

**ANTWOORD OP SCHRIFTELIJKE VRAAG 5-4509, OMGEZET IN
VRAAG OM UITLEG 5-4397 VAN B. ANCIAUX**

1/ Antibioticaresistentie vindt zijn oorsprong in een verkeerd of overmatig antibioticagebruik, zowel in de humane als in de diergeneeskunde. De mondiale verspreiding van antibioticaresistente kiemen wordt in de hand gewerkt door de toegenomen mobiliteit van de wereldbevolking en door toegenomen medisch toerisme. Op landelijk niveau wordt verspreiding van resistente bacteriën in de hand gewerkt via patiëntencircuits tussen acute- en chronische zorgeninstellingen en de eerstelijnszorg. Op lokaal niveau, in de verzorgingsinstelling, gebeurt de overdracht vooral via de handen van het zorgpersoneel en d.m.v. een besmette patiëntomgeving of materiaal. Daarom is het naleven van de standaardverzorgingsmaatregelen waaronder 'handhygiëne', zowel in acute- als in chronische zorgcentra, waaronder WZC, een basisvereiste.

Ook in Belgische woonzorgcentra (WZC) komt dragerschap van resistente (ziekenhuis)bacteriën bij bewoners voor. Zij worden soms tijdens de veelvuldige (her)opnames in acute ziekenhuizen met ziekenhuisbacteriën gekoloniseerd en brengen ze naar het WZC dat een thuis vervangend milieu is en waar sociale contacten en gemeenschappelijke activiteiten de bewoners uit het isolement moeten houden. In deze instellingen is een strikt doorgevoerd isolatiebeleid zoals van toepassing in acute ziekenhuizen, tenzij in heel specifieke omstandigheden, niet haalbaar en wenselijk omwille van de nefaste psychologische en/of mentale gevolgen van dergelijke isolaties op een ouderenpopulatie.

Op het vlak van infectiepreventie beschikken WZC over heel wat minder middelen en expertise dan acute ziekenhuizen (geen comité voor infectiepreventie, geen infectiepreventiedeskundige, geen routinematige MRSA screening,...).

De coördinerende raadgevende arts werkzaam in elk WZC en verantwoordelijk voor infectiepreventie in de instelling krijgt dus een cruciale taak toebedeeld. In een, 100 bedden tellend WZC komen gemiddeld meer dan 30 verschillende huisartsen op bezoek. Het is dan ook vaak bijzonder moeilijk om tot een gestandaardiseerd beleid te komen op het vlak van het antibioticumgebruik, de infectiecontrole en het vaccinatiebeleid.

2/ Ons land beschikt niet over een nationaal surveillancesysteem dat op continue wijze cijfers over resistente bacteriën in woonzorgcentra (WZC) verzamelt. Er zijn dus geen jaarlijkse cijfers beschikbaar voor het aantal gevallen en overlijdens ten gevolge van MRSA in WZC.

3/ Om de omvang van het MRSA probleem in WZC in kaart te brengen en de evolutie ervan op te volgen in de tijd wordt op regelmatige tijdstippen een puntprevalentiestudie in een voor België representatieve selectie van WZC georganiseerd (60 tal WZC, proportioneel volgens regio). Tijdens één enkele dag wordt bij de bewoners van één zelfde WZC een staal afgenomen om MRSA-dragerschap (en andere resistente kiemen) op te sporen en worden bewonersgegevens opgevraagd in verband met risicofactoren voor dragerschap. Deze studiemethode werd in het verleden al vier maal met succes uitgevoerd (1997, 2000, 2005 en 2011).

Puntprevalentiestudies	1997	2000	2005	2011		
Bestudeerde Regio	Vlaanderen	Vlaanderen	België	België		
Aantal bestudeerde WZC	17 WZC	24 WZC	60 WZC	60 WZC		
Bestudeerde bacteriën:	MRSA	MRSA	MRSA	MRSA	ESBL+	VRE
België (% dragers)	4.9%	4.7%	19%	12.2%	6.2%	0.0%
Wallonië	-	-	22.2%	18.3%	5.1%	0.0%
Vlaanderen	4.9%	4.7%	18.1%	7.9%	6.0%	0.0%
Brussel	-	-	17.2%	14.7%	11.0%	0.0%

In 1997 en in 2000 waren iets minder dan 5% van de gescreende bewoners drager van MRSA.

