

# Antibioticabeleid



# Roeselare-Menen

- Waarom een eigen beleid naast zoveel nationale en internationale richtlijnen?
- Waar blijft onze therapeutische vrijheid (houding van de Orde van Geneesheren)?
- Wat betekent een strikt antibioticabeleid in het ziekenhuis als erbuiten alles mag?
- Is resistentie een probleem als er toch andere en betere antibiotica op de markt komen?
- Is preventie (standaard voorzorgsmaatregelen) geen betere optie dan achteraf de schade op te volgen?

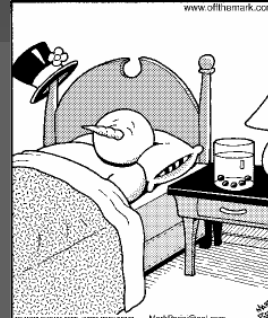
# Antibioticabeleid: waarom een eigen beleid?

- Eigen flora met eigen resistentieprofiel gebonden aan AB verbruik binnen en buiten het ziekenhuis, aan patiëntenprofiel en lokale epidemiologie (MRSA,...)
- Optimale behandeling van de individuele patiënt via eenvoudige schema's
- resistentiebeheersing
- Kostenbeheersing: sinds de forfait (2006) ook rechtstreeks voelbaar voor het ziekenhuis
- Wettelijke verplichting van het comité voor ziekenhuishygiëne, nu aangemoedigd door het oprichten van een gesubsidieerde antibioticabeleidsgroep sinds 2002

# Antibioticabeleid: hoe?

Wie "bezit" het probleem?

■ De patiënt?



■ De behandelende arts?



■ Het management?

■ De overheid??



"The originator of guidelines is difficult to determine. I used to believe that it was Moses and his Ten Commandments, a set of rules that have not achieved full implementation"

Peter. A. Gross: Practice Guidelines for Infectious Diseases: Rationale for a Work in Progress. Clin. Infect. Dis. 1998; 26: 1037-41

# Antibioticabeleid: keuze van een product

- Activiteit-werkingspectrum van een antibioticum
- Dosis en intervallen
- Farmacokinetiek/dynamiek en interacties
- Profiel van de opgenomen patiënten
- Bijwerkingen en toxiciteit (en noodzaak van monitoring)
- Gevolgen voor de normale flora
- Bestaande gewoontes
- Gebruiksvriendelijkheid (aantal toedieningen per 24 uur)
- Mogelijkheid van overschakelen van IV naar PO
- Kostprijs: product + infuus + personeel + labo
- Afwezigheid van een gelijkaardig product

# Antibioticabeleid: introductie nieuw product

- Is er een vraag tot opname van een nieuw product?
- Medisch (klinisch) bewezen en substantieel hoger succes
- Bewezen minder nevenwerkingen indien gelijkwaardige producten
- Ecologische of financiële voordelen indien gelijkwaardige producten

# Antibioticabeleid: restricties en correcties

- Via restrictief antibiogram ?
- Via gemotiveerde voorschriften voor reserveproducten ???
- Antibiotic cycling???
- Producten voor profylaxe niet in de behandeling en vice versa
- Bepaalde producten gereserveerd voor bepaalde diensten
- Contacten labo-kliniek ("probeer geen waterputten aan te prijzen als je de malaria niet behandelt") en de kracht van de casuïstiek
- Rondgang op de diensten door microbiologen en verpleging ziekenhuishygiëne
- Waarschuwingssysteem vanuit de apotheek

# Antibioticabeleid: empirische schema's

- Sepsis van thuis: Augmentin<sup>®</sup> (+aminosuiker)
- Sepsis van het ziekenhuis: Rocephine<sup>®</sup>
- CAP: Zinacef<sup>®</sup> of Augmentin<sup>®</sup>
- Bronchopneumonie in het ziekenhuis: Rocephine<sup>®</sup>
- UTI: ofloxacine tenzij na multipele behandelingen met een quinolone
- Peritonitis: Meronem<sup>®</sup>

