

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

**BRUSSEL, 10/11/2005**

---

**Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen**

---

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---

**Afdeling "Programmatie en Erkenning"**

---

**O/Ref. : NRZV/D/251-1 (\*)**

## **ADVIES M.B.T. DE ORGANISATIE VAN ZIEKENHUISHYGIËNE**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,  
De Secretaris,

C. Decoster

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 10 november 2005

De werkgroep vergaderde dd. 13 mei, 13 juni, 30 juni en 30 augustus 2005 teneinde het advies van de NRZV voor te bereiden aangaande het voorstel het Federaal platform voor ziekenhuishygiëne en van BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee) "Beleidsplan betreffende de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen", zoals gevraagd door de Minister van Sociale Zaken dd. 01/03/2005.

Op 13 juni 2005 werd dr. B. Gordts, voorzitter federaal platform voor ziekenhuishygiëne als expert ontvangen door de werkgroep. Dit gebeurde ook voor de heer Van Caillie die het standpunt van NVKVV (Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en vroedvrouwen) op 30 juni 05 kwam toelichten.

## I. SITUERING

De huidige federale reglementering aangaande de organisatie van de ziekenhuishygiëne, dateert van eind de jaren tachtig <sup>1</sup>.

Sindsdien is het belang van ziekenhuishygiëne vanuit een kwaliteits-, aansprakelijkheids- en kostenooqpunt meer en meer op de voorgrond getreden. Een bijkomend element is de verzwarende van de pathologie behandeld in de ziekenhuizen: immuungecompromitteerde patiënten, zware ingrepen bij heel kwetsbare patiënten ...

De NRZV onderstreept haar grote appreciatie voor alle equipes die zich met grote expertise en overredingskracht inzetten. Het gegroeide professionalisme is een enorme waarde voor de volksgezondheid. Er mag hierbij geen abstractie gemaakt worden van het zorgaanbod buiten de algemene acute ziekenhuizen: zoals ondermeer de eerste lijn en de rustoordsector, de psychiatrische ziekenhuizen .... Een passende registratie over het hele zorgproces heen en het adequaat implementeren van een globaal beleid vanuit dit professionalisme, naar patiënten en omgeving toe, is een nieuwe uitdaging. De NRZV vernam dat het Federaal platform voor ziekenhuishygiëne nog werkt aan een voorstel voor de bejaardenzorg.

Dit advies van de NRZV, beperkt zich zoals gevraagd tot de strikt organisatorische kant van de ziekenhuishygiëne in de algemene acute ziekenhuizen.

Het procesmatig, functioneel aspect wordt dan ook slechts secundair aangeraakt. Evenmin wordt ingegaan op de wenselijke – en reeds door de overheid gesteunde – complementaire organisatie op hoger niveau dan een individueel ziekenhuis. De ervaringen in ons land met provinciale overlegplatformen en met het federaal platform zijn reeds heel positief. Naast communicatie tussen ziekenhuisequipes, is er ook de communicatie met de overheid. Initiatieven als ontwikkelen van aanbevelingen rond good clinical practices, registratie – surveillance-signaalfunctie; opstellen en opvolgen van nationale cijfers tot het adviseren van criteria voor opleiding van geneesheren, verpleegkundigen, minimum inhoud van boordtabellen; richtlijnen rond isolatie, sluiting van afdelingen ... en kosten-baten analyses rond bepaalde technologieën behoren allen tot de mogelijke activiteitsterreinen van de complementaire hogere organen.

De opgezette structuur van eind de jaren tachtig, **is** aan actualisering toe. Gezien het hierboven geschetst belang, moeten de equipes van ziekenhuishygiëne voldoende

<sup>1</sup> K.B. 7 november 1988 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, **B.S. 24/11/1988**

mogelijkheden en slagkracht krijgen om hun werk op een performante manier te kunnen doen.

Volgende aandachtspunten worden als cruciaal vermeld voor de reorganisatie van de ziekenhuishygiëne,

1. Nood aan een duidelijker opdrachtstoewijzing met prioriteitenstelling; specialisatie op het vlak van infectiebeheersing zodat voldoende tijd en middelen beschikbaar zijn.
2. Pleidooi voor een team-werking met operationale onafhankelijkheid en daadwerkelijke slagkracht in een passend samenspel met het Comité ziekenhuishygiëne. Er wordt gewezen op het nut van het voorzien van een “referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne” per verpleegeenheid
3. Voorzien van voldoende bestafling en middelen.

Bij de hieronder volgende bespreking van de tekst van het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne, wordt uitgegaan van deze drie aandachtspunten.

## **II. KRITISCHE BESPREKING van de tekst van het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne.**

### **II.1. Opdrachtstoewijzing met prioriteitenstelling; specialisatie en naamswijziging.**

Het Federaal platform stelt voor de (ondertussen vertrouwde) naam “ziekenhuishygiëne” te vervangen door de naam “ziekenhuisinfectiebeheersing”<sup>2</sup>.

Dit is symbolisch voor het duidelijk stellen van prioriteiten (BAPCOC tekst p 6)

- *Ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen de ziekenhuisorganisatie in verband met*
  - ° *standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen*
  - ° *isolatie van besmette patiënten ter indijking van de overdracht*
  - ° *surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten de evolutie in de instelling te volgen en bij te sturen.*
- *Opzetten van een epidemiebeleid*
- *Opvolging van hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals:*
  - ° *bouwen of verbouwen*
  - ° *operatiekwartier en verloskwartier*
  - ° *aankoop van materialen*
- *Implementatie van richtlijnen opgesteld door HGR (sectie hygiëne) en andere officiële instanties*
- *Uitwisseling van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van de regionale platformen voor ziekenhuishygiëne.*

Het Federaal platform beseft zelf dat heel wat andere taken die voorzien waren in het bestaande K.B. waardevol zijn en zeker niet verloren mogen gaan. Dit geldt ondermeer voor controle op technieken van sterilisatie, antibioticumbeleid, uitwerken van richtlijnen voor