2005:

In 2005 werd de eerste nationale MRSA prevalentiestudie¹ uitgevoerd in een representatief staal van 60 ad random geselecteerde Belgische WZC. Deze studie toonde aan dat anno 2005, 19% van de onderzochte bewoners drager was van MRSA. De prevalentie van MRSA-dragerschap was niet statistisch significant verschillend volgens regio en bedroeg 22.2% in Wallonië, 18.1% in Vlaanderen en 17.2% in Brussel. Deze bewoners waren doorgaans MRSA-drager ter hoogte van de neus of de keel.

2011:

In 2011 werd de 2^{de} nationale prevalentiestudie² rond dragerschap van resistente kiemen uitgevoerd volgens dezelfde methodologie als in 2005 (representatief staal van 60 ad random geselecteerde Belgische WZC).

Ditmaal werden de bewoners echter ook bijkomend getest op andere ziekenhuiskiemen zoals ESBL-producerende (Extended spectrum beta-lactamases) kiemen en vancomycine-resistente enterokokken (VRE).

- De prevalentie van MRSA dragerschap bedroeg 12.2% en lag 6.8% lager dan in 2005 (statistisch significant). Deze gunstige evolutie deed zich voor in alle regio's: Wallonië: 18.3% (-3.9%, daling n.s.³), Vlaanderen: 7.9% (-10.2%, statistisch significante daling) en Brussel: 14.7% (-2.5%, daling n.s.). De prevalentie was significant lager in Vlaanderen vergeleken met Wallonië en Brussel.
- De prevalentie van ESBL-dragerschap bedroeg 6.2% (min. 0%-max. 20%): Wallonië: 5.1%, Vlaanderen: 6% en Brussel: 11%. Enkel het verschil in prevalentie tussen Brussel en Wallonië was statistisch significant.
- Anno 2011 werd in de 60 deelnemende WZC geen enkele VRE-drager geïdentificeerd.

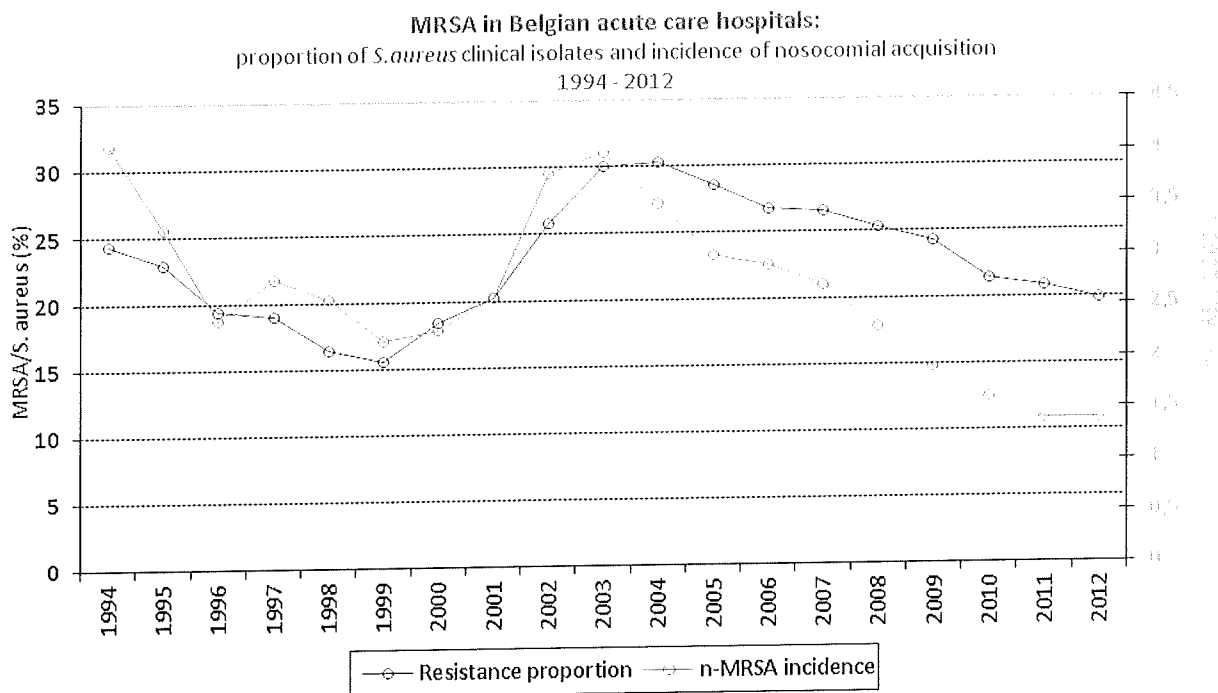
¹ Samenwerking tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP), Nationaal Referentiecentrum voor Stafylokokken-(ULB, Erasmusziekenhuis, Brussel), Belgian Infection Control Society (BICS) en Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC).