# Antibioticabeleid: feed-back

- Tweemaandelijks rapport van de "antibioticabeleidsgroep"
- Jaarlijks verslag van verbruik met commentaar door apotheker D. Castelein (geen nationale "software")
- Voorbeeld: site Roeselare 2006 t.o.v. 2005:
  - "De afname met 13,79 % voor een waarde van 268.023,19 € is indrukwekkend"
  - "De sterke afname van de omzet aan antibiotica is deels te wijten aan een verlaagd verbruik en anderzijds aan gevoelige prijsdalingen"
  - "Het aantal DDA/100 ligdagen is opvallend lager tijdens het tweede semester, vooral bij parenterale toediening"
- En de feed-back van de overheid?

# Antibioticabeleid: + en - punten en vragen

- Empirische behandelingschema's worden jaarlijks nauwelijks veranderd.
- Bij urosepsis gebruiken wij empirisch temocilline.
- Wij zijn grote clindamycineverbruikers en dat is nooit anders geweest.
- Ceftriaxone bij ziekenhuisverworven infectie van onbekende oorsprong houdt stand. Ceftazidime is nog altijd eerste keuze bij infecties door *Pseudomonas aeruginosa*.
- Antifungische middelen worden zelden gebruikt op ICU.
- MRSA is niet echt een probleem op ICU.
- Ciprofloxacin en levofloxacin zijn niet opgenomen in het formularium. Ook itraconazole wordt zelden gebruikt. Telithromycine kennen wij zelfs niet. Er is niet veel vraag naar linezolid.
- Wanneer kan iemand overgaan van IV naar PO?
- Hoe lang duurt een normale kuur met antibiotica?
- Is er een verband tussen het quinoloneverbruik en het optreden van *Clostridium difficile* geassocieerde diarree?
- Hoe staat het met ons meropenemverbruik?
- En de maagzuurremmers?

# En de preventie? Handhygiëne!!

- Handhygiëne campagnes nationaal en lokaal
- Gebruik van alcogel is een keerpunt geweest
- Vernieuwde belangstelling in de literatuur
- Bewustwording van het publiek
- Zou ook buiten het ziekenhuis bij behandeling van zieken een prioriteit moeten zijn
- Komt ook de zorgverleners ten goede

Opdat we aan onze patiënten  
kunnen zeggen:

« U bent in goede handen... »



Preventie van nosocomiale infecties en  
beheersing van microbiële resistentie  
door de promotie van handhygiëne