<sup>2</sup> Wat dan leidt tot de (nogal zware) nieuwe terminologie “Comité voor ziekenhuisinfectiebeheersing”, “Geneesheer voor ziekenhuisinfectiebeheersing”, “Verpleegkundige voor ziekenhuisinfectiebeheersing”. We merken op dat het Federaal platform omwille van de eenvoud verder in de tekst zélf de oude terminologie “ziekenhuishygiëne” gebruikt.

wassen en verdeling van linnen, voedingshygiëne, hygiëne in de melkkeuken, ziekenhuisafval, opstellen van huishoudelijke reglementen voor risicodiensten als operatie-afdeling en bevallingsafdelingen. Hier stelt het Federaal platform voor dat het Comité voor ziekenhuishygiëne (of ziekenhuisinfectiebeheersing) in de toekomst enkel nog een coördinerende rol zou spelen en verantwoordelijkheden zou toewijzen.

De NRZV maakte volgende overwegingen:

- Het huidig KB (zie voetnoot 1) vermeldt dat de functie van de geneesheer-hygiënist kan uitgebreid worden tot de preventie van elk fysisch en psychisch risico verbonden aan de “hospitalisatie”. Het gaat hier om een mogelijkheid.

In enkele ziekenhuizen zou dit geleid hebben tot een soort “débarras-functie”. Soms zou gevraagd zijn aan de ziekenhuishygiëne om ook het beleid aangaande roken of ter bestijding van kakkerlakken te ontwikkelen.

De frustratie van gebrek aan specialisatiekansen en tijd, is dan ook te begrijpen. Net als het voorstel om ziekenhuishygiëne in de toekomst en hernoemen en te beperken tot “ziekenhuisinfectiebeheersing”.

Er moet evenwel opgelet worden voor overshooting vanuit een frustratie uit het verleden.

- De NRZV onderstreept dat het Federaal Platform de preventie duidelijk situeert bij de ziekenhuisinfectiebeheersing. Ook essentiële zaken als bouwadviezen (cf o.a. Aspergillusproblematiek) blijven bij de prioritaire opdrachten.

Maar er bestaat ook zoiets als “environmental infection control in health care facilities”. De “National guideline clearinghouse”<sup>3</sup> (AHRQ) onderscheidde in zijn guideline van 2003: *prevention of airborne infections, prevention of waterborne infections, prevention of infection from environmental surfaces, environmental sampling, laundry and bedding, preventing infection from animals in health-care facilities, regulates medical wastes*.

De NRZV nam eveneens kennis van de taakomschrijving van “infection control teams” in gezondheidszorginstellingen, zoals omschreven door de “International Federation of infection control”<sup>4</sup>.

Eerst citeren we de algemene vereiste:

*“An infection control programme with a firm structure should be in existence in all institutions that provide health care in order to establish a managed environment that*  
° *secures the lowest possible rate of hospital acquired infection*  
° *protects staff and visitors from unnecessary risks”.*

De opdrachten van het infection control team, worden als volgt weergegeven:

*Advise staff on all aspects of infection control and maintain a safe environment for patients and staff*

° *Provide educational programmes on the prevention of hospital infection for all hospital personnel*

° *Provide a basic manual of policies and procedures and ensure that local written guidelines based on these are in existence.*

° *Establish systems of surveillance of hospital infection in order to identify at-risk*

---

<sup>3</sup> [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)

<sup>4</sup> <http://www.ific.narod.ru/Manual/Intro.htm>

*patients and problem areas that need intervention. Methods for surveillance may include case finding by ward rounds and chart reviews, reviews of laboratory reports, and targeted prevalence or incidence surveys.*

- *Advise management of patients requiring special isolation and control measures.*
- *Investigate and control outbreaks of infection in collaboration with medical and nursing staff.*
- *Ensure that an antibiotic policy is in existence.*
- *Liaise with the hospital doctors and administration (managerial and nursing), community health doctors and nurses, and infection control staff in adjacent hospitals.*
- *Provide relevant information on infection problems to management and the ICC.*
- *Perform other duties as required, e.g., kitchen inspections, pest control, waste disposal.*

Uit deze tekst blijkt een zekere flexibiliteit, bijvoorbeeld "ensure that an antibiotic policy is in existence" (we wachten in België op resultaten van een proefproject aangaande het antibioticabeleid) , maar ook "perform other duties as required".

De NRZV onderstreept dat bij de opdrachten zeker ook het uitschrijven van een beleidsstrategie met aandachtspunten en prioriteiten alsook het waarborgen van een efficiënte dataverzameling en –analyse horen.

- Cruciaal in deze discussie zijn de beschikbare tijd en de middelen.

Het is duidelijk dat een prioriteitenstelling noodzakelijk is indien de bestaffing en de middelen tekortschieten.

De overheid moet hier evenwel zijn verantwoordelijkheid opnemen teneinde zowel de prioriteiten van ziekenhuisinfectiebeheersing te waarborgen als alle andere aandachtspunten niet te verwaarlozen:

- Ofwel worden de opdrachten blijvend gelegd bij de ziekenhuishygiëne, die dan wel voldoende bestaffing, middelen en tijd krijgt. De ervaring en aanwezige expertise kunnen deze piste verdedigen.
- Ofwel wordt een en ander gekaderd in een risk management beleid, waaronder gespecialiseerde (maar ook voldoende bestafte en gesteunde) units functioneren. Deze optie kadert meer in een toekomstgericht beleid dat specialisatie én coordinatie combineert.

Een en ander kan ook verschillend zijn naargelang de schaalgrootte van het ziekenhuis. Interziekenhuissamenwerking kan ook op zich specialisatie toelaten, maar de workload blijft aanwezig en elk ziekenhuis kan specifieke karakteristieken hebben.