² Samenwerking: WIV-ISP, NRC voor Stafylokokken ULB, Erasmusziekenhuis, Brussel, NRC voor resistente enterobacteriën, UCL, Mont-Godine, BICS en BAPCOC.

³ n.s. = niet statistisch significant verschil

Uit deze laatste resultaten blijkt dat de MRSA-problematiek in WZC (Figuur 2), net zoals in acute ziekenhuizen (Figuur 1) de laatste jaren flink is afgenomen en dit in de drie regio. Ten gevolge van de intensieve patiëntencircuits tussen deze instellingen moeten acute ziekenhuizen en WZC als communicerende vaten beschouwd worden. De aanpak moet globaal en systemisch gebeuren, gebaseerd op een doeltreffend screenings- en transferbeleid tussen de instellingen.

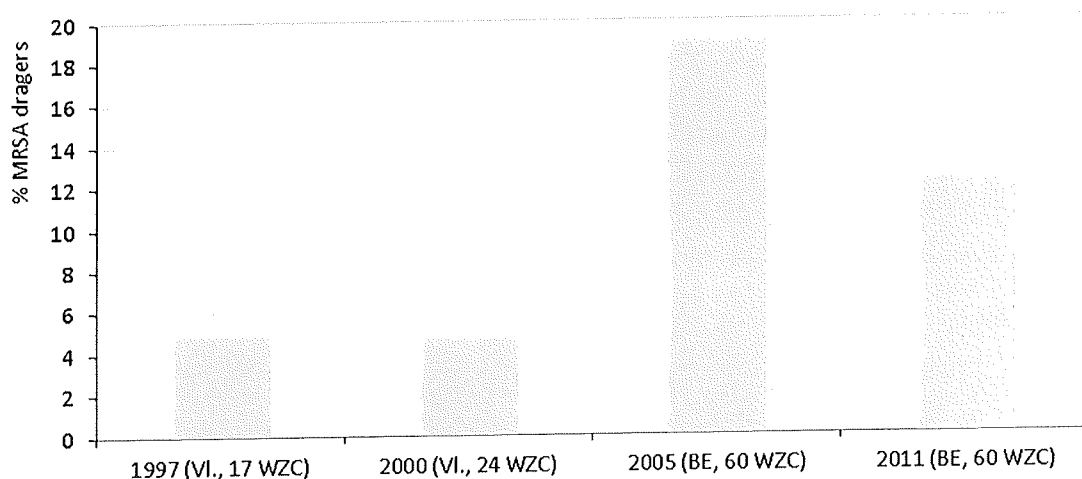
Figuur 1: Evolutie van MRSA in acute ziekenhuizen in België: 1994-2012



Source: National surveillance, B. Jans

Mean of rates in cohort of hospitals with min. 5 participations since 1994

Evolutie van MRSA-dragerschap in WZC in België: 1997-2011



4/ Aan de hand van enkele grootschalige puntprevalentiestudies in WZC (ECDC: ESAC en HALT-project) beschikken we in ons land over prevalentiecijfers i.v.m. antimicrobieel gebruik in WZC .

