zouden er in een systeem van globale financiering per pathologie (DRG) wel financiële stimulansen bestaan, aangezien het ziekenhuis het bedrag dat het zou uitsparen aan verblijfsduur, onderzoeken, behandelingen en dure antibiotica, aan preventie zou kunnen besteden. Maar zover zijn we nog niet! We moeten dus andere stimulansen vinden, onder meer financiële: het verleden heeft immers aangetoond dat ze een cruciale rol spelen.

Met aangepaste middelen, zoals hierboven voorgesteld, kan theoretisch een reductie van 15 % van de ziekenhuisinfecties worden vooropgesteld, wat neerkomt op een theoretische besparing van 1,2 miljard fr. per jaar.

4.2. DE MIDDELEN

OP HET NIVEAU VAN DE VERZORGINGSINSTELLINGEN

4.2.1. ROL VAN DE COMITES VOOR ZIEKENHUISHYGIENE (CZ)

Het zou goed zijn de Comités voor Ziekenhuishygiëne te herinneren aan de taken die het K.B. van 7 november 1988 hen oplegt. Daartoe zou het register van voormeld Besluit, toegankelijk voor alle geneesheren-inspecteurs, een WERKPLAN VOOR DE SURVEILLANCE EN PREVENTIE VAN Z.I. moeten bevatten waarin de door het C.Z. getroffen maatregelen worden opgesomd.

4.2.2. DEELNAME AAN EEN NATIONAAL SURVEILLANCENETWERK

De verzorgingsinstellingen moeten worden aangemoedigd om (meer) deel te nemen aan bestaande nationale surveillancenetwerken.

Sinds 1991 heeft meer dan twee derde van de acute ziekenhuizen minstens één keer aan de door het IHE gecoördineerde registratie deelgenomen. Hoewel ± 80 (van de 200) verzorgingsinstellingen ieder kwartaal aan de IHE-enquêtes deelnemen, stelt men vast dat slechts één derde van de ziekenhuizen regelmatig deelneemt, één derde onregelmatig en dat één derde van de verzorgingsinstellingen nog nooit heeft deelgenomen.

Het is echter belangrijk dat de verzorgingsinstellingen vrijwillig meewerken om scheeftrekkingen te voorkomen en betrouwbare gegevens te verzamelen.

Op die vrijwillige basis zouden de ziekenhuizen de registratie van de infecties moeten uitbreiden tot andere domeinen dan die welke tot nu toe door het IHE werden voorgesteld (operatiewonden, septikëmieën), in de eerste plaats tot de bedden intensieve zorgen, met name de eenheden waar de frequentie van ziekenhuisinfecties het hoogst is en waar permanente surveillance en preventie het meest resultaat kan opleveren. Die diensten krijgen immers de zwakste patiënten die invasieve en intensieve behandelingen en monitoring moeten ondergaan (centrale catheters, sondering van de urinewegen, intubatie, beademing, parenterale voeding...). Uit een Europese multicentrische studie in 1992 die betrekking had op 1.417 eenheden "intensieve zorgen" en meer dan 10.000 patiënten (EPIC-Studie) bleek dat de globale prevalentie van infecties 45 % bedroeg. Niet minder dan 30 % van de zieken had een infectie die rechtstreeks verband hield met het verblijf in intensieve zorgen (21 %) of in een andere ziekenhuiseenheid (9 %).

Infecties van de urinewegen zijn een ander domein waar, gelet op de hoge frequentie ervan (40 % van de ziekenhuisinfecties),

voortgang kan worden geboekt, bij voorbeeld door de prevalentie en de frequentie ervan, evenals de technieken voor de sondering van de urinewegen regelmatig te evalueren.

4.2.3. FINANCIELE STIMULI

Om de ziekenhuizen, vooral de kleine instellingen, aan te moedigen deel te nemen aan de bewaking van Z.I., moeten de nodige middelen worden gegeven aan hen die zich vrijwillig integreren in een systeem van mededeling en vergelijking van resultaten door minstens één keer per jaar mee te werken aan een programma voor multicentrische bewaking. (operatiewonden, antibioticaprofylaxie, septikemieën, MRSA, intensieve zorgen, infecties van de urinewegen...).