Het probleem is duidelijk: met de huidige financiering en organisatie van de ziekenhuishygiëne kunnen hetzij prioritaire taken van infectiebeheersing, hetzij andere belangrijke aandachtsgebieden in het gedrang komen. De voorgestelde naamswijziging tot "ziekenhuisinfectiebeheersing" lijkt enkel mogelijk in het tweede scenario.

De NRZV heeft inzake de voorgestelde naamswijziging ("what's in a name?") volgende bedenkingen.

De nieuwe voorgestelde termen ("maîtrise d'infections", "ziekenhuisinfectiebeheersing") klinken dermate zwaar en onbekend dat de tekst van het Federaal Platform zelf het om praktische redenen bij de oude (bekende) terminologie houdt.

De nieuwe terminologie wordt dan ook niet weerhouden door de NRZV, zeker niet zolang de specialisatie zoals hierboven vermeld (tweede scenario, risk management commission met gespecialiseerde units) niet gerealiseerd is.

**II.2. Pleidooi voor een team-werking met operationale onafhankelijkheid en daadwerkelijke slagkracht in een passend samenspel met het Comité ziekenhuishygiëne. Er wordt gepleit voor passende opleidingscriteria en voor het voorzien van een “referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne” per verpleegeenheid**

- Te rigiede beslissingsstructuur. Noodzaak aan operationele autonomie; emancipatie en responsabilisering binnen de normale bedrijfshierarchie.

In de bestaande reglementering, wordt de geneesheer-hygiënist nog omschreven als een “raadgever” die “afhangt” van de hoofdgeneesheer.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist wordt gedefinieerd als een “medewerkster” van de geneesheer-hygiënist en wordt “gedelegeerd” door het hoofd van de verpleegkundige diensten. Hier is een vraag naar emancipatie.

Beide maken naast anderen deel uit van een Comité van ziekenhuishygiëne, ook een adviesorgaan maar dan wel belast met taken.

Er is een juiste vraag van de professionals van ziekenhuis om als high professionals in een team gewoon hun werk te kunnen doen op een performante wijze. Efficiëntie, professionalisme en bewegingsruimte. Bewegingsruimte want de functie ziekenhuishygiëne moet precies horizontaal doorheen de organisatie kunnen werken en zijn effect hebben.

Deze elementen zijn terug te vinden in de tekst van het Federaal platform voor ziekenhuishygiëne (verder BAPCOC-tekst)

Een verantwoorde vraag naar meer bewegingsruimte kan ook leiden tot “overshooting”<sup>5</sup> waarbij de gewone ondernemingshiërarchie van een ziekenhuis gestoord wordt. Dit zou niet alleen destabiliserend/desintegrerend zijn, maar tevens de slagkracht van coalitiepartners zoals de hoofdgeneesheer en de directie verpleging hypothekeren. De BAPCOC tekst moet op deze punten dan ook bedrijfsmatig hygiënischer gemaakt worden. Zo kan het bijvoorbeeld niet dat de hoofdgeneesheer een soort bindende adviezen moet implementeren, terwijl hij uiteindelijk verantwoordelijk blijft. Volgens de NRZV, moeten hygiënisten als high professionals voldoende bewegingsruimte hebben in een passende delegatie, waarbij zij ook hun werk moeten uitvoeren én er voor verantwoordelijk moeten zijn binnen hun bevoegdheidsterrein.

Overigens zou de denkpiste “medische diensthoofd” in het geschetste kader van “autonomie” in conflict komen met bepalingen van titel IV van de gecoördineerde ziekenhuiswet dd. .07.08.1987. Professionele bewegingsruimte en autonomie is niet gelijk aan een hiërarchisch vrijgeleide. Eventuele conflicten moeten door de normale bedrijfsorganisatie passend kunnen aangepakt worden. Enkel als het nodig is en als het ingrijpen vanuit een hoger echelon aangewezen is.

---

<sup>5</sup> Het is opvallend hoe dikwijls de term “autonomie”, “onafhankelijkheid” van de ziekenhuishygiëne voorkomt in de tekst. Bij navraag blijkt men vooral operationele autonomie te bedoelen. Of gewoon als high professional voldoende bewegingsruimte, slagkracht en respect te krijgen.

En net zoals de geneesheer en verpleegkundige elk met hun expertise een team moeten vormen, zullen ook hun departementale hoofden de hoofdgeneesheer en de verpleegkundig directeur als een team eventuele problemen moeten aanpakken.

De BAPCOC tekst blijft het belang van het Comité ziekenhuishygiëne als overlegorgaan onderstrepen. Dit is evident. De BAPCOC tekst geraakt evenwel niet uit een debat “overlegorgaan versus toezichtsorgaan”.

De NRZV onderstreept het belang van een overlegfunctie voor het Comité. De andere ziekenhuis-professionals (geneesheren, apothekers, verpleegkundigen, paramedici, verantwoordelijken bouw, directie ...) moeten betrokken worden bij deze belangrijke materie.

Vanuit de wenselijkheid van operationele slagkracht, professionele bewegingsruimte voor het team ziekenhuishygiëne, moet het team niet door het Comité “gepatroneerd” worden. Een multidisciplinair team-in-partnership moet collegiaal instaan voor zijn werking en voor de smaak van de pudding.

De normale ondernemingshiërarchie (hoofdgeneesheer – directeur verpleegkunde; algemeen directeur; raad van bestuur eventueel met optreden medische raad) moet voor toezicht gebruikt worden. Deze bestaande ondernemingshiërarchie wordt geacht ervaring te hebben met passende delegatie en coaching, wat ook de nodige bewegingsruimte aan het Comité ziekenhuishygiëne/infectiebeheersing kan garanderen. De discussie in de BAPCOC tekst over wie al dan niet voorzitter kan zijn van het Comité ziekenhuishygiëne (dat geen toezichts- maar vooral een overlegorgaan moet zijn), is hiermee van de baan.

