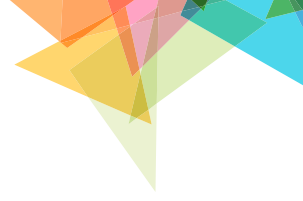


EVALUATIEVERSLAG VAN HET PROTOCOLAKKOORD BETREFFENDE HET NATIONAAL PLAN **MULTIDRUG RESISTANT ORGANISMS** (MDRO)

GEPUBLICEERD IN 2013



Inhoudstafel

Lijst met afkortingen	3
Inleiding.....	4
1. Een betere coördinatie van de strijd tegen MDRO.....	5
1.1. Nationale Commissie voor de bestrijding van de MDRO (NCB-MDRO).....	5
1.2. Outbreak support team (OST).....	6
2. Versterking van de microbiologische en epidemiologische surveillance: TC-MDRO	8
3. Beheersing van de infecties	13
3.1. In het ziekenhuis	13
3.2. In het rust- en verzorgingstehuis (RVT)	14
4. Antibioticabeleid	15
4.1. In het ziekenhuis	15
4.2. Ambulante praktijk	17
Kernboodschappen	19
Aanbevelingen	20
Bijlagen.....	22
Evaluatie van het protocolakkoord met betrekking tot het nationale plan multidrug resistent organisms (MDRO) van 21/11/2013	23

Lijst met afkortingen

AB	Antibiotica
AMR	Antimicrobial Resistance
ABTBG	Antibiotherapiebeleidsgroep
AVIQ	Agence pour une Vle de Qualité
BAPCOC	Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee
BeH-SAC	Belgian Hospitals - Surveillance of Antimicrobial Consumption
CRA	Coördinerend en Raadgevend Arts
FOD VVVL	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
GGC	Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
HA	Huisarts
HAI	Healthcare associated infections
HGR	Hoge Gezondheidsraad
IBRI	Dienst Internationale Betrekkingen
IPC	Infection and Prevention Control
KB	Koninklijk besluit
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
MDRO	MultiDrug Resistant Organisms
NAC	Nationaal Comité voor antimicrobiële middelen
NCB	Nationale Commissie voor de Bestrijding
NSIH	Healthcare associated infections & Antimicrobial Resistance
OST	Outbreak Support Team
PA	Protocolakkoord
PAR	Participatory Action Research
PHE	Public Health Emergencies
PLASUR	Platform voor epidemiosurveillance
PV	Notulen
RAG	Risk Assessment Group
RH	Rusthuis
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
WZC	Woonzorgcentrum
TATFAR	TransAtlantic TaskForce on Antimicrobial Resistance
TC-MDRO	Technical Committee – MDRO
WG	Werkgroep
WG-AMR van de IMC	Werkgroep – Antimicrobiële resistentie van de Interministeriële Conferentie
ZH	Ziekenhuishygiëne



Inleiding

In 2013 heeft de interministeriële Conferentie Volksgezondheid het « nationaal strategisch plan ter bestrijding van MDRO¹ » goedgekeurd. Bedoeling van dit protocol is om elke nieuwe verspreiding van MDRO te voorkomen en de incidentie van de besmettingen met MDRO te verminderen. De modaliteiten van dit akkoord zijn in een protocolakkoord vastgelegd dat op 21/11/2013 in het Belgisch Staatsblad werd gepubliceerd. Dit protocol heeft onder meer geleid tot de oprichting van het Outbreak Support Team (OST) en de Technical Committee MDRO (TC-MDRO).

Bijna vijf jaar na de publicatie van dit protocol werd een evaluatie van de implementatie ervan voorgesteld door de WG-AMR van de IMC om de noodzakelijke gebieden voor verbetering te identificeren en de toekomstige ontwikkelingen te sturen. Deze evaluatie past in het kader van de ontwikkeling van een nationaal actieplan *One Health* ter bestrijding van antimicrobiële resistentie dat uiterlijk in december 2019 moet zijn opgesteld, zonder zich tot deze oefening te beperken.

Daartoe heeft de Federale Overheidsdienst (FOD VVVL) Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op basis van een vragenlijst (cf. bijlage 1) de institutionele partners geraadpleegd over de bestrijding van de MDRO wat betreft de uitvoering, de implementatie, het belang de daarmee gepaard gaande moeilijkheden en eventuele aanbevelingen voor de toekomst van de verschillende elementen die in dit protocolakkoord zijn bepaald. De geraadpleegde personen konden zich o.m. laten inspireren door de recente aanbevelingen van het ECDC, het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding en het DG Gezondheid van de Europese Commissie die in het kader van een gemeenschappelijke visie in België werden uitgebracht.

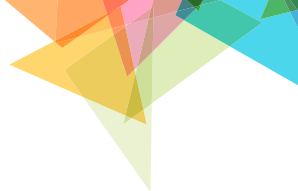
Deze evaluatie was bijgevolg beperkt tot de institutionele partners in de bestrijding van de MDRO: Agentschap Zorg en Gezondheid, AVIQ, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (waaronder de dienst PHE en het Directoraat-generaal Gezondheidszorg (DGGS), referentielaboratoria voor MDRO, voorzitters en vicevoorzitters van BAPCOC en haar werkgroepen, COCOM/GGC, Duitstalige Gemeenschap, voorzitter en secretaris van de TC-MDRO (Sciensano), RIZIV, HGR en Sciensano. Bovendien werden actoren uit de veterinaire sector geraadpleegd: AMCRA, Sciensano, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV). Tot slot zijn alle nationale onderzoekscentra voor MDRO geraadpleegd.

In een tweede fase kan, indien nodig en gewenst, een vragenlijst worden ontwikkeld om de werking en interacties tussen het OST en de ziekenhuizen of de woon- en zorgstructuren te evalueren.

Er werden dertien antwoorden ontvangen, waarvan drie uit de dierensector, die bijna 75% van de ondervraagde instellingen dekt

De meningen van de respondenten werden ingezameld en de ideeën die hieruit voortvloeiden, werden door de FOD VVVL samengevat en hieronder gerapporteerd. Op basis hiervan werden aanbevelingen voorgesteld en goedgekeurd met de stakeholders die zijn geconsulteerd in het kader van deze evaluatie tijdens een vergadering (vergadering van 4/6/2019) Dit verslag zal aan de leden van de IMC

¹ De lijst met de gebruikte afkortingen bevindt zich op pagina 3



Volksgezondheid worden bezorgd en als werkinstrument dienen voor alle betrokken instellingen. Dit verslag zal in het bijzonder worden gebruikt in het kader van de ontwikkeling van het toekomstige Nationale Actieplan.

1. Een betere coördinatie van de strijd tegen MDRO

1.1. Nationale Commissie voor de bestrijding van de MDRO (NCB-MDRO)

« Het protocol voorziet in de oprichting van een Nationale commissie voor de bestrijding van MDRO (NCB-MDRO) binnen de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) met vertegenwoordigers van BAPCOC, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), de gezondheidsinspecties of diensten voor infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten, de relevante vertegenwoordigers van de gefedereerde entiteiten, van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en de relevante leden van de TC-MDRO (NRC en WIV-ISP). De NCB-MDRO kan desgewenst beroep doen op externe experts. »

Het ontbreken van een nationale coördinatiestructuur voor de bestrijding van de MDRO, zoals vastgelegd in het protocolakkoord, werd door alle respondenten aangekaart.

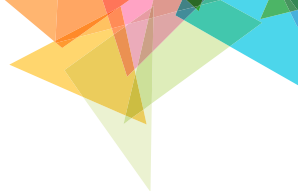
De nationale commissie voor de bestrijding (NCB-MDRO) heeft – in theorie - drie belangrijke taken: de conclusies en aanbevelingen van de TC-MDRO goedkeuren en uitvoeren, de initiatieven van andere structuren die betrokken zijn bij de bestrijding van de MDRO coördineren en opvolgen en via haar communicatiecel over de behandeling van de MDRO communiceren. Deze taken blijken voor de meeste partijen relevant te zijn en gedeeltelijk uitgevoerd zijn door verschillende instanties, zoals BAPCOC.

De plaats van de NCB-MDRO zou – indien opgericht - evenwel moeten worden verduidelijkt, aangezien de commissie onder meer tot doel heeft de activiteiten/initiatieven die door haar leden worden geïmplementeerd te coördineren. Het grote aantal verschillende reeds bestaande structuren rond het AMR-thema en het gebrek aan coördinatie daartussen werden door de respondenten onder meer naar voren gebracht. Het is bijgevolg van essentieel belang dat de communicatie tussen alle bestaande structuren wordt verbeterd.