Onder impuls van Minister Busquin werd de financiering van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten (ZH) in 1988 en die van artsen-ziekenhuishygiënisten in 1989 in de verpleegdagprijs verrekend, zonder hen echter een budget voor de werkingskosten toe te kennen.

Op die manier kon een officiële basisstructuur worden ingevoerd, waarvan de kostprijs voor de acute ziekenhuizen op basis van 45.750 C-D-H-I-E-M-N-bedden op 89.770 punten kan worden geraamd, wat ongeveer neerkomt op 90 FTE-verpleegkundigen-hygiënisten en 38 FTE-geneesheren-hygiënisten.

Uit enquêtes die het IHE in ziekenhuizen heeft uitgevoerd, blijkt dat de huidige manier van berekenen, die steunt op de grootte van het ziekenhuis, tot gevolg heeft dat de kleine instellingen slechts over zeer beperkte middelen beschikken (1 tot 2 dagen verpleegkundige-ZH per week), waardoor ze niet in staat zijn om surveillance met alle andere ZH-taken te combineren.

Naast de financiële stimulans die is vastgesteld in het M.B. van 28 november 1990, worden nog twee andere financiële stimuli voorgesteld om de gevolgen van die toestand gedeeltelijk op te lossen:

- 1 Het aantal punten die voor de berekening van de financiering van het ZH-personeel aan de ziekenhuizen worden toegekend, verhogen met een vast beginkapitaal van 300 punten, op voorwaarde dat die ziekenhuizen kunnen aantonen dat ze minstens gedurende één periode van drie maanden per jaar meewerken aan een door het IHE erkend programma voor multicentrische surveillance.

Dat komt neer op ongeveer 60.000 punten voor alle ziekenhuizen samen. In de veronderstelling dat alle verzorgingsinstellingen aan het programma deelnemen (wat op korte termijn onwaarschijnlijk is), zou dat voor ongeveer 200 ziekenhuizen neerkomen op 60 FTE-verpleegkundigen-hygiënisten en 25 FTE-geneesheren-hygiënisten, d.i. een kostprijs van maximum 140 miljoen fr.

- 2 Werkingskosten toekennen ten belope van 15 % van de ZH-

personeelskosten (die in totaal na uitbreiding 400 MF bedragen). Dat bedrag is bedoeld om de nodige preventieve onderzoeken en analyses uit te voeren: uitstrijkjes (MRSA), surveillance op de omgeving bij problemen, informatica-uitrusting voor de analyse, enz. Die kosten kunnen worden geraamd op maximum 50 miljoen fr.

De hoofdgeneesheer zal, op basis van voorstellen van het Comité voor Ziekenhuishygiëne, de verantwoordingsstukken indienen voor deze financiële aanvullingen.

Uit de praktijk in andere landen (Verenigde Staten, Canada, Nederland) blijkt dat de aanwezigheid van een infectioloog en een ziekenhuisepidemioloog sterk bijdraagt tot het opzetten en handhaven van efficiënte programma's om infecties te voorkomen. Op termijn zouden de grote ziekenhuizen hun Comité voor Ziekenhuishygiëne met één van die specialisten moeten versterken.

4.2.4. OPLEIDING

Binnen het ziekenhuis blijven programma's voor permanente opleiding en zelfevaluatie, evenals duidelijke en praktische aanbevelingen belangrijk om de zorgen op een kwalitatief hoogstaand peil te houden. Het gaat om taken die in de wet op het Comité voor Z.H. duidelijk aan de geneesheer-ziekenhuishygiënist en de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist worden toevertrouwd. Daartoe zal het Comité voor Z.H. een PROGRAMMA VOOR DE PERMANENTE OPLEIDING van het betrokken personeel opstellen. Dat programma zal ter beschikking worden gehouden van de geneesheren-inspecteurs.