Uiteraard kan een Comité als overlegorgaan adviezen geven (of waarschuwingen uitsturen) aan de hiërarchische niveaus en wordt het Comité verondersteld dit ook te moeten doen als het nodig is. Wat tevens voor de nodige zeggingskracht en slagkracht zorgt. Het is logisch dat ook het Comité en de actoren van ziekenhuishygiëne moeten rekening houden met haalbaarheid van de voorstellen.

Beter gezonde werkafspraken dan overregulering in een stringent detaillistisch koninklijk besluit.

- Professionals van ziekenhuishygiëne voelen zich niet voldoende au sérieux genomen, hebben niet voldoende slagkracht/authoriteit.

Ook hier is het belangrijk dat de toekomst niet aangepakt wordt vanuit een soort frustratie ten aanzien van vroeger ervaren problemen. Er moet gewoon gezorgd worden voor een moderne performante organisatiestructuur die binnen het ziekenhuis zijn passende (complementaire) plaats heeft.

Enkele contradicties in de BAPCOC tekst (bv omschrijving functie comité: overleg of toezichtsorgaan cf supra; eindverantwoordelijkheid hoofdgeneesheer versus bindende adviezen vanuit ziekenhuishygiëne...) moeten duidelijk aangepast worden om te komen tot een geactualiseerde reglementering..

De NRZV meent dat het voorzien van operationele autonomie, ingebed in de normale bedrijfshiërarchie het beste antwoord biedt.

Indien er zaken moeten geïmplementeerd worden én er een ingrijpen van een hoger niveau nodig is zullen de aanwezige structuren het meest waarborgen bieden: directie nursing, hoofdgeneesheer, medische raad, algemeen directeur, raad van bestuur. Al deze organen zijn zich voldoende bewust van de kwaliteits- en aansprakelijkheidsaspecten van deze materie. Tevens kunnen/moeten deze organen ook rekening houden met aandachtspunten die de problematiek ziekenhuishygiëne overstijgen (afwegen organisatorische, financiële, architectonische haalbaarheid van

bepaalde voorstellen).

Uiteraard moet ook het Comité het nodige doen om een motiverende rol naar alle medewerkers te spelen. Een stellingname van het Comité zal niet onopgemerkt voorbij gaan noch bij de medische raad, noch op directieniveau of op het niveau van de raad van bestuur.

Dezelfde bedenking moet gelden indien individuele medewerkers van het ziekenhuis (artsen, verpleegkundigen ...) niet-verantwoord gedrag op het vlak van ziekenhuishygiëne vertonen. Het is enkel via de geëigende hiërarchische kanalen dat passende maatregelen kunnen genomen worden. Dit geldt ook voor artsen, indien men artikel 125 van de gecoördineerde ziekenhuiswet dd. 07.08.1987 grondig leest. Een duidelijk standpunt van het team ziekenhuishygiëne of van het Comité, zal door niemand met verantwoordelijkheidszin en aansprakelijkheidsbewustzijn zomaar in de wind geslagen worden.

De NRZV waarschuwt dan ook raden van bestuur, medische raden, directies en diensthoofden dat het opnemen van verantwoordelijkheid met inbegrip van het desnoods nemen van sancties, hier uit bezorgdheid voor de patiënt en omwille aansprakelijkheidsredenen niet mag ontlopen worden.

In dit verband wordt gewezen op een advies van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren dd. 20.01.1996. Het betrof – aangaande antibioticabeleid - de discussie aangaande de verhouding tussen de diagnostische en therapeutische vrijheid van een geneesheer zoals bepaald in artikel 36 van de Code van Geneeskundige Plichtenleer versus de bepaling in artikel 34 dat de geneesheer moet handelen volgens de geldende wetenschappelijke kennis.

De Nationale Raad stelde:

”In geval van tegenstrijdige belangen, blijft artikel 36 ondergeschikt aan artikel 34”.

- Passende opleidingscriteria en bestaffing.

Qua bestaffing stelt de tekst van het federaal platform voor elk ziekenhuis en minimaal een halftijds equivalent geneesheer en een voltijds equivalent verpleegkundige voor. Rekening houdend met de grootte van de instelling zou de bestaffing moeten toenemen.

Volgens de uitgenodigde experten zou de nood aan bijkomende bestaffing lineair zijn met de grootte (uitgedrukt in aantal verantwoorde bedden?) van het ziekenhuis. Dit kon niet wetenschappelijk aangetoond worden.

We grijpen nogmaals naar de commentaar van de International federation of infection control:

*”Infection Control Team*

*The ICT should have a range of expertise covering knowledge of infection control, medical microbiology, infectious diseases and nursing procedures. The team should have a close liaison with the microbiology laboratory and ideally a microbiologist should be a member of the team.*

*The team should consist of at least one physician, the infection control officer (ICO), and at least one nurse, the infection control nurse (ICN). One ICN for 250 acute beds on a full-time basis was recommended in the US during the 1980s. A recent study in several different types of health care facilities reported 0.8 to 1.0 ICNs as adequate staffing. However the number of acute care beds is decreasing, out patient*



*management, day surgery and home care are expanding, and problems of hospital infection and antibiotic resistance are increasing. Thus the optimal number of ICNs cannot be calculated simply on the basis of the number of acute care beds but rather depends on the case mix and workload. The number of ICOs in a team is probably best related to the number of ICNs: e.g. 1 to 5.*

*The team is responsible for day to day decisions on infection control as well as long term planning of infection control policy. It should meet several times a week or preferably daily. The team should be adequately funded to provide secretarial assistance, information technology capabilities, facilities and training materials, and to allow members to attend educational courses and professional meetings. “*

De NRZV heeft dan ook een ernstig voorbehoud rond het door het Federaal Platform voorgestelde lineair verband tussen het aantal bedden en de bestaffing ziekenhuishygiëne (cf ook punt II. 3, laatste alinea).