**Een 2e nationale campagne**

# Impact verbetering naleving HH op nosocomiale infecties en beheersing resistentie

*Pittet et al. Lancet 2000;356:1307-12*

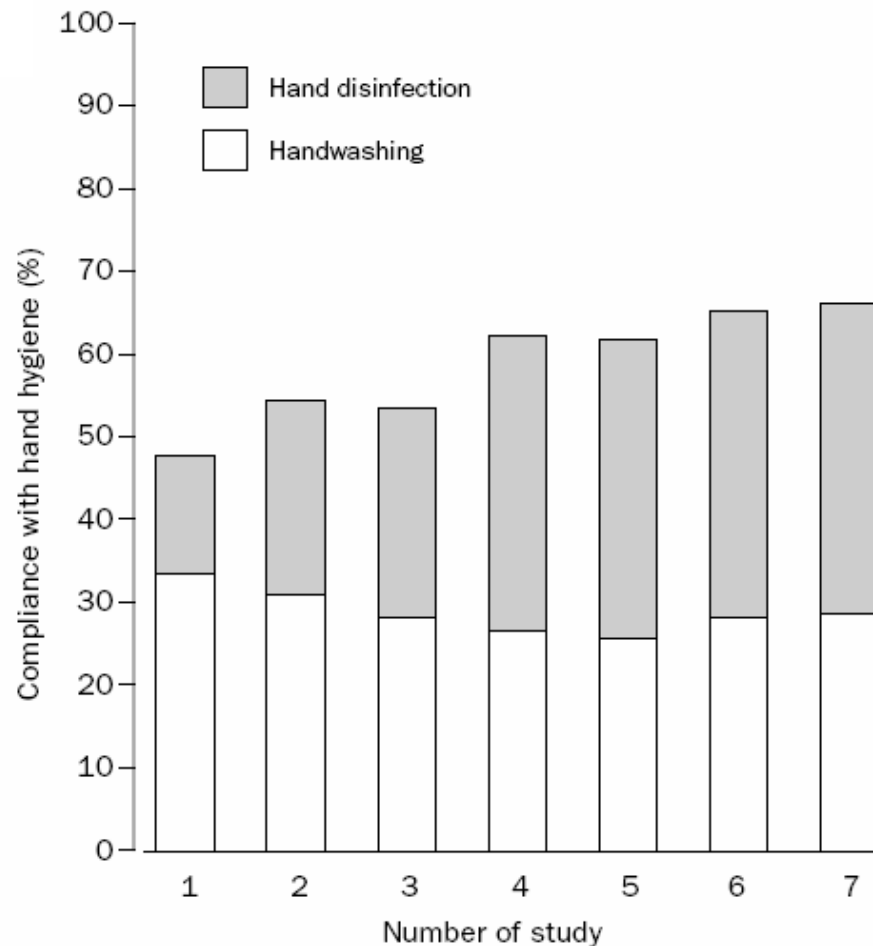


Figure 1: Hand-hygiene compliance trend during seven consecutive hospital-wide surveys, University of Geneva Hospitals, 1994-97