	ESAC-studie 2009 (116 WZC)	HALT-1 2010 (107 WZC)	HALT-2 2013 (87 WZC)
Gemiddelde prevalentie van AB-gebruik	5.7% (0-16.3%)	4.6% (0-15.7%)	5.4% (0-19%)
Vlaanderen	6.1%		
Wallonië	5.7%		
Brussel	3.8%		
% uroprophylaxis (binnen totaal aantal voorschriften)	19.2%	28.7%	35.6% ↑
Gemiddelde prevalentie van bewoners met zorginfectie	-	2.8% (0-11.3%)	3.8% (0-12.3%)

Voorschriften binnen de J01-klasse	ESAC-studie 2009 (116 WZC)	HALT-1 2010 (107 WZC)	HALT-2 2013 (87 WZC)
Overige antimicrobiële middelen (J01X)	35.6%	38.7%	48.2% ↑
Beta-Lactam penicillines (J01C)	30.0%	27.6%	24.0% ↓
Chinolonen (J01M)	20.0%	21.0%	15.3% ↓
Sulfonamiden (J01E)	4.4%	2.9%	2.4%
Macroliden (J01F)	3.9%	4.0%	6.2%
Overige beta-Lactams (J01D)	3.2%	3.3%	2.4%
Tetracyclines (J01A)	2.9%	2.5%	1.3%
Aminoglycosiden (J01G)	0.2%	0.0%	0.0%

2009:

- In april 2009 werd in het kader van een Europees ESAC onderzoeksproject⁴ antibioticagebruik gemeten in 304 Europese Nursing Homes. Aan deze studie namen 116 Belgische WZC op vrijwillige basis deel. Het onderzoek toonde aan dat in Belgische WZC, de gemiddelde prevalentie van bewoners met systemisch antimicrobieel gebruik 5.7% bedroeg. In 6% van de deelnemende WZC werd geen enkel antibioticum gebruikt, terwijl de hoogste prevalentie 16.3% bedroeg. De prevalentie van antibioticagebruik was niet significant verschillend volgens regio: 6.1% in Vlaanderen, 5.7% in Wallonië en 3.8% in Brussel. In WZC was de puntprevalentie van personen met een antibioticumbehandeling duidelijk lager dan in acute settings (ESAC PPS ziekenhuizen: rond de 30%).

2010:

⁴ ESAC: European Surveillance of Antimicrobial consumption (Universiteit Antwerpen en het WIV), rapport: Het antibioticumvoorschrift in WZC in België (ESAC-2009): www.nsih.be onder "rusthuizen" en "download"

- Dankzij het Europese HALT-project⁵ uitgevoerd in 2010 in opdracht van de European Center for Disease Prevention and Control zijn ook gegevens in verband met zorginfecties in chronische zorginstellingen voorhanden. Dit project verzamelde gegevens in 28 landen. Van de in totaal 722 deelnemende chronische zorginstellingen waren er 111 Belgische (waaronder 107 WZC).

De gemiddelde prevalentie van antibioticagebruik bedroeg 4.6%. De resultaten uit deze studie waren vrij vergelijkbaar met deze van de ESAC-studie. Meer dan een kwart van al de voorgeschreven middelen werden gebruikt voor uroprophylaxis.

Een 'zorginfectie' in het WZC wordt gedefinieerd als elke infectie die zich voordoet tijdens het verblijf in het WZC en welke niet in incubatie of aanwezig was bij opname in de instelling. Het gaat hierbij om infecties die ouderen ook in een thuissituatie kunnen ontwikkelen. vb. een gewone verkoudheid, conjunctivitis maar ook pneumonie, bloedstroominfectie. Bij deze infecties zijn sporadisch resistente bacteriën betrokken.

De gemiddelde prevalentie van bewoners met één of meerdere zorginfecties bedroeg 2.8%. Deze verschilde significant volgens regio: Brussel: 0.7%, Vlaanderen: 3.0% en Wallonië: 3.2% (p=0.02).

De drie meest voorkomende types van infecties waren luchtweginfecties (48.3%, voornamelijk lage luchtweginfecties en verkoudheden), huidinfecties (19.5%, vooral huid/weke delen en wondinfecties) en urineweginfecties (10.2%).

2013:

- Om de evolutie van zorginfecties en antibioticumgebruik in WZC op te volgen in de tijd werd in 2013 een nieuwe puntprevalentiestudie uitgevoerd (HALT-2). Omwille van de problematiek i.v.m. uroprophylaxis werd een onderzoeksluik m.b.t. urineweginfecties aan de nieuwe studie toegevoerd.