Wat betreft de opleidingscriteria moet er ook gewaarschuwd worden voor overregulering. Bepaalde geciteerde opleidingen zouden nog niet in elke Gemeenschap/Gewest aangeboden worden. Daarnaast moet een koninklijk besluit minimumnormen stellen en moet op het terrein gekeken worden hoe goed men deze kan overschrijden. Er is ook geen overaanbod aan artsen en verpleegkundigen. En een niet op voorhand gedefinieerde bijkomende vorming gecombineerd met sterke motivatie, kan in praktijk wonderen doen.

Nog even melden wat de International federation of infection control als richtlijn geeft: *“Basic qualifications of the ICN A registered nurse (or equivalent qualified person) with clinical and administrative expertise. Good interpersonal and educational skills are important. Recognised training in IC is essential. “*

- Samenstelling van het Comité en vergaderfrequentie.

De NRZV merkt op dat in de multi-disciplinaire aanpak van de ziekenhuishygiëne een ruimere vertegenwoordiging van verpleegkundigen vereist is. De NRZV stelt dan ook voor om naast de drie geneesheren-leden, ook drie verpleegkundigen – waaronder één leidinggevende aan te stellen.

Over de vergaderfrequentie van het Comité nog het volgende. Indien ook andere taken dan de strikte ziekenhuisinfectiebeheersing moeten gewaarborgd worden door het comité (cf onderaan punt II.1). moet een hogere frequentie dan driemaandelijks voorzien worden. Maar een en ander hangt ook af van de werking van het team versus het comité, van de complexiteit van het betreffend ziekenhuis. En uiteindelijk moet een K.B. enkel een minimum-vergaderfrequentie bepalen.

Over het Comité, zegt de International federation of infection control:  
Infection control committee

*“The need for an ICC depends on the structure of the health care setting. In smaller hospitals, the ICC may report directly to the senior hospital management committee; in larger ones it may be a subcommittee of a risk management or clinical governance committees. It should be made up of representatives from various hospital departments. All the clinical departments should be represented, together with members of other key departments, such as occupational health, catering, cleaning, facilities/buildings and management. The committee should act as a liaison between departments responsible for patient care and supportive departments (e.g., pharmacy,*

*maintenance). Its aim should be to improve hospital IC practice and recommend appropriate policies, which should be subject to frequent review.*

*The committee should be responsible to the hospital manager or medical director and should have a physician, preferably the infection control officer or hospital epidemiologist as a chairman. The hospital manager and the chief nursing officer, or their representatives, should attend meetings. The size of the committee will vary depending on the requirements of the hospital. The departments should nominate their representatives and if not the departmental head, the representative should be in a position to make decisions.*

*The committee should hold regular minuted meetings and the minutes should go to the Medical Director and the Hospital Management Board as well as to departments directly involved in the subjects discussed during the meeting. It should produce an annual report and an annual business plan for infection control. “*

- Referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne per zorgafdeling.

Het federaal platform pleit voor een referentieverpleegkundige per zorgafdeling “... als een vector van informatie en als een deeltijdse taak”.

Ook in de richtlijnen van de International Federation of infection control, wordt deze piste bewandeld: *“In a large hospital the ICN can train ‘link’ nurses. These individuals have special responsibility for maintaining good infection control practices and education within their clinical departments. This person is the “link” between the ICN and the ward and helps identify problems, implement solutions and maintain communications.”*

De NRZV vindt deze denkpiste zinvol en aan te moedigen. De NRZV wijst evenwel uitdrukkelijk naar de negatieve ervaring waarbij de overheid allerhande verplichtingen oplegt zonder ervoor te betalen. De terminologie “deeltijds” of enige continuïteitsvereiste (bij ziekte, zwangerschap ..) per afdeling wordt dan ook afgewezen.

Deze piste aanmoedigen dus, maar niet verplichten of vereisen in een koninklijk besluit.

### **II.3. Voorzien van levensreddende voldoende bestaffing en middelen: ziekenhuisinfectiebeheersing moet ook een financiële een prioriteit zijn en kan zorgen voor een afdoende “payback”**

Voldoende investeren in ziekenhuishygiëne-beleid, is levensreddend. Onvoldoende investeren is onverantwoord.

- Het Federaal platform berekende een en ander uitgaande van internationaal beschikbare cijfers. Er moet inderdaad vastgesteld worden: “Een exacte meting van het totaal aantal ziekenhuisinfecties in België werd nog niet uitgevoerd”. De NRZV vindt dat een signaal temeer voor nodige prioriteitsstelling van ziekenhuishygiëne in ons land.

De NRZV onderstreept zijn waardering voor het werk van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, dienst Epidemiologie. Met heel beperkte middelen, slaagt dit Instituut erin prioritaire data-verzameling, analyse en feedback te geven.

Een federaal gecoördineerde aanpak van deze registratie in samenspraak met andere overheidsniveaus en met de ziekenhuissector, is essentieel en moet de nodige middelen krijgen.

De NRZV merkt op dat de aan de Raad gerichte adviesaanvragen uiteraard enkel optimaal kunnen beantwoord worden als de nodige data voorhanden zijn.

Alleen al voor acute ziekenhuizen (dus zonder psychiatrische ziekenhuizen, zonder revalidatiecentra, zonder bejaardenzorg ...) wordt het aantal ziekenhuisinfecties op ongeveer 107.500 geschat.

Elke ziekenhuisinfectie zou gemiddeld zo'n 4 bijkomende hospitalisatiedagen veroorzaken. Voor België veroorzaakt deze langere ligduur alleen al zo'n 440.000 extra hospitalisatiedagen per jaar of zo'n extra uitgave van € 116 miljoen.

Deze extra-uitgaven zijn uiteraard ferm onderschat, gezien de extra diagnostische én therapeutische maatregelen en interventies na het optreden van een ziekenhuisinfectie, heel duur zijn.

Erger nog is het geschatte aantal overlijdens die rechtsreeks verband houden met een ziekenhuisinfectie: zo'n 2.500 à 3.000 per jaar.