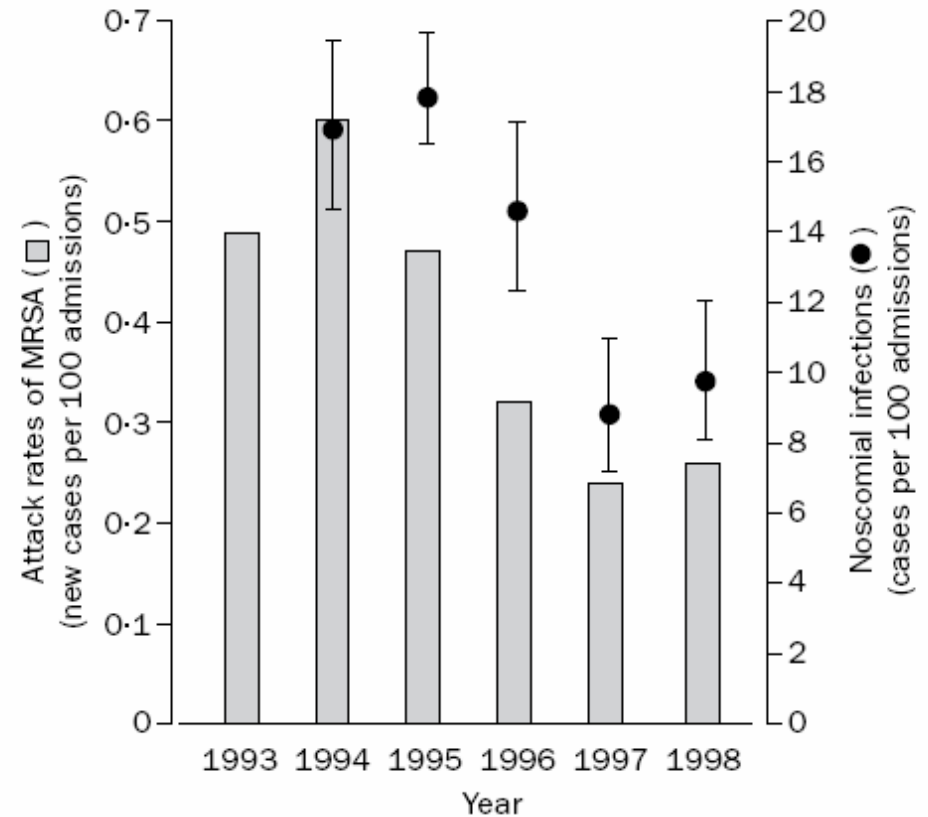
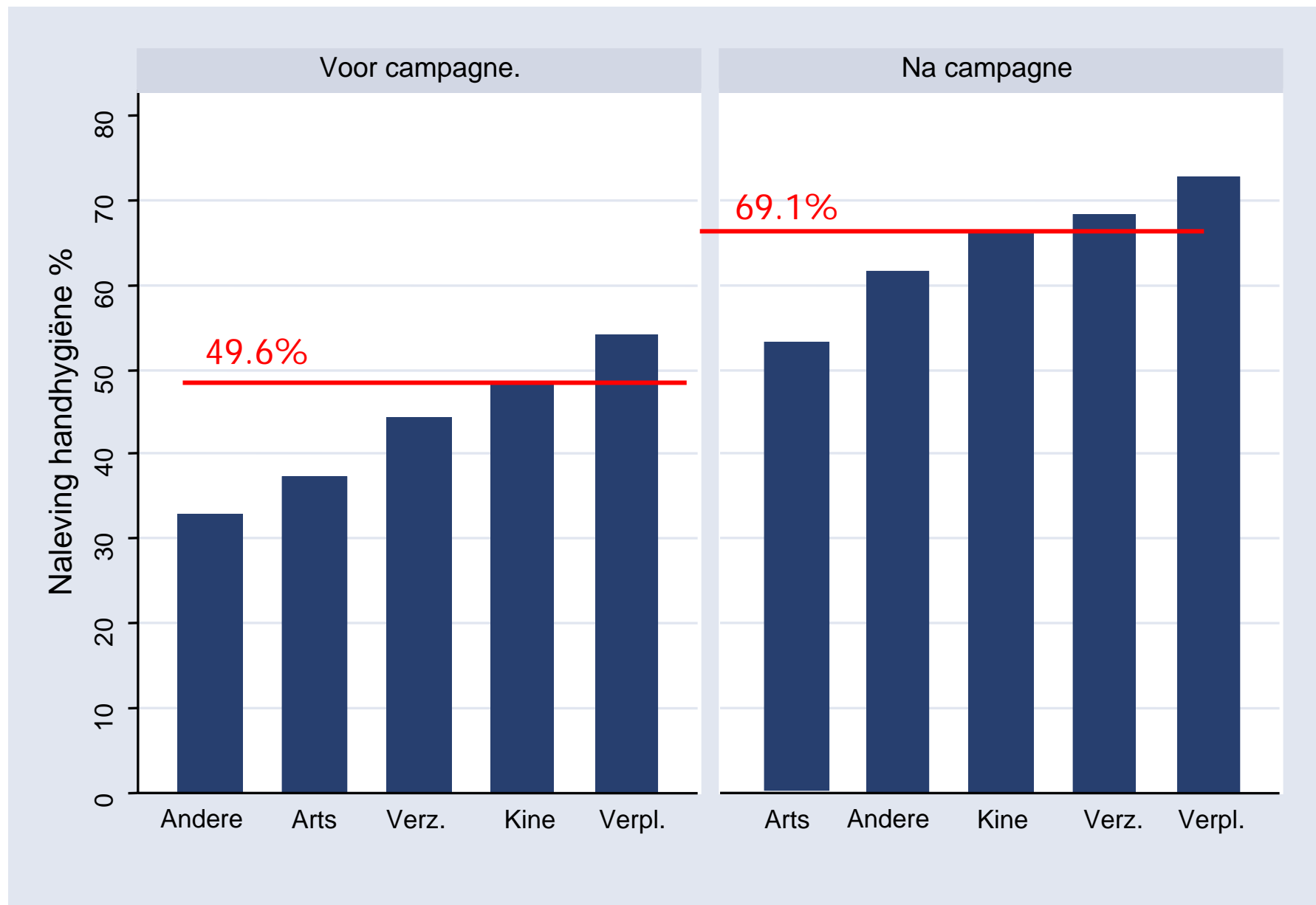


Figure 3: Trends in prevalence of nosocomial infections and annual attack rate of MRSA, 1993-98, University of Geneva Hospitals