In 2013 was de gemiddelde prevalentie van bewoners met antibioticumgebruik en met zorginfecties iets hoger dan in 2010 (respectievelijk 5.4% en 3.8% versus 4.6% en 2.8%).

Deze verschillen kunnen zeker deels toegeschreven worden aan methodologische veranderingen:

- er werd immers overgeschakeld van een systeem gebaseerd op "tekens en symptomen van infectie" naar een methode waarbij de herziene criteria voor infecties in chronische zorginstellingen van A. McGeer werden toegepast,

- het toevoegen van een module i.v.m. urineweginfecties heeft mogelijks meer WZC aangetrokken waar deze problematiek het meest prangend is want in 2013 was ook het percentage uroprophylactische behandelingen en het daaraan gerelateerd gebruik van J01X-classes (nitrofuranen, fosfomycine,...) hoger vergeleken met 2010.

2005-2011:

⁵ HALT: Healthcare associated infections and antimicrobial use in Long term care facilities: HALT-1 (2009-2010) en HALT-2 (2013).

Rapport HALT-1 (2010): Zorggerelateerde infecties en antimicrobieel gebruik in Woonzorgcentra in België: www.nsih.be onder "rusthuizen" en "download".

Rapport HALT-2 (2013): wordt weldra gepubliceerd.

- Wanneer we antibioticacijfers uit de twee nationale prevalentiestudies i.v.m. dragerschap van resistente bacteriën in WZC (2005-2011) vergelijken, dan zien we toch wel een positieve evolutie:

het percentage bewoners dat recent (voorbij 3 maanden) antibiotica gebruikte, nam af: van 33.2% in 2005 naar 21.5% in 2011. De daling was significant voor penicillines (-4.8%) en cefalosporines (-3.9%). Het gebruik van chinolonen daalde lichtjes (n.s.).

Sommige voorschrijfprijktijken kunnen nog geoptimaliseerd worden in WZC: we denken hierbij aan het antibioticumvoorschrift voor banale verkoudheden en griep en de indrukwekkende percentages uroprophylaxis. De aanpak van WZC bewoners met infecties en kolonisatie van de urinewegen vergt eenduidige en voor het WZC aangepaste richtlijnen, gebaseerd op *evidence based* studies met betrekking tot bejaardenpopulaties. Zowel BAPCOC als Farmaca buigt zich over deze problematiek. De antibioticagids voor ambulante gebruik en het RVT-formularium werden bijgewerkt in het licht van de bevindingen van bovenvermelde onderzoeksresultaten.

5/ Om overdracht van MRSA in WZC te beperken werden in 2006 nationale aanbevelingen voor de aanpak van MRSA dragerschap in WZC uitgevaardigd (Belgian Infection Control Society). Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid organiseerde ook op regelmatige basis handhygiëncampagnes voor WZC wat een uitstekend initiatief is.

Inmiddels werden de bestaande richtlijnen voor WZC net zoals deze voor ziekenhuizen bijgewerkt, rekening houdend met de recente evolutie en nieuw wetenschappelijk inzicht (BICS, 2012).

Teneinde een coherent en aangepast beleid te ontwikkelen, specifiek aan de leefomgeving van de rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden, werden door de FOD Volksgezondheid (Dienst ouderenzorg) vanaf 2010, in 7 consortia, verspreid over de Gewesten en Gemeenschappen van het land, pilootprojecten opgezet en werden hieruit voorstellen en werkzame procedures ontwikkeld om de haalbaarheid te evalueren en de implementatie van het strategisch plan: "Voorstel voor een wetgevend initiatief met het oog op de beheersing van zorginfecties in de rust- en verzorgingscentra en in de rustoorden voor bejaarden".

6/ Zie bovenvermelde onderzoeksresultaten.

7/ Het protocolakkoord met betrekking tot het 'Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO's', dat gepubliceerd werd in het staatsblad in november 2013, geeft onder meer aan dat er in de WZC's in de toekomst werk moet gemaakt worden van een volwaardig zorginfectiebeleid. Hierbij zullen de ervaringen met twee pilootprojecten in WZC's richtinggevend zijn. Zowel de federale minister en als de ministers van de gefedereerde entiteiten hebben zich duidelijk geëngageerd in dit protocolakkoord.

Laurette Onkelinx