Er wordt algemeen van uitgegaan – en dit wordt ook door wetenschappelijke studies bevestigd – dat bij een optimaal ziekenhuishygiënebeleid, ongeveer 20% van de ziekenhuisinfecties kan vermeden worden. Slechts 20%, maar toch 20%.

Dit staat voor jaarlijks 500 à 600 vermijdbare overlijdens in ons land en voor een minder-uitgave louter qua gemiddelde ligduur van € 23 miljoen. Het vermijden van extra uitgaven voor diagnose en therapie, zou deze besparing uiteraard nog versterken.

Het federaal platform berekent vervolgens (voor acute ziekenhuizen) de meerkost van het voorgestelde bijkomend investeren in mensen en concludeert dat investeren in ziekenhuishygiëne heel kosteneffectief is. De (onderschatte want louter qua gemiddelde verblijfsduur berekende) besparing bedraagt € 23 miljoen per jaar; de méér-uitgaven zullen tussen 5 en 6 miljoen EURO bedragen.

\* De geneesheer-hygiënist toewijzen volgens een gewogen aantal verantwoorde bedden. Als nieuwe vereiste zou er minimum 0,5 FTE geneesheer per acuut ziekenhuis moeten voorzien worden. Meerkost van € 1,4 miljoen.

\* Verpleegkundige-hygiënist: voorstel tot toewijzen volgens verantwoorde bedden; minimum één FTE per acuut ziekenhuis en één bijkomende FTE per 250 verantwoorde bedden. Geschatte meerkost van 3,9 miljoen.

Tenslotte pleit het federaal platform voor een competitieve verloning van de verpleegkundige-hygiënist (voorstel niveau middenkader) en voor de geneesheer-hygiënist (voorstel gemiddelde van een geneesheer-specialist).

- De NRZV onderstreept dat kwaliteit en investeren in ziekenhuishygiëne van levensbelang is en wijst op aansprakelijkheidsaspecten. Er zijn slechts <sup>6</sup>, maar er zijn toch 20% vermijdbare ziekenhuisinfecties bij een optimaal beleid.

Het is meegenomen dat een dergelijk overheidsbeleid daarenboven nog héél kosteneffectief zal zijn.

De onderschrijft het pleidooi voor een passende verloning van de medewerkers. Voor heel wat verantwoordelijke verpleegkundige functies, is er geen attractieve financiële regeling voorzien. Dit is noodzakelijk te corrigeren: ook hier moet er

---

<sup>6</sup> Een belangrijke bedenking bij alle aansprakelijkheidsdiscussies: vermijdbare en niet vermijdbare infecties.

zoals bij geneesheren voldoende betaald worden voor intellectuele prestaties, opnemen van verantwoordelijkheid in beleidsfuncties. Het budget der financiële middelen moet voorzien dat een verpleegkundige ziekenhuishygiënist moet vergoed worden als een verpleegkundig middenkader. Voor geneesheren stelt zich het bijkomend probleem dat heel wat cruciale functies niet passen in een “fee-for-service” systeem: transfusiebeleid, ziekenhuishygiëne ... Een innoverend beleid zou hier een signaalfunctie kunnen krijgen.

De NRZV had wat bedenkingen rond de toewijzing van bestaffing in functie van het aantal verantwoorde bedden.

De tijd ontbreekt om de betrouwbaarheid van de MKG registratie, de techniek van verantwoorde bedden .. te bespreken. In elk geval is het zo dat verantwoorde bedden evenzeer kunnen ontstaan door veel basispathologie of door een mix met ook een deel heel zware pathologie.

De vraag is dan ook of er zomaar een bestaffing in lineair verband (1 FTE verpleegkundige per 250 verantwoorde bedden) kan opgelegd worden.

We keken opnieuw wat de International federation of infection control hierover zegt:

\* Vooreerst wordt de frequentie en de ernst van ziekenhuisinfecties bevestigd:

*“Hospital-acquired infections (HAIs) are common: at any one time about 1 in 10 patients in acute care hospitals have an HAI, and an additional 10-60% of infections may present after discharge.*

*HAI is an important cause of morbidity and mortality and therefore should be rigorously controlled as part of the general duty of patient care. But HAI also has considerable ‘economic’ impact on hospital services and on the costs of national health care.”*

\* De mogelijkheid van besparingen door het investeren in ziekenhuishygiëne, wordt eveneens onderstreept:

*“Cost benefit of infection control*

*In the Study on the Efficiency of Nosocomial Infection Control (SENIC) of 1974-1983 [3], US hospitals with one full-time infection control nurse (ICN) per 250 beds, an infection control doctor (ICD), moderately intense surveillance, and system for reporting wound infection rates to surgeons, reduced their HAI rates by 32%. In the other hospitals, the HAI rate increased by 18%. The SENIC study estimated that (in 1975 dollars), the annual cost of HAI in US hospitals was \$1b. The cost of infection control teams (0.2 ICD, 1 ICN, 1 clerk per 250 beds) was \$72m per annum, only 7% of the infection costs. Therefore, if infection control programmes were effective in preventing only 7% of nosocomial infections (normally distributed), the costs of the programmes would be covered. A 20% effectiveness would save \$200m, and 50% would save \$0.5b (1975 US prices).*

*Conclusions The costs of HAI are huge and include patient morbidity and mortality, hospital and community medical costs, the impact of blocked beds, and wider socio-economic costs. The costs of infection control programmes and staffing are relatively small and with only a small degree of effectiveness they can pay for themselves. Investment in infection control is therefore highly cost effective.”*

De NRZV onderschrijft globaal de door het federaal platform voorgestelde investeringen, bestaande en vergoedingsattractiviteit.

