

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

BRUSSEL 11 juli 2013

**DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Réf. : NRZV/D/433-2

**Advies in verband met een functie infectiologie en reisziekten in de
ziekenhuizen**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 11 juli 2013

Met haar brief van 06.11.2012 vroeg minister Onkelinx advies aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen met het oog op het ontwikkelen van normen voor een functie voor infectiologie en reisziekten in de ziekenhuizen.

Volgens haar schrijven (citaat): *“zouden die normen kunnen betrekking hebben op:*

- *De medische omkadering: de aanwezigheid van artsen internisten en /of pediaters met aantoonbare deskundigheid in de infectieziekten, met waarborg voor continuïteit 24/7; klinische biologen met bijzondere deskundigheid in deze materie*
- *Laboratorium dat in staat is snel bijzondere diagnostiek aan te bieden*
- *Beschikken over functie gespecialiseerde spoedgevallen*
- *Beschikken over functie intensieve zorg met mogelijkheid tot isolatie*
- *Faciliteiten voor transport van hoog besmettelijke patiënten naar instellingen die er bijzonder voor zijn uitgerust*
- *Outreachment en netwerking met andere ziekenhuizen, andere zorginstellingen, het WIV en de ECDC*
- *Beschikken over voldoende competenties om ‘outbreak’ te voorkomen of te beheersen.”*

De werkgroep “infectiologie en reisziekten” vergaderde driemaal: 11.12.2012, 22.01.2013 en 05.02.2013.

Aanwezige leden van de NRZV: M. Moens, die het voorzitterschap waarnam, D. Devos (3/3) en K. Vandenbosch (2/3).

Verontschuldigde leden van de NRZV: D. Bodeux, M. Dusart en A. Hotterbeeck.

Aanwezige experts: W. Arrazola de Onata (1/3), S. Callens (2/3), S. Dewit (1/3), Ph. Leonard (1/3), D. Mathieu (2/3), W. Peetermans (1/3), R. Peleman (1/3), S. Quoilin (1/3), C. Rossi (2/3), M. Van Esbroeck(1/3), J. Van Cauwenberghe (1/3), S. Vandecasteele (2/3), M. Vekemans (2/3), D. Vogelaers (2/3), M. Wanlin(1/3).

Verontschuldigde experts: H. Janssens, F. Van Gompel.

De werkgroep (WG) stelt vast dat er niet noodzakelijk een verband is tussen “infectiologie” en “reisziekten” en koppelt beide onderwerpen van elkaar los.

1) **Reisziekten (Travel Clinic)**

Wat de functie reisziekten of “travel clinic” betreft stelt de werkgroep vast dat België in het kader van zijn internationale verplichtingen het internationale gezondheidsreglement van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) toepast en doet respecteren via het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer van de FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.

De FOD erkent de reisklinieken (Travel Clinics) voor het publiek die onder meer vaccineren tegen gele koorts. Voor de internationale havens en luchthavens is er een aparte regeling.

Er zijn 23 erkende centra voor vaccinatie tegen gele koorts, gespreid over het grondgebied van België, minstens één per provincie:

- 2 in West-Vlaanderen: Sint-Jan, Brugge en Jan Yperman, Ieper
- 1 in Oost-Vlaanderen: UZ Gent
- 1 in Antwerpen: Instituut tropische geneeskunde
- 2 in Henegouwen: Hôpital civil, Charleroi en CHU Ambroise Paré, Mons

- 1 in Vlaams-Brabant: UZ Leuven
- 6 in Waals-Brabant : Travel Clinic, Nivelles; Clinique St-Pierre, Ottignies-Louvain-La-Neuve; Centre Médical, Clinique St-Pierre, Wavre; Centre Hospitalier de Réadaptation et de Psychiatrie du Brabant Wallon(CHRPBW), Wavre; Chirec, site Braine- l'Alleud-Waterloo; Policlinique de Louvain-La-Neuve.
- 6 in Brussel : CHU St-Pierre, 1000 ; UZ Erasmus, 1070 ; UZ Brussel, 1090 ; St-Luc, 1200 ; UVC Brugman, 1020 ; CHIREC, 1040.
- 1 in Limburg : Jessa, Hasselt
- 3 in Luik : Institut provincial Ernest Malvoz; CHU de Liège-Sart Tilman; CHU de Liège, Polyclinique Brull
- 2 in Namen: CHR Namen en Mont-Godine, Yvoir
- 1 in Luxemburg: Clinique St-Joseph, Arlon