Bovendien is een persoon van mening dat het OST, de TC-MDRO en de NRC voor zeer bevredigende resultaten hebben gezorgd en hij vraagt zich dan ook af of de oprichting van de NCB-MDRO *in fine* wel zinvol was.

Vervolgens wordt gevraagd om de AMR-bestrijding meer open te stellen voor de *One Health* perspectieven, bijvoorbeeld door de NCB-MDRO uit te breiden naar de extramurale context of zelfs buiten de menselijke context.

Verscheidene mensen wensen dat de NCB-MDRO een ondersteunende structuur zou zijn voor de validatie en de implementatie van de wetenschappelijke conclusies van organen zoals de TC-MDRO. Wetenschappelijke validatie is noodzakelijk en zou één van de voorgestelde pistes kunnen volgen: door



Sciensano 2, door PLASUR² of BAPCOC. Er zou een referentiepersoon die verantwoordelijk is voor de structuur moeten worden aangewezen en er zou voor de financiering van de initiatieven moet worden gezorgd. Tot slot merkt een persoon op dat er meer middelen beschikbaar zouden moeten worden gesteld om deze rollen efficiënt te concretiseren.

1.2. Outbreak support team (OST)

« Zorginstellingen (ziekenhuizen en woonzorgcentra) kunnen in het kader van een uitbraak van zorginfecties (met MDRO) beroep doen op de gezondheidsinspecties en diensten Infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten. Het protocol bepaalt dat de gefedereerde entiteiten de nodige maatregelen nemen om een OST-werking te ontwikkelen en te operationaliseren binnen hun gezondheidsinspecties en diensten Infectieziektebestrijding. »

« Het OST moet uitbraken van MDRO in zorginstellingen helpen beheersen door inzichtelijke ondersteuning van zorginstellingen, sturing van zorginstellingen, interventie ter plaatse en, indien nodig, handhaving.»

« De coördinatie van het OST zal gebeuren door de bevoegde gemeenschap, die ook het onderzoek ter plaatse zal doen, met ondersteuning van het WIV-ISP. Bijkomend advies kan “op afroep”bekomen worden bij relevante externe experts. »

« De hoofd- en eindverantwoordelijkheid van de outbreak ligt bij het betreffende ziekenhuis of WZC (vaststellen, aanpakken, opvolgen en melden van een uitbraak in de instelling). Het OST kan er wel toe bijdragen dat de directie alle nodige (financiële) middelen inzet en alle vereiste maatregelen neemt, ook al zijn deze soms zeer ingrijpend (vb. tijdelijke sluiting van bepaalde verpleegeenheden, cohortering van besmette patiënten).»

Het OST bestaat uit gefedereerde entiteiten (COCOM, GGC, AVIQ en Zorg en Gezondheid), NSIH dienst (Sciensano), NRCs en eventuele externe experts. Ze werkt samen met diensten ziekenhuishygiëne en de leiding van de zorginstelling.

Het OST kan een dubbele actie in het ziekenhuis op gang brengen: i) specifieke expertise aan de MDRO, in samenwerking met Sciensano, ter beschikking stellen en ii) het ziekenhuis verplichten om middelen vrij te maken of de nodige maatregelen te nemen om de crisis te overwinnen. In sommige reacties wordt dit feit genuanceerd door voor te stellen om de **bevoegdheid van het OST te versterken** om dwangmaatregelen op te leggen en, zoals hierboven vermeld, zijn mandaat om soms dwingende interventies die voor het ziekenhuis duur zijn mogelijk te maken.

Bovendien is het van belang dat het OST in staat is om wetenschappelijke informatie en velddeskundigheid te leveren voor het beheer van een MDRO-epidemie. Sommige respondenten geven aan tevreden te zijn over het werk van het OST. Maar het is aanbevolen om het OST te blijven versterken (een respondent stelt bijvoorbeeld voor dat dit formeel gebeurt door middel van een retrospectief proces van analyse van de oorzaken van het ontstaan van een epidemie, hierdoor zou onder meer de accumulatie

² Project met het oog op de opstelling van een protocol tussen openbare en privépartners en sectorale organisaties die betrokken zijn bij veterinaire epidemiologie en volksgezondheid (wat zoönosen betreft) dat wordt gecoördineerd door het FAVV



en de ontwikkeling van verschillende expertise, als aanvulling op deze van de hygiënisten, mogelijk worden en dit zou ook helpen om risicosituaties op te sporen; deze expertise kan ook tijdens de evaluatie van post-epidemische maatregelen en interventies worden versterkt, zoals een andere persoon suggereert).

Het OST baseert zich op de aanbevelingen van andere instellingen (HGR, BAPCO) en op de epidemiologische surveillance (die moet worden verbeterd). Deze aanbevelingen zijn nuttig, maar komen niet frequent genoeg voor en bestrijken niet alle sectoren (WZC...). Bovendien werd het gebrek aan zichtbaarheid van het OST bij de WZC door iemand aan de orde gesteld alsook de noodzaak om de interactie tussen WZC-ziekenhuizen/OST via regionale platforms verder te stimuleren.

Het is daarom van essentieel belang dat iedereen zijn rol en zijn verantwoordelijkheden begrijpt en op zich neemt.

Er wordt ook gevraagd om zich voor de dierensector vanuit het *One Health* perspectief open te stellen. Een respondent stelt voor om een gelijkwaardige structuur voor de veterinaire sector op te zetten. Dit vereist deskundigheid op het gebied van diergeneeskunde binnen het OST, wat momenteel niet het geval is.

Een persoon is van mening dat er **nauwelijks objectieve gegevens zijn over het nut en de efficiëntie van het OST**. Zo is er de laatste jaren bijvoorbeeld geen verslag gepubliceerd over de activiteiten van het OST of over de Belgische situatie van de MDRO-epidemieën. Twee personen brengen concrete voorstellen aan: een evaluatie van de efficiëntie van de interventies (hier wordt momenteel over nagedacht binnen het OST) en de retrospectieve evaluatie van het beheer van de epidemie door het OST. Die evaluatie komt meermaals terug in de verkregen antwoorden.

De melding van MDRO-epidemieën is verplicht in België, maar het beroep doen op het OST voor het beheer van de MDRO-epidemieën is niet verplicht. Verschillende respondenten gaan uit van een onderrapportering of een te laattijdige melding van deze epidemieën. Een verbetering van het meldingssysteem wordt dan ook als noodzakelijk beschouwd. De capaciteit van het huidige systeem om het bewustzijn te vergroten en de melding van epidemische situaties aan te moedigen, wordt ook in twijfel getrokken. Er wordt voorgesteld om de Belgische situatie te vergelijken met die in andere landen (welk meldingssysteem wordt lokaal geïmplementeerd,.....) en om een geïnformatiseerd meldingssysteem op te zetten dat het mogelijk zou maken om waarschuwingen te automatiseren alsook een real-time monitoring en een zo spoedig mogelijke passende reactie mogelijk zou maken.

Tot slot werd het gebrek aan personeel en financiële middelen door verschillende personen aangekaart. Het gebruik van externe deskundigen is moeilijk, vooral als er geen vergoeding mogelijk is. Een persoon vraagt om extra financiële steun aan het ziekenhuis dat met een epidemie wordt geconfronteerd.

Als conclusie kan worden gesteld dat het OST het kader voor de reactie op een epidemie formaliseert, zelfs al kunnen er punten worden verduidelijkt, zoals de rol van elke interveniënt “ziekenhuis/OST/NRC” (link met MTAB, hoofdstuk 3.1 van het PA), de financiële bijdrage, een efficiënter meldingssysteem, enz. De extramurale sector, die is geïntegreerd in het mandaat van het OST, moet beter bekend zijn met het OST hebben. Het werkkader van het OST zou daarentegen kunnen worden uitgebreid tot de dierensector. In ieder geval wordt zijn rol als facilitator van de interventie door de respondenten zeer gewaardeerd.