De Hoge Gezondheidsraad heeft een reeks van aanbevelingen voor de ziekenhuizen gepubliceerd. Die stukken verdienen een ruimere verspreiding en kunnen misschien opnieuw worden uitgegeven met een bijgewerkte voorstelling en lay-out.

Bovendien zullen de ziekenhuizen bij de Administratie terecht kunnen voor documentatie over de plannen betreffende de verzorging en voorkoming van Z.I., uitgewerkt door ziekenhuizen of nationale of internationale instanties.

Het Ministerie van Volksgezondheid zou op termijn een permanente opleiding kunnen promoten die bekrachtigd wordt met een accreditering.

4.2.5. OP NATIONAAL/FEDERAAL NIVEAU

Om de doelstelling te bereiken, worden twee voorstellen gedaan:

1) de structuren die thans binnen het IHE aanwezig zijn gedurende ten minste vijf jaar consolideren en het huidige team uitbreiden om het bijkomende werk te verrichten. Een nationale - neutrale en competente - structuur is

noodzakelijk om gegevens te verzamelen. De kwaliteit van een dienst kan slechts worden geëvalueerd door anonieme ziekenhuizen onderling met elkaar te vergelijken en aangegeven epidemiologische technieken aan te wenden die de mogelijkheden van het individuele ziekenhuis vaak te boven gaan. Die nationale structuur is ook noodzakelijk om de vooruitgang te evalueren, zoals het I.H.E. reeds heeft kunnen doen bij de vergelijking van het gebruik van perioperatieve antibioticaprofylaxie tussen 1986 en 1992-1993 (bijlage 2).

Consolidatiekosten = 6.874.000 fr. (huidig budget)
Bijkomende kosten = 5.866.000 fr. (zie bijlage 1)

Die middelen moeten het niet alleen mogelijk maken de verzamelde gegevens beter te benutten, maar ook de interactie met de ziekenhuizen te verbeteren om hen te helpen hun surveillancegegevens beter aan te wenden. Die middelen zijn ook te rechtvaardigen door de voorziene uitbreiding van de registratie, zowel op het gebied van het aantal onderwerpen, als op dat van het aantal deelnemende ziekenhuizen.

- 2) Gelijkzeitig met de bovengenoemde maatregelen zou een cel voor de prospectieve studie en evaluatie van het economisch resultaat moeten worden opgericht, onder het surveillance en de leiding van een begeleidingscomité dat is samengesteld uit experts van de universiteiten, de administratie en de ziekenhuizen.
- Een structuur voor prospectieve evaluatie is immers de enige manier om het werkelijke nut van de genomen maatregelen objectief en wetenschappelijk te beoordelen en met de beginsituatie te vergelijken. De kostprijs daarvan zou 5 miljoen fr. per jaar bedragen (2 FTE-onderzoekers + werkingskosten).

CONCLUSIE

- 1) Zelfs wanneer men slechts een deel van de besparing, geraamd op 1,2 miljard per jaar, realiseert, blijft de kosten/batenanalyse m.b.t. de bijkomende kosten van 200 miljoen fr. gunstig (TABEL 2).

TABEL 2. KOSTPRIJS VAN DE VOORGESTELDE MAATREGELLEN

- <u>ZIEKENHUIZEN</u>	
- kapitaal 60.000 punten	140 miljoen fr.
- werkingskosten	50 miljoen fr.
- <u>NATIONAAL/FEDERAAL</u>	
- I.H.E.	12,74 miljoen fr.
- evaluatiecel	5 miljoen fr.
<hr/>	
TOTAAL	<u>207,74 miljoen fr.</u>
d.i. 2,6 % van de jaarlijkse kostprijs van de Z.I., geraamd op:	<u>8 miljard fr.</u>
<u>JAARLIJKSE KOSTEN DIE RUIMSCHOOTS WORDEN GECOMPENSEERD DOOR:</u>	
- de huidige Z.I. in ± 2 jaar met ± 15% terug te dringen:	<u>1,2 miljard fr</u>

De kostprijs van de voorgestelde maatregelen zou immers worden gecompenseerd door een vermindering van het aantal Z.I. met 2,6 %. De rationalisering van het voorschrijven van antibiotica alleen al zou die bijkomende uitgaven reeds meer dan goedmaken (BIJLAGE 2).