De NRZV maakt evenwel voorbehoud aangaande het aantal voorgestelde verpleegkundige-hygiënisten (cf supra II.2):

- Het is normaal dat er minimum één full-time verpleegkundige hygiënist per ziekenhuis vereist wordt.
- Een lineair verband tussen het aantal ziekenhuisbedden en het aantal opgelegde verpleegkundige-hygiënisten is minder evident. De NRZV raadt dan ook verder onderzoek dienaangaande aan. Ook hierover kon de werkgroep niet op Belgische cijfergegevens beroep doen.

### III. KORTE WAARSCHUWING AANGAANDE COMPLEXITEIT VAN DE MATERIE BIJ VOORSTELLEN TOT WIJZIGING VAN AANSPRAKELIJKHEIDSREGIME

Ziekenhuisinfecties kunnen voor een patiënt dramatische gevolgen hebben. Het aantonen van een fout is in ons klassiek aansprakelijkheidsstelsel, niet evident.

Het is dan ook logisch dat ziekenhuisinfecties heel dikwijls ter sprake komen bij het debat aangaande de wenselijkheid van een foutloze aansprakelijkheid.

Deze materie gaat uiteraard de opdracht van deze NRZV ruim voorbij. Toch wil de NRZV in het debat opmerken dat slechts 20 à 30% van de ziekenhuisinfecties vermijdbaar zijn bij een optimaal beleid van ziekenhuishygiëne<sup>7</sup>. Hierboven werd reeds onderstreept hoe belangrijk deze 20 à 30% zijn, zowel menselijk als budgetair.

Maar heel wat ziekenhuisinfecties zijn dus “onvermijdbaar” en dikwijls inherent (en voorspelbaar) aan de toestand van de patiënt.

In dit verband, verwijst de NRZV naar het artikel L.1142, §2 van de Franse Code de la Santé publique (wet 4 maart 2002) aangaande de voorwaarden voor schadevergoeding onder het systeem van de “obligation de sécurité de résultat”<sup>8</sup>:

*“lorsque la responsabilité (...) n’est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient au titre de la solidarité nationale, lorsqu’ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu’ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l’évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d’incapacité permanente ou de la durée de l’incapacité temporaire de travail ».*<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Weinstein R. et al. Infection control report cards – securing patient safety, N Engl J Med 353;3 July 21, 2005.

<sup>8</sup> **Accessoire resultaatsverbintenis (objectieve aansprakelijkheid aangaande bv ziekenhuisinfecties) naast de hoofdverbintenis tot behandeling die een middelenverbintenis blijft in het medisch contract. Zie ook Droit médical. Commission université-palais Université de Liège, Larcier 05/2005, vol 79.**

<sup>9</sup> **Delforge C. Vers un nouveau régime d’indemnisation des accidents médicaux? T.Geiz/Rev Dr Santé 2004-2005, pp. 86-110.**

De NRZV maakt deze opmerking teneinde op de complexiteit van dit luik van het aansprakelijkheidsdebat te wijzen.

#### **IV SAMENVATTING EN CONCLUSIE VAN DE NRZV**

De NRZV kreeg als opdracht een kritische reflectie te maken over het “Beleidsplan betreffende de reorganisatie van de ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen” uitgaande van het Federaal Platform voor ziekenhuishygiëne en BAPCOC.

De NRZV onderstreept vooreerst volgende elementen:

- Het professionalisme en de grote inzet van de equipes ziekenhuishygiëne, wordt onderstreept. De wenselijkheid tot verdere uitbouw van de complementaire overheids- en overleginstanties op diverse niveaus is duidelijk: registratie-surveillance, data-analyse, richtlijnen, kosten-baten analyse ...
- De NRZV vond het aangewezen beroep te doen op afdoende data. Dit leek niet evident.  
De NRZV roept dan ook de overheid op om in dataverzameling en – analyse voldoende te investeren. De waardering wordt uitgesproken voor het werk van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, dienst epidemiologie dat over de nodige middelen moet kunnen beschikken. Een federaal gecoördineerde aanpak in samenspraak met andere overheidsniveaus en de ziekenhuissector, is aangewezen.
- Het advies beperkt zich tot bespreking van de hierboven vermelden tekst. Tot de strikt organisatorische kant dus van ziekenhuishygiëne in algemene acute ziekenhuizen. De NRZV merkt op dat een passende transmurale aanpak van de problematiek wenselijk is.

Het advies van de NRZV tot actualiseren van de bestaande reglementering, gaat uit van drie vastgestelde knelpunten qua organisatie ziekenhuishygiëne:

##### 1. Opdrachtstoewijzing met prioriteitenstelling:

Er wordt door ziekenhuishygiënisten een gebrek aan specialisatiekansen en tijd gemeld. Heel wat andere opdrachten werden toegewezen, waardoor men bijvoorbeeld onvoldoende tijd heeft voor een cruciale efficiënte data-analyse en voor het uitwerken van duidelijke beleidsstrategie aangaande ziekenhuisinfecties.

De NRZV onderschrijft de vraag naar voldoende tijd en middelen voor de cruciale opdracht van infectiebeheersing.

Deze specialisatie mag er evenwel niet toe leiden dat andere aandachtspunten in een ziekenhuis (bv. afvalbeleid en andere brede adviesopdrachten aangaande hygiëne in ruime zin) zouden verloren gaan.

De NRZV stelt dat een en ander ook zal afhangen van schaalgrootte van een ziekenhuis (of van ziekenhuissamenwerking).

De toekomst kan liggen in een globaal coördinerend risk management in een ziekenhuis met gespecialiseerde autonome units.

Het alternatief van een ziekenhuishygiëne team en comité met bredere opdrachten; moet ook mogelijk blijven.

In beide gevallen moet de overheid voldoende middelen voorzien teneinde de essentiële taak van infectiebeheersing niet in verdrukking te laten komen.

Vanuit de nood aan specialisatie in infectiebeheersing, stelde het Federaal platform voor om de vertrouwde naam “ziekenhuishygiëne” te wijzigen. De NRZV weerhoudt dit niet: de

alternatieve naam “ziekenhuisinfectiebeheersing” klinkt al te zwaar én is prematuur zolang de hierboven vermelde specialisatie niet doorgevoerd werd.

## **2. Team-werking, operationale onafhankelijkheid als geresponsabiliseerde en geëmancipeerde high professionals.**

Deze doelstelling is evident. De tekst van het federaal platform wijst evenwel op heel wat frustratie uit het verleden met een gebrek aan slagkracht én gezag.

De NRZV stelt dat de tekst van het federaal platform bedrijfsmatig hygiënischer moet gemaakt worden.

De normale ondernemingshiërarchie in een ziekenhuis (overigens wettelijk bepaald) mag niet verzwakt worden door de nieuwe voorstellen. Een diensthoofd, hoofdgeneesheer, medische raad, directie en raad van bestuur kunnen krachtige coalitiepartners zijn voor ziekenhuishygiënisten.

De NRZV adviseert dan ook dat de normale gezagsverhoudingen niet kunnen doorkruist worden. Het Comité ziekenhuishygiëne wordt als een belangrijk overlegorgaan gezien. Het team moet zoals elke high professional de nodige operationale autonomie en verantwoordelijkheid krijgen. Dit alles binnen de wettelijke duidelijke hiërarchie op ondernemingsniveau.

De NRZV adviseert wel expliciet de ziekenhuishiërarchie (raden van bestuur, directies, medische raden ...) tot het opnemen van verantwoordelijkheid. Mét inbegrip van ook wettelijk voorziene sanctiemechanismen.

Ziekenhuishygiëne (infectiebeheersing, what’s in a name) is cruciaal uit bezorgdheid voor de patiënt én omwille van aansprakelijkheidsredenen.

Daarnaast waarschuwt de NRZV nog aangaande enkele elementen uit de tekst van het federaal platform:

- Opleidingscriteria. Hier moet opgepast worden voor overregulering. De materie is immers heel levend waardoor opname in KB's te statisch kan zijn. Bepaalde gesuggereerde opleidingsvereisten, zijn overigens niet in elke Gemeenschap/Gewest aanwezig. En de daling van het aantal beschikbare artsen en verpleegkundigen zal ook aanleiding geven tot de noodzaak aan enige flexibiliteit qua eisen.
- De samenstelling van het Comité ziekenhuishygiëne, moet een meer paritaire vertegenwoordiging artsen – verpleegkundigen voorzien. De verpleegkundige discipline is cruciaal op het vlak van de ziekenhuishygiëne.
- Aangaande de voorgestelde referentieverpleegkundige per zorgafdeling, meent de NRZV dat deze piste zinvol is en moet aangemoedigd worden. Van een verplichting in een K.B. mag evenwel geen sprake zijn. Enerzijds is er de ervaring dat de overheid allerlei nieuwe verplichtingen oplegt zonder de nodige middelen te voorzien. Anderzijds leidt een reglementering snel tot een continuïteitsverplichting, wat bij afwezigheid wegens ziekte, zwangerschap ... de regel veel duurder en minder haalbaar maakt dan gewild.

## **3. De ziekenhuisinfectiebeheersing moet ook een financiële prioriteit zijn, is levensreddend en kan zorgen voor een afdoende financiële return.**

Het federaal platform berekende dat er in ons land jaarlijks zo'n 500 à 600 vermijdbare overlijdens zouden zijn bij een succesvol infectiebeheersingsbeleid (20 à 30% van de ziekenhuisinfecties zijn vermijdbaar bij een optimaal beleid).

De meerkost van te vermijden infecties werd voorzichtig berekend, maar betekent een belangrijke financiële marge voor een gedurfd overheidsbeleid.

De NRZV onderstreept dat kwaliteit en investeren in mensen van levensbelang is en wijst daarnaast op aansprakelijkheidsaspecten.

- De vergoeding voor de medewerkers ziekenhuishygiëne, moet adequaat zijn. Dit geldt zowel voor verpleegkundige-hygiënisten (omwille van de verantwoordelijkheid van deze intellectuele functie, is een vergoeding als een verpleegkundig middenkader normaal) als voor de arts-ziekenhuishygiënist. Voor artsen passen heel wat cruciale functies (ziekenhuishygiëne, transfusiebeleid ...) niet meer in een klassiek fee-for-service systeem. Een innoverend beleid zou hier een signaalfunctie kunnen hebben (en een attractie voor de komende generaties).
- Wat betreft het aantal medewerkers, gaat de NRZV akkoord met de minimumvereiste per ziekenhuis: 0,5 FTE<sup>10</sup> geneesheer en 1 FTE verpleegkundige per acuut ziekenhuis. De NRZV maakt voorbehoud betreffende het voorstel om een bijkomende FTE verpleegkundige toe te wijzen per 250 (verantwoorde) bedden. Het lineair verband wordt door de NRZV in vraag gesteld. Verantwoorde bedden kunnen zowel ontstaan door veel lichte pathologie als door minder zware pathologie, waardoor de complexiteit van de case mix in het licht van ziekenhuishygiëne niet zomaar weerspiegeld wordt. De NRZV raadt hierover dan ook verder onderzoek aan vooraleer terzake een uitspraak kan gedaan worden.

#### **4. Tenslotte maakte de NRZV nog een randbemerking aangaande ziekenhuisinfecties en de evolutie naar foutloze aansprakelijkheid.**

Er werd opgemerkt dat 20 à 30% van de ziekenhuisinfecties vermijdbaar zijn door een optimaal ziekenhuisinfectiebeleid. Slechts 30%, maar toch 30%.

Dit betekent dan ook dat heel wat ziekenhuisinfecties “onvermijdbaar” zijn en inherent aan de toestand van de patiënt.

De NRZV maakt deze opmerking teneinde op de complexiteit van dit luik van het aansprakelijkheidsdebat te wijzen.

-----

---

<sup>10</sup>

FTE= full time equivalent