2. Versterking van de microbiologische en epidemiologische surveillance: TC-MDRO

«Het protocol voorziet in de oprichting van het TC-MDRO (secretariaat waargenomen door Sciensano) en de organisatie van vergaderingen op regelmatige basis waarop Sciensano en de relevante NRC's worden uitgenodigd (zoals bijvoorbeeld NRC Staphylococcus aureus; NRC Streptococcus pneumoniae invasive; NRC Enterococci; NRC ESBL or carbapenemase producing Enterobacteriaceae; NRC antibiotic resistant Pseudomonas and Acinetobacter), en desgevallend andere instanties en experts. »

De overgrote meerderheid van de respondenten hebben vermeld dat zij van mening waren dat de TC-MDRO goed geïmplementeerd is, behalve twee respondenten die spreken van een gedeeltelijke implementatie van dit element uit het protocol.

Deze structuur en haar vergaderingen werden zeer snel na de ondertekening van het PA geïmplementeerd. Ze ondersteunt de Gezondheidsoverheden en Sciensano om het nationale surveillancesysteem van de MDRO uit te bouwen en te versterken. Bovendien kunnen via dit technische MDRO-comité de technische akkoorden tussen de NRC's worden geïmplementeerd. Het nut van dit orgaan wordt door de respondenten goed erkend.

Bij gebrek aan een NCB-MDRO zijn de **precieze taken van de TC-MDRO voor veel respondenten evenwel niet duidelijk**. Wat betreft de andere structuren (federale en regionale ZH-platforms, de WG ziekenhuisgeneeskunde, HGR, OST, RAG, NAC, NRC-MDRO) is de positionering van de TC MDRO ofwel niet duidelijk of zijn de interacties niet sterk genoeg. Verscheidene personen wensen bijgevolg dat de taken van de TC-MDRO alsook de samenstelling ervan (welke instellingen, deelname van de deskundigen ten persoonlijke titel of vertegenwoordiging van een instelling),... zouden worden verduidelijkt.

Verscheidene respondenten vermelden dat de informatiestroom, waaronder de conclusies en de wetenschappelijke aanbevelingen, niet circuleert met de andere bestrijdingsorganen zoals de HGR of BAPCOC.

Tot slot zouden de aanbevelingen op een ander niveau (NCB-MDRO of gelijkwaardig) moeten worden gevalideerd, zodat ze ten goede komen aan de betrokken gemeenschappen en actoren. Daarom wordt verwacht dat de informatiestroom ook zou worden verduidelijkt en geformaliseerd en dat overlappingen zouden worden vermeden.

Er wordt ook gevraagd om zich voor de dierensector vanuit het *One Health* perspectief open te stellen. Een respondent stelt het op prijs dat er deskundigen uit de veterinaire sector voor de "belangrijke" MDRO worden uitgenodigd en wenst dat dit zou worden voortgezet. Een andere persoon stelt voor dat ook de niet-ziekenhuissector in de TC-MDRO vertegenwoordigd zou moeten zijn. Een opening naar de gemeenschappen en de extramurale sector wordt ook door iemand gevraagd.

Een persoon wenst dat er een betere afstemming tussen het nationale toezicht en de noodzakelijke monitoring binnen ziekenhuizen zou zijn. Volgens deze persoon kan het IPC-aspect worden benadrukt. Bovendien stelt een respondent voor om de surveillance in termen van netwerken (ziekenhuis, WZC, gemeenschap, met de bijdrage van het OST) te heruitdenken.



Tot slot stelt een persoon voor om binnen het budgettaire kader van MTAB de NRC's voor de MDRO los te koppelen van de andere NRC's (geen MDRO) en de NRC-MDRO-budgetten aan te passen aan de evolutie van de epidemiologische situatie die hierop betrekking heeft.

« De opdrachten van de TC-MDRO houden onder meer de bewaking in van MDRO in de acute en chronische verzorgingsinstellingen en in de ambulante geneeskunde, het antibioticumgebruik dat tot resistentie kan leiden en de prevalentie van zorginfecties in het algemeen, t.t.z. op elk niveau van de zorgverlening. »

Voor de meeste respondenten is dit element uit het protocol gedeeltelijk gerealiseerd.

Volgens verschillende respondenten is de betrokkenheid en de activiteiten van de TC-MDRO en de Gemeenschappen in de ambulante sector blijkbaar zeer beperkt. Verscheidene mensen stellen voor om de surveillanceopdrachten uit te breiden tot buiten de ziekenhuizen en om te komen tot een geïntegreerde surveillance (met alle sectoren), eventueel met inbegrip van privélaboratoria voor microbiologische analyse, zoals één van de respondenten voorstelt. Het definiëren van deze verantwoordelijkheden in de bevoegde wetgevingen voor elke van deze instellingen, met bijhorende budgettering, is aangewezen voor één persoon.

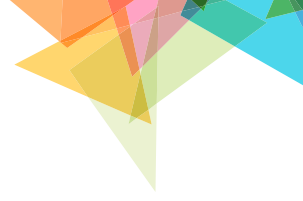
Twee respondenten wijzen er op dat Belgische gegevens betreffende de resistentie voor de ambulante geneeskunde (1ste lijn en WZC) zeldzaam zijn en niet circuleren. Er is ook een gebrek aan gegevens, bijvoorbeeld uit prevalentiestudies, voor de extramurale sector. Bovendien zouden de rapporteringstermijnen volgens twee personen moeten worden verkort.

Een persoon merkt op dat er **te veel aandacht wordt besteed aan de exhaustieve inzameling van gegevens** en is van mening dat er prioriteit moet worden geschonken aan de preventie (aangezien de IPC-middelen in de ziekenhuizen in vergelijking met de internationale normen al ontoereikend zijn). Verscheidene personen willen dat er een betere afstemming komt tussen de nationale en lokale monitoring. De werklust wordt ervaren als hoog en is uiteindelijk operationeel nauwelijks zinvol. Bovendien wijzen verschillende respondenten op het gebrek aan financiële middelen en aan personeel in de ziekenhuizen.

De gebruikers van de surveillances melden dat de interacties met Sciensano ingewikkeld zijn, ook al is Sciensano van mening dat het systeem bevredigend functioneert. Een persoon raadt aan om het federale platform te betrekken bij de uitwisselingen tussen de ziekenhuizen en Sciensano.

Sommigen vragen dat alle NCRC's meer bij de TC-MDRO zouden worden betrokken om de surveillance te verbeteren. De rollen en interacties tussen hen en met de stuurcomités voor de surveillances zijn niet voor alle respondenten duidelijk en een persoon vraagt om ieders taken opnieuw te definiëren.

Tot slot moeten de validatie en de opvolging van de aanbevelingen van de TC-MDRO door een externe structuur (normaal gezien was in het PA gedefinieerd dat de NCB-MDRO verantwoordelijk was voor deze taak) nog worden geïmplementeerd (standaardkanalen voor de besluitvorming).



« Om surveillances en studies in de ambulante setting in goede banen te leiden is het aangewezen om bewaking van resistentie buiten de ziekenhuizen op te zetten vanuit de TC-MDRO, al dan niet met een netwerk van private peillaboratoria en/of een NRC MDRO buiten het ziekenhuis. Dit netwerk van private peillaboratoria of NRC MDRO buiten het ziekenhuis zal eveneens deelnemen aan de vergaderingen van de TC-MDRO. »

De meeste antwoordende partijen zijn het er in het algemeen over eens dat deze taak tot nog toe **niet is voltooid**. Deze surveillance zou moeten worden ingevoerd volgens een realistisch plan in overleg met alle stakeholders (extramurale sector).

Op één na waren alle deelnemers niet op de hoogte van het bestaan van ambulante gegevens, er zou dus meer zichtbaarheid hieraan moeten worden gegeven. Bovendien moeten zij worden opgenomen in het toekomstige ambulante surveillanceplan.

Volgens een respondent zouden zowel de TC-MDRO als de NRC's die al actief zijn op het gebied van surveillance (voor de ambulante sector) hierbij meer betrokken moeten worden, zonder dat wordt aangegeven hoe dit moet worden geïmplementeerd. Privélaboratoria voor menselijke microbiologie kunnen bij deze ambulante surveillance worden betrokken. Een andere persoon stelt daarentegen voor dat dit zou worden vastgesteld door de oprichting van een nieuwe extramurale NRC (cf. ONERBA in Frankrijk). Vanuit het oogpunt van de veterinaire sector kunnen ook laboratoria voor diergeneeskunde hierin worden geïntegreerd.