# Naleving handhygiëne vóór en na campagne, volgens beroepsgroep



Onze resultaten

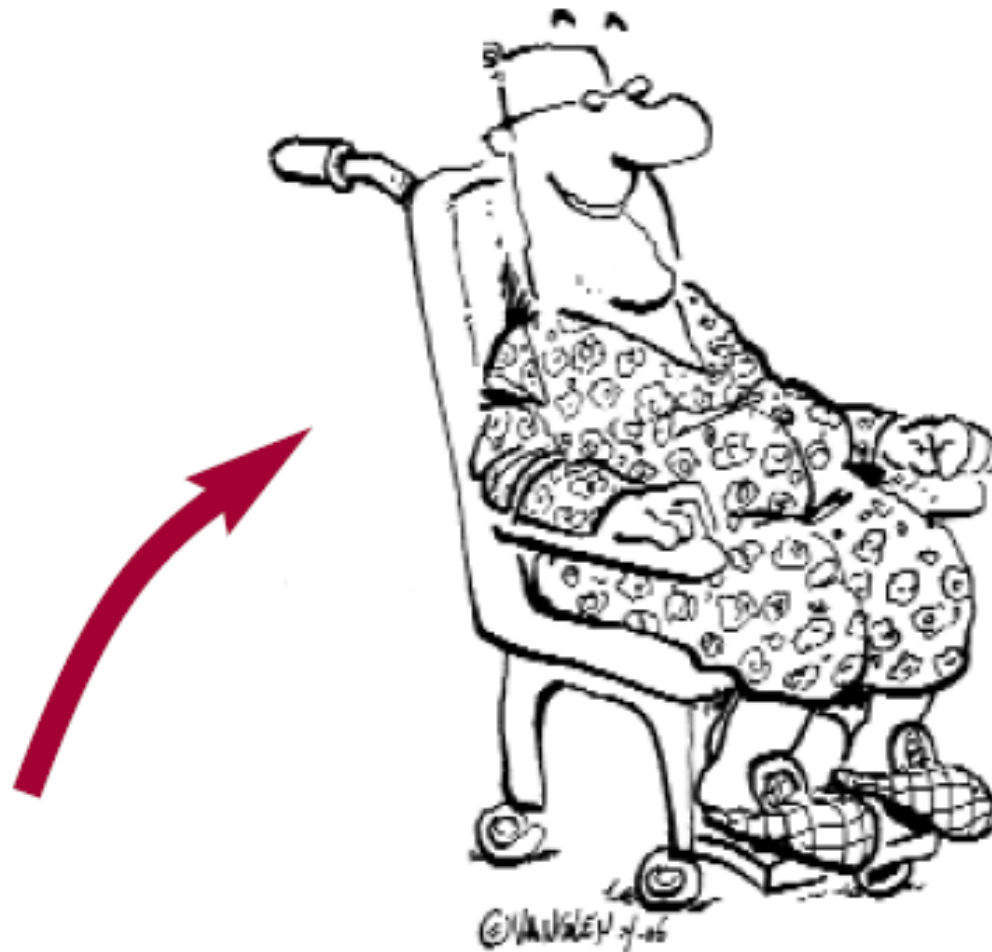
Vóór 44,3 %

Na 68,3 %



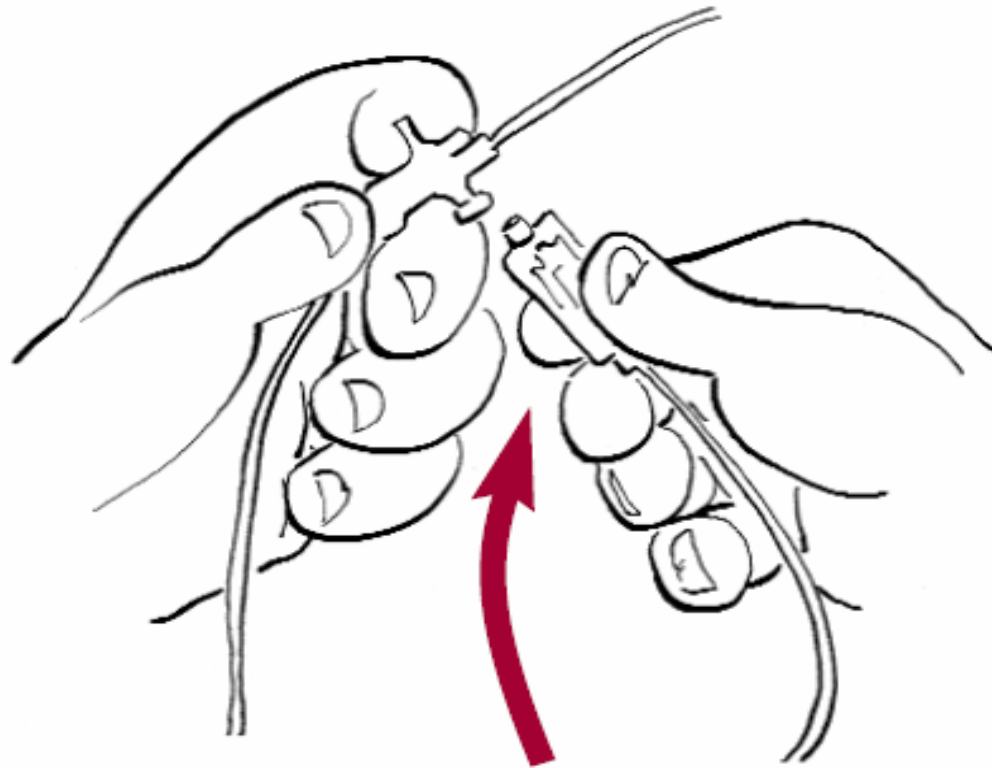
© VAUGHEN-Y.