Bij die besparing komt nog de niet in cijfers uit te drukken winst in het menselijk vlak, doordat het ziekte- en sterftecijfer i.v.m. Z.I. daalt.

- 2) Tot slot betekent de surveillance van ziekenhuisinfecties in de context van een nationaal en zelfs Europees netwerk een onbetwistbare meerwaarde voor de activiteiten in de verzorgingsinstellingen en kan het als een praktisch en doeltreffende voorbeeld van "peer review" worden beschouwd, met een methodologie die ook kan worden benut voor andere aspecten van de surveillance van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Annexe 1

Renforcement de l'équipe de coordination nationale NSIH: budget annuel actuel et budget complémentaire requis

BUDGET ACTUEL

Personel

1 Epidémiologiste temps plein (disponible à l'IHE)	p.m.
1 Médecin-Hygiéniste à temps plein	2.050.000
1 Bio-statisticien à mi-temps	1.000.000
1 Informaticien à temps plein	1.720.000
1 Secrétaire à 4/5 temps	960.000
	<u>5.730.000</u>

2. Frais de fonctionnement et frais administratifs	994.000
3. Investissements / entretien matériel	150.000
Total	<u>6.874.000</u>

BUDGET COMPLEMENTAIRE*

1. Personnel	
Infirmier(ière) en hygiène hospitalière avec expérience	1.858.000
Médecin-Hygiéniste avec expérience	2.256.000
Biostatisticien (mi-temps)	1.000.000
2. Fonctionnement	
Publications, déplacements, formation	100.000
Frais administratifs Patrimoine IHE (12.5 %)	652.000
Total	<u>5.866.000</u>
TOTAL GENERAL	12.740.000

Tenant compte de l'évolution des barèmes.

Annexe 2

Evolution de la prophylaxie antibiotique en chirurgie: 1986 - 1992/93

1. UTILISATION: au total dans 71,4 % des interventions contre 51,9 en 1986.

2. MOMENT de l'administration

	1992-93	1986
avant jour - 3	0.5 %	
jour - 3	0.1 %	
jour - 2	0.3 %	12.2 %
jour - 1	1.5 %	
le jour de l'intervention	94.4 %	84.8 %
jour + 1	1.2 %	
jour + 2	0.7 %	3.0 %
jour + 3 ou plus	1.3 %	

3. DUREE de la prophylaxie

	1992-93	1986
1 jour ou moins	63.5 %	19.6 %
2 jours	14.8 %	14.3 %
3 jours	8.7 %	16.0 %
4 jours	4.3 %	12.7 %
5 jours ou plus	8.1 %	37.4 %

4. CHOIX des PRODUITS

	Non Univ	Affi- liés	Uni- versit	1986
Céphalosporines 1ère génération	47%	51%	22%	28%
Céphalosporines 2ème génération	6%	18%	68%	17%
Céphalosporines 3ème génération	5%	0%	0%	2%
Dérivés de l'imidazole	7%	13%	0%	7%
Bêta-lactames & Inhibiteurs enzymat.	6%	3%	0%	0%
Aminoglycosides	3%	11%	0%	7%
Pénicillines bêta-lactamase résistants	2%	1%	4%	5%
Autres	5%	4%	6%	34%

En résumé: utilisation plus fréquente (en partie justifiée, en partie non), mais mode d'administration plus rationnel qu'en 1986: meilleur timing en périopératoire immédiat, important raccourcissement des cures, choix plus restreint et plus judicieux des produits, et 'tonnage' global réduit de manière considérable. D'autres progrès peuvent cependant encore être faits.