

Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
Beleidsnota legislatuur 2014-2019

Erica Balligand, Michiel Costers en Evelyne Van Gastel

Executive summary

Antibacteriële resistentie is een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid.

Het Centers for Disease Control and Prevention (CDC) schat dat jaarlijks 2 miljoen Amerikanen een infectie oplopen die veroorzaakt wordt door een (multi)resistente bacterie en dat 23 000 mensen sterven aan dergelijke infecties. De WHO heeft dan ook al meerdere malen aandacht gevraagd voor deze belangrijke problematiek. In het slechtste scenario beschikken we binnenkort niet langer over werkzame antibiotica. Chirurgie en kankerbehandeling worden dan zeer gevaarlijk omwille van het inherente infectierisico. (Orgaan)transplantaties worden dan zelfs zo goed als onmogelijk omdat de noodzakelijke immuunsuppressie deze patiënten uiterst vatbaar maakt voor infecties. Infecties die nu perfect behandeld kunnen worden zullen weer levens gaan eisen. Het is dan ook niet ondenkbaar dat infectieziekten opnieuw de belangrijkste doodsoorzaak gaan worden zoals aan het begin van de 20^e eeuw.

Ook zorginfecties eisen een zeer grote tol. Uit onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is gebleken dat in België jaarlijks 103 000 patiënten een zorginfectie oplopen in de acute ziekenhuizen. Deze infecties zijn verantwoordelijk voor 720 757 extra hospitalisatiedagen, 384.3 miljoen Euro extra uitgaven voor de gezondheidszorg en 2 625 extra overlijdens.

Antibioticumbeleid en infectiebeheersing zijn fundamentele pijlers van de kwaliteit van de zorg en dragen ook bij tot de veiligheid van de patiënt. In talrijke landen worden kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid gestimuleerd via de financiering van de gezondheidszorg, de zogenaamde “pay for quality”. Ook in België is er dringend nood aan een herziening van de financiering van de gezondheidszorg om initiatieven inzake kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid te stimuleren.

Voor wat betreft de problematiek van de antibacteriële resistentie zijn de humane geneeskunde en de diergeneeskunde onlosmakelijk met elkaar verbonden. **Een krachtdadige aanpak van de antibacteriële resistentie vereist dus een integrale benadering van beide ecosystemen volgens het ‘One Health’ concept.** Het ‘One Health’ concept houdt ook in dat binnen de humane geneeskunde zowel aandacht moet gaan naar de ambulante praktijk als naar de verzorgingsinstellingen, in de eerste plaats de ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Epidemiologische gegevens

Het **ambulant antibioticumverbruik** uitgedrukt in aantal verpakkingen is met maar liefst 36% gedaald ten opzichte van 1999-2000. Ondanks deze reductie blijft het ambulant antibioticaverbruik in België nog steeds hoog in vergelijking met andere Europese landen. Sinds 2006-2007 is het verbruik bovendien stabiel gebleven. Vooral het gebruik van chinolonen is opvallend hoog in België.

Het **antibioticumverbruik in de ziekenhuizen** is met 5.6% gestegen van 2007 tot 2013.

De cijfers voor 2012 tonen dat het **diergeneeskundig antibioticumverbruik** in België hoger is dan in naburige lidstaten. In de periode van 2007 tot 2013 is het verbruik van antimicrobiële farmaceutica wel met 33% gedaald, maar het verbruik van antimicrobiële voormengsels is met 73% gestegen.

Voor pneumokokken en MRSA is er het laatste decennium een gunstige evolutie geweest op het vlak van **resistentie**. Multiresistente gramnegatieve bacteriën zijn het laatste decennium echter aan een belangrijke opmars toe.

De **resistentie** bij commensale *E.coli* afkomstig van pluimvee, varkens en runderen is in België hoger dan het gemiddelde van andere lidstaten.

Uit recent onderzoek is gebleken dat 7.2% van de patiënten in acute ziekenhuizen en 3.1% van de bewoners in woonzorgcentra een **zorginfectie** hadden op de dag van de bevraging.

Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO's

Het protocolakkoord voorziet in: **1) de oprichting van een Technische Commissie voor de Surveillances met betrekking tot MDRO's** (TCS-MDRO) om de risicobeoordeling (risk assessment) met betrekking tot MDRO's en (de coördinatie van) de surveillances met betrekking tot MDRO's te optimaliseren; **2) de oprichting van een Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's** (NCB-MDRO) om de coördinatie van de bestrijding van MDRO's (risk management) te optimaliseren; **en 3) de oprichting van een Outbreak Support Team** (OST) om ziekenhuizen en woonzorgcentra bij te staan bij de aanpak van uitbraken van zorginfecties (met MDRO's) in hun instelling. Het protocolakkoord geeft ook aan dat er in de woonzorgcentra werk moet gemaakt worden van een volwaardig zorginfectiebeleid. Daarnaast wordt gewezen op het belang van het verderzetten dan wel herhalen van enkele initiatieven die uitgaan van BAPCOC.

Indicatoren en streefwaarden

Ziekenhuizen	
Indicatoren	Keuze van therapeutisch antibioticum Indicatie voor antibioticatherapie vermeld in medisch dossier Keuze van antibioticum in kader van chirurgische profylaxe Duur van chirurgische antibioticaprofylaxe conform lokale richtlijn
Databron	Puntprevalentiestudie (baseline) en regelmatige interne audits (steekproef van medische dossiers) uitgevoerd door de antibiotherapiebeleidsgroepen
Acties	Acties van antibiotherapiebeleidsgroepen met coördinatie door WG Ziekenhuisgeneeskunde (o.a. nationale thema's)
Ambulante praktijk	
Indicatoren	Totaal antibioticaverbruik Verbruik van chinolonen Verhouding amoxicilline versus amoxicilline-clavulaanzuur
Databron	Ambulant antibioticaverbruik (data van IMA en RIZIV)
Acties	Campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica; Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk; lokale antibioticastewards in LOK-groepen; controle en regelgeving versterken (vb. voorwaarden koppelen aan het voorschrijven van bepaalde (klassen van) antibiotica, a posteriori controle van 'outliers')
Diergeneeskunde	
Indicatoren	Totaal antibioticaverbruik Verbruik van de kritisch belangrijke antibiotica Verbruik van gemedicineerde voeders met antibiotica
Databron	Diergeneeskundig antibioticaverbruik (data van BelVet-SAC en Sanitel-Med)

Acties	Zie strategisch plan AMCRA 2020
--------	---------------------------------

Voor de ziekenhuizen (tegen 2019):

- **keuze van therapeutisch antibioticum conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen;
- **indicatie voor antibioticatherapie vermeld in medisch dossier** in minstens 90% van de gevallen;
- **keuze van antibioticum in kader van chirurgische profylaxe conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen; en
- **duur van chirurgische antibioticaprofylaxe conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen.

Voor de ambulante praktijk:

- een **daling van het totale antibioticaverbruik** van nu meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar naar 600 voorschriften tegen 2020 en naar 400 voorschriften tegen 2025;
- een **daling van het gebruik van chinolonen** van nu ongeveer 10% van het totale antibioticaverbruik naar 5% tegen 2018; en
- een **stijging van de verhouding amoxicilline versus amoxicilline-clavulaanzuur** van nu ongeveer 50/50 naar 80/20 tegen 2018.

Voor diergeneeskunde (het strategisch plan AMCRA 2020 wordt onderschreven door de WG Diergeneeskunde van BAPCOOC):

- **50% minder antibioticumgebruik tegen 2020;**
- **75% minder van de meest kritisch belangrijke antibiotica tegen 2020;** en
- **50% minder gemedicineerde voeders met antibiotica tegen 2017.**

Plannen van de werkgroepen

De **WG Ziekenhuisgeneeskunde** wil het Schotse initiatief met continue opvolging van vier kwaliteitsindicatoren (zie indicatoren en streefwaarden voor de ziekenhuizen) aan de hand van een puntprevalentiestudie en interne audits implementeren in de Belgische ziekenhuizen. De antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG's) moeten eveneens verplicht werken rond nationale thema's volgens de principes van de PDCA-cyclus. De ABTBG's worden verder opgevolgd aan de hand van een summier jaarlijks activiteitenrapport. De interuniversitaire opleiding tot 'afgevaardigde van het antibiotherapiebeheer' en de nationale studiedag worden verder gezet. De functionaliteit van de surveillance van het antibioticumverbruik door het WIV moet verder uitgebreid worden zodat zinvolle vergelijkingen tussen de verschillende ziekenhuizen (benchmarking) mogelijk worden. Verder is het wenselijk om deze gegevens te koppelen aan andere databronnen zoals de Minimale Klinische gegevens om aldus een zicht te krijgen op het antibioticumverbruik per APR-DRG code. Er is nood aan de ontwikkeling van een elektronische antibioticagids voor de ziekenhuizen in samenwerking met de BVIKM. Over specifieke thema's inzake antibioticabeleid moeten nationale richtlijnen of adviezen worden opgesteld.

Het **federaal platform voor infectiebeheersing** wil extra aandacht schenken aan nationale thema's, namelijk urineweginfecties en (katheter-gerelateerde) bloedstroominfecties voor de komende vijf jaar. Binnen de context van een PDCA-cyclus zullen alle ziekenhuizen (en woonzorgcentra) gestimuleerd worden om concrete verbeteracties op te zetten en de impact van deze acties te evalueren. Alle instanties die een rol opnemen in de infectiebeheersing zullen een rol vervullen in de ontwikkeling/organisatie/realisatie van richtlijnen; symposia, workshops en opleiding;

surveillance, puntprevalentiestudies en interne audits; nationale verbeterprojecten (vb. zorgbundels, campagnes); en onderzoek. Het federaal platform wil een nieuwe toekomstvisie formuleren voor de infectiebeheersing in acute ziekenhuizen en wil de infectiebeheersing buiten de acute ziekenhuizen bevorderen. De nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne worden tweejaarlijks herhaald.

De **WG Ambulante Praktijk** zal een elektronische versie van de ‘Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk’ ontwikkelen en deze integreren in elektronische medische dossiers. De beschikbare gegevens over ambulante antibioticagebruik worden idealiter gekoppeld aan indicaties. Om een zicht te krijgen op de verwekkers van infecties buiten de ziekenhuizen en hun resistentieprofielen moet men studies opzetten waarbij huisartsen een kweek afnemen bij elke patiënt. In het kader van dergelijke studies kan men ook screeningstalen afnemen om de prevalentie van dragerschap van MDRO’s in de gemeenschap te bepalen. We moeten meer werk maken van het terugkoppelen van gegevens over antibioticumverbruik en antibioticumresistentie in de ambulante praktijk naar huisartsen. De werkgroep wenst ook nieuwe doelgroepen (tandartsen, spoedartsen, thuisverpleegkundigen) aan te spreken en overleg te plegen met de farmaceutische industrie. Als bovenstaande interventies niet het gewenste resultaat bekomen, moet de optie van controle en regelgeving bekeken worden. Mogelijke pistes zijn het koppelen van voorwaarden aan het voorschrijven van bepaalde (klassen van) antibiotica en a posteriori controle van ‘outliers’ die opvallend meer antibiotica voorschrijven dan hun collega’s.

Zowel de **WG Ziekenhuisgeneeskunde** als de **WG Ambulante Praktijk** vragen meer aandacht voor antibioticumbeleid in de basisopleiding, de specialistische (bijzondere beroepsbekwaamheid Infectiologie en Medische Microbiologie) en continue opleiding (lokale antibioticastewards in LOK-groepen) van artsen en ziekenhuisapothekers. Beide werkgroepen wensen de beschikbare informatie over resistentieprofielen samen te brengen op nationaal niveau.

De **WG Sensibilisatie** zal de jaarlijkse campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica verder zetten volgens een nieuw concept. Om huisartsen te ondersteunen bij het verbeteren van hun voorschrijfgedrag zal de werkgroep een interventie implementeren die ontwikkeld werd binnen het Europese onderzoeksproject GRACE (online communicatietraining en interactieve informatiebrochure voor patiënten). Er komt ook een “Suske en Wiske”-infostrip over het verantwoord gebruik van antibiotica.

De **WG Diergeneeskunde** wil constructief samenwerken met AMCRA en met alle bevoegde overheidsinstanties in het kader van de werkgroep Strategie Veterinair Antibioticabeleid (SVAB). De werkgroep wil ook eigen adviezen formuleren en eigen initiatieven nemen.

Alle werkgroepen geven ten slotte aan dat er nood is aan meer onderzoek over antibioticumverbruik en antibacteriële resistentie.

Antibacteriële resistentie en zorginfecties als ernstige bedreigingen voor de volksgezondheid

Antibacteriële resistentie is een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid.

Patiënten met infecties die veroorzaakt worden door (multi)resistente bacteriën lopen meer risico op een slechtere uitkomst en zelfs overlijden, en verbruiken meer middelen voor gezondheidszorg dan patiënten met infecties veroorzaakt door gevoelige stammen van dezelfde bacteriën. Verschillende studies hebben aangetoond dat er een significante stijging is van de mortaliteit bij infecties veroorzaakt door *E.coli* resistent aan 3^e generatie cefalosporines of chinolonen, *K. pneumoniae* resistent aan 3^e generatie cefalosporines of carbapenems, of MRSA. Een Amerikaanse studie kwam tot de conclusie dat de mediane kost van het ziekenhuisverblijf stijgt met ongeveer 38 000 dollar bij infecties met resistente Gramnegatieve bacteriën in vergelijking met infecties met gevoelige stammen. Het Centers for Disease Control and Prevention (CDC) schat dat jaarlijks 2 miljoen Amerikanen een infectie oplopen die veroorzaakt wordt door een (multi)resistente bacterie en dat 23 000 mensen sterven aan dergelijke infecties. De jaarlijkse extra kosten ten gevolge van antibacteriële resistentie worden voor de Verenigde Staten geschat op maar liefst 20 miljard dollar aan rechtstreekse zorggerelateerde kosten en 35 miljard dollar aan verloren productiviteit.

In het **Global Risk Report 2013 van het World Economic Forum (WEF)** wordt dan ook uitdrukkelijk verwezen naar antibacteriële resistentie als een mondiale bedreiging: *“Arguably, one of the most effective and common means to protect human life – the use of antibacterial and antimicrobial compounds (antibiotics) – may no longer be readily available in the near future”* Voordien had Dr Margaret Chan, Directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), ook al gewaarschuwd voor deze gevaarlijke evolutie: *“A post-antibiotic era means, in effect, an end to modern medicine as we know it. Things as common as strep throat or a child’s scratched knee could once again kill.”* In het recente **rapport van de WHO, “Antimicrobial resistance: Global report on surveillance”**, wordt deze waarschuwing nogmaals herhaald: *“Antimicrobial resistance within a wide range of infectious agents is a growing public health threat of broad concern to countries and multiple sectors.”* En op Europees niveau heeft ook het European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) al meerdere malen aandacht gevraagd voor deze belangrijke problematiek.

In het slechtste scenario beschikken we binnenkort niet langer over werkzame antibiotica. Chirurgie en kankerbehandeling worden dan zeer gevaarlijk omwille van het inherente infectierisico. (Orgaan)transplantaties worden dan zelfs zo goed als onmogelijk omdat de noodzakelijke immuunsuppressie deze patiënten uiterst vatbaar maakt voor infecties. Infecties die nu perfect behandeld kunnen worden zullen weer levens gaan eisen. Het is dan ook niet ondenkbaar dat infectieziekten opnieuw de belangrijkste doodsoorzaak gaan worden zoals aan het begin van de 20^e eeuw.

Ook zorginfecties eisen een zeer grote tol. Uit onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is gebleken dat in België jaarlijks 103 000 patiënten een zorginfectie oplopen in de acute ziekenhuizen. **Deze infecties**

zijn verantwoordelijk voor 720 757 extra hospitalisatiedagen, 384.3 miljoen Euro extra uitgaven voor de gezondheidszorg en 2 625 extra overlijdens.

Op internationaal niveau werden al verschillende initiatieven genomen om deze bedreigingen het hoofd te bieden. De EU ministers voor volksgezondheid hebben twee aanbevelingen goedgekeurd met betrekking tot antibacteriële resistentie en zorginfecties: “Council Recommendation on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine” (november 2001) en “Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections” (juni 2009). In 2001 heeft de WHO haar ‘Global strategy for containment of antimicrobial resistance’ gepubliceerd. Het ECDC ging in 2005 van start en één van haar programma’s is “Antimicrobial Resistance and Healthcare-associated Infections”. Sinds 2008 organiseert het ECDC jaarlijks de European Antibiotic Awareness Day (EAAD) op 18 november. Gezien de enorme menselijke tol en de astronomisch hoge kosten is de bestrijding van antibacteriële resistentie een topprioriteit voor de volksgezondheid en de nationale veiligheid in de ogen van de Amerikaanse regering. President Obama heeft in het najaar van 2014 via een ‘Executive Order’ verschillende federale departementen en agentschappen opgedragen om de ‘National Strategy on Combating Antibiotic-Resistant Bacteria’ te implementeren.

Antibioticumbeleid en infectiebeheersing als fundamentele pijlers van de kwaliteit van de zorg

De publicatie van het rapport “To err is human: Building a safer health system” door het Institute of Medicine (IOM) in 1999 was een mijlpaal voor het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Sindsdien is de aandacht voor patiëntveiligheid en kwaliteit van de zorg gelukkig steeds maar toegenomen. Door middel van jaarlijkse contracten ‘Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid’ wenst de Federale Overheid de inspanningen te erkennen die door de Belgische ziekenhuizen geleverd worden op het vlak van kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid.

Antibioticumbeleid en infectiebeheersing zijn fundamentele pijlers van de kwaliteit van de zorg en dragen ook bij tot de veiligheid van de patiënt. Antibioticumbeleid garandeert dat de patiënt niet onnodig behandeld wordt met antibiotica en dus niet onnodig blootgesteld wordt aan de bijwerkingen van deze producten. Het zorgt er ook voor dat de patiënt, indien dat wel nodig is, behandeld wordt met het correcte antibioticum en dit aan de juiste dosis en gedurende de aangewezen periode. Op langere termijn draagt antibioticumbeleid bij aan een reductie van de selectiedruk op de bacteriën met als gevolg een daling van de antibacteriële resistentie. Infectiebeheersing vermijdt dan weer infecties bij de patiënt tijdens de zorgverlening. Omdat er dan ook minder behandelingen met antibiotica nodig zijn, zal ook infectiebeheersing op langere termijn bijdragen aan een reductie van de selectiedruk en de antibacteriële resistentie.

In talrijke landen worden kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid gestimuleerd via de financiering van de gezondheidszorg, de zogenaamde “pay for quality”. In België is de financiering echter nog steeds louter gericht op het aantal geleverde prestaties. Dit systeem heeft echter perfide gevolgen voor de infectiebeheersing. Zoals reeds aangegeven eisen zorginfecties een zware tol van de patiënt en de maatschappij. Voor het ziekenhuis leiden ze echter tot aanvullende diagnostiek en therapie die net inkomsten genereren voor de arts en het ziekenhuis. **Er is dus dringend nood aan een herziening van de financiering van de gezondheidszorg zodat deze, net zoals in zovele andere landen nu al het geval is, initiatieven inzake kwaliteitsbeheer en patiëntveiligheid gaat stimuleren.**

'One Health' concept

Voor wat betreft de problematiek van de antibacteriële resistentie zijn de humane geneeskunde en de diergeneeskunde onlosmakelijk met elkaar verbonden. Overmatig gebruik van antimicrobiële middelen in de ene sector leidt niet alleen tot meer resistentie in het eigen ecosysteem maar ook in het andere ecosysteem. De stijgende resistentie in de humane geneeskunde en de diergeneeskunde loopt trouwens samen met een toename ervan bij bacteriën in de natuur. Resistente bacteriën van dieren kunnen via het voedsel (vb. *Salmonella*, *Campylobacter*) en via direct contact (vb. dierhouderij-gerelateerde MRSA) tot bij de mens geraken. Evengoed is bekend dat resistente bacteriën van menselijke oorsprong aangetroffen worden bij (gezelschaps)dieren. Bovendien kunnen resistentiegenen uitgewisseld worden tussen bacteriën uit beide ecosystemen.

Een krachtdadige aanpak van de antibacteriële resistentie vereist dus een integrale benadering van beide ecosystemen volgens het 'One Health' concept. Het 'Actieplan tegen het toenemende gevaar van antimicrobiële resistentie' van de Europese Commissie roept dan ook uitdrukkelijk op tot een holistische aanpak. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) en World Organisation for Animal Health (OIE) zijn een formele alliantie aangegaan om de samenwerking tussen beide sectoren te promoten.

Verschillende internationale initiatieven richten zich bewust op de diergeneeskunde. Zowel gegevens van de verschillende lidstaten over antibioticaconsumptie als antibacteriële resistentie bij dieren worden verzameld door respectievelijk het European Medicines Agency (EMA) en het European Food Safety Agency (EFSA). Het EMA stelt dat het uitsluitend preventief gebruik van antibiotica in de diergeneeskunde niet meer aanvaardbaar is. De hoofden van de Geneesmiddelen Agentschappen zijn van oordeel dat dierenartsen en veehouders moeten opgenomen worden in een communicatiestrategie die het verantwoord gebruik van antimicrobiële stoffen ondersteunt. De Europese Commissie heeft een mandaat gegeven aan ECDC, EFSA, EMA en SCENIHR om een rapport te schrijven over de antibacteriële resistentie met focus op zoönotische infecties.

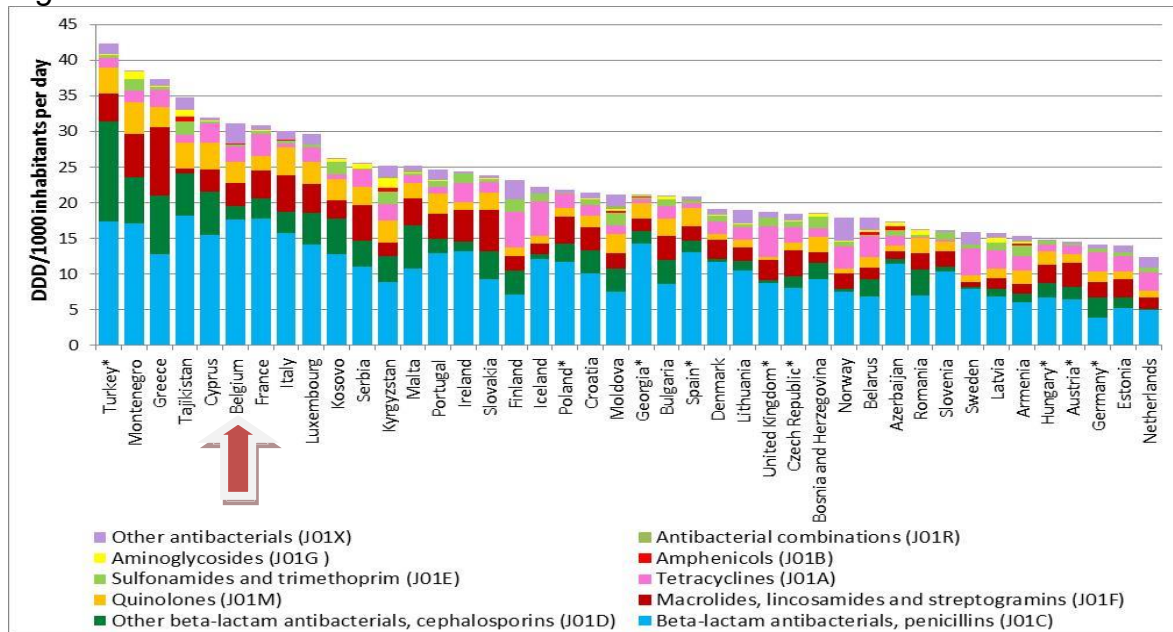
Het 'One Health' concept houdt ook in dat binnen de humane geneeskunde zowel aandacht moet gaan naar de ambulante praktijk als naar de verzorgingsinstellingen, in de eerste plaats de ziekenhuizen en woonzorgcentra. Patiënten komen immers regelmatig in contact met de verschillende echelons van de zorgverlening. Bij deze transfers worden ook (multi)resistente kiemen en (zorg)infecties uitgewisseld tussen de gemeenschap en de verzorgingsinstellingen.

Epidemiologische gegevens

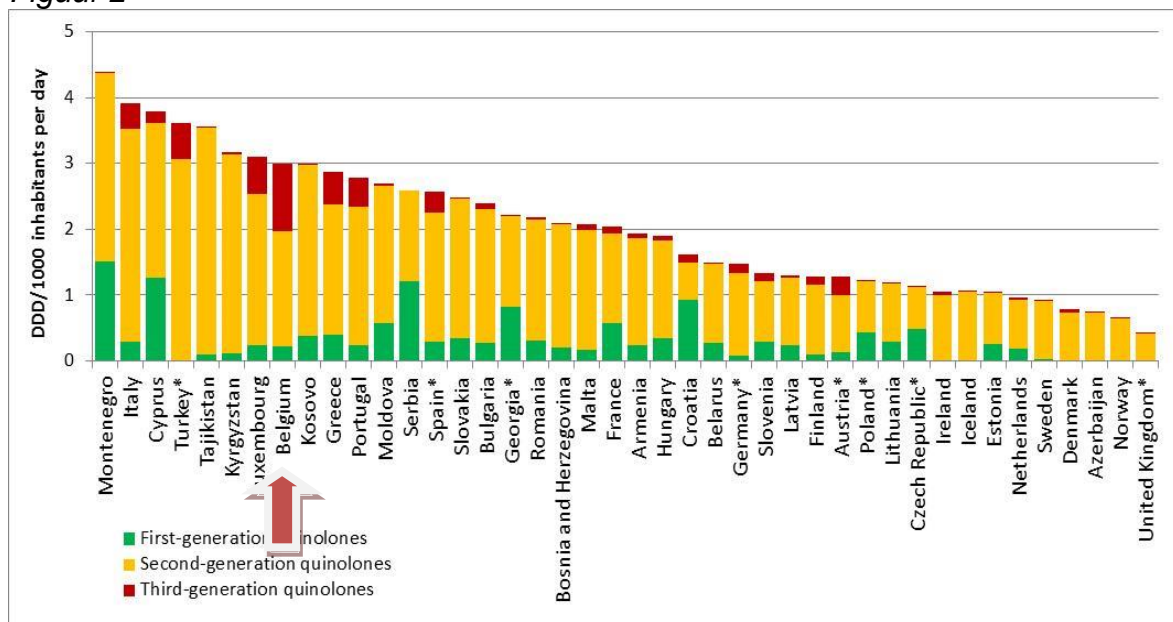
ANTIBIOTICUMVERBRUIK

Ondanks de gerealiseerde reductie in het antibioticumverbruik in de ambulante praktijk (zie hieronder) blijft het verbruik in België nog steeds hoog in vergelijking met de andere Europese landen (Figuur 1; gegevens 2011). Het gebruik van chinolonen, en dan vooral 3^e generatie chinolonen, is opvallend hoog in België (Figuur 2).

Figuur 1



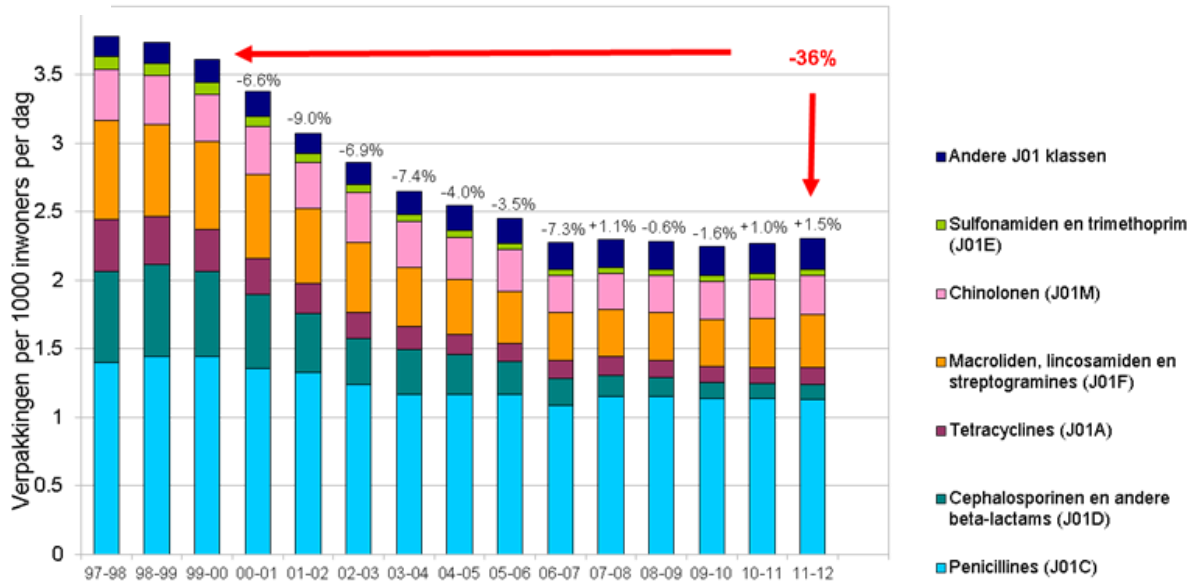
Figuur 2



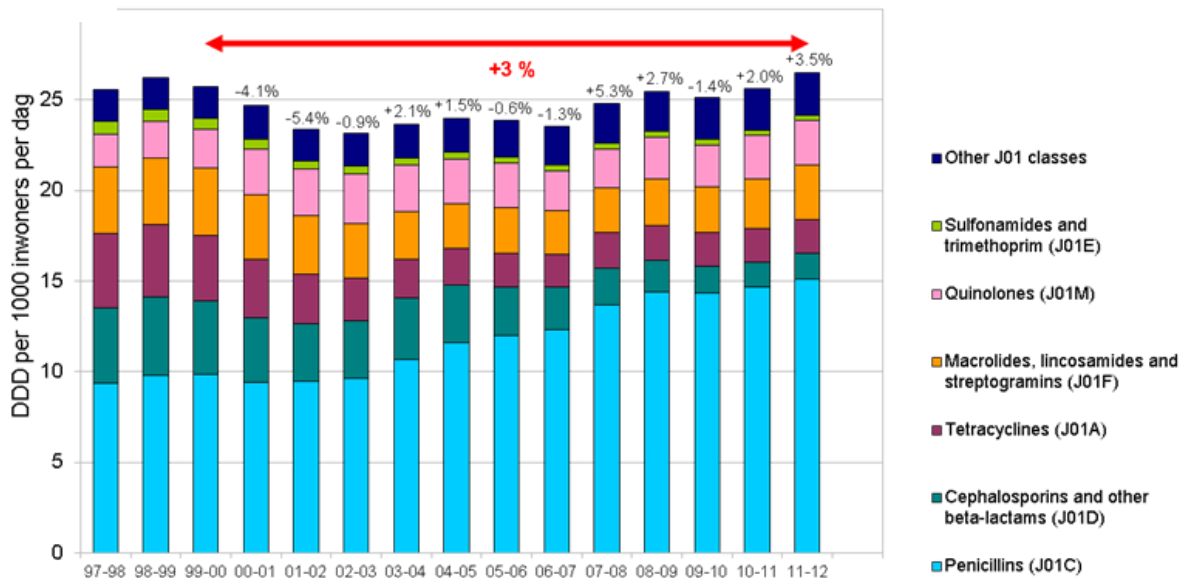
- Antibioticumverbruik in de ambulante praktijk

Er is een opvallende discrepantie tussen de evolutie uitgedrukt in DDD's en deze uitgedrukt in verpakkingen. **Terwijl het verbruik in aantal verpakkingen met maar liefst 36% is gedaald in de periode van 1999-2000 tot 2011-2012 van 3.6 naar 2.3 verpakkingen/1000 inwoners/dag, is het verbruik in aantal DDD's stabiel gebleven (Figuren 3 en 4).**

Figuur 3



Figuur 4



De researchgroep VAXINFECTIO en het InterMutualistisch Agentschap (IMA) hebben op vraag van BAPCOC een zeer gedetailleerde studie verricht over het ambulante antibioticumverbruik (zie Bijlage 1). Bovenvermelde discrepantie blijkt louter te wijten aan de penicillines omdat in de beschouwde periode het aantal

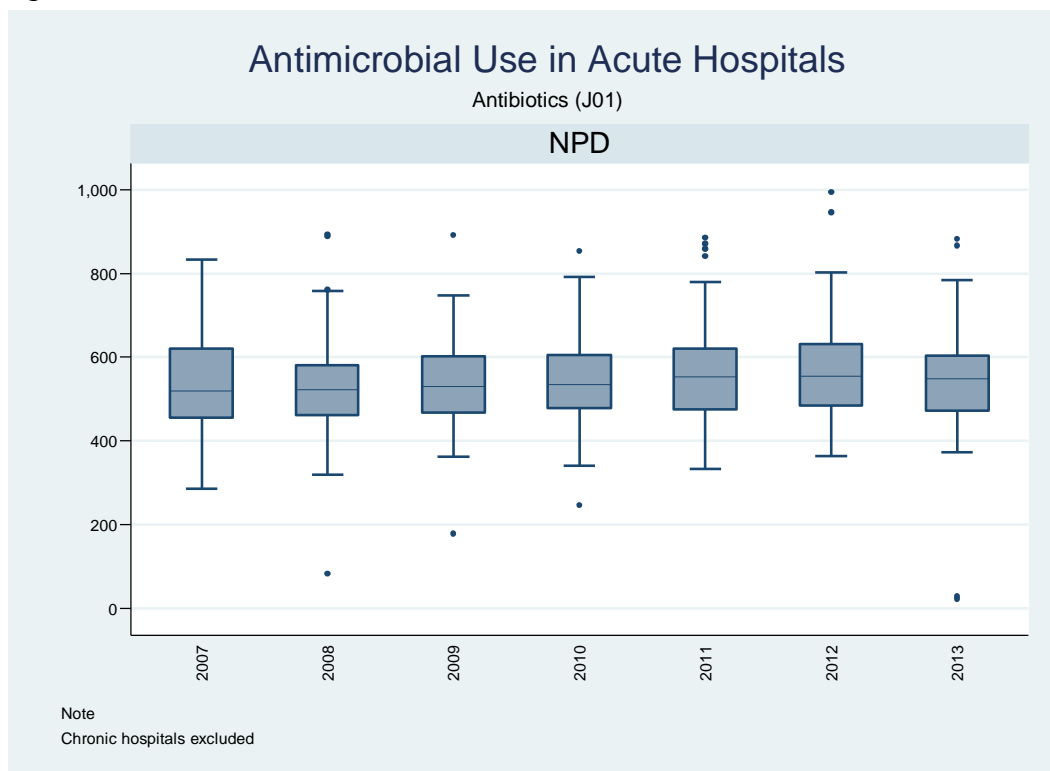
DDD's per verpakking voor amoxicilline (met 50%) en voor amoxicilline-clavulaanzuur (met 70%) is gestegen. **De onderzoekers concluderen dat het antibioticumverbruik in de ambulante praktijk in ons land wel degelijk is gedaald aangezien minder mensen antibioticabehandelingen kregen, weliswaar met hogere dosissen.** Ze stelden ook vast dat het aandeel van amoxicilline, het antibioticum dat volgens de Belgische richtlijnen als eerste keuze aanbevolen wordt voor de meeste luchtweginfecties, ten opzichte van amoxicilline-clavulaanzuur toenam tijdens de studieperiode. **Ook de totale kost van de terugbetalingen voor antibiotica is met 21 miljoen Euro (-16.7%) gedaald tussen 2002-03 en 2008-09.**

Sinds 2006-2007 blijft het verbruik echter stabiel op een niveau dat nog steeds hoog is in vergelijking met de andere Europese landen. Het gebruik van chinolonen is zoals al gezegd opvallend hoog in België.

- Antibioticumverbruik in de ziekenhuizen

Het antibioticumverbruik in de ziekenhuizen is gestegen van 518.9 DDD/1000 patiëntendagen in 2007 naar 548.2 in 2013 (Figuur 5).

Figuur 5



DDD/1000 patiëntendagen	2007	2013
Combinaties van penicillines en β -lactamase inhibitoren	203.2	204.6
3 ^e generatie cefalosporines	22.0	24.9
4 ^e generatie cefalosporines	9.1	4.0
Carbapenems	14.2	16.7
Chinolonen	72.4	72.4
Vancomycine	6.1	6.4
Colistine	0.6	1.3

Vierenvijftig Belgische acute ziekenhuizen hebben in het najaar van 2011 deelgenomen aan de eerste Europese puntprevalentiestudie van het ECDC, de Point Prevalence Survey on Health Care Associated Infections and Antibiotic Use. **Daaruit bleek dat 29% van de gehospitaliseerde patiënten een antibioticum namen op de dag van de bevraging.**

- Antibioticumverbruik in de woonzorgcentra

Op Europees niveau werden al twee studies georganiseerd, waaraan telkens een honderdtal Belgische woonzorgcentra hebben deelgenomen: de European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC) nursing home studie in 2009 en de Healthcare Associated infections in European Long Term care facilities (HALT) studie van het ECDC in 2010. **Het eerste luik van deze studies had als doel de prevalentie te bepalen van het gebruik van antimicrobiële middelen in woonzorgcentra: in de Belgische woonzorgcentra bedroeg dit 5.9% in de ESAC studie en 4.7% in de HALT studie.** Er werd ook gekeken naar de indicaties voor gebruik (urine- en luchtweginfecties waren samen goed voor 80% van de indicaties) en naar welke antibioticaklassen (nitrofurane 30%, penicillines 30% en chinolonen 20%) werden gebruikt.

Een Belgische studie in 60 woonzorgcentra in 2011 leverde vergelijkbare cijfers op: 4.2% van de bewoners nam een antibioticum op het moment van de bevraging en 21.5% van de bewoners had in de voorgaande drie maanden een antibioticum gebruikt.

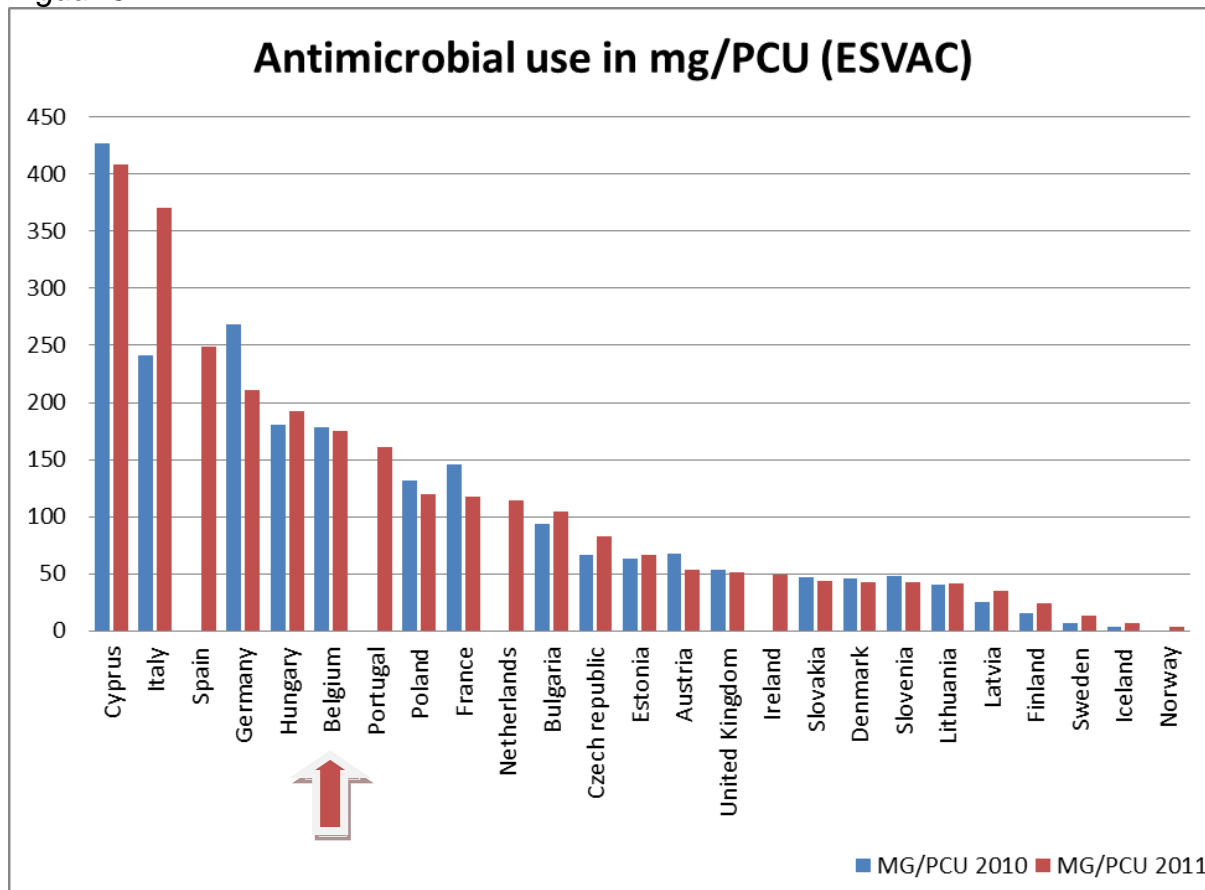
- Antibioticumverbruik in de veterinaire sector

Sinds 2009 worden onder de noemer van **Belgian Veterinary Surveillance of Antimicrobial Consumption (BelVet-SAC)** verkoopcijfers verzameld over de antimicrobiële farmaceutica (via de groothandelaar-verdelers) en over de antimicrobiële voormengsels (via de mengvoederfabrikanten) voor diergeneeskundig gebruik. **In de periode van 2007 tot 2013 is het verbruik van antimicrobiële farmaceutica gedaald van 154.1 naar 102.7 mg actieve stof/kg biomassa. Het verbruik van antimicrobiële voormengsels is wel gestegen van 14.6 naar 25.3 mg actieve stof/kg biomassa.**

Het European Medicines Agency (EMA) verzamelt sinds 2009 gegevens van antibioticaconsumptie bij dieren in de verschillende lidstaten via het **European Surveillance of Veterinary Antimicrobial Consumption (ESVAC)** project. **De cijfers voor 2012 tonen dat de antibioticaconsumptie in België met 161 mg/PCU**

hoger is dan in naburige lidstaten zoals Denemarken (44 mg/PCU), Verenigd Koninkrijk (66 mg/PCU), Nederland (75 mg/PCU) en Frankrijk (103 mg/PCU) (Figuur 6; gegevens 2011). Enkel in Duitsland (205 mg/PCU) is de consumptie nog hoger. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de samenstelling van de veestapel sterk kan verschillen tussen de Europese landen.

Figuur 6



Antibioticumverbruik in de ambulante praktijk

Het verbruik is met maar liefst 36% gedaald ten opzichte van 1999-2000.

Sinds 2006-2007 blijft het verbruik echter stabiel op een niveau dat nog steeds hoog is in vergelijking met de andere Europese landen. Vooral het gebruik van chinolonen is opvallend hoog in België.

Antibioticumverbruik in de ziekenhuizen

Het antibioticumverbruik in de ziekenhuizen is met 5.6% gestegen van 2007 tot 2013.

Uit de Europese puntprevalentiestudie van het ECDC in 2011 bleek dat 29% van de gehospitaliseerde patiënten een antibioticum namen op de dag van de bevraging.

Antibioticumverbruik in de woonzorgcentra

Uit drie puntprevalentiestudies (2009, 2010 en 2011) bleek dat 4 à 6% van de bewoners van woonzorgcentra een antibioticum namen op de dag van de bevraging.

Antibioticumverbruik in de veterinaire sector

In de periode van 2007 tot 2013 is het verbruik van antimicrobiële farmaceutica met 33% gedaald, maar het verbruik van antimicrobiële voormengsels is met 73% gestegen.

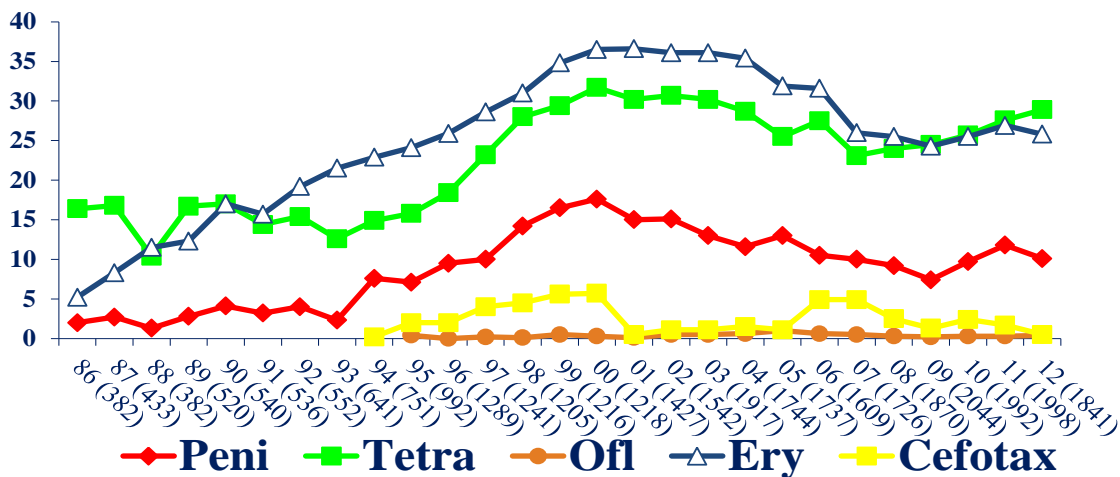
De cijfers voor 2011 tonen dat de antibioticacconsumptie in België hoger is dan in naburige lidstaten.

ANTIBACTERIELE RESISTENTIE

- Antibacteriële resistentie in de humane sector

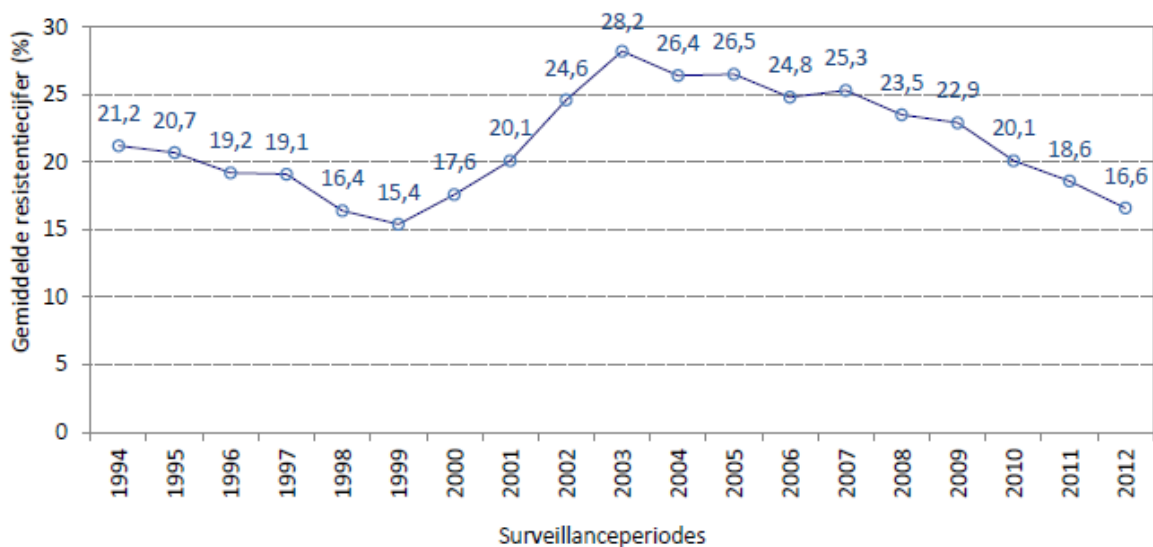
Het aandeel van pneumokokkenstammen (*Streptococcus pneumoniae*) met verminderde gevoeligheid aan penicilline vertoont na een jarenlange sterke toename een opmerkelijke daling van 17.6% in 2000 naar 10.1% in 2012 (Figuur 7).

Figuur 7



Bovendien zien we ook in de ziekenhuizen een gunstige evolutie voor de methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). **Het resistentiecijfer** – het aandeel van methicilline-resistente stammen ten opzichte van alle stammen van *S. aureus* – is gedaald van 28.2% in 2003 naar 16.6% in 2012 (Figuur 8).

Figuur 8



Het rapport van de WHO, “**Antimicrobial resistance: Global report on surveillance**”, bevat ook enkele Belgische gegevens voor het jaar 2011.

	3 ^e generatie cefalosporines	Chinolonen	Carbapenems
<i>E. coli</i>	6%	21.5%	-
<i>K. pneumoniae</i>	13.6%	-	0.3%

Momenteel stellen vooral de gramnegatieve bacteriën aanzienlijke problemen op het vlak van multiresistentie en de omvang van dit probleem is het laatste decennium enkel maar toegenomen. Dan denken we in de eerste plaats aan ESBL-producerende en carbapenemase-producerende gramnegatieve bacteriën.

- Antibacteriële resistentie in de veterinaire sector

In opdracht van het **FAVV** voert het **CODA-CERVA** sinds 2011 gevoeligheidsbepalingen uit op een representatief aantal isolaten van *S. aureus*, *E. coli*, *Enterococcus* en *Salmonella* bij pluimvee, varkens en runderen.

Over een periode van drie jaar (2011-2013) werd de prevalentie van **MRSA** onderzocht bij pluimvee, runderen en varkens. **De prevalentie is het hoogst bij varkens (64%), gevolgd door vleeskalveren (48%), vleesvee (11%), melkvee (10%), braadkippen (6.5%) en leghennen (0.7%).**

In 2013 werd op 41% van de karkassen van gevogelte ESBL producerende *E.coli* aangetroffen, hetgeen een daling is vergeleken met 2012 (52.5%).

Het **European Food Safety Agency (EFSA)** verzamelt sinds 2004 gegevens van de resistentie bij zoönotische kiemen en indicatorkiemen bij dieren in de verschillende lidstaten.

Resistentie bij commensale E. coli afkomstig van verschillende diersoorten in België in 2012 (vergeleken met het gemiddelde van andere lidstaten)

	Ampicilline	Cefotaxim	Tetracyclines	Ciprofloxacine
Pluimvee	79.7% (52.7%)	28.0% (10.2%)	68.3% (44.9%)	79.7% (57.6%)
Varkens	48.3% (29.5%)	2.9% (1.4%)	61.5% (54.7%)	16.6% (7.5%)
Runderen¹	56.0% (24.5%)	8.8% (2.4%)	58.2% (30.6%)	33.8% (12.2%)

Resistentie bij commensale E. faecium afkomstig van verschillende diersoorten in België in 2012

	Ampicilline	Gentamicine HLR	Vancomycine
Pluimvee	38.9%	1.9%	0%
Varkens	17.4%	1.7%	4.1%
Runderen	6.9%	0%	1.7%

¹ Het aandeel van melkvee, vleesvee en vleeskalveren is verschillend in de rapporterende Europese landen.

Resistentie bij Salmonella (alle serotypes) afkomstig van voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong in België in 2012 (vergeleken met het gemiddelde van andere lidstaten)

	Ampicilline	Ciprofloxacine	Tetracyclines
Braadkippen	34.9% (19.9%)	39.5% (63.1%)	0% (48.9%)
Varkens	60.7% (47.5%)	1.1% (7.6%)	45.4% (49.2%)

In het verleden werden in ons land ook enkele studies uitgevoerd naar resistentie bij isolaten van dieren. Uit een onderzoek van de faculteit diergeneeskunde van UGent bij braadkippen (Abrisk) bleek bijvoorbeeld dat maar liefst 40% van de *E. coli* stammen resistent waren tegen cefalosporines. Uit een studie in 2007 op 50 varkenshouderijen bleek dat 44% van de varkens drager waren van MRSA ST398 (dierhouderij-gerelateerde MRSA).

Een recente studie toont aan dat er op internationaal niveau een sterke correlatie is tussen het verbruik van specifieke antibiotica in de diergeneeskunde en de microbiële resistentie tegenover deze antibiotica in commensale isolaten van *E. coli* bij varkens, pluimvee en runderen.

Antibacteriële resistentie in de humane sector

Voor pneumokokken en MRSA is er het laatste decennium een gunstige evolutie geweest.

Multiresistente gramnegatieve bacteriën (productie van ESBL's en carbapenemasen) zijn het laatste decennium echter aan een belangrijke opmars toe.

Antibacteriële resistentie in de veterinaire sector

De prevalentie van MRSA is hoog bij varkens en vleeskalveren. De prevalentie van ESBL producerende *E. coli* is ook hoog voor karkassen van gevogelte.

De resistentie bij commensale *E. coli* afkomstig van pluimvee, varkens en runderen is in België hoger dan het gemiddelde van andere lidstaten.

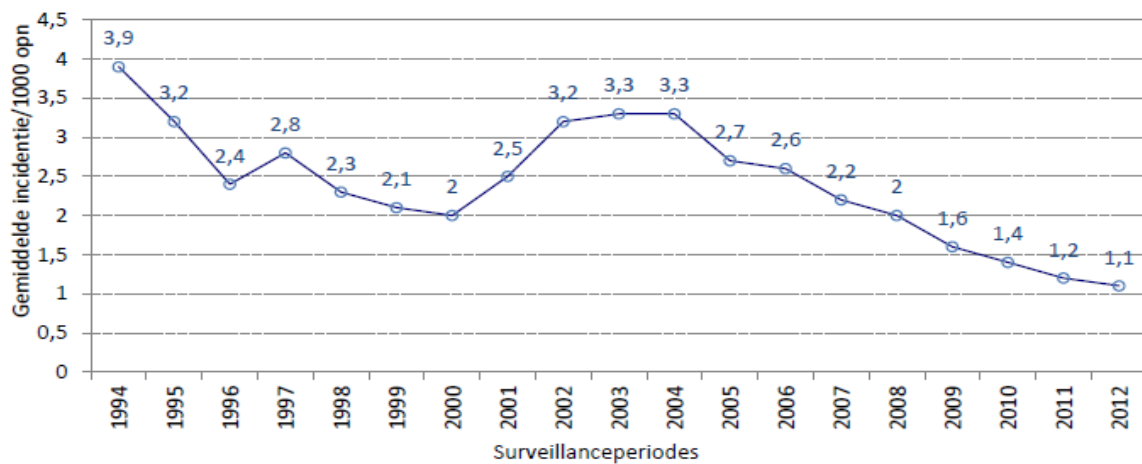
ZORGINFECTIES

- Zorginfecties in ziekenhuizen

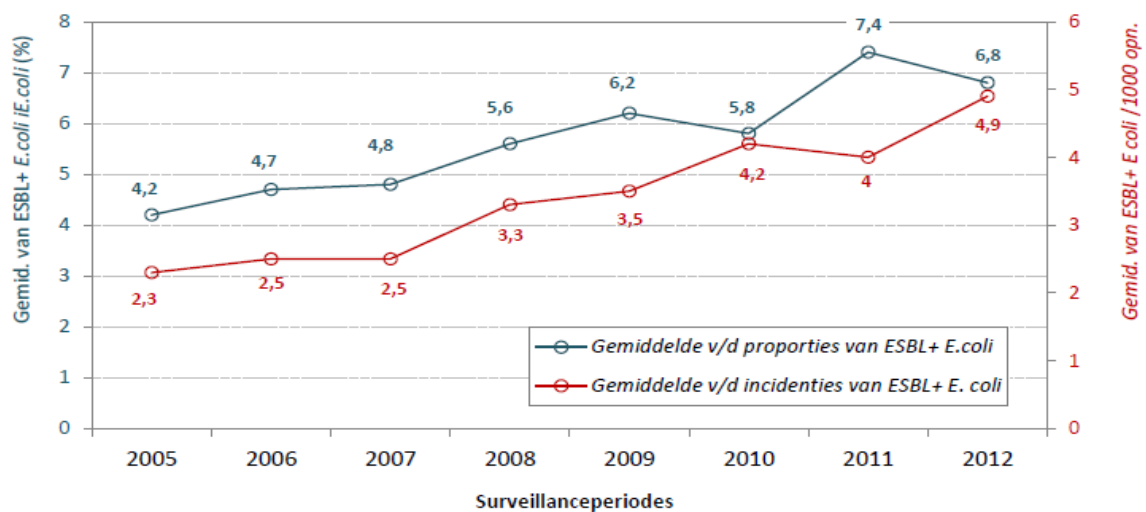
Het toezicht op de ziekenhuisinfecties (NSIH) door het WIV levert veel informatie over de incidentie van deze infecties in de Belgische acute ziekenhuizen.

MRSA (Figuur 9)	De incidentie is gedaald van 3.3 gevallen/1000 opnames in 2003 naar 1.1 gevallen/1000 opnames in 2012.
<i>E. coli</i> ESBL+ (Figuur 10)	De incidentie is gestegen van 2.3 gevallen/1000 opnames in 2005 naar 4.9 gevallen/1000 opnames in 2012.
<i>K. pneumoniae</i> ESBL+ (Figuur 11)	De incidentie is gestegen van 0.6 gevallen/1000 opnames in 2005 naar 1.4 gevallen/1000 opnames in 2012.
CPE	In 2012 werden 459 CPE-positieve patiënten gerapporteerd en in de eerste semester van 2013 197 CPE-positieve patiënten.

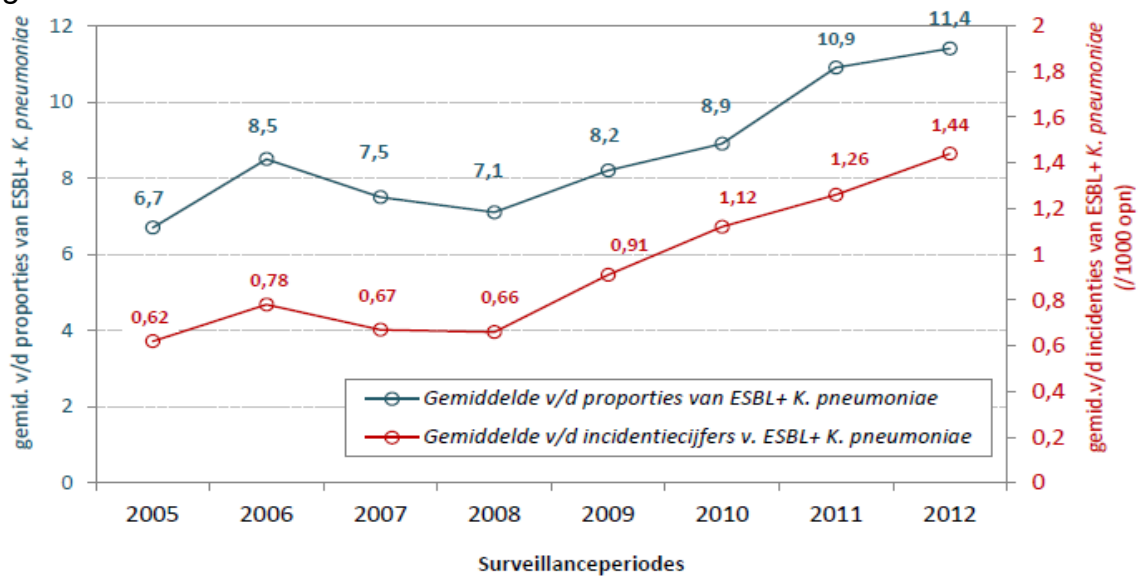
Figuur 9



Figuur 10



Figuur 11



Zoals reeds aangegeven hebben 54 Belgische acute ziekenhuizen deelgenomen aan de eerste Europese puntprevalentiestudie van het ECDC. **Daaruit bleek dat 7.2% van de patiënten een nosocomiale infectie hadden op het moment van de bevraging.**

- Zorginfecties in woonzorgcentra

In bovenvermelde HALT studie werd een gemiddelde prevalentie van 3.1% voor zorginfecties opgetekend in de Belgische woonzorgcentra. Ook het type infectie werd bestudeerd; bijna de helft waren luchtweginfecties.

In enkele Belgische woonzorgcentra werden prevalenties van MRSA-dragerschap van 3.8% in 2000 en 4.9 % in 2001 gerapporteerd. In 2005 bleek uit een studie van het WIV en het NRC *Staphylococcus aureus* in 60 woonzorgcentra dat het MRSA-dragerschap was opgelopen tot 19.0%. **Een analoge studie in 2011 (nu ook met het NRC ESBL or carbapenemase producing *Enterobacteriaceae* en het NRC *Enterococci*) in 60 woonzorgcentra toonde dat het MRSA-dragerschap weer was gedaald naar 12.2%. Uit hetzelfde onderzoek bleek dat 6.2% van de bewoners drager waren van ESBL-producerende gramnegatieve bacteriën.** Geen enkele bewoner was drager van VRE.

Zorginfecties in ziekenhuizen

Voor MRSA is er het laatste decennium een gunstige evolutie geweest. Multiresistente gramnegatieve bacteriën (productie van ESBL's en carbapenemase) zijn het laatste decennium echter aan een belangrijke opmars toe.

Uit de Europese puntprevalentiestudie van het ECDC in 2011 bleek dat 7.2% van de patiënten een nosocomiale infectie hadden op de dag van de bevraging.

Zorginfecties in woonzorgcentra

Uit de HALT studie in 2010 bleek dat 3.1% van de bewoners een zorginfectie hadden op de dag van de bevraging.

Uit een studie in 2011 bleek dat 12.2% van de bewoners drager was van MRSA en 6.2% van ESBL-producerende gramnegatieve bacteriën op de dag van de bevraging.

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, zowel de indicaties als de keuze van het antibioticum. Een hoge antibioticaconsumptie wordt immers algemeen beschouwd als de voornaamste drijvende factor voor de toename van antibacteriële resistentie.

De benadering van BAPCOOC richt zich zowel naar de humane als de veterinaire sector.

Voor de humane geneeskunde wordt zowel op de ambulante praktijk als op de verzorgingsinstellingen (ziekenhuizen en woonzorgcentra) gemikt.

De bevordering van de ziekenhuishygiëne maakt integraal deel uit van de aanpak van BAPCOOC.

- Samenstelling en werking van BAPCOOC

BAPCOOC kan sinds zijn oprichting een beroep doen op vijf multidisciplinaire werkgroepen met wetenschappelijke experts – Ambulante praktijk, Ziekenhuisgeneeskunde, Federaal Platform voor ziekenhuishygiëne, Sensibilisatie en Diergeneeskunde. In de werkgroepen worden de nieuwe initiatieven ontwikkeld en de lopende projecten begeleid.

Het **wetenschappelijk secretariaat** (twee medewerkers, 1.4 VTE) garandeert de continuïteit en het goede verloop van de talrijke initiatieven en projecten. Het **wetenschappelijk bureau** (voorzitter en ondervoorzitter BAPCOOC, voorzitters van de werkgroepen, wetenschappelijk secretariaat en vertegenwoordigers van WIV en CODA) staat in voor de operationele beslissingen en begeleiding van de verschillende werkgroepen. De **plenaire vergadering** tenslotte verzamelt alle betrokken partijen – zowel van overheidsinstellingen als wetenschappelijke instellingen – rond de tafel en fungeert vooral als een forum voor informatiedoorstroming, samenwerking en discussie.

In het kader van het “Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van multidrug resistent organisms (MDRO’s)” neemt BAPCOOC vanaf 2014 ook de coördinatie van de **Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO’s (NCB-MDRO)** op zich.

BAPCOOC werkt nauw samen met talrijke partners in België, zowel met overheidsinstellingen zoals de FOD VVVL², FAGG³, FAVV⁴, RIZIV⁵, WIV⁶, CODA⁷ en KCE⁸, als met (wetenschappelijke) instanties zoals AMCRA⁹, BVIKM¹⁰, BICS¹¹, APB¹² en VZA¹³/AFPHB¹⁴.

Tenslotte levert BAPCOOC een actieve bijdrage aan Europese projecten en studies zoals de European Antibiotic Awareness Day (EAAD) en de Point prevalence study on HCAs and AB use van het ECDC.

² Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

³ Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten

⁴ Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen

⁵ Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

⁶ Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

⁷ Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie

⁸ Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg

⁹ Centre of Expertise on Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals

¹⁰ Belgische Vereniging voor Infectiologie en Klinische Microbiologie

¹¹ Belgian Infection Control Society

¹² Algemene Farmaceutische Bond

¹³ Vlaamse vereniging van ZiekenhuisApothekers

¹⁴ Association Francophone des Pharmaciens Hospitaliers de Belgique

Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO's

Minister Onkelinx heeft in 2012 het WIV en BAPCOOC belast met de oprichting van een MDRO Task Force die als opdracht kreeg een 'Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO's' te ontwikkelen. Rekening houdend met de opmerkingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) werd vervolgens een consensusstekst opgemaakt. Na aanvullend overleg tussen de experten van de HGR en vertegenwoordigers van de MDRO Task Force werd de herwerkte consensusstekst gevalideerd door de HGR. Tijdens de vergadering van de Interkabinettenwerkgroep Besmettelijke Ziekten werden er nog enkele aanpassingen aangebracht op vraag van de kabinetten om uiteindelijk te komen tot een definitief protocolakkoord, dat op 30 september 2013 werd goedgekeurd door de federale minister en de ministers van de gewesten en gemeenschappen en dat werd gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 21 november 2013.

Het protocolakkoord bevat onder andere drie innovatieve elementen:

- 1) de oprichting van een Technische Commissie voor de Surveillances met betrekking tot MDRO's (TCS-MDRO) in de schoot van het WIV;**
- 2) de oprichting van een Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO) in de schoot van BAPCOOC; en**
- 3) de oprichting van een Outbreak Support Team (OST).**

De TCS-MDRO bestaat uit het WIV (NSIH) en de relevante nationale referentiecentra voor humane microbiologie (NRC's), met name het NRC Staphylococcus aureus, NRC Streptococcus pneumoniae invasive, NRC Enterococci, NRC ESBL or carbapenemase producing Enterobacteriaceae, en NRC antimicrobial resistant Pseudomonas and Acinetobacter. Daarnaast wordt er ook een beroep gedaan op enkele experten van BAPCOOC, Belgian Infection Control Society (BICS) en Belgische Vereniging voor Infectiologie en Klinische Microbiologie (BVIKM).

Om de risicobeoordeling (risk assessment) met betrekking tot MDRO's en (de coördinatie van) de surveillances met betrekking tot MDRO's te optimaliseren, worden de volgende opdrachten aan de TCS-MDRO toevertrouwd:

- de risicobeoordeling met betrekking tot zowel de verschijning van nieuwe MDRO's als de evolutie van al gekende MDRO's;
- het toezicht op en de optimalisatie van de bestaande surveillances alsook het uitwerken en implementeren van nieuwe surveillances en epidemiologische/microbiologische studies;
- de analyse van de resultaten van deze surveillances en epidemiologische/microbiologische studies en het toezicht op de feedback en rapportage van deze resultaten; en
- het formuleren van conclusies, aanbevelingen en voorstellen.

De conclusies, aanbevelingen en voorstellen van de TCS-MDRO worden overgemaakt aan de bevoegde ministers, de betrokken overheidsinstanties, de NCB-MDRO en het college van de HGR (voor advies).

In **de NCB-MDRO** komen vertegenwoordigers te zetelen van BAPCOOC, Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), de gezondheidsinspecties of diensten voor infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten, de gefedereerde entiteiten, Rijksinstituut voor Ziekte- en

Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en de leden van de TCS-MDRO. De NCB-MDRO kan desgewenst beroep doen op andere instanties en experts.

Om de coördinatie van de bestrijding van MDRO's (risk management) te optimaliseren, wordt de NCB-MDRO belast met:

- de bekrachtiging van de conclusies van de TCS-MDRO en de implementatie van de voorstellen en aanbevelingen van de TCS-MDRO;
- de coördinatie en de opvolging van de initiatieven van haar leden in de strijd tegen MDRO's; en
- de communicatie betreffende de aanpak van MDRO's in België.

De NCB-MDRO brengt verslag uit over haar activiteiten en de resultaten van deze initiatieven aan de bevoegde ministers. Voorstellen en aanbevelingen die de bevoegdheden en/of de (financiële) mogelijkheden van de leden van de NCB-MDRO overstijgen, worden ter beslissing voorgelegd aan de bevoegde ministers via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

De OST wordt gevormd door de gezondheidsinspecties en diensten voor infectiebestrijding van de gefedereerde entiteiten en het WIV, desnoods aangevuld met externe experts. **Het OST zal de ziekenhuizen en WZC's bijstaan bij de aanpak van uitbraken van zorginfecties (met MDRO's) in hun instelling.**

Het protocolakkoord geeft ook aan dat er in de WZC's werk moet gemaakt worden van een volwaardig zorginfectiebeleid. Hierbij zullen de ervaringen met twee pilootprojecten in WZC's richtinggevend zijn.

Daarnaast wordt gewezen op het belang van het verderzetten dan wel herhalen van enkele initiatieven uit het verleden, waaronder meerdere die uitgaan van BAPCOOC, met name: 1) campagne ter promotie van de handhygiëne in de ziekenhuizen; 2) campagne ter promotie van het verantwoord antibioticumgebruik; 3) antibiotherapiebeleidsgroepen in de ziekenhuizen; 4) regionale platformen en federaal platform voor ziekenhuishygiëne; en 5) antibioticagids voor de ambulante praktijk.

In het protocolakkoord wordt ten slotte ook gesteld dat de set van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne moet geïmplementeerd worden en dat de protocollen van de surveillance van zorginfecties moeten aangepast worden overeenkomstig de recente adviezen van het federaal platform.

Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO's

Het protocolakkoord voorziet in:

- 1) de oprichting van een Technische Commissie voor de Surveillances met betrekking tot MDRO's (TCS-MDRO) om de risicobeoordeling (risk assessment) met betrekking tot MDRO's en (de coördinatie van) de surveillances met betrekking tot MDRO's te optimaliseren;
- 2) de oprichting van een Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO) om de coördinatie van de bestrijding van MDRO's (risk management) te optimaliseren; en
- 3) de oprichting van een Outbreak Support Team (OST) om ziekenhuizen en woonzorgcentra bij te staan bij de aanpak van uitbraken van zorginfecties (met MDRO's) in hun instelling.

Het protocolakkoord geeft ook aan dat er in de woonzorgcentra werk moet gemaakt

worden van een volwaardig zorginfectiebeleid.

Daarnaast wordt gewezen op het belang van het verderzetten dan wel herhalen van enkele initiatieven die uitgaan van BAPCOC.

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's) werden geïnstalleerd. 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. Op basis van de gunstige resultaten van het pilootproject werd vanaf 1/07/2006 de financiering opgetrokken en werden 24 nieuwe ziekenhuizen toegevoegd aan het project. Door een tweede verhoging van het budget (totaal 3.6 miljoen Euro) 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. De samenstelling en de taken van de ABTBG's werden ook vastgelegd in de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen.

De ABTBG's moeten jaarlijks een activiteitenrapport opmaken zodat hun werking kan geëvalueerd worden aan de hand van kwaliteitsindicatoren. De ziekenhuizen krijgen tweejaarlijks een feedbackrapport van BAPCOC en de resultaten voor het werkingsjaar 2007 zijn gepubliceerd in het Journal of Antimicrobial Chemotherapy. De ABTBG's waren er in 2007 al in geslaagd om een brede waaier aan activiteiten te realiseren: ontwikkeling van een formularium voor anti-infectieuze middelen; ontwikkeling van therapeutische en profylactische richtlijnen voor infecties; adviesverlening aan clinici over de behandeling van infecties; definitie van een lijst met antibiotica die een verantwoording vereisen voor hun gebruik; promotie van de revisie van de antibioticumtherapie in functie van de microbiologie en de klinische evolutie van de patiënt; nazicht van de antibioticumtherapie door een lid van de ABTBG; promotie van de sequentiële therapie (switch van IV naar PO). Bovendien analyseerden de ziekenhuizen hun eigen antibioticaverbruik en hun eigen resistentiecijfers. In 2011 bleek bovendien dat de acute ziekenhuizen die pas sinds 2007 deelnemen ondertussen een inhaalbeweging hadden gemaakt en hetzelfde hoge niveau behaalden als de andere ziekenhuizen.

Ter ondersteuning van dit initiatief wordt tweejaarlijks een interuniversitaire opleiding tot 'afgevaardigde van het antibiotherapiebeheer' georganiseerd. Alternierend wordt een nationale studiedag georganiseerd ter ondersteuning van de ABTBG's.

Eind 2013 werden de ABTBG's uitgenodigd om een interne medische audit uit te voeren met betrekking tot peroperatieve antibioticaprofylaxe. Het was de bedoeling om de ABTBG's aan te zetten tot het regelmatig uitvoeren van audits en hen te stimuleren om kwaliteitsverbeteringen te realiseren in hun ziekenhuizen. Maar liefst 75 acute ziekenhuizen (71.4%) hebben vrijwillig deelgenomen. Op 16 januari werden de resultaten voorgesteld tijdens een workshop. Aansluitend werden vier thema's met betrekking tot peroperatieve antibioticaprofylaxe interactief uitgewerkt in kleinere groepen.

2. Surveillance van antibioticumverbruik in de ziekenhuizen

Sinds 2009 loopt er onder coördinatie van het WIV (NSIH) een “Waakprogramma voor het systemisch en gastro-intestinaal gebruik van anti-infectieuze geneesmiddelen” in de Belgische acute ziekenhuizen. Het zijn de ABTBG’s die deze data aanleveren aan het WIV.

3. Deelname aan (internationale) studies stimuleren en faciliteren

Een mooi voorbeeld hiervan is de eerste Europese puntprevalentiestudie van het ECDC, de Point Prevalence Survey on Health Care Associated Infections and Antibiotic Use, in het najaar van 2011 waaraan 54 Belgische acute ziekenhuizen vrijwillig hebben deelgenomen.

4. Publicatie van klinische praktijkrichtlijnen en adviezen

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.

Naar aanleiding van de recente opkomst van carbapenemase producerende Enterobacteriaceae (CPE) heeft BAPCOC in samenwerking met de BVIKM een advies opgesteld over de behandeling van infecties met CPE. De oproep tot verantwoord gebruik van antibiotica in de ziekenhuizen werd bij die gelegenheid nogmaals herhaald. Dit advies werd overgemaakt aan de ziekenhuizen.

Planning 2014-2019

Naar analogie met Schotland, stelt de werkgroep **expliciete streefwaarden** voorop voor **vier kwaliteitsindicatoren** in de ziekenhuizen tegen 2019:

- **keuze van therapeutisch antibioticum conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen;
- **indicatie voor antibioticatherapie vermeld in medisch dossier** in minstens 90% van de gevallen;
- **keuze van antibioticum in kader van chirurgische profylaxe conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen; en
- **duur van chirurgische antibioticaprofylaxe conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen.

1. Werking van de werkgroep optimaliseren

De **samenstelling van de werkgroep** werd recent herbekeken om de werking transparanter te maken. Nu zijn alle universiteiten en alle relevante wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties (BICS, BVIKM, VZA, AFPHB) vertegenwoordigd in de werkgroep. Dit moet leiden tot een **nauwere samenwerking met deze partners**, maar ook met andere stakeholders (nationale

referentiecentra voor humane microbiologie, WIV, RIZIV,...) moet nog beter samengewerkt worden.

Eén keer per jaar zullen de **gezondheidsinspecteurs van de gewesten en gemeenschappen uitgenodigd** worden zodat zij zicht krijgen op de projecten van de werkgroep. Deze informatiedeling is nuttig met het oog op het nalevingstoezicht in de ziekenhuizen.

Een **betere integratie tussen de ziekenhuispraktijk en de ambulante praktijk** is eveneens wenselijk.

2. Begeleiding van de antibiotherapiebeleidsgroepen versterken: kwaliteitsindicatoren, nationale thema's en interne audits

Omdat alle acute ziekenhuizen nu een zeer hoog niveau halen, opteert de werkgroep ervoor om de antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG's) voortaan een **summier jaarlijks activiteitenrapport** te laten opstellen.

De werkgroep gaat het succesvolle Schotse initiatief met opvolging van enkele **kwaliteitsindicatoren** vanaf volgend jaar implementeren in de Belgische ziekenhuizen. De kwaliteitsindicatoren zijn: 1) keuze van therapeutisch antibioticum conform lokale richtlijn; 2) indicatie voor antibioticatherapie vermeld in medisch dossier; 3) keuze van antibioticum in kader van chirurgische profylaxe conform lokale richtlijn; en 4) duur van chirurgische antibioticaprofylaxe conform lokale richtlijn. Het idee is om te starten met een basismeting in de vorm van een puntprevalentiestudie en de kwaliteitsindicatoren verder op te volgen aan de hand van een regelmatige interne steekproef van enkele medische dossiers.

De werkgroep gaat de ABTBG's van de acute ziekenhuizen verplicht laten werken rond **nationale thema's** (vb. CAP) waarover een brede consensus bestaat in de literatuur dat ze belangrijk zijn voor een goed antibioticumbeleid. Elk thema wordt over twee jaar uitgewerkt volgens de principes van de PDCA-cyclus. Eerst wordt met een interne audit (basismeting) de bestaande situatie in kaart gebracht. Daarna krijgen de ziekenhuizen de tijd om verbeteracties op te zetten. De tweede audit het jaar daarop evalueert de impact van deze verbeteracties. Aan deze thema's zullen kwantitatieve nationale streefwaarden gekoppeld worden. De werkgroep zal de ziekenhuizen ondersteunen door het opstellen van een methodologie, het aanbieden van (meet)instrumenten en het organiseren van workshops om ervaringen uit te wisselen. De nationale resultaten van de audits zullen besproken worden met de gezondheidsinspecteurs van de gewesten en gemeenschappen wanneer zij uitgenodigd worden op de vergadering van de werkgroep. In 2015 zal de eerste PDCA-cyclus rond het thema 'chirurgische antibioticaprofylaxe' afgewerkt worden.

De chronische ziekenhuizen dienen wel nog het jaarlijks activiteitenrapport in de huidige vorm op te stellen. Zij beschikken niet over dezelfde middelen als de acute ziekenhuizen, maar toch zullen ook zij aangemoedigd en ondersteund worden om vrijwillig deel te nemen aan de nationale audits en workshops.

3. Surveillance van antibioticumverbruik en antibioticumresistentie in de ziekenhuizen versterken

De **functionaliteit van de surveillance van het antibioticumverbruik** door het WIV moet verder **uitgebreid** worden zodat het gebruiksgemak toeneemt en zinvolle vergelijkingen tussen de verschillende ziekenhuizen (benchmarking) mogelijk worden. Deze consumptiecijfers dienen jaarlijks besproken en geanalyseerd te

worden zowel binnen de individuele ABTBG's als binnen de werkgroep ziekenhuisgeneeskunde teneinde de nodige verbeteracties, zowel lokaal als nationaal, te ondernemen (bv. omschakeling van parenterale naar orale therapie, correct gebruik en daling van breed spectrum antibiotica). Het WIV moet ook regelmatig een nationaal rapport opstellen op basis van deze gegevens.

Verder is het wenselijk om deze **gegevens te koppelen aan andere databronnen zoals de Minimale Klinische gegevens** om aldus een zicht te krijgen op het antibioticumverbruik per APR-DRG code. Momenteel zijn deze laatste gegevens alleen beschikbaar voor directies, terwijl ze eigenlijk ook voor de mensen op de werkvloer beschikbaar zouden moeten worden gesteld.

Er is nood aan **centralisatie van beschikbare informatie over resistentieprofielen** in België. Naast de gegevens van de ziekenhuislaboratoria zou het ook zeer nuttig zijn om de gegevens van de privélaboratoria te verzamelen aangezien deze relevant zijn voor de ambulante sector. Samenwerking met de werkgroep Ambulante Praktijk is dus aangewezen. De **nationale referentiecentra voor humane microbiologie (NRC)** zouden hierin een belangrijke rol kunnen spelen. De resultaten van **gevoeligheidsbepalingen moeten** dan wel vergelijkbaar zijn tussen de verschillende laboratoria en ze moeten daarom **volgens een nationale standaard worden bepaald en geïnterpreteerd**. De Nationale Antibiotica Commissie (NAC) moet deze richtlijnen opstellen.

De werkgroep ziekenhuisgeneeskunde is **vertegenwoordigd in de Technische Commissie voor de surveillances met betrekking tot Multi Drug Resistent Organisms (TCS-MDRO)** door een klinisch bioloog en een infectioloog.

4. Antibioticagids voor de ziekenhuizen, richtlijnen en adviezen

Er is nood aan de ontwikkeling van een elektronische **antibioticagids voor de ziekenhuizen** in samenwerking met de BVIKM. Bij de nationale audits zal hiernaar verwezen worden als nationale referentie.

Over specifieke thema's inzake antibioticabeleid moeten **nationale richtlijnen of adviezen** worden opgesteld. Dit kan gebeuren door een werkgroep (vb. Lyme borreliose) of naar aanleiding van de organisatie van workshops en/of opleidingsdagen. De richtlijnen kunnen verwerkt worden in de antibioticagids en beschikbaar gesteld worden op de website van BAPCOC.

5. Meer aandacht voor antibioticumbeleid in de basis-, specialistische en continue opleiding

De **interuniversitaire opleiding tot 'afgevaardigde van het antibiotherapiebeheer'** en de **nationale studiedag** worden verder gezet.

Tijdens de basisopleiding en de specialisatieopleiding dient antibioticatherapie de nodige aandacht te krijgen in het verplicht lessenspakket. BAPCOC moet de **faculteiten geneeskunde en farmaceutische wetenschappen** van de verschillende universiteiten **stimuleren om het rationeel gebruik van antibiotica te promoten** tijdens hun hoorcolleges en praktijklessen (vb. aan de hand van de antibioticagids voor ziekenhuizen). Hiervoor kan worden samengewerkt met de werkgroep Ambulante Praktijk.

De **erkenning van infectiologie en medische microbiologie als een bijzondere beroepsbekwaamheid** blijft een belangrijk aandachtspunt met het oog op de

organisatie van een goede opleiding in antibioticumbeleid. Dit zou bovendien de Belgische situatie eindelijk afstemmen op de Europese situatie.

6. Deelname aan (internationale) studies stimuleren en faciliteren

De werkgroep zal de ABTBG's blijven aanmoedigen om deel te nemen aan interessante internationale studies en dit waar mogelijk financieel ondersteunen.

Werkgroep ziekenhuisgeneeskunde: streefwaarden

1. **keuze van therapeutisch antibioticum conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen;
2. **indicatie voor antibioticatherapie vermeld in medisch dossier** in minstens 90% van de gevallen;
3. **keuze van antibioticum in kader van chirurgische profylaxe conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen; en
4. **duur van chirurgische antibioticaprofylaxe conform lokale richtlijn** in minstens 90% van de gevallen.

Werkgroep ziekenhuisgeneeskunde: planning 2014-2019

1. *Werking van de werkgroep optimaliseren*
2. *Begeleiding van de antibiotherapiebeleidsgroepen versterken – kwaliteitsindicatoren, nationale thema's en interne audits: jaarlijks activiteitenrapport, kwaliteitsindicatoren opvolgen met behulp van puntprevalentiestudies en interne audits, nationaal thema uitwerken met behulp van interne audits en workshop*
3. *Surveillance van antibioticumverbruik en antibioticumresistentie in de ziekenhuizen versterken: functionaliteit van de surveillance van het antibioticumverbruik uitbreiden, verbruiksgegevens koppelen aan andere databronnen zoals de Minimale Klinische Gegevens, resistentiegegevens verzamelen op nationaal niveau*
4. *Antibioticagids voor de ziekenhuizen, richtlijnen en adviezen*
5. *Meer aandacht voor antibioticumbeleid in de basis-, voortgezette en continue opleiding: interuniversitaire opleiding tot 'afgevaardigde van het antibiotherapiebeheer', nationale studiedag, bijzondere beroepsbekwaamheid Infectiologie en Medische microbiologie*
6. *Deelname aan (internationale) studies stimuleren en faciliteren*

Federaal platform voor infectiebeheersing

Realisaties

1. Ondersteuning van het beleid met betrekking tot infectiebeheersing

Een tiental jaar geleden werden negen regionale samenwerkingsplatforms voor infectiebeheersing opgericht; zij brengen op lokaal niveau de teams voor infectiebeheersing van de acute, chronische en psychiatrische ziekenhuizen samen en stimuleren aldus de uitwisseling van ervaringen en de uitwerking van gezamenlijke projecten. Er werd binnen BAPCOOC ook een overkoepelend federaal platform voor infectiebeheersing gecreëerd met vertegenwoordigers van de regionale platforms.

De creatie van deze platforms heeft overduidelijk een extra dynamiek gebracht in het domein van de infectiebeheersing. Deze platforms vormen de ideale kanalen voor snelle doorstroming van informatie tussen de overheid en de mensen op het terrein, en dit in beide richtingen. Bovendien bevorderen zij de realisatie en coördinatie van initiatieven; zo heeft de mobilisatie van de teams voor infectiebeheersing via de regionale platforms ongetwijfeld bijgedragen aan de zeer hoge deelnamecijfers voor de nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne en de Europese puntprevalentiestudie betreffende ziekenhuisinfecties en antibioticumgebruik.

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

In 2004 heeft het federaal platform haar '*Beleidsplan betreffende de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen*' overgemaakt aan de minister. In 2007 werden de voorstellen dan vertaald in nieuwe erkenningsnormen en werd de financiering voor infectiebeheersing in de acute ziekenhuizen en de chronische ziekenhuizen met minstens 150 Sp- en /of G-bedden verhoogd.

In 2007 heeft het federaal platform eveneens een '*Voorstel voor de minimale bestaffing van teams voor ziekenhuishygiëne in gespecialiseerde, geriatrie en psychiatrische ziekenhuizen*' voorgelegd aan de minister. Drie jaar later werd ook de financiering voor infectiebeheersing in de kleinere chronische ziekenhuizen verhoogd.

3. Aanpassing van de surveillance van zorginfecties

In 2007 werd deelname aan de surveillance van ziekenhuisinfecties onder coördinatie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) verplicht gemaakt voor de acute ziekenhuizen en de chronische ziekenhuizen met minstens 150 Sp- en /of G-bedden. De aangeboden protocollen werden toen ook uitgebreid. In haar huidige vorm heeft het toezicht verplicht betrekking op MRSA en op *Clostridium difficile* en, naar keuze, op één van de volgende protocollen: pneumonievallen en bacteriemievallen in de eenheden intensieve zorg; septicemievallen over het hele ziekenhuis; infecties van de operatiewonden; of multiresistente *Enterobacteriaceae*. Het federaal platform heeft in 2012 een advies overgemaakt aan de minister waarin voorgesteld wordt om de acute ziekenhuizen te verplichten deel te nemen aan MRSA, septicemievallen over het hele ziekenhuis, multiresistente Gramnegatieve

bacteriën en, naar keuze, één van de volgende protocollen: *Clostridium difficile*; VRE; pneumonieën en bacteriemieën in de eenheden intensieve zorg; of infecties van de operatiewonden.

4. Ontwikkeling van een set van kwaliteitsindicatoren voor infectiebeheersing

Onder coördinatie van het WIV heeft een werkgroep van het federaal platform een set van kwaliteitsindicatoren opgesteld. Dit voorstel werd voorgelegd aan alle ziekenhuishygiënistena via de regionale platforms en na validatie door het federaal platform in 2012 overgemaakt aan de minister. In 2014 wordt de set geïmplementeerd in de acute ziekenhuizen.

5. Nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne

In de periode van 2005 tot 2013 werden vijf campagnes ter promotie van de handhygiëne opgezet in de acute, chronische en psychiatrische ziekenhuizen. Het is algemeen bekend dat handhygiëne de belangrijkste maatregel is ter preventie van de overdracht van micro-organismen tussen patiënten, zorgverleners en de ziekenhuisomgeving. De campagne richt zich niet alleen tot de zorgverleners, maar betreft ook de gehospitaliseerde patiënten bij de sensibilisatie van de zorgverleners. Het zijn de teams voor infectiebeheersing van de deelnemende ziekenhuizen die zelf aan de slag gaan met het campagnemateriaal dat hen ter beschikking wordt gesteld en die de naleving van de handhygiënevoorschriften (compliance) door directe observatie op de werkvloer gaan meten vóór en na de periode van sensibilisatie.

Ondanks het vrijwillig karakter van de campagnes, zijn de deelnamecijfers uitstekend: meer dan 90% van de acute ziekenhuizen, 2/3 van de chronische ziekenhuizen en 2/3 van de psychiatrische ziekenhuizen hebben deelgenomen. Tijdens elke campagne steeg de compliance (nationaal gemiddelde) met 11% tot wel 19%. De compliance vóór campagne steeg bovendien over de jaren heen van 49.6% vóór de eerste campagne naar 64.1% vóór de vijfde campagne (+14.5%) en deze na campagne van 68.6% na de eerste campagne naar 75.8% na de vijfde campagne (+7.2%). We kunnen dan ook spreken van een blijvend positief effect. De resultaten van de eerste vier campagnes werden gepubliceerd in Eurosurveillance.

6. Infectiebeheersing in woonzorgcentra (WZC's) bevorderen

Woonzorgcentra moeten op termijn zelf beschikken over de nodige functies/structuren, expertise en financiering om de infectiebeheersing in hun instelling te realiseren. Om deze evolutie te stimuleren heeft het federaal platform het 'Voorstel voor een wetgevend initiatief voor de beheersing van zorginfecties in rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) en rustoorden voor bejaarden (ROB's)' uitgewerkt. In dit voorstel worden volgende instanties belast met het zorginfectiebeleid: coördinerend raadgevend arts (CRA), verpleegkundige zorginfectiebeleid en comité zorginfectiebeleid. De CRA en de verpleegkundige zorginfectiebeleid vormen samen een team en staan in voor de dagdagelijkse aspecten van het zorginfectiebeleid. De volgende taken worden hen toebedeeld: implementatie van en toezicht op de preventiemaatregelen, opleiding van personeel inzake infectiebeheersing, registratie/surveillance van zorginfecties, epidemiebeleid, antibioticumbeleid (formularium en richtlijnen), vaccinatiebeleid, ontwikkelen van initiatieven voor continue kwaliteitsbevordering, en communicatie met andere zorgverleners en

instellingen. Het comité zorginfectiebeleid is bevoegd voor de goede werking van het zorginfectiebeleid op langere termijn en fungeert eveneens als overlegplatform voor de verschillende betrokken instanties.

De haalbaarheid van dit voorstel werd tussen januari 2010 en juli 2011 geëvalueerd in een pilootstudie waaraan 4 consortia (telkens één coördinerend ziekenhuis met enkele woonzorgcentra) hebben deelgenomen. In 2014 wordt de pilootstudie verdergezet met zes consortia en hiervoor werden duidelijke objectieven geformuleerd; de samenwerking met de huisartsen optimaliseren, de registratie van zorginfecties en resistente kiemen op punt zetten, een set van kwaliteitsindicatoren ontwikkelen, en een methodologie en instrument voor interne audit voorstellen.

Er werden al twee soortgelijke studies uitgevoerd in 2005 en 2011 in 60 RVT's naar dragerschap van MDRO's (MRSA, ESBL-producerende gramnegatieve bacteriën en VRE) bij de bewoners.

7. Deelname aan (internationale) studies stimuleren en faciliteren

Een mooi voorbeeld hiervan is de eerste Europese puntprevalentiestudie van het ECDC, de Point Prevalence Survey on Health Care Associated Infections and Antibiotic Use, in het najaar van 2011 waaraan 54 Belgische acute ziekenhuizen vrijwillig hebben deelgenomen.

Planning 2014-2019

1. Werken rond grote thema's

Voortaan zal gedurende een bepaalde periode extra aandacht geschonken worden aan een specifiek thema. Dit thema moet een bijzondere relevantie hebben, bijvoorbeeld omwille van het grote aantal zorginfecties, het voorkomen in verschillende types van zorginstellingen, de moeilijkheid van de problematiek, een link met het antibioticumbeleid et cetera. Voor de komende vijf jaar werden twee relevante thema's gekozen door de regionale platforms: **urine­weginfecties en (katheter-gerelateerde) bloed­stroominfecties.**

Samen met heel wat partners (zie hieronder) zal het federaal platform de acties rond de gekozen thematiek coördineren. **Binnen de context van een PDSA-cyclus zullen alle ziekenhuizen (en woonzorgcentra) gestimuleerd worden om concrete verbeteracties op te zetten en de impact van deze acties te evalueren. De evaluatie zal gebeuren aan de hand van indicatoren en daarbij zullen ook nationale streefwaarden vooropgesteld worden.** De ziekenhuizen zullen hierbij ondersteund worden aan de hand van: richtlijnen; symposia, workshops en opleiding; surveillance, puntprevalentiestudies en interne audits; nationale verbeterprojecten (vb. zorgbundels, campagnes); en onderzoek.

2. Samenwerking tussen alle relevante instanties versterken

Alle instanties die een rol opnemen in de infectiebeheersing zijn bereid de onderlinge coördinatie en samenwerking te versterken. Deze versterkte samenwerking zal opgehangen worden aan het werken rond thema's. **Elke instantie zal zijn rol vervullen in het overkoepelende thema onder coördinatie van het federaal platform.**

De Hoge Gezondheidsraad zal bestaande richtlijnen herzien of nieuwe richtlijnen ontwikkelen over het gekozen thema. Vanuit de wetenschappelijke verenigingen (BICS), beroepsorganisaties (NVKVV en ABIHH) en de TCS-MDRO kunnen experts aangeleverd worden en kan een inhoudelijke toetsing gebeuren van de voorgestelde richtlijnen. Dankzij de mobilisatie van de teams voor infectiebeheersing via de regionale platforms kunnen deze richtlijnen ook in de praktijk getoetst worden op hun haalbaarheid.

De wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties kunnen ook een didactische rol spelen door de organisatie van wetenschappelijke symposia over het gekozen thema. Ook het federaal platform kan het format van de workshops gebruiken om extra duiding aan te bieden bij haar nationale verbeterproject en de teams voor infectiebeheersing ervaringen te laten delen.

Bij het opzetten van surveillance, puntprevalentiestudies en interne audits zijn het WIV en de TCS-MDRO de aangewezen partners. Dezelfde partners zijn eveneens goed geplaatst wat onderzoek betreft, maar ook de regionale platforms en BICS hebben in het verleden al nuttige enquêtes of studies uitgevoerd.

De gezondheidsinspecteurs van de gefedereerde entiteiten moeten nauw betrokken worden bij alles wat gebeurt om de coördinatie tussen de verschillende overheidsniveaus te garanderen. Verder hebben zij een belangrijke rol in het verspreiden van informatie naar gezondheidswerkers en houden zij toezicht op de meldingsplichtige infectieziekten.

Met de hulp van alle partners kan het federaal platform dan een nationaal verbeterproject opzetten waarbij de ziekenhuizen instrumenten (vb. zorgbundels, campagnes) aangeboden worden om concrete acties te realiseren op de werkvloer.

3. Nieuwe toekomstvisie voor de infectiebeheersing in acute ziekenhuizen

Tien jaar na de formulering van een toekomstvisie op infectiebeheersing door het federaal platform is het opportuun om een stand van zaken op te maken, successen en knelpunten in beeld te brengen, en aan te geven waar we de komende jaren naartoe moeten. De roep naar een andere ziekenhuisfinanciering kan met name een opportuniteit bieden om infectiebeheersing, een fundamentele pijler van de zorgkwaliteit, de aandacht en middelen te geven die zij verdient.

4. Nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne

Deze campagnes zullen ook in de toekomst tweejaarlijks herhaald worden. Tijdens elke editie zal gefocust worden op één welbepaald aspect. Voor de editie 2014-2015 zal dit patient empowerment zijn, meer bepaald het inschakelen van de patiënt als motivatie voor het correct toepassen van de handhygiëne door zorgverleners.

5. Infectiebeheersing buiten de acute ziekenhuizen bevorderen

Zorginfecties komen voor in alle geldingen van de zorgketen, niet allen in de acute ziekenhuizen, maar ook in de andere types van ziekenhuizen, andere zorginstellingen en in de ambulante setting. Om tot een permanente reductie te komen van het aantal zorginfecties moeten deze op al deze niveaus bestreden worden aangezien er een continue uitwisseling is van patiënten tussen alle schakels van de zorgketen. **Er is dan ook nood aan een beleid inzake infectiebeheersing**

voor deze diverse settings dat voorziet in de nodige structuren, expertise en (financiële) middelen en dit aangepast aan de specifieke mogelijkheden en uitdagingen van die setting. Tijdens de workshop van 19 september 2014 werd alvast gestart met een reflectie over de psychiatrische ziekenhuizen en de woonzorgcentra.

6. Werking van de platforms optimaliseren

Er is nood aan optimalisatie van de werking van de regionale platforms en het federaal platform. Betere samenwerking en uitwisseling van informatie (vb. website, jaarlijkse workshop) tussen de verschillende platformen zijn daarbij belangrijke punten.

Federaal platform voor ziekenhuishygiëne: planning 2014-2019

1. *Werken rond grote thema's:* nationaal thema uitwerken op vlak van/aan de hand van richtlijnen; symposia, workshops en opleiding; surveillance, puntprevalentiestudies en interne audits; nationale verbeterprojecten (vb. zorgbundels, campagnes); en onderzoek.
2. *Samenwerking tussen alle relevante instanties versterken:* Elke instantie zal zijn rol vervullen in het overkoepelende thema onder coördinatie van het federaal platform.
3. *Nieuwe toekomstvisie voor de infectiebeheersing in acute ziekenhuizen*
4. *Nationale campagnes ter promotie van de handhygiëne*
5. *Infectiebeheersing buiten de acute ziekenhuizen bevorderen*
6. *Werkking van de platforms optimaliseren*

Werkgroep Ambulante praktijk

Realisaties

1. Publicatie van klinische praktijkrichtlijnen

Er werden reeds zeven klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld: 1) Acute keelpijn; 2) Acute cystitis bij de vrouw; 3) Acute middenoorontsteking; 4) Acute rhinosinusitis; 5) Acute lage luchtweginfecties bij volwassenen; 6) Acute exacerbaties van COPD; en 7) Acute gastro-enteritis. 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. In 2013 werd de derde editie van deze gids gratis verspreid onder de huisartsen, pediaters en pneumologen.

Planning 2014-2019

Naar analogie met enkele andere Europese landen, stelt de werkgroep **drie doelstellingen met expliciete streefwaarden** voorop voor de ambulante praktijk:

- een **daling van het totale antibioticaverbruik** van nu meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar naar 600 voorschriften tegen 2020 en naar 400 voorschriften tegen 2025;
- een **daling van het gebruik van chinolonen** van nu ongeveer 10% van het totale antibioticaverbruik naar 5% tegen 2018; en
- een **stijging van de verhouding amoxicilline versus amoxicilline-clavulaanzuur** van nu ongeveer 50/50 naar 80/20 tegen 2018.

1. Meer aandacht voor antibioticumbeleid in de basis-, voortgezette en continue opleiding

Tijdens de basisopleiding dient antibioticatherapie de nodige aandacht te krijgen in het verplicht lessenpakket. BAPCOOC moet de **faculteiten geneeskunde** van de verschillende universiteiten **stimuleren om het rationeel gebruik van antibiotica te promoten** tijdens hun hoorcolleges en praktijklessen (vb. aan de hand van de Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk). Hiervoor kan worden samengewerkt met de werkgroep Ziekenhuisgeneeskunde.

Internationaal onderzoek (**GRACE INTRO**) heeft aangetoond dat een **online communicatietraining voor huisartsen ondersteund met interactief te gebruiken patiëntinformatie** het voorschrijven van antibiotica significant en op een kosteneffectieve manier kan verminderen bij volwassen met luchtweginfecties. BAPCOOC wil **deze interventie in België implementeren** en schreef ze in als onderdeel van de toekomstige campagnes ter promotie van het verantwoord antibioticagebruik van de werkgroep Sensibilisatie. We beogen bovendien om deze

interventie op termijn uit te breiden naar antibioticagebruik bij andere infectieziekten en bij kinderen.

Een pilootproject kan uitgevoerd worden waarbij in verschillende **LOK-groepen** een arts de rol opneemt van **lokale antibioticasteward**. Deze arts krijgt een opleiding in de verschillende aspecten van het antibioticumbeleid (indicaties, keuze, richtlijnen, communicatie met de patiënt). Aan de hand van een **jaarlijkse analyse van het voorschrijfgedrag van de LOK-groep** kan hij/zij de groep informeren over correct voorschrijfgedrag, motiveren tot gedragsverandering en aangeven hoe dit kan verwezenlijkt worden. Idealiter stelt elke LOK-groep autonoom haalbare doelen op en bepaalt ze de strategie om deze te behalen. Beloningen voor de LOK-groep indien deze doelstellingen behaald worden, kunnen extra motivatie bieden. BAPCOC kan samen met het RIZIV het ganse proces ondersteunen.

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

De gids zal **regelmatig geactualiseerd** worden. Het is de bedoeling om naast de papieren versie ook een gebruiksvriendelijke **elektronische versie** ter beschikking te stellen. We streven ook naar **integratie van de informatie in de gids in elektronische medische dossiers** in het kader van EBM Practice Net.

3. Surveillance van antibioticumverbruik en antibioticumresistentie in de ambulante praktijk versterken

We beschikken via de **IMA Atlas** (<http://atlas.ima-aim.be>) over jaarlijks geüpdatete gedetailleerde gegevens over het **totale ambulante antibioticagebruik** in België in verschillende relevante uitkomstmaten en over het **(proportionele) gebruik van bepaalde (klassen van) antibiotica**, bijvoorbeeld de chinolonen. Deze informatie is beschikbaar voor verschillende leeftijdscategorieën, maar is niet gekoppeld aan de indicatie (diagnose).

Hoewel een grote uitdaging, zouden **gegevens over antibioticagebruik gekoppeld aan de diagnose** zeer relevante informatie opleveren voor het ontwikkelen van interventies. Op dit moment beschikken we in Vlaanderen over dergelijke gegevens via **Intego** (www.intego.be) voor een steekproef van 1% van de Vlaamse huisartsen. Daarnaast zouden dergelijke gegevens meer en meer beschikbaar kunnen worden via de gegevens geregistreerd in de **huisartsenwachtposten** (www.icaredata.eu). Andere databronnen die toelaten om beter zicht te krijgen op de indicaties tot voorschrijven moeten zoveel mogelijk geëxploreerd worden.

Er is nood aan **centralisatie van beschikbare informatie over resistentieprofielen** in België. Naast de gegevens van de ziekenhuislaboratoria zou het ook zeer nuttig zijn om de gegevens van de privélaboratoria te verzamelen aangezien deze relevant zijn voor de ambulante sector. Samenwerking met de werkgroep Ziekenhuisgeneeskunde is aangewezen. De **nationale referentiecentra voor humane microbiologie** (NRC) zouden hierin een belangrijke rol kunnen spelen. De resultaten van **gevoeligheidsbepalingen moeten** dan wel vergelijkbaar zijn tussen de verschillende laboratoria en ze moeten daarom **volgens een nationale standaard worden bepaald en geïnterpreteerd**. De Nationale Antibiotica Commissie (NAC) moet deze richtlijnen opstellen.

Bij bovenstaande surveillance moeten we wel in acht nemen dat in de ambulante praktijk niet routinematig kweken worden afgenomen. Vaak blijft dit beperkt tot

gevallen die problemen stellen bij de behandeling, waardoor deze gegevens vertekend kunnen worden. In het recente rapport van de WHO, “Antimicrobial resistance: Global report on surveillance”, wordt dit trouwens aangekaart: “*Community-acquired infections are almost certainly underrepresented among samples.*” Om de gegevens van de laboratoria te valideren en om een zicht te krijgen op de verwekkers (en hun resistentieprofielen) van die infecties waarbij zelden een kweek wordt afgenomen, kan men **studies** opzetten **waarbij de huisartsen** (bijvoorbeeld die van de peilpraktijken) wel een tijdje **een kweek afnemen bij elke patiënt met die infectie**. In het kader van dergelijke studies kan men ook screeningstalen gaan afnemen bij patiënten zonder infectie om de **prevalentie van dragerschap van MDRO's in de gemeenschap** te bepalen.

We moeten meer werk maken van het **terugkoppelen van gegevens** over antibioticumverbruik en antibioticumresistentie in de ambulante praktijk **naar huisartsen** en andere artsen met een ambulante praktijk.

4. Nieuwe doelgroepen aanspreken en overleg plegen met de farmaceutische industrie

Ook **tandartsen** schrijven antibiotica voor en **spoedgevallendiensten** van ziekenhuizen vormen de brug tussen de ambulante praktijk en de ziekenhuizen. Tot op heden behoren zij nog niet tot de doelgroep voor sensibilisatie en interventies. Voor wat de spoedgevallen betreft, is samenwerking met de werkgroep Ziekenhuisgeneeskunde aangewezen.

Patiënten met chronische ziekten doen vaak een beroep op zowel thuiszorg als ziekenhuiszorg. Langs deze weg kunnen zorginfecties uitgewisseld worden tussen de gemeenschap en het ziekenhuis. Aanbevelingen voor de thuiszorg kunnen het risico op de verdere verspreiding van deze (ziekenhuis)bacteriën in de gemeenschap verminderen.

Overleg met de **farmaceutische industrie** kan hopelijk leiden tot **afspraken over publiciteit voor en marketing van antibiotica**.

5. Controle en regelgeving

Als bovenstaande interventies niet het gewenste resultaat bekomen, moet de optie van **controle en regelgeving** bekeken worden. Mogelijke pistes zijn het **koppelen van voorwaarden aan het voorschrijven van bepaalde (klassen van) antibiotica** en a posteriori **controle van ‘outliers’** die opvallend meer antibiotica voorschrijven dan hun collega's. Dit veronderstelt natuurlijk initiatieven vanuit het RIZIV.

6. Onderzoek

Mogelijke onderwerpen voor studies zijn de oorzaken van het uitblijven van een verdere daling van het ambulante antibioticumverbruik en het verband tussen het gebruik van bepaalde antibiotica(klassen) en de incidentie van bepaalde infecties (vb. chinolonen en infecties met *C. difficile*).

Wergroep ambulante praktijk: streefwaarden

1. Daling van het totale antibioticaverbruik van nu meer dan 800 voorschriften per 1000 inwoners per jaar naar 600 voorschriften tegen 2020 en naar 400

voorschriften tegen 2025;

2. Daling van het gebruik van chinolonen van nu ongeveer 10% van het totale antibioticaverbruik naar 5% tegen 2018; en
3. Stijging van de verhouding amoxicilline versus amoxicilline-clavulaanzuur van nu ongeveer 50/50 naar 80/20 tegen 2018.

Werkgroep ambulante praktijk: planning 2014-2019

1. *Meer aandacht voor antibioticumbeleid in de basis-, voortgezette en continue opleiding:* online communicatietraining over antibiotica bij luchtweginfecties; lokale antibioticastewards in LOK-groepen
2. *Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk:* ontwikkeling van een elektronische versie, integratie in elektronisch medisch dossier
3. *Surveillance van antibioticumverbruik en antibioticumresistentie in de ambulante praktijk versterken:* verbruiksgegevens koppelen aan indicaties, resistentiegegevens verzamelen op nationaal niveau, verbruiks- en resistentiegegevens terugkoppelen naar huisartsen, studies bij huisartsen om een zicht te krijgen op verwekkers van bepaalde infecties en hun resistentieprofielen, studies bij huisartsen om de prevalentie van dragerschap van MDRO's in de gemeenschap te bepalen
4. *Nieuwe doelgroepen (tandartsen, spoedartsen, thuisverpleegkundigen) aanspreken en overleg plegen met de farmaceutische industrie*
5. *Controle en regelgeving:* voorwaarden koppelen aan het voorschrijven van bepaalde (klassen van) antibiotica, controle op 'outliers'
6. *Onderzoek*

Werkgroep Sensibilisatie

Realisaties

1. Campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica

Er werden reeds dertien multimediacampagnes georganiseerd sinds de winter van 2000-01. Deze campagnes moeten zowel de artsen en apothekers als de bevolking sensibiliseren voor het verantwoord gebruik van antibiotica.

De eerste drie campagnes (winterperiodes 2000-01, 2001-02 en 2002-03) liepen onder het motto 'Antibiotica: minder vaak en beter'. De vier volgende campagnes (winterperiodes 2004-05, 2005-06, 2006-07 en 2007-08) kregen een nieuwe slogan: 'Bij verkoudheid, acute bronchitis en griep helpen antibiotica niet'. De zes recentste campagnes (winterperiodes 2008-09, 2009-10, 2010-11, 2011-12, 2012-13 en 2013-14) behielden dezelfde slogan, maar er werd wel materiaal met een nieuwe look ontwikkeld.

Sinds de invoering van de European Antibiotic Awareness Day (EAAD) door het ECDC in 2008 valt de campagne uiteen in twee luiken: een eerste luik rond de EAAD op 18 november en een tweede luik op het moment van de griepepidemie. Er worden dan spots uitgezonden op televisie die het grote publiek erop wijzen dat antibiotica enkel indien nodig dienen gebruikt te worden. De kijker wordt ook uitgenodigd om met zijn arts of apotheker te praten over het nut van een behandeling met antibiotica. Patiëntenfolders en een affiche voor de wachtkamer of officina helpen de huisartsen, pediaters en apothekers de juiste informatie te verstrekken aan hun patiënten. Zowel de bevolking als de artsen en apothekers vinden meer informatie over de campagne en het materiaal op de campagnewebsite, www.gebruikantibioticacorrect.be. Langs deze weg kunnen geïnteresseerden ook gratis een informatiebrochure bestellen die dieper ingaat op infecties, antibiotica, microbiële resistentie en het verantwoord gebruik van antibiotica. Verder bestaat de campagne uit een actie in de officina's om ongebruikte antibiotica te verzamelen zodat zij niet in de thuisapotheek terecht komen en dan aanleiding geven tot zelfmedicatie. De campagne verwijst ook naar e-Bug, een Europees project waaraan ook België deelneemt dat de leerlingen van het lager en het middelbaar onderwijs op een pedagogische manier vertrouwd wil maken met o.a. de wereld van de microben en het belang van een goede handhygiëne.

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. De Belgische ervaring met campagnes heeft trouwens navolging gekregen in enkele andere Europese landen zoals Frankrijk. Ook nu nog wordt er naar België gekeken als inspiratiebron; in het kader van de plannen van de WHO om antibioticacampagnes te stimuleren in Oost-Europa en Centraal-Azië werden de Belgische campagnes als voorbeeld naar voren geschoven. En antibioticacampagnes waren het centrale thema van de eerste editie van de EAAD op 18/11/2008.

De resultaten van de eerste twee campagnes – met name een daling van het verbruik van antibiotica – werden gepubliceerd in The Journal of the American Medical Association.

Planning 2014-2019

1. Campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica verder zetten

Voor de volgende editie van deze campagne willen we gebruik maken van een nieuw concept. Wij overwegen alvast volgende media te gebruiken:

- een radiospot (in de plaats van de Tv-spot);
- een campagnewebsite;
- patiëntenfolders en affiches voor (huis)artsen en apothekers;
- actie bij apothekers om ongebruikte antibiotica terug te brengen;
- advertenties in kranten en/of tijdschriften; en
- sociale en andere online media (vb. banners op welbepaalde websites).

Daarnaast willen we twee aanvullende projecten realiseren. Om huisartsen te ondersteunen bij het verbeteren van hun voorschrijfgedrag zal BAPCOOC **een interventie implementeren die ontwikkeld werd binnen het Europese onderzoeksproject GRACE** (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe; www.grace-lrti.org). Deze interventie bestaat uit een online communicatietraining (het RIZIV gaat ermee akkoord om deze trainingsfilmpjes aan te bieden op haar e-learning platform) ondersteund door een tijdens de consultatie interactief te gebruiken informatiebrochure voor patiënten. Deze interventie werd geëvalueerd in het kader van het Europese onderzoeksproject: de artsen in de interventiegroep (communicatietraining en gebruik van informatiebrochure voor patiënten) schreven minder antibiotica voor dan hun collega's in de controlegroep. De implementatie in België zal stapsgewijze gebeuren zodat het effect nogmaals op nationale schaal kan bestudeerd worden.

Het tweede project betreft **de publicatie van een "Suske en Wiske"-infostrip over het verantwoord gebruik van antibiotica** in samenwerking met Standaard Uitgeverij. De elektronische versie van de strip kan gratis aangeboden worden via de campagnewebsite. De gedrukte exemplaren (oplage 50 000 stuks) kunnen aangeboden worden in bibliotheken en als prijs gebruikt worden in een wedstrijd (vb. quiz die de kennis test over antibiotica).

Werkgroep sensibilisatie: streefwaarden

Zie werkgroep ambulante praktijk

Werkgroep sensibilisatie: planning 2014-2019

- 1. Campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica verder zetten: nieuw campagneconcept, GRACE Intro implementeren in België, "Suske en Wiske"-infostrip over het verantwoord gebruik van antibiotica*

Werkgroep Diergeneeskunde

Realisaties

1. Financiering van studies en projecten

Een mooi voorbeeld hiervan is de Belgische studie naar de prevalentie van (dierhouderij-gerelateerde) MRSA bij varkens en varkenshouders in 2007, naar aanleiding van het vinden van MRSA bij een varkenshouder in Nederland.

2. Validatie van voorstellen en richtlijnen ontwikkeld door AMCRA

In 2012 kreeg België met de oprichting van het Centre of Expertise on Antimicrobial Consumption and Resistance in Animals (vzw AMCRA) een nieuwe coördinerende instantie die adviezen geeft ter ondersteuning van het antibioticabeleid in de diergeneeskunde. De landbouworganisaties, mengvoederfabrikanten, dierenartsen-organisaties en de farmaceutische industrie maken deel uit van AMCRA. Dit garandeert dat alle partners zich engageren en dat er een breed draagvlak is voor de adviezen die AMCRA formuleert. BAPCOOC maakt naast FAGG en FAVV deel uit van de stuurgroep van AMCRA en streeft naar een constructieve samenwerking tussen beide instanties. BAPCOOC becommentarieert en/of valideert ook de voorstellen en richtlijnen die binnen AMCRA worden ontwikkeld.

Planning 2014-2019

De werkgroep diergeneeskunde heeft het **strategisch plan AMCRA 2020** onderschreven, inclusief de **expliciete streefwaarden** die daarin geformuleerd worden:

- **50% minder antibioticumgebruik tegen 2020;**
- **75% minder van de meest kritisch belangrijke antibiotica tegen 2020;** en
- **50% minder gemedicineerde voeders met antibiotica tegen 2017.**

1. Samenwerking met AMCRA

Als lid van de stuurgroep van AMCRA zal BAPCOOC samen met FAGG en FAVV elk jaar **strategische objectieven definiëren voor AMCRA**. De werkgroep diergeneeskunde van BAPCOOC zal eveneens de **voorstellen en richtlijnen** die binnen AMCRA worden ontwikkeld blijven **becommentariëren en/of valideren**. In mei 2014 heeft BAPCOOC trouwens het **strategisch plan AMCRA 2020** (zie bijlage) nog onderschreven. BAPCOOC zal de **operationele uitwerking** van dit strategisch plan nauwgezet **opvolgen**.

2. Samenwerking in het kader van de werkgroep Strategie Veterinair Antibioticabeleid (SVAB)

De bevoegde overheidsinstanties FAGG, FAVV, FOD VVVL en BAPCOOC hebben in 2013 de werkgroep SVAB in het leven geroepen. Vanaf het najaar van 2014 maakt ook het CODA deel uit van deze werkgroep. Deze werkgroep heeft als taak om initiatieven die het verantwoord gebruik van antibiotica in de diergeneeskunde

stimuleren voor te stellen en indien mogelijk zelf te ontplooiën. Zo werden er via het Benelux CVO overleg al ervaringen uitgewisseld met Nederland over de aanpak in beide landen. Een aandachtspunt van deze werkgroep is de **wettelijke basis** die nodig is om bepaalde initiatieven (vb. datacollectiesysteem voor het gebruik van diergeneesmiddelen) te realiseren.

Het **FAVV** heeft een “**beleidsnota antibacteriële resistentie 2014-2018**” opgesteld waarin zes doelstellingen worden geformuleerd:

- opstarten van een overlegstructuur over alle overheden en sectoren heen;
- uitbouwen van de monitoring van antibacteriële resistentie bij mensen, dieren en in het milieu, evenals het uitwisselen van resultaten/gegevens en het organiseren van overkoepelende analyses om meer kennis te verwerven in het kader van de overdracht en verspreiding van antibacteriële resistentie;
- uitbouwen van de monitoring van het gebruik van antibiotica;
- sensibiliseren en waar nodig maatregelen opleggen aan de verschillende sectoren om het gebruik van antibiotica en de verspreiding ervan in het milieu te beperken en om alternatieven te stimuleren;
- onderzoek naar het ontstaan, de verspreiding en de preventie van antibacteriële resistentie bevorderen; en
- versterken van de internationale samenwerking.

Het FAVV vertaalt haar doelstellingen ook in concrete cijfers en stelt dat het totale gebruik van antibiotica in de veterinaire sector en het gebruik van antibiotica van groot belang voor de humane geneeskunde tegen 2018 moet dalen tot onder de EU-mediaan.

3. Eigen adviezen formuleren en eigen initiatieven nemen

De werkgroep diergeneeskunde zal buiten de context van de stuurgroep AMCRA en de werkgroep SVAB ook nog eigen adviezen en voorstellen formuleren. Het is de bedoeling om deze adviezen te publiceren op de website van BAPCOOC en deze over te maken aan de bevoegde minister(s).

De sectororganisaties zijn niet vertegenwoordigd in de werkgroep diergeneeskunde. De standpunten van de werkgroep zijn het resultaat van de kruisbestuiving van de wetenschappelijke expertise van de wetenschappelijke instellingen (faculteiten diergeneeskunde, WIV, CODA, ...) en de beleidsvisie van de overheidsinstanties (FAGG, FAVV, FOD VVVL). Door de inbedding binnen BAPCOOC is de werkgroep bovendien uitstekend geplaatst om een brug te vormen tussen humane geneeskunde en diergeneeskunde en aldus het ‘One Health’-principe in de praktijk te brengen.

De financiële middelen die BAPCOOC krijgt vanuit het RIZIV zijn in principe niet bestemd voor louter diergeneeskundige initiatieven, maar daar waar de humane geneeskunde en de diergeneeskunde samenkomen moeten er wel mogelijkheden zijn.

Het is de bedoeling om alvast **over volgende onderwerpen adviezen te formuleren** in de werkgroep diergeneeskunde:

- samenwerking tussen diergeneeskunde en humane geneeskunde (via een gemeenschappelijke werkgroep);
- datacollectiesysteem voor het gebruik van diergeneesmiddelen, Sanitel-MED;
- surveillance van resistentie bij bacteriën van dieren en voedingsmiddelen van dierlijke oorsprong;

- opduikende resistente bacteriën (vb. *Clostridium difficile*) en resistentiemechanismen (vb. carbapenemasen) met impact op diergeneeskunde en humane geneeskunde;
- kwaliteitsbewaking en harmonisatie van de gevoeligheidsbepalingen bij isolaten van dieren;
- criteria voor de toepassing van het cascadesysteem;
- beperking van orale preventieve en metafylactische groepsbehandelingen;
- beperking van het gebruik van gemedicineerde voeders;
- bijkomende voorwaarden verbinden aan het depotrecht van de dierenarts en de geneesmiddelenvoorraad bij de veehouder;
- taken van de bedrijfsbegeleidende dierenarts gekoppeld aan het epidemiologisch toezicht;
- vaccinatie en gepaste bioveiligheidsmaatregelen op het landbouwbedrijf;
- oprichting van een wetenschappelijke raad en gewestelijke commissies die de regels voor goede diergeneeskundige praktijkvoering inzake voorschrijven en verschaffen van diergeneesmiddelen bepaalt en beoordeelt.

4. Wetenschappelijk onderzoek stimuleren en financieren

Hierbij zal gefocust worden op **onderzoek dat zich richt op de interactie tussen humane geneeskunde en diergeneeskunde met betrekking tot antibioticaconsumptie en microbiële resistentie** (vb. opduikende resistente bacteriën en resistentiemechanismen met impact op beide ecosystemen).

Werkgroep diergeneeskunde: streefwaarden (cf. strategisch plan AMCRA 2020)

1. 50% minder antibioticumgebruik tegen 2020;
2. 75% minder van de meest kritisch belangrijke antibiotica tegen 2020; en
3. 50% minder gemedicineerde voeders met antibiotica tegen 2017.

Werkgroep diergeneeskunde: planning 2014-2019

1. *Samenwerking met AMCRA*: strategische objectieven definiëren, voorstellen en richtlijnen becommentariëren en/of valideren, operationele uitwerking van het strategisch plan AMCRA 2020 opvolgen
2. *Samenwerking in het kader van de werkgroep Strategie Veterinair Antibioticabeleid (SVAB)*
3. *Eigen adviezen formuleren en eigen initiatieven nemen*
4. *Wetenschappelijk onderzoek stimuleren en financieren*

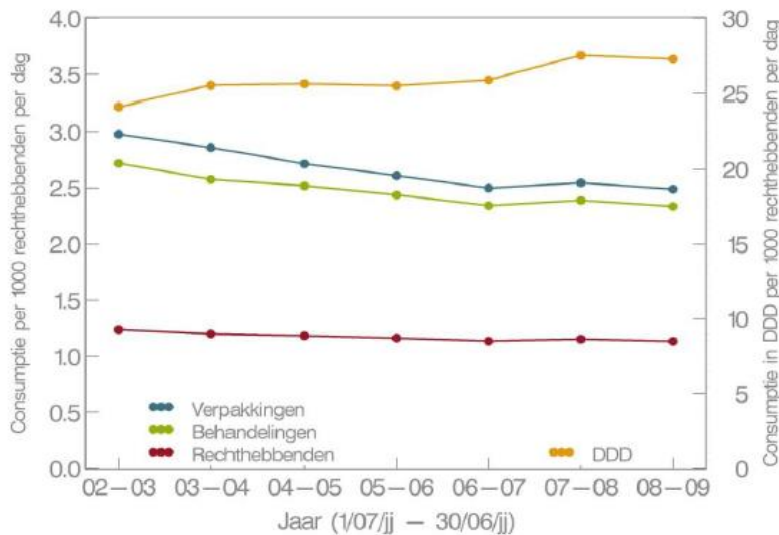
Bijlage 1: Studie van VAXINFECTIO en IMA

De researchgroep VAXINFECTIO en het InterMutualistisch Agentschap (IMA) hebben op vraag van BAPCOC een zeer gedetailleerde studie verricht over het ambulante antibioticumverbruik.

Ze hebben bevestigd dat er een discrepantie bestaat tussen de evolutie van het verbruik uitgedrukt in aantal terugbetaalde DDD's enerzijds en aantal terugbetaalde antibioticaverpakkingen, aantal terugbetaalde behandelingen¹⁵ met antibiotica en aantal verzekerden die terugbetaling hebben gekregen voor antibiotica anderzijds (Figuur 1). Bij nader onderzoek blijkt dat deze discrepantie louter te wijten is aan de penicillines omdat in de beschouwde periode het aantal DDD's per verpakking voor amoxicilline (met 50%) en voor amoxicilline-clavulaanzuur (met 70%) is gestegen (Figuur 2).

Figuur 1

Consumptie van antibiotica in de ambulante praktijk in België van 2002 tot 2009 in juli-juni jaren uitgedrukt in terugbetaalde Defined Daily Doses (DDD: standaard dagdosissen), verpakkingen, behandelingen, individuele rechthebbenden per 1000 rechthebbenden per dag.

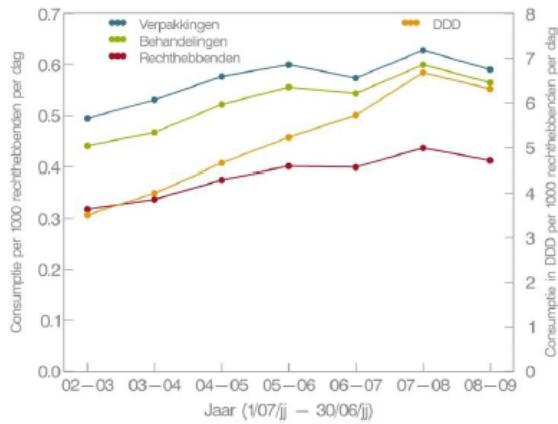


¹⁵ Eén of meer verpakkingen antibioticum met identieke CNK voorgeschreven door dezelfde voorschrijver en terugbetaald aan één rechthebbende op dezelfde dag.

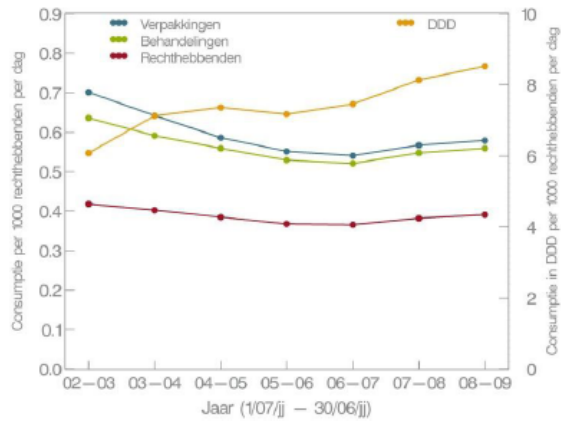
Figuur 2

Consumptie in de ambulante praktijk in België van 2002 tot 2009 in juli-juni jaren uitgedrukt in terugbetaalde Defined Daily Doses (DDD), verpakkingen, behandelingen en rechtshbenden per 1000 rechtshbenden per dag van (A) Amoxicilline (J01CA04), (B) Amoxicilline met clavulaanzuur (J01CR02).

(A) Amoxicilline (J01CA04)



(B) Amoxicillines met clavulaanzuur (J01CR02)



De onderzoekers concluderen dat het antibioticumverbruik in de ambulante praktijk in ons land wel degelijk is gedaald aangezien minder mensen antibioticabehandelingen kregen, weliswaar met hogere dosissen. Ze stelden ook vast dat het aandeel van amoxicilline, het antibioticum dat volgens de Belgische richtlijnen als eerste keuze aanbevolen wordt voor de meeste luchtweginfecties, ten opzichte van amoxicilline-clavulaanzuur toenam tijdens de studieperiode.

Ook de totale kost van de terugbetalingen voor antibiotica is met 21 miljoen Euro (-16.7%) gedaald van 125 555 454 Euro in 2002-03 naar 104 529 213 Euro in 2008-09 (Figuur 3).

Figuur 3

Consumptie van antibiotica (J01) in de ambulante praktijk België van 2002 tot 2009 in juli-juni jaren uitgedrukt in terugbetaalde euro per dag per 1000 rechtshbenden; per 1000 inwoners; per 1000 contacten; per 1000 huisartscontacten