# VÓÓR patiëntencontact

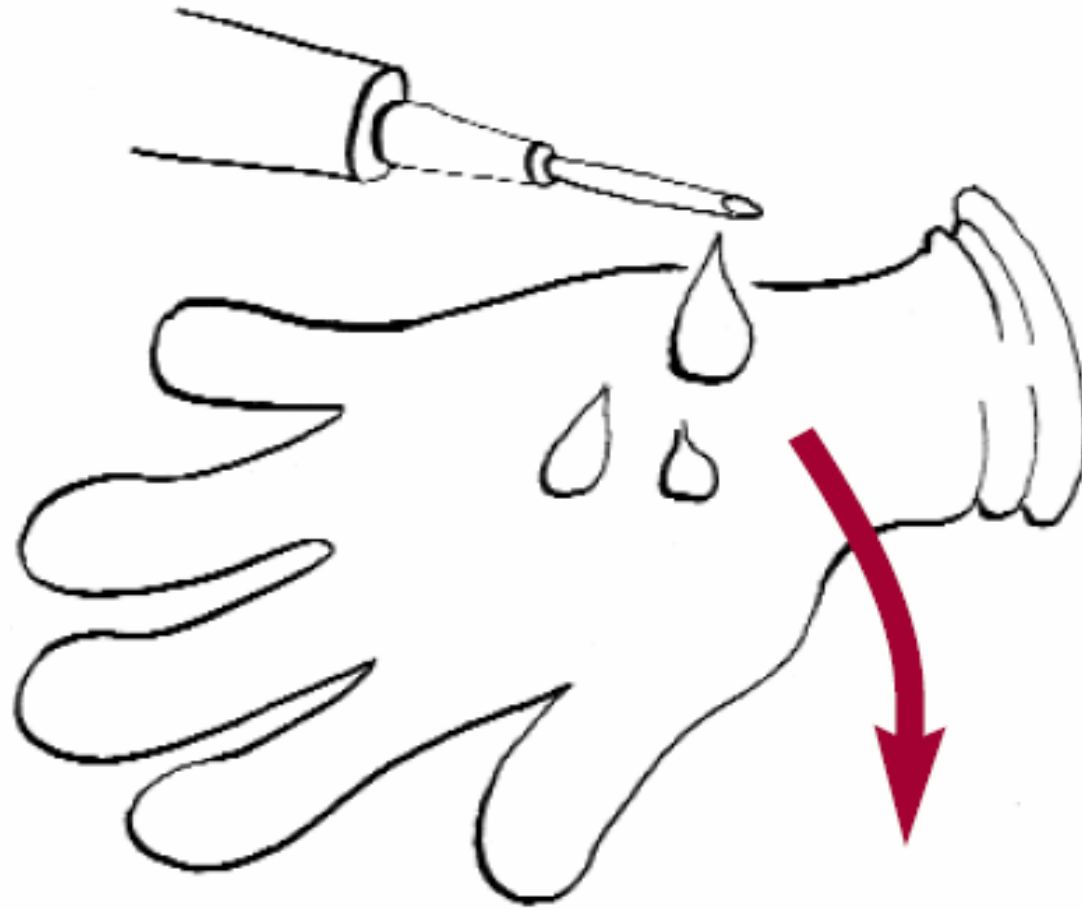




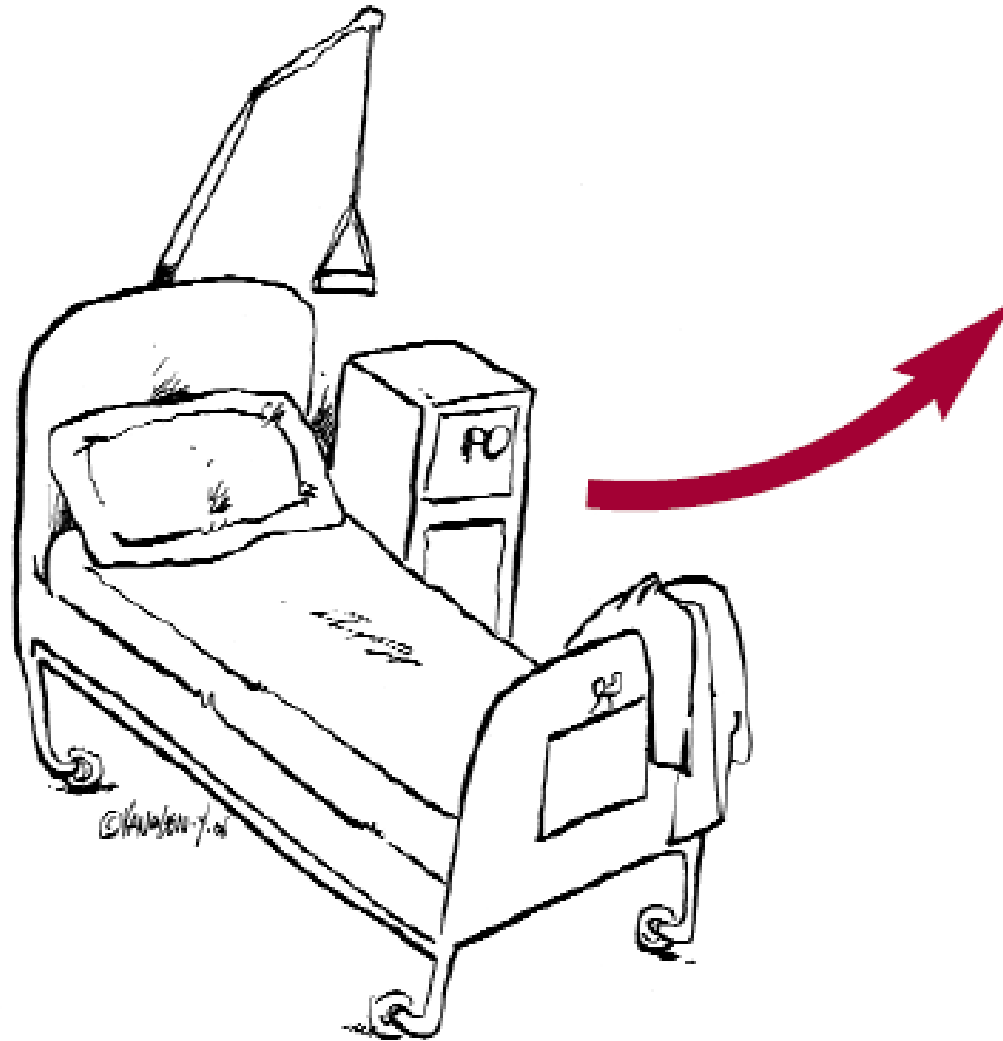
# VÓÓR een zuivere of invasieve handeling



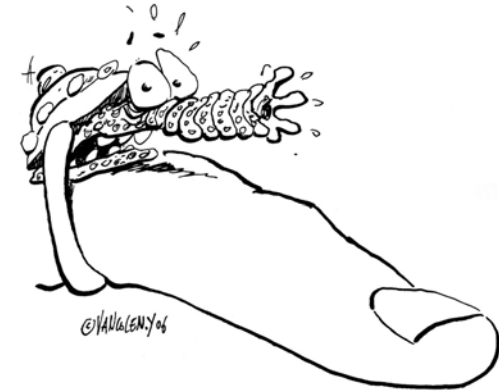
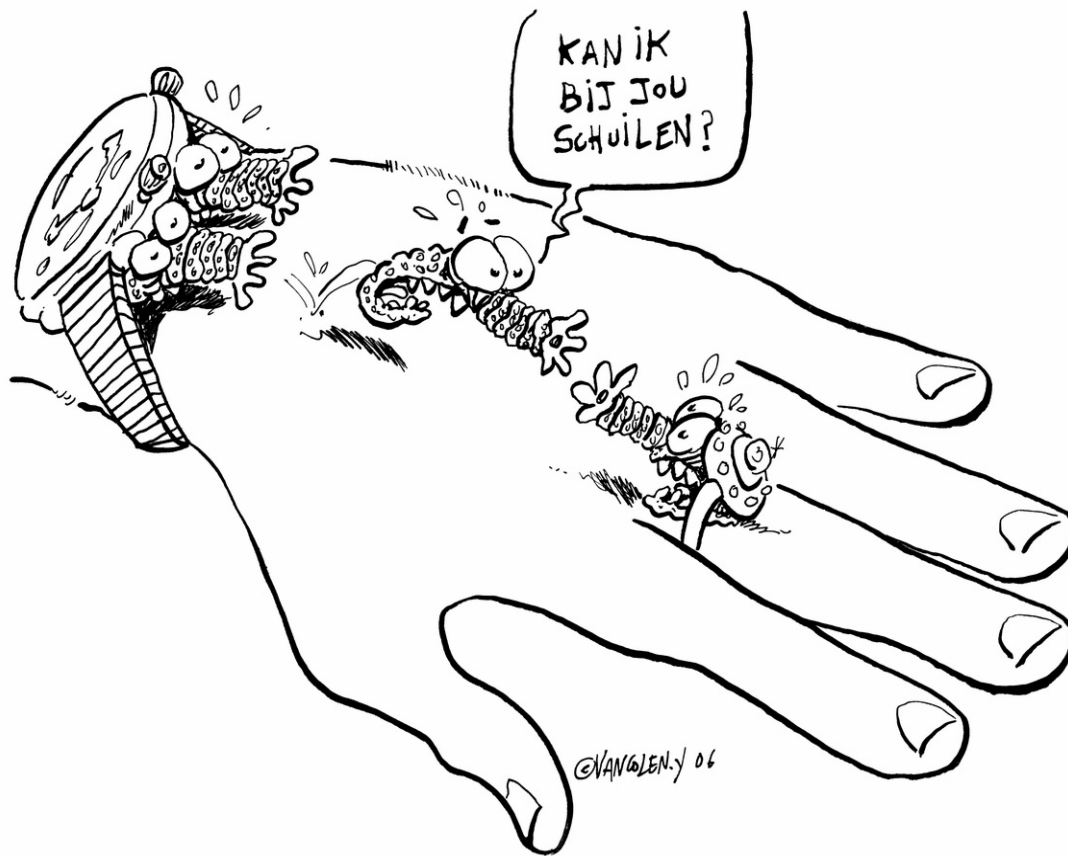
# NA blootstelling aan lichaamsvochten of slijmvliezen