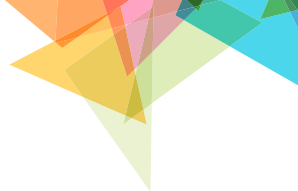
Sciensano heeft het EARS-BE project opgestart in 2018 dat een bredere focus heeft dan EARS-NET, omdat het urinemonsters en de samenwerking met privélaboratoria omvat. Immers, het EARS-BE project verzamelt sinds 2018 gegevens over voorkomen van MDROs gedetecteerd door niet-ziekenhuis laboratoria. Deze uitbreiding van het Europese EARS-NET protocol werd gepresenteerd en besproken op de TC-MDRO vergadering van februari 2018; de resultaten van deze gegevensverzameling (stalen afgenomen in 2017) zijn door Sciensano gepubliceerd eind 2018, maar nog niet buiten de TC MDRO gepresenteerd.

« Het protocol bepaalt dat de conclusies, aanbevelingen en voorstellen van de TC-MDRO worden overgemaakt aan de bevoegde ministers, de betrokken overheidsinstanties en de Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO (NCB-MDRO) en aan de HGR.. »

Dit element uit het protocol wordt voornamelijk beschouwd als **nog niet gerealiseerd** op dit moment.

Een gebrek aan communicatie, o.m. door de verzending van de conclusies, de aanbevelingen en de voorstellen van de TC-MDRO, wordt meermaals onder de aandacht gebracht.

Een respondent wijst erop dat de notulen aan de deskundigen die deelnemen aan de TC-MDRO zijn gestuurd en is van mening dat de informatie moet worden verspreid, maar verscheidene anderen bevestigen dat de communicatie tussen de structuren voor de bestrijding van de MDRO niet geformaliseerd is. Een persoon stelt bijgevolg voor dat deze communicatie zou worden geformaliseerd en de uitwisseling meer zou worden gestructureerd, zodat de circulatie van de informatie ook zonder de NCB-MDRO kan worden gewaarborgd. Bovendien bestaat er blijkbaar verwarring bij deze respondent



tussen de door Sciensano gecoördineerde surveillanceverslagen en de conclusies en/of voorstellen en/of aanbevelingen van de TC-MDRO. De rol van de TC-MDRO, NRC's, de opdrachtgevers en de stuurgroepen voor de surveillance zou moeten worden verduidelijkt. Een persoon stelt ook voor om deze rollen te harmoniseren om een overbelasting van de deskundigen te voorkomen.

« In het kader van haar internationale verplichtingen beschikt België over een Risk Assessment Group (RAG) die gecoördineerd wordt door het WIV-ISP. Het protocol beveelt aan dat het RAG beroep doet op analyse en expertise van de TC-MDRO betreffende (nieuw) opduikende MDRO teneinde de impact van de acute dreiging op de volksgezondheid in te schatten, ze te catalogeren in functie van haar risiconiveau en het risico voor verspreiding te evalueren. Als een RAG met betrekking tot de MDRO was georganiseerd, heeft hij beroep op de TC-MDRO-experts gedaan? »

De meerderheid van de respondenten is het ermee eens dat dit onderdeel van het PA geheel of gedeeltelijk is gerealiseerd.

De RAG is actief en richt zich tot de betrokken deskundigen voor hun persoonlijke expertise. Hij verlaat zich evenwel formeel niet op de TC-MDRO en, volgens twee respondenten, niet genoeg op de HGR. Vertegenwoordigers van de Gezondheidsautoriteit moeten de verzoeken van de RAG aan de TC-MDRO formaliseren.

Verscheidene personen willen dat de banden tussen de RAG, Sciensano, IBRI en DGGS zouden worden verduidelijkt en versterkt (vooral in geval van een crisissituatie).

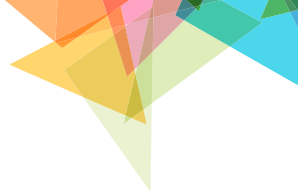
Tot slot stelt een persoon voor om de veterinaire deskundigen te raadplegen voor de evaluatie van het belang van de MDRO in de diergeneeskunde voor de volksgezondheid (en vice versa).

« Het protocol beveelt aan de protocollen van het "Toezicht op de nosocomiale infecties" aan te passen conform het recente advies van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne. Volgens dit advies moeten acute ziekenhuizen voortaan verplicht deelnemen aan volgende protocollen: Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), septicemieën over het hele ziekenhuis en aan de surveillance van multiresistente Gramnegatieve bacteriën. Daarnaast kiezen ze nog één van de volgende protocollen: Clostridium difficile; Vancomycine-resistente enterokokken (VRE); pneumonieën en bacteriëmieën in de eenheden intensieve zorg; of infecties van de operatiewonden.»

De meeste deelnemers hebben geantwoord dat dit deel van het PA is gerealiseerd.

Wat de surveillancerapporten betreft, wordt binnen de TC-MDRO nagedacht over de noodzaak om de bestaande surveillances te herzien en te verbeteren (versterking van de samenwerking tussen Sciensano, NRC MDRO en de zorgsectoren via het federale platform voor ziekenhuishygiëne).

Een respondent heeft vermeld dat de activiteiten betreffende de surveillance van de resistentie van de MDRO voor de lokale teams een te zware werklast vormen in vergelijking met prioritaire taken die op IPC gericht zijn. Een goede afstemming tussen de lokale operationele behoeften (in de ziekenhuizen) en de nationale monitoring die wordt opgezet is dus noodzakelijk.

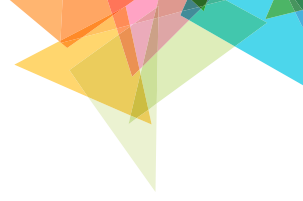


Bovendien merkten twee personen op dat er onvoldoende financiering wordt toegekend voor activiteiten betreffende de surveillance van de MDRO en dat er meer transparantie hieraan zou kunnen worden gegeven (momenteel wordt meer dan 75% van het geplande bedrag teruggegeven aan het NSIH-team van Sciensano). Er zou een herwaardering van deze financiering kunnen worden overwogen wat betreft de verplichte surveillances. De ziekenhuizen nemen effectief deel aan de verplichte surveillances, maar de kwaliteit en de volledigheid van de antwoorden verschillen zeer sterk van instelling tot instelling. Een respondent suggereert dat deze surveillances minder exhaustief en **meer gestandaardiseerd** zouden moeten zijn en dat de feedback sneller zou moeten worden verzonden (momenteel 18-24 maanden).

Wat de niet-verplichte surveillances van de zorginfecties betreft, merkt een deelnemer op dat er waarschijnlijk sprake is van een onderrapportering, waardoor het onmogelijk is om een duidelijk beeld van de werkelijke situatie te krijgen.

Een respondent stelt vragen over de noodzaak van het al dan niet verplichte karakter van de surveillances. Het belang van nationale surveillance naast Europese monitoring zou ook kunnen worden verduidelijkt. Een persoon stelt nieuwe deelnamemodaliteiten voor de ziekenhuizen voor (steekproeven in ziekenhuizen die representatief zijn voor de Belgische situatie, deelname met beurtrol aan alle surveillances, minstens één keer per 3-4 jaar). Wat betreft de criteria die surveillance al dan niet verplicht maken, geeft een respondent toe dat hij bedenkingen heeft om in een KB de personen die aan een surveillance worden onderworpen te specificeren, omdat de situatie in de loop der tijd kan evolueren. We kunnen ons afvragen hoe we een specifieke surveillance verplicht kunnen maken (via een richtlijn bij voorbeeld). Bovendien stelt een respondent voor om prioriteit te geven aan personen die aan een surveillance worden onderworpen op basis van de epidemiologische context (wat wordt geïllustreerd door bijvoorbeeld PPS (=puntprevalentiestudies)).

Tot slot stelt een respondent voor om surveillanceprogramma's buiten de ziekenhuiscontext op te zetten (RH/WZC, huisarts).



3. Beheersing van de infecties

3.1. In het ziekenhuis

« Het verdient aanbeveling de activiteiten van de regionale samenwerkingsplatforms voor ziekenhuishygiëne en van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne verder te zetten, alsook de sets van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne te implementeren. »

Alle partijen zijn het erover eens dat dit punt van het PA is verwezenlijkt.

Twee personen vermelden dat de activiteiten van deze platforms worden erkend als actieve deelname aan de strijd tegen MDRO-epidemieën en één van hen deelt mee dat er een platform voor ziekenhuishygiëne in psychiatrische zorginstellingen is opgericht.

Verscheidene respondenten wijzen er echter op dat deze activiteiten zouden moeten worden herzien en versterkt en dat de doelstellingen en de werking van de platforms opnieuw zouden moeten worden gedefinieerd. Met betrekking tot de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne vragen verschillende respondenten om een actualisering en externe validatie van deze indicatoren. Een persoon stelt voor om de monitoring van de kwaliteitsindicatoren te versterken, o.m. via een *benchmarking*methodologie, terwijl anderen voorstellen om deze indicatoren in samenwerking met andere initiatieven, zoals Healthdata, te ontwikkelen.

Bovendien beveelt een persoon aan om de implementatie van IPC-programma's in de ziekenhuizen te evalueren in afstemming met de beschikbare middelen.

Een persoon vraagt om deze platforms af te schaffen en een integratie op gewestniveau op te zetten.

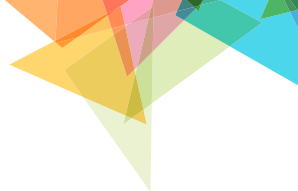
Tot slot stellen twee mensen voor om IPC op een consistente manier in het NAP te integreren.

« Het is aanbevolen de campagne ter promotie van handhygiëne in de ziekenhuizen om de twee jaar te herhalen. »

Alle partijen zijn het erover eens dat dit punt van het PA is verwezenlijkt.

Verscheidene mensen wijzen erop dat ziekenhuizen goed deelnemen aan de campagnes ter bevordering van handhygiëne en willen dat deze zouden worden behouden. Een persoon vraagt dat ze herhaald zouden worden, vooral bij de artsen (dat ze meer op hen zouden worden gericht). Voor verschillende respondenten is een regelmatige update nodig.

Een persoon vraagt evenwel om een grondige evaluatie van de handhygiënecampagnes en om een analyse van de impact op lange termijn van deze campagnes op de resultaatindicatoren. Ook zouden de verplichte observaties kunnen worden uitgebreid (wat betreft aantal en verpleegeenheden, maar ook tussen de campagnes) en zouden de gegevens extern moeten worden gevalideerd, zodat de verkregen resultaten kunnen bijdragen tot het behoud van de voordelen van de campagnes tussen de campagnes onderling.



Bovendien stelt een persoon voor om ook de ambulante sector te integreren (RH/WZC, centra voor chronische zorg en revalidatie, enz.). Een andere persoon wil dat de campagnes ter bevordering van de handhygiëne zouden worden uitgebreid tot de veterinaire sector.

Tot slot geeft een respondent aan dat de korte- en langetermijneffecten, na evaluatie, als leidraad zouden moeten dienen voor elke beslissing over de toekenning van aanvullende financiering aan een instelling.

3.2. In het rust- en verzorgingstehuis (RVT)

« Het is aanbevolen dat woonzorgcentra, zowel rust- en verzorgingstehuizen (RVT) als op termijn rustoorden (ROB) beschikken over een Coördinerend en Raadgevend Arts (CRA) en een duidelijk zorginfectiebeleid ontwikkelen.»

De meningen van de respondenten over deze aanbeveling uit het protocolakkoord zijn verdeeld tussen volledige en gedeeltelijke uitvoering, alhoewel een persoon van mening is dat dit aspect helemaal niet is gerealiseerd.

Verscheidene personen vermelden dat de CRA momenteel de praktijken in zijn WZC zeer beperkt kan sturen en controleren. Verschillende personen brengen immers ter sprake dat de verwachte rol van de CRA met betrekking tot het IPC-*antimicrobial stewardship*-beleid niet is afgestemd op de effectieve bevoegdheid van de CRA³. Bovendien wordt opnieuw op het gebrek aan middelen (in termen van financiële middelen en personeel) door verschillende respondenten gewezen, o.m. bij de implementatie van effectieve IPC-strategieën door de CRA. Een respondent vraagt zich ook af of het mogelijk is om op basis van betrouwbare gegevens na te gaan of elk RH al dan niet over een CRA beschikt.

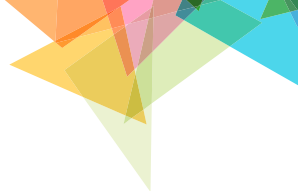
Volgens een respondent is een regelmatige epidemiologische opvolging van de MDRO in de WZC noodzakelijk om de reële impact van de invoering van een CRA in de structuur, zijn coördinatie van het hygiënebeleid en van IPC te evalueren.

Bovendien wordt gewenst dat de interacties tussen WZC/ziekenhuizen zouden worden gestimuleerd (een persoon stelt voor dit via regionale hygiëneplatforms te doen), o.m. met betrekking tot de strijd tegen de overdracht van de MDRO.

Twee personen wijzen erop dat de reglementering en de plaats van de CRA ten opzichte van de behandelende artsen en verpleegkundigen-hygiënisten moeten worden herzien en versterkt (opleiding en rol), aangezien de CRA momenteel niet het mandaat heeft om de voorschriften en handelingen van de behandelende artsen van de bewoners te superviseren, te herzien of te wijzigen.

Een respondent wijst op de behoefte aan duidelijke aanbevelingen op het vlak van de behandeling en de goede praktijken, specifiek voor de WZC. Naar aanleiding van advies nr. 9277 van april 2019 over MDRO's wordt er hierover gewerkt aan een ontwerp bij de HGR.

³ Dit punt is ontwikkeld in advies nr. 9277 van de HGR "Aanbevelingen inzake preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen".



Een persoon wijst erop dat Vlaanderen sinds 2012 klinische aanbevelingen heeft voor de preventie van besmettingen die binnenkort zullen worden geactualiseerd. Bovendien maken de staatshervorming en het feit dat de behandeling van de bejaarden een geregionaliseerde bevoegdheid is volgens deze persoon een grotere samenhang mogelijk in de besluitvorming en de geïmplementeerde acties. Zo werd in 2017 bv. een handhygiënecampagne in de WZC van de Vlaamse Gemeenschap uitgevoerd die om de 2 jaar zal worden geactualiseerd. Een mogelijke betrokkenheid van de Gemeenschappen (met een loskoppeling van de nationale IPC-initiatieven) kan daarom worden overwogen.

4. Antibioticabeleid

4.1. In het ziekenhuis

« Sinds juli 2007 genieten alle acute ziekenhuizen en chronische ziekenhuizen met minstens 150 Sp-bedden en/of G-bedden van een financiering voor de werking van antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG) in hun instelling (KB van 19 juni 2007). De normen waaraan deze groepen moeten voldoen en de taken die ze moeten uitvoeren, worden gedefinieerd in het KB van 12 februari 2008. In essentie fungeren de ABTBG als een adviesorgaan inzake het verantwoord gebruik van antibiotica en de beheersing van resistente kiemen in het ziekenhuis. Het protocol bepaalt dat de activiteiten van de antibiotherapiebeleidsgroepen en de ondersteuning vanuit BAPCOC (interuniversitaire opleiding in antibiotherapiebeheer, nationale studiedagen en workshops) verdergezet zullen worden.»

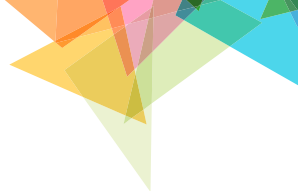
De meningen van de respondenten zijn verdeeld over de vraag of dit aspect uit het protocolakkoord is uitgevoerd.

Twee respondenten juichen dit initiatief en de oprichting van de ABG's toe, maar iemand wijst op hun gebrek aan zichtbaarheid en vreest dat het belang van hun rol binnen de ziekenhuizen zou worden onderschat.

Een andere persoon merkt op dat de ABG's niet echt gelinkt zijn aan het protocolakkoord, maar vindt dat het verstandig zou zijn om dit aspect in de discussie over dit evaluatieproces te integreren.

Een persoon wijst erop dat de ABG's **niet gesuperviseerd worden** (noch op federaal niveau, noch op het niveau van de Gewesten, noch het niveau van de Gemeenschappen) en dat de kwaliteit ervan schijnbaar varieert naargelang het ziekenhuis. Bovendien merkt deze persoon op dat er **geen feedback over de activiteiten beschikbaar is**, met uitzondering van het jaarlijkse activiteitenverslag van het ziekenhuis dat door BAPCOC niet voldoende diepgaand wordt beoordeeld. Een andere persoon vermeldt dat er geen controle is op de AB-consumptie door het federaleniveau. Een derde respondent geeft evenwel aan dat de door de ABG's verstrekte gegevens worden ingezameld, maar dat de analyse van deze gegevens ontoereikend blijft. De reële impact van de ABG's (bijvoorbeeld op het gebied van de chirurgische profylaxie) en de relevantie van de momenteel toegewezen budgetten zijn dus niet duidelijk bekend.

Een persoon stelt ook voor om de feedback en de interpretatie van de verkregen resultaten naar de teams op het terrein te verbeteren, een andere persoon vraagt om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen (bijvoorbeeld TATFAR-indicatoren) en een derde persoon vraagt om de communicatie van de gegevens



tussen de verschillende betrokken instanties te verbeteren (zo wordt de TC-MDRO niet rechtstreeks geïnformeerd over de verslagen inzake de AB-consumptie, terwijl ze door Sciensano worden opgesteld).

Twee personen vragen om een ondersteuning van de ABG-activiteiten door de WG ziekenhuisgeneeskunde (BAPCOC) (zoals SWAB in Nederland).

Wat de surveillance van antimicrobiële consumptie in de ziekenhuizen betreft, is een persoon van mening dat deze aan dezelfde optimalisatie- en valideringsdoelstellingen moet worden onderworpen als de andere surveillance die momenteel wordt uitgevoerd. Deze persoon stelt voor om een wetenschappelijke validatie van de resultaten en een strategische validatie (van de aanbevelingen) van de BeH-SAC-surveillance te implementeren. Een andere respondent is evenwel van mening dat de surveillance van de AB-consumptie bevredigend en goed gecontroleerd is in vergelijking met andere landen.

Een andere persoon is van mening dat het noodzakelijk is om de opleidingen over antimicrobiële resistentie en "*antimicrobial stewardship*" te harmoniseren en te formaliseren. Een persoon is blij dat de interuniversitaire opleidingen, de nationale studiedagen en de workshops regelmatig worden geüpdatet en succesvol zijn.

Een respondent merkt op dat de financiering die aan de ziekenhuizen voor de ABG's wordt toegekend in feite voor andere doeleinden kan worden gebruikt, een andere persoon vindt dat de toegewezen middelen ontoereikend zijn opdat de ABG's een echte impact op het ziekenhuis zouden hebben. Bovendien wijst een respondent op het probleem om de actoren in het ziekenhuis voor de ABG's aan te trekken en stelt een erkenning van de microbiologen en de infectiologen voor om over meer middelen te beschikken.

Met betrekking tot de gids voor ziekenhuisbehandelingen IGGI vraagt een deelnemer om deze gratis ter beschikking te stellen van de ziekenhuizen, wat in feite al gedeeltelijk het geval is (slechte zichtbaarheid). Aangezien de aanbevelingen voor anti-infectieuze behandelingen in de ziekenhuizen die door de BAPCOC worden gefinancierd en gepubliceerd oorspronkelijk identiek zijn aan de aanbevelingen die in het kader van IGGI werden ingezameld, is het noodzakelijk om zich vragen te stellen over de concurrentie tussen deze ziekenhuizen. Meer in het algemeen suggereert een respondent dat de zichtbaarheid van BAPCOC ook verbeterd zou kunnen worden, bijvoorbeeld door het ontwikkelen van een gebruiksvriendelijke website.

Ter info: bovendien bestaat het "[Draaiboek infectiebeleid in de Vlaamse woonzorgcentra](#)" ook in het Frans. Dit draaiboek is momenteel in herziening.

Tot slot vraagt een persoon of het relevant zou zijn om een gelijkwaardige structuur voor de diergeneeskundige klinieken te ontwikkelen.

4.2. Ambulante praktijk

« Het protocol beveelt aan de campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica jaarlijks te herhalen, met een bijkomende interventie gericht op de huisartsen. »

De meningen van de stakeholders zijn verdeeld over de uitvoering van dit element uit het protocol.

Een deelnemer vraagt om deze sensibilisatiecampagnes voor het grote publiek en de gezondheidsbeoefenaars in stand te houden. Twee personen stellen ook voor om de bewustwording te koppelen aan de opleiding van de gezondheidsbeoefenaars.

De doeltreffendheid van deze campagnes, en dus de impact op de algemene AB-consumptie, blijft volgens een respondent evenwel beperkt. Iemand stelt voor om een robuuste methodologie te ontwikkelen voor de evaluatie van de impact van de sensibilisatiecampagnes, zowel bij de gezondheidsbeoefenaars als bij het grote publiek. Hij stelt ook voor dat communicatieprofessionals aan het project zouden deelnemen, zodat duidelijke en praktische kernboodschappen de doelgroepen zouden bereiken.

Tot slot wil een persoon de voorschrijvers (HA en CRA) nauwer betrekken bij de actualisatie van deze campagnes.

« Het protocol bepaalt dat er regelmatig een nieuwe Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk zal worden opgesteld en verspreid. »

De meerderheid van de respondenten van de vragenlijst is van mening dat dit aspect van het protocol gedeeltelijk is gerealiseerd.

Een persoon geeft aan dat deze gids een referentie is voor de artsen en een ander iemand geeft aan dat het door de sector wordt gewaardeerd.

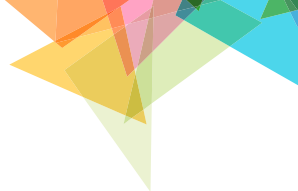
Verschillende personen merken evenwel op dat de laatste ambulante gids van 2012 dateert. Deze gids wordt momenteel geactualiseerd (gepland voor de zomer van 2019).

Zoals een deelnemer aangeeft, kan de zichtbaarheid ervan (door informatisering van het web of de applicatie) worden verbeterd, evenals de gebruiksvriendelijkheid, het gebruiksgemak, enz.

Tot slot wil een persoon een verband leggen tussen de BAPCOC-gids over antibioticaconsumptie in de ambulante praktijk en in de ziekenhuisomgeving.

« Het protocol bepaalt dat een feedback antibiotica voor huisartsen m.b.t. hun voorschrijfgegevens regelmatig herhaald moet worden. »

De meningen van de respondenten zijn verdeeld over dit punt, twee respondenten geven aan dat dit aspect gedeeltelijk is gerealiseerd, terwijl een andere persoon opmerkt dat het volledig is gerealiseerd en een laatste respondent dat het helemaal niet is gerealiseerd.



Feedback naar de HA over hun voorschrijven (o.a. AB) wordt om de 3 jaar gestuurd en heeft betrekking op de consumpties van het jaar N-2. De laatste verzending gebeurde begin januari 2019 door het RIZIV. Het is de wens van twee personen dat de frequentie van de feedback naar de voorschrijvers in de menselijke gezondheid (met benchmarking en/of zelfopvolging van zijn eigen voorschrijven) zou worden verhoogd.

Ter informatie: dierenartsen die gespecialiseerd zijn in voedselproducerende dieren krijgen ook feedback over hun voorschrijven van antibiotica.

Een respondent stelt voor dat “*antimicrobial stewardship*” in een ambulante praktijk ondersteund zou moeten worden door bijvoorbeeld PAR-studies en e-learnings.

Tot slot zou de verplichte (basis)opleiding van de voorschrijvers moeten worden versterkt, zoals verschillende personen hebben opgemerkt. Een persoon verklaart met name dat AMR-IPC-opleidingen in het kader van LOK’s en de accreditatie zouden moeten worden geharmoniseerd en gevalideerd.



Kernboodschappen

Bedoeling van dit verslag is het in 2013 ondertekende protocolakkoord te evalueren en de uitrol van het nationaal actieplan tegen MDRO te formaliseren. Dit document verzamelt de meningen van dertien stakeholders en zal mee aan de basis liggen voor de ontwikkeling van het toekomstig nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie.

Uit de ontvangen antwoorden noteren wij de volgende kernboodschappen:

Op het vlak van de coördinatie: doordat de NCB-MDRO nooit werd opgericht, werden de rollen die werden toevertrouwd aan de NCB-MDRO ook niet opgenomen. De evaluatie toont dat er wel behoefte blijft aan een orgaan die deze rollen opneemt.. Er moet daarom alsnog een nationale coördinatiestructuur (NCB-MDRO of gelijkwaardige structuur) worden opgericht, of een bestaande structuur dient dit mandaat te krijgen, waarin de verschillende partners zoals gedefinieerd in het MDRO protocol samengebracht worden. De coördinatie en de ondersteuning met het oog op de validering en implementatie van de conclusies van andere instanties zijn immers van essentieel belang.

Op het vlak van het OST: het OST moet een hoog niveau van wetenschappelijke expertise hebben, wat nog verder zou moeten worden ontwikkeld en kan gebeuren door occasioneel een beroep te doen op deskundigen op het terrein (bv. deskundigen van de referentielaboratoria). Bovendien moet het OST de tijdens haar interventies opgedane ervaring exploiteren. Het is wenselijk dat het OST niet alleen kan ingrijpen in geval van een MDRO-crisis , maar ook als IPC-adviseur bij zorginstellingen om crises te voorkomen. De interacties tussen WZC/ziekenhuizen en het OST zouden moeten worden gestimuleerd en er zouden mechanismen tegen onderrapportering of te laattijdige melding van de epidemieën moeten worden ingevoerd.

Met betrekking tot de TC-MDRO moet een structuur zoals de NCB worden ontwikkeld om haar aanbevelingen te valideren. De communicatie van de TC-MDRO naar de andere structuren die betrokken zijn bij het MDRO-plan moet worden verbeterd, volgens geformaliseerde en reguliere kanalen. In het kader van de surveillances zou een meer gestandaardiseerde aanpak moeten worden ontwikkeld, waarbij o.m. rekening wordt gehouden met de belangen op zowel nationaal als lokaal niveau (werklast, potentiële voordelen voor het ziekenhuis). Bijgevolg zou er moeten worden nagedacht over de modaliteiten van niet-verplichte of verplichte surveillances.

Voor de preventie en de beheersing van de infecties zouden nieuwe indicatoren moeten worden ontwikkeld om de doeltreffendheid van handhygiënecampagnes te meten en de impact van de handhygiënecampagnes te behouden. Anderzijds moeten de opdrachten van de CRA moeten worden herzien of zelfs de organisatie van IPC en AMS binnen de woonzorgcentra zouden opnieuw moeten worden gedefinieerd, in verband met de ziekenhuisomgeving, om een betere impact in deze domeinen te bereiken.

Tot slot, **wat het antibioticabeleid betreft**, zouden de voordelen van de ABG's moeten worden geëvalueerd, hun activiteiten moeten worden versterkt, moeten nationale studiedagen, workshops en interuniversitaire opleidingen, alsook de basisopleiding over het beheer van de antibioticatherapie worden ondersteund. Er moet worden gezorgd voor een betere zichtbaarheid van de gratis beschikbare therapeutische gidsen.



Aanbevelingen

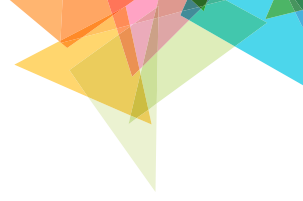
Op basis van de ontvangen antwoorden op de vragenlijst en besprekingen tijdens de vergadering met de stakeholders op 4/6/2019, roepen de beleidsaanbevelingen die uit deze evaluatie naar voren komen, zoals goedgekeurd met de stakeholders die waren geconsulteerd, op om de algemene coördinatie van de bestrijding van de MDRO te herzien:

Wat betreft de [organen voor de bestrijding](#) van de MDRO is het aanbevolen om:

- de algemene organisatie voor de bestrijding van de MDRO te rationaliseren
- de rollen, werking en doelstellingen van elke betrokken structuur te herdefiniëren
- een orgaan te machtigen om de link te leggen met de federale administraties en de deelgebieden, de coördinatie van de reeds bestaande organen voor de bestrijding van de MDRO te verzekeren, de wetenschappelijke conclusies - (wetenschappelijke verslagen, adviezen van de TC MDRO) te evalueren en bespreken, en de uitvoering ervan opvolgen. Deze rollen, voorzien door het MDRO-protocol via de oprichting van de "CNL", en die momenteel gedeeltelijk door BAPCOC worden uitgevoerd, kunnen worden overgenomen door een bestaande instantie of binnen een toekomstige instantie. Het oprichten van een nieuwe structuur wordt echter niet noodzakelijkerwijs ondersteund.
- de zichtbaarheid van de structuren voor de bestrijding van de MDRO en de informatiestroom (cf. punt communicatie hieronder) te verbeteren
- ervoor te zorgen dat het OST robuuster is en zijn preventietaken uit te breiden
- de chronische zorginstellingen op een duurzame en efficiënte manier te integreren in de bestrijding van AMR en MDRO, eventueel door een versterkte interactie met regionale ziekenhuishygiëneplatforms en de herdefiniëring van hun rollen.
- de contacten en de uitwisseling van informatie te versterken tussen de organen die verantwoordelijk zijn voor de bestrijding naar de extramurale en niet-menselijke sector toe, overeenkomstig het principe "One World, One Health"
- de samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus te stimuleren en aan te moedigen om de geïmplementeerde benaderingen te ontkokeren en de initiatieven voor alle sectoren ten volle te benutten

Betere [communicatie](#) is essentieel; het is met name aanbevolen om:

- een algemene communicatiestrategie uit te werken die prioritair is gericht op de veldwerkers
- de communicatie (tussen experts en administraties; en tussen administraties) te verbeteren, te formaliseren en te structureren, en efficiënte interactie te stimuleren tussen en binnen structuren, alsook tussen de federale en regionale hygiëneplatforms, de ziekenhuizen, de WZC, enz.
- de communicatiekanalen naar de experts en beroepsbeoefenaars op het terrein te centraliseren



Het belang om over [geldige gegevens van het terrein](#) te beschikken in de strijd tegen MDRO is onweerlegbaar. Het is dan ook aanbevolen om:

- de surveillancegegevens en de rapportering van MDRO-epidemieën beter te standaardiseren (misschien door de invoering van een online platform zoals in Nederland waar ziekenhuizen niet alleen alle MDRO-epidemieën kunnen melden, maar ook de situatie in andere ziekenhuisstructuren in real time kunnen opvolgen⁴)
- de verplichte nationale surveillances te herbekijken en om te zorgen voor een evenwicht tussen de analyses voor het nationale niveau en de ziekenhuismonitoring (lokaal)
- de doelstellingen achter elke gegevensverzameling en -deling te herdefiniëren om hun noodzaak te rechtvaardigen
- de gegevens en de indicatoren extern te valideren (audits)
- de instellingen relevante feedback te geven over de analyse en geïntegreerde resultaten van de gegevens die naar de administraties zijn verstuurd
- de uitwisseling van informatie met de veterinaire sector te verbeteren (bv. via het PlaSur-platform) om de verspreiding van overdraagbare resistentie tussen de menselijke en de veterinaire sector (zoönoses) beter te voorkomen/beheersen

Wat betreft de [beroepsbeoefenaars op het terrein](#) wordt gevraagd om:

- ervoor te zorgen dat er een overheid voor de "controle van de infecties" in de WZC wordt opgericht die als referentiepersoon voor behandelende artsen en de beheerder van de WZC zal fungeren, en die voor de implementatie en de opvolging van IPC- en AMS-programma's in de WZC zal zorgen⁵
- de specialiteiten in de microbiologie en de infectiologie in de ABTBG te erkennen, te mandateren en te financieren

[De middelen](#) zijn van cruciaal belang in de strijd tegen de MDRO; het is dus aanbevolen om:

- de toegewezen budgetten af te stemmen op de toekomstige en huidige uitdagingen van de AMR, MDRO en zorggerelateerde infecties en het gebruik ervan te formaliseren (financiering van de NRC, ziekenhuisteam, WZC, OST...)
- de normen te definiëren in termen van personeel dat nodig is om de MDRO te bestrijden

⁴ <http://www.meldpuntuitbraken.nl/home>

⁵ De implementatie en de opvolging van IPC- en AMS-programma's is verre van optimaal in de WZC. Dit is onder meer te wijten aan de huidige versnippering tussen extramurale en ziekenhuisomgevingen, aan de segmentering van de verantwoordelijkheden tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus die betrokken zijn bij de bestrijding van AMR en aan de middelen die ook voor deze chronische zorgsector ondergewaardeerd zijn. De chronische zorginstellingen zouden een zwakke schakel kunnen vormen in de keten voor de transmissie van MDRO in België.



Bijlagen

- Bijlage 1: Vragenlijst « Evaluatie van het protocolakkoord met betrekking tot het nationale plan multidrug resistant organisms (MDRO) van 21/11/2013 »
- Bijlage 2: Questionnaire « Évaluation du protocole d'accord concernant le Plan national Multidrug Resistant Organisms (MDRO) du 21/11/2013 »



Evaluatie van het protocolakkoord met betrekking tot het nationale plan multidrug resistant organisms (MDRO) van 21/11/2013

		Uw rol in de strijd tegen MDRO's:		Datum :	
	Element voorzien in het protocolakkoord MDRO (Multi Drug Resistant Organisms)	Werd dit element van het protocolakkoord gerealiseerd?	Positieve punten over de implementatie (uitvoering, belang, enz.)	Problemen m.b.t. de implementatie (uitvoering, belang, enz.)	Aanbevelingen of suggesties (behouden, aanpassen of schrappen)
I. Een betere coördinatie van de strijd tegen MDRO's					
Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO)					
Q1	Het protocol voorziet in de oprichting van een Nationale commissie voor de bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO) binnen de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) met vertegenwoordigers van BAPCOC, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG), de gezondheidsinspecties of diensten voor infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten, de relevante vertegenwoordigers van de gefedereerde entiteiten, van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en de relevante leden van de TC-MDRO (NRC en WIV-ISP). De NCB-MDRO kan desgewenst beroep doen op externe experts.				

Outbreak support Team (OST)

Q2	<p>Zorginstellingen (ziekenhuizen en woonzorgcentra) kunnen in het kader van een uitbraak van zorginfecties (met MDRO's) beroep doen op de gezondheidsinspecties en diensten Infectieziektebestrijding van de gefedereerde entiteiten. Het protocol bepaalt dat de gefedereerde entiteiten de nodige maatregelen nemen om een OST-werking te ontwikkelen en te operationaliseren binnen hun gezondheidsinspecties en diensten Infectieziektebestrijding.</p>				
Q3	<p>Het OST moet uitbraken van MDRO's in zorginstellingen helpen beheersen door inzichtelijke ondersteuning van zorginstellingen, sturing van zorginstellingen, interventie ter plaatse en, indien nodig, handhaving.</p>				
Q4	<p>De coördinatie van het OST zal gebeuren door de bevoegde gemeenschap, die ook het onderzoek ter plaatse zal doen, met ondersteuning van het WIV-ISP. Bijkomend advies kan "op afroep" bekomen worden bij relevante externe experts.</p>				



Q5	De hoofd- en eindverantwoordelijkheid van de outbreak ligt bij het betreffende ziekenhuis of WZC (vaststellen, aanpakken, opvolgen en melden van een uitbraak in de instelling). Het OST kan er wel toe bijdragen dat de directie alle nodige (financiële) middelen inzet en alle vereiste maatregelen neemt, ook al zijn deze soms zeer ingrijpend (vb. tijdelijke sluiting van bepaalde verpleegeenheden, cohortering van besmette patiënten).				
----	--	--	--	--	--



II. Versterking van de epidemiologische en microbiologische surveillance

Technisch Comité -MDRO (TC-MDRO)					
Q6	Het protocol voorziet in de oprichting van het TC-MDRO (secretariaat waargenomen door Sciensano) en de organisatie van vergaderingen op regelmatige basis waarop Sciensano en de relevante NRC's worden uitgenodigd (zoals bijvoorbeeld NRC Staphylococcus aureus; NRC Streptococcus pneumoniae invasive; NRC Enterococci; NRC ESBL or carbapenemase producing Enterobacteriaceae; NRC antibiotic resistant Pseudomonas and Acinetobacter), en desgevallend andere instanties en experts.				
Q7	De opdrachten van de TC-MDRO houden onder meer de bewaking in van MDRO's in de acute en chronische verzorgingsinstellingen en in de ambulante geneeskunde, het antibioticumgebruik dat tot resistentie kan leiden en de prevalentie van zorginfecties in het algemeen, t.t.z. op elk niveau van de zorgverlening.				
Q8	Om surveillances en studies in de ambulante setting in goede banen te leiden is het aangewezen om bewaking van resistentie buiten de ziekenhuizen op te zetten vanuit de TC-MDRO, al dan niet met een netwerk van private peillaboratoria en/of een NRC MDRO buiten het ziekenhuis. Dit netwerk van private peillaboratoria of NRC MDRO buiten het				



	ziekenhuis zal eveneens deelnemen aan de vergaderingen van de TC-MDRO.				
Q9	Het protocol bepaalt dat de conclusies, aanbevelingen en voorstellen van de TCMDRO worden overgemaakt aan de bevoegde ministers, de betrokken overheidsinstanties en de Nationale Commissie voor de Bestrijding van MDRO's (NCB-MDRO) en aan de HGR.				
Q10	In het kader van haar internationale verplichtingen beschikt België. over een Risk Assessment Group (RAG) die gecoördineerd wordt door het WIV-ISP. Het protocol beveelt aan dat het RAG beroep doet op analyse en expertise van de TC-MDRO betreffende (nieuw) opduikende MDRO's teneinde de impact van de acute dreiging op de volksgezondheid in te schatten, ze te catalogeren in functie van haar risiconiveau en het risico voor verspreiding te evalueren. Als een RAG met betrekking tot de MDRO's was georganiseerd, heeft hij beroep op de TC-MDRO-experts gedaan?				



Q11	<p>Het protocol beveelt aan de protocollen van het “Toezicht op de nosocomiale infecties” aan te passen conform het recente advies van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne. Volgens dit advies moeten acute ziekenhuizen voortaan verplicht deelnemen aan volgende protocollen: Methicilline-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), septicemieën over het hele ziekenhuis en aan de surveillance van multiresistente Gramnegatieve bacteriën. Daarnaast kiezen ze nog één van de volgende protocollen: Clostridium difficile; Vancomycineresistente enterokokken (VRE); pneumonieën en bacteriëmieën in de eenheden intensieve zorg; of infecties van de operatiewonden.</p>				
-----	---	--	--	--	--



	III. Infectiebeheersing				
	Ziekenhuizen				
Q12	Het verdient aanbeveling de activiteiten van de regionale samenwerkingsplatforms voor ziekenhuishygiëne en van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne verder te zetten, alsook de sets van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne te implementeren.				
Q13	Het is aanbevolen de campagne ter promotie van handhygiëne in de ziekenhuizen om de twee jaar te herhalen.				
	Woon- en zorgcentra				
Q14	Het is aanbevolen dat woonzorgcentra, zowel rust- en verzorgingstehuizen (RVT) als op termijn rustoorden (ROB) beschikken over een CRA en een duidelijk zorginfectiebeleid ontwikkelen.				



	IV. Antibioticabeleid				
	Ziekenhuizen				
Q15	<p>Sinds juli 2007 genieten alle acute ziekenhuizen en chronische ziekenhuizen met minstens 150 Sp-bedden en/of G-bedden van een financiering voor de werking van antibiotherapiebeleidsgroepen (ABTBG) in hun instelling (KB van 19 juni 2007).</p> <p>De normen waaraan deze groepen moeten voldoen en de taken die ze moeten uitvoeren, worden gedefinieerd in het KB van 12 februari 2008. In essentie fungeren de ABTBG als een adviesorgaan inzake het verantwoord gebruik van antibiotica en de beheersing van resistente kiemen in het ziekenhuis. Het protocol bepaalt dat de activiteiten van de antibiotherapiebeleidsgroepen en de ondersteuning vanuit BAPCOC (interuniversitaire opleiding in antibiotherapiebeheer, nationale studiedagen en workshops) verdergezet zullen worden.</p>				
	Ambulante praktijk				



Q16	Het protocol beveelt aan de campagnes ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica jaarlijks te herhalen, met een bijkomende interventie gericht op de huisartsen.				
Q17	Het protocol bepaalt dat er regelmatig een nieuwe Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk zal worden opgesteld en verspreid.				

Q18	Het protocol bepaalt dat een feedback antibiotica voor huisartsen m.b.t. hun voorschrijfgegevens regelmatig herhaald moet worden.				
-----	---	--	--	--	--

	V. Uw algemene beoordeling van de nieuwe elementen van het protocol (score van 1 tot 10: 1= helemaal niet, 10 = helemaal)				
Q19	Denkt u dat het protocolakkoord van 2013 een goede coördinatie van de strijd tegen MDRO's mogelijk heeft gemaakt?				
Q20	Bent u van mening dat de oprichting van de OST effectief is bij het beheersen van MDRO-uitbraken?				
Q21	Bent u van mening dat de oprichting van de TC-MDRO de epidemiologische en microbiologische surveillance van de MDRO's heeft versterkt ?				
	VI. Alle andere opmerkingen (verbeteringen voor de toekomst)				