De artsen werkzaam in de reisklinieken verzekeren niet alleen de preventieve aspecten voor de reizigers, inclusief de vaccinaties, maar ook hun opvolging bij hun terugkeer indien dit nodig zou zijn.

Rabiës stelt een specifiek probleem omdat de specifieke antirabiës-immunoglobulinen (RIG) en het postexpositie-vaccin alleen door de Directie Besmettelijke en Overdraagbare Ziekten WIV/IPV – Nationaal Centrum voor de medische behandeling van rabiës worden afgeleverd. Het klassieke preventieve vaccin voor risicogroepen is doorgaans verkrijgbaar in de vaccinatiecentra tegen gele koorts en sinds 2012 in alle publieke officina apotheken¹

Het starten van een “Travel clinic” is vandaag onlosmakelijk gekoppeld aan het verkrijgen van een licentie voor de gele koortsvaccinatie.

Dergelijke licentie kan aangevraagd worden bij het Directoraat-generaal Basisgezondheidszorg en Crisisbeheer van de FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. Het wordt normaliter bekomen indien wordt voldaan aan de *“Overeenkomst van delegatie van de vaccinaties bij toepassing van het internationaal sanitair regelement en het verlenen van de officiële Saniport stempel op het internationale vaccinatie-attest”* die gebaseerd is op het Internationaal Sanitair Reglement, ondertekend op 25 mei 1951 te Genève en op de toepassing ervan bij koninklijk besluit van 29 oktober 1964 betreffende de gezondheidspolitie van het internationaal verkeer (BS 18.12.1964) en zijn wijzigingsbesluiten van 27.08.1970 (BS 26.09.1970) en van 06.08.1987 (BS 28.11.1987).

Een lid van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen die niet aan de werkgroep deelneemt heeft schriftelijk gemeld dat er momenteel twee dergelijke aanvragen al geruime tijd hangende zijn².

De werkgroep wijst er ook op dat preventieve vaccinaties horen tot de preventieve gezondheidszorg en gezondheidsopvoeding³ en dus de bevoegdheid zijn van de Gemeenschappen.

Zo kent vb. de Vlaamse Gemeenschap een gezondheidsdoelstelling dat er in Vlaanderen tegen 2020 een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid op moet gericht zijn de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit. De Vlaamse Gemeenschap wil dat er tegen 2015 uniforme Vlaamse richtlijnen zijn voor reizigersvaccinatie die moeten bekend zijn bij alle actoren die in Vlaanderen actief zijn bij gezondheidsadvies in verband met reizen en dat die door hen worden toegepast.

¹ Op dit moment blijkt er een stock probleem te zijn.

² Op initiatief van de FOD Volksgezondheid gingen in 2008-2009 verschillende vergaderingen door met experts van de travel clinics om de erkenningscriteria te actualiseren, maar die werkzaamheden vielen stil.

³ Bijzondere wet van 08.08.1980 tot hervorming der instellingen (BS 15.08.1980)

De werkgroep is van mening dat er geen reden is om een ziekenhuis te verplichten om over een functie reisziekten te beschikken. Als een ziekenhuis een aanvraag doet voor een Travel Clinic en de erbij horende licenties tot vaccinatie tegen gele koorts en voldoet aan de hoger genoemde wettelijke voorwaarden, dient de FOD Volksgezondheid aan de bevoegde minister te adviseren dergelijke erkenning af te leveren. Travel Clinics zullen bovendien rekening moeten houden met de eventuele specifieke gewestelijke regelgeving.

Tenslotte wijst de werkgroep op het bestaan van de uitstekende en up to date website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG)⁴ in samenwerking met de Belgische Wetenschappelijke Studiegroep Reisgeneeskunde.

In het algemeen dient hier nog aan toegevoegd dat, in verband met vaccinaties, bij kinderen ook K&G (Kind en Gezin) in Vlaanderen en het ONE (Office de naissance et de l'enfance) in het Franstalig landsgedeelte tussenkomen. Op de werkvloer, zeker wat betreft gezondheidszorginstellingen, zijn ook private arbeidsgeneeskundige diensten bij vaccinaties betrokken in overleg met travel clinics experts. Zij hanteren soms eigen richtlijnen.

2) De functie infectiologie

2.1. De medische omkadering: de aanwezigheid van artsen internisten en/of pediaters met aantoonbare deskundigheid in de infectieziekten, met waarborg voor continuïteit 24/7; klinische biologen met bijzondere deskundigheid in deze materie

Infectiebestrijding vindt de facto nu al plaats in elk ziekenhuis. Het is de gedeelde verantwoordelijkheid van de geneesheer-hygiënist (uitbraakcontrole en verspreidingscontrole), de klinisch bioloog medisch microbioloog (identificatie, spectrum antimicrobiële behandeling en advisering) én de infectioloog (klinisch aspecten van diagnostiek en antimicrobieel gebruik). Deze drie activiteiten overlappen, zijn complementair en worden door elkaar ingevuld, zeker wanneer één arts meerdere van die taken op zich neemt, wat courant voorkomt. Deze activiteiten moeten alle drie aanwezig zijn in elk ziekenhuis.

Er is vandaag geen eigen financiering voor de de facto bestaande “functie infectiologie” tenzij zeer gedeeltelijk via de pluridisciplinaire antibiotherapiebeleggroepen in de ziekenhuizen⁵.

Al naargelang het ziekenhuis worden deze activiteiten ad hoc gefinancierd door de honoraria van de artsen die deel uitmaken van de groep van interne geneeskunde of van een onderdeel ervan (vb. nefrologie); of door de honoraria van de klinische biologie die er de klinische en antibiotica-adviezen van de klinisch bioloog medisch microbioloog mee betaalt; of door het ziekenhuis zelf vanuit een niet niet nader omschreven onderdeel van het budget van financiële middelen. Het is immers budgettair onmogelijk om voor de de facto bestaande “functie infectiologie” de bescheiden financiering van de geneesheer – hygiënist via het onderdeel B4 van het budget van financiële middelen⁶ in aanmerking te nemen.

⁴ www.itg.be → reisgeneeskunde / médecine des voyages & <http://www.itg.be/ITG/Uploads/MedServ/nmedasso.pdf> : Medasso headlines. Gezondheidsadviezen voor reizigers Uitgave 2012-2013.

⁵ KB van 12.02.2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend (BS 28.03.2008)

⁶ Artikel 56 § 1 van het KB van 25.04.2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BS 30.05.2002; Ed. 3)

Indien de overheid wenst over te gaan tot de creatie van een ziekenhuisfunctie infectiologie, zal hiervoor een bijkomende financiering moet worden voorzien in het budget van financiële middelen ter vergoeding van de infectiologen en de klinisch biologen microbiologen.

De medewerking van de apotheker klinisch farmaceut kan in een goed uitgebalanceerde “functie infectiologie” van toenemend belang worden. Jammer genoeg laat de neerwaartse spiraal van de financiering van de ziekenhuisapotheken niet toe om dergelijke medewerkers correct te financieren. Bij de start van de forfaitarisering van de geneesmiddelen voor in het ziekenhuis verblijvende patiënten op 01.07.2006 werd aangekondigd dat de vrijgekomen bedragen die uit de forfaitarisering zouden voortvloeien onder meer zouden aangewend worden ter financiering van o.a. de klinische farmacie. De forfaitarisering mondde echter uit in harde besparingen. Het geneesmiddelenforfait daalde over die periode immers met een derde, van € 258,839 miljoen in 2006 naar € 172,865 miljoen in 2013⁷. In dergelijke financiële context is het onmogelijk dat de ziekenhuisapothekers prioriteit kunnen geven aan de participatie van de klinisch farmacologen in de eventuele uitbouw van een “functie infectiologie” zonder hun andere dienstverlening in het gedrang te brengen.

De werkgroep dringt aan een inventaris te maken van wat er vandaag op het terrein gebeurt en van wat de reële behoeften van de ziekenhuizen in deze materie zijn.

Er is vandaag een veelheid van organen en initiatieven, maar er is weinig of geen overleg en coördinatie.

Op federaal niveau kan de Hoge Gezondheidsraad adviezen geven inzake infectiologie.

Er is de **Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid** (BAPCOC)⁸ met zijn verschillende werkgroepen onder meer ambulante praktijk, ziekenhuisgeneeskunde en ziekenhuishygiëne. Binnen de BAPCOC werd in december 2002 het Federaal platform voor Ziekenhuishygiëne opgericht, een overkoepelend orgaan dat verantwoordelijk is voor het structureren, ondersteunen en coördineren van de negen regionale platformen voor ziekenhuishygiëne.

Er werden wettelijke initiatieven genomen in verband met griep epidemieën en griep pandemieën^{9, 10, 11} en de informele aanstelling van een griep commissaris, Prof. Dr. Marc Van Ranst.

Er is het Tuberculose register België dat jaarlijks wordt samengesteld door de VRGT¹² en haar zusterorganisatie FARES¹³ die samen de koepelstichting BELTA vormen (Belgian Lung and Tuberculosis Association). Dit register beschrijft de karakteristieken van de gemelde tuberculosepatiënten en de geregistreerde behandelingsresultaten van het voorafgaande jaar.

Op gemeenschapsniveau worden eveneens initiatieven genomen zoals vb. de aangifteplicht van sommige infecties¹⁴. Die initiatieven beperken zich niet noodzakelijkerwijze tot het preventief aspect

⁷ RIZIV Nota ARGV 2013/024 d.d. 03.05.2013 en RIZIV nota CCB 2013/111 d.d. 08.05.2013.

⁸ KB van 26.04.1999 houdende oprichting van een Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BS 31.07.1999)

⁹ Wet van 16.10.2009 die machtigingen verleent aan de Koning in geval van een griep epidemie of -pandemie (BS 21.10.2009; Ed. 2)

¹⁰ KB van 03.11.2009 houdende oprichting van een federale gegevensbank betreffende de vaccinaties met het anti-A/H1N1-griepvirusvaccin (BS 09.11.2009, Ed. 1)

¹¹ KB van 28.10.2009 tot vaststelling van de datum van het uitbreken van een griep epidemie of -pandemie, in uitvoering van artikel 2, § 2, van de wet van 16 oktober 2009 die machtigingen verleent aan de Koning in geval van griep epidemie of -pandemie (BS 03.11.2009, Ed. 2)

¹² Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

¹³ Fonds des Affections Respiratoires

¹⁴ Ministerieel besluit van de Vlaamse Overheid van 19.06.2009 tot bepaling van de lijst van infecties die gemeld moeten worden en tot delegatie van de bevoegdheid om ambtenaren-artsen en ambtenaren aan te wijzen (BS 20.07.2009; Ed. 2)

van de infectiologie. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid kent vb. ook zijn draaiboek infectieziekten¹⁵ dat in samenwerking met het Nederlandse Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) werd samengesteld. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft in zijn afdeling Toezicht Volksgezondheid een team infectieziekten, met provinciale afdelingen. De Vlaamse Regering heeft haar gezondheidsdoelstelling infectieziekten en vaccinatie als prioriteit gesteld (cf. supra onder reisziekten).

De afwezigheid van een erkenning van de bijzondere bekwaming van infectioloog voor artsen met een basiserkenning als specialist in de inwendige geneeskunde of in de pediatrie en van medisch microbioloog voor artsen met een basiserkenning als specialist in de klinische biologie kwam herhaaldelijk aan bod in elk van de vergaderingen van de werkgroep. Deze erkenningen zijn echter een competentie van de Hoge raad voor geneesheren – specialisten en huisartsen (voorzitter Dr. Dirk Cuypers) en niet van de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen.

De bovenvermelde versnippering inzake infectiologie, medische microbiologie, ziekenhuishygiëne en antibioticabeleid uit zich ook in het aantal opleidingen, certificaten en verenigingen die zich, soms al decennialang, met deelaspecten van de infectieuze pathologieën bezighouden. In deze context dienen zeker de vzw Belgian Infection Control Society (BICS) te worden vermeld die van 1986 tot 31.12.2005 gekend was onder de naam GOSPIZ (Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in Ziekenhuizen) maar zijn werkveld heeft uitgebreid tot buiten het ziekenhuis alsook, sinds 1993, de Belgische Vereniging voor Infectiologie en Klinische Microbiologie / Société Belge d'Infectiologie et de Microbiologie Clinique (**BVIKM/ SBIMC**).

De BVIKM/ SBIMC verzorgt trouwens de Belgisch – Luxemburgse versie van “The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy”. De editie 2012-2013 kwam tot stand onder het co-voorzitterschap van Prof. Dirk Vogelaers (UZ Gent, internist infectioloog) en Prof. Johan Van Eldere, (UZ KULeuven, klinisch bioloog medisch microbioloog). De Sanford Guide wordt al jarenlang nationaal en internationaal gerespecteerd en gewaardeerd als referentiewerk inzake de antimicrobiële therapie.

De werkgroep wijst er ook op dat de infectiezorg niet stopt aan de in-/uitgang van het ziekenhuis. Er moet een continuüm zijn naar de zorg buiten de ziekenhuizen, zowel naar het thuismilieu als naar het thuis vervangend milieu zoals rust- en verzorgingstehuizen, woonzorgcentra en aanverwante instellingen. De huisartsen dienen van nabij bij de infectieuze problematiek te worden betrokken, niet alleen inzake therapie, maar zeker ook qua profylaxie en epidemiologie.

De continuïteit der zorgen moet door artsen infectiologen, artsen klinisch biologen microbiologen en artsen ziekenhuishygiënisten samen kunnen gegarandeerd worden, indien nodig in samenwerking met naburige ziekenhuizen.

2.2. Laboratorium dat in staat is snel bijzondere diagnostiek aan te bieden

Het ziekenhuis dat een eventuele functie infectiologie zou willen hebben moet ter plaatse over een goed uitgebouwd microbiologisch, inclusief parasitologisch, laboratorium beschikken als onderdeel van een erkend laboratorium voor klinische biologie¹⁶. Voor de infectieuze agentia die zijn opgenomen in artikel 24bis van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen dient het erkend laboratorium voor klinische biologie – als het terugbetaling wenst te bekomen via de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering - bovendien te beschikken over een ISO 15189 accreditatie¹⁷.

¹⁵ <http://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijneninfectieziektebestrijding/>

¹⁶ KB van 03.12.1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort (BS 30.12.1999)

¹⁷ KB van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals gewijzigd bij KB van 19.03.2008 (BS 18.04.2008).

Niet alle diagnostiek kan, noch moet in elk ziekenhuislaboratorium worden uitgevoerd. Zaak is dat de klinisch bioloog medisch microbioloog snel kan georiënteerd worden in welke richting dient gezocht te worden in gezamenlijk overleg met de behandelende arts en de infectioloog zodat een specimen zo snel als mogelijk en op veilige manier aan een gespecialiseerd lab kan bezorgd worden. In uitzonderlijke gevallen dient de patiënt zelf te worden verwezen (cf. 2.5.).

Met de oprichting in 2010 van het medisch-technisch adviesorgaan (MTAO) vanuit het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid werden Nationale Referentiecentra (NRC) voor Humane Microbiologie gecreëerd voor 40 specifieke microbiële pathogenen^{18, 19}. Die referentiecentra worden via het RIZIV gefinancierd. De erkende laboratoria voor klinische biologie in de ziekenhuizen beschikken over de nodige informatie en de nodige recipiënten en materialen om stalen die voor deze bijzondere analyses in aanmerking komen op veilige wijze naar de betrokken referentiecentra te verzenden.

Naast de Nationale referentiecentra (NRC) voor humane microbiologie zijn er ook negen aids referentiecentra, die via een revalidatie overeenkomst door het RIZIV erkend en gefinancierd worden, na voorlegging van het dossier aan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging²⁰.

In de context van de epidemiologie maakt het WIV "Operationele directie Volksgezondheid en Surveillance" ook gebruik van een netwerk van 97 peillaboratoria²¹.

2.3. Beschikken over functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg

De werkgroep gaat akkoord dat de aanwezigheid van een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg vereist is indien zou worden overgegaan tot de uitbouw van een functie infectiologie. De meeste erkende acute ziekenhuizen beschikken over deze functie.

2.4. Beschikken over functie intensieve zorg met mogelijkheid tot isolatie

De werkgroep gaat akkoord dat de aanwezigheid van een functie intensieve zorg met mogelijkheid tot isolatie vereist is indien zou worden overgegaan tot de uitbouw van een functie infectiologie.

2.5. Faciliteiten voor transport van hoog besmettelijke patiënten naar instellingen die er bijzonder voor zijn uitgerust

Er dient een inventaris gemaakt te worden voor welke infectieuze aandoeningen en voor welke kiemen vandaag hoog besmettelijke patiënten naar instellingen worden getransporteerd die er speciaal zijn voor uitgerust. Het gaat immers slechts om uitzonderlijke gevallen.

De werkgroep is van oordeel dat de beslissing ten aanzien van dit transport dient genomen te worden door het desbetreffende referentiecentrum. Als dat centrum oordeelt dat er gespecialiseerd transport nodig is, dient dat centrum er zelf voor in te staan. Indien geen gespecialiseerd transport nodig is zorgt het verwijzende ziekenhuis zelf voor het vervoer van de patiënt.

2.6. Outreachment en netwerking met andere ziekenhuizen, andere zorginstellingen, het WIV en de ECDC

¹⁸ KB van 09.02.2011 tot vaststelling van de financieringsvoorwaarden van de referentiecentra voor humane microbiologie (BS 01.03.2011; Ed. 1)

¹⁹ https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref_centra_lab/default.aspx

²⁰ Artikelen 22, 6° en 23, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (BS 27-08-1994)

²¹ http://www.infectieziektebulletin.be/uploadedFiles/Infectieziektebulletin/2013/84_2013_2/VIB_2013-2_cijfers%20WIV.pdf

Netwerking met andere ziekenhuizen en andere zorginstellingen is vanzelfsprekend. De betrokken artsen, zowel infectiologen als klinisch biologen medisch microbiologen hebben over de jaren heen spontane samenwerkende netwerken opgebouwd, zowel lokaal als via nationale verenigingen zoals de BICS en de **BVIKM/ SBIMC**. Deze artsen hebben ook frequente contacten met het WIV, soms via het medisch-technisch adviesorgaan (MTAO) van dat de Nationale Referentiecentra (NRC) voor Humane Microbiologie begeleidt, soms via de peillaboratoria, soms via de werkgroep microbiologie van de Commissie klinische biologie.

Het "Annual Epidemiological Report 2012"²² van de ECDC²³, dat gebaseerd is op surveillance gegevens uit 2010, toont aan dat een zinvolle opvolging van ziekten in Europe een moeilijke opdracht is. Surveillance systemen hebben in de EU nog een lange weg af te leggen vooraleer ziektegegevens vergelijkbaar zullen zijn tussen de lidstaten en zelfs tussen de verschillende regio's binnen dezelfde lidstaat. Het rapport biedt een samenvatting aan van mogelijke dreigingen van het uitbreken van besmettelijke ziekten die in 2011 werden opgetekend.

Om het vroegtijdig uitbreken van een (nieuwe) ziekte op het spoor te komen kan de database TESSy - The European Surveillance System - van het European Centre for Disease Prevention and Control een nuttig werkinstrument, maar het communiceren met de ECDC is allicht meer aangewezen via het WIV. Wanneer een 'emerging disease' opduikt kan gevraagd worden een nieuwe pathogeen toe te voegen aan de lijst van de Nationale referentiecentra (NRC) (cf. 2.2.) voor humane microbiologie. In dringende omstandigheden, zoals de uitbraak van een pathogeen of bij het waarnemen van een verhoogde incidentie van een pathogeen dat niet in de NRC-lijst voorkomt en dat een bedreiging vormt voor de volksgezondheid of van een nieuw resistentieprofiel, nieuw genotype of andere wijziging bij een pathogeen in de NRC-lijst dat een bedreiging vormt voor de volksgezondheid (bv. 'vaccin escape', nieuw genotype met andere pathologie, verhoogde virulentie) voorziet de regelgeving een bijzondere procedure om snel te kunnen optreden.

Zoals het nu de taak is van de klinisch biologen medisch microbiologen en/of van de infectiologen en/of van de bestaande Travel Clinics om dergelijke waarnemingen dringend door te geven aan het WIV en/of aan de bevoegde gemeenschapsinstantie, zou deze communicatie in de toekomst de taak kunnen worden van de functie infectiologie.

2.7. Beschikken over voldoende competenties om 'outbreak' te voorkomen of te beheersen.

Als een eventuele functie infectiologie voldoet aan de bepalingen 2.1. tot en met 2.6. beschikt zij over voldoende competenties om 'outbreak' te voorkomen of te beheersen.

3) Besluiten:

3.1. In het advies worden de items travel clinic en infectiologie opgesplitst.

3.2. De erkenning van een travel clinic en het afleveren van de licentie met de bijhorende stempel voor de gele koortsvaccinatie kan blijven bestaan volgens het bestaande protocol.

3.3. Het hebben van een travel clinic is een vrije keuze van het ziekenhuis. Het kan niet aan een ziekenhuis worden opgelegd.

²² <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf>

²³ European Centre of Disease Prevention and Control, established in 2005; an EU agency with aim to strengthen Europe's defenses against infectious diseases; Stockholm, Sweden.

3.4. Elk ziekenhuis moet ook vandaag in staat zijn patiënten met infectieziekten correct te diagnosticeren en te behandelen. In elk ziekenhuis moeten klinisch biologen en algemene internisten of pediaters in onderling overleg bij vermoeden van een uitzonderlijke infectieuze diagnose ook nu al tijdig de nodige bijkomende laboratoriumdiagnostiek kunnen aanvragen bij de daartoe geëigende referentielaboratoria en zo nodig de patiënt kunnen verwijzen naar een gespecialiseerde dienst in een ander ziekenhuis.

3.5. De behoeften aan infectiologie in de ziekenhuizen moet worden gemeten zodat een graduele opbouw van de drie aanvullende en elkaar overlappende componenten kan worden uitgewerkt: de ziekenhuishygiëne en -epidemiologie, de medische microbiologie en de klinische infectiologie. Indien een functie infectiologie zou worden gerealiseerd moet elk van die drie componenten vertegenwoordigd zijn, eventueel in samenwerking met ziekenhuizen uit de omgeving.

3.6. In de marge van die advies beveelt de werkgroep aan dat:

3.6.1. een inventaris wordt gemaakt van alle bestaande organisaties en instellingen die met infectiologie zowel preventief, therapeutisch als epidemiologisch bezig zijn.

3.6.2. meer overleg wordt gepleegd tussen al deze organisaties en instellingen en dat er een coördinatie wordt uitgebouwd.

3.6.3. de vraag tot het erkennen van de bijkomende beroepsbekwaming van infectioloog voor internisten en pediaters en van medisch microbiologen voor artsen klinisch biologen terug zou worden voorgelegd aan Hoge raad voor geneesheren specialisten en huisartsen.

De werkgroep is van mening dat de oprichting van een ziekenhuisfunctie infectiologie onlosmakelijk gekoppeld is aan de erkenning van de bijkomende beroepsbekwaming van infectioloog en medisch microbioloog en op hun onderlinge samenwerking²⁴.

²⁴ “Tussen laboratorium en kliniek: de geïntegreerde taakset van de arts-microbioloog”. Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM); 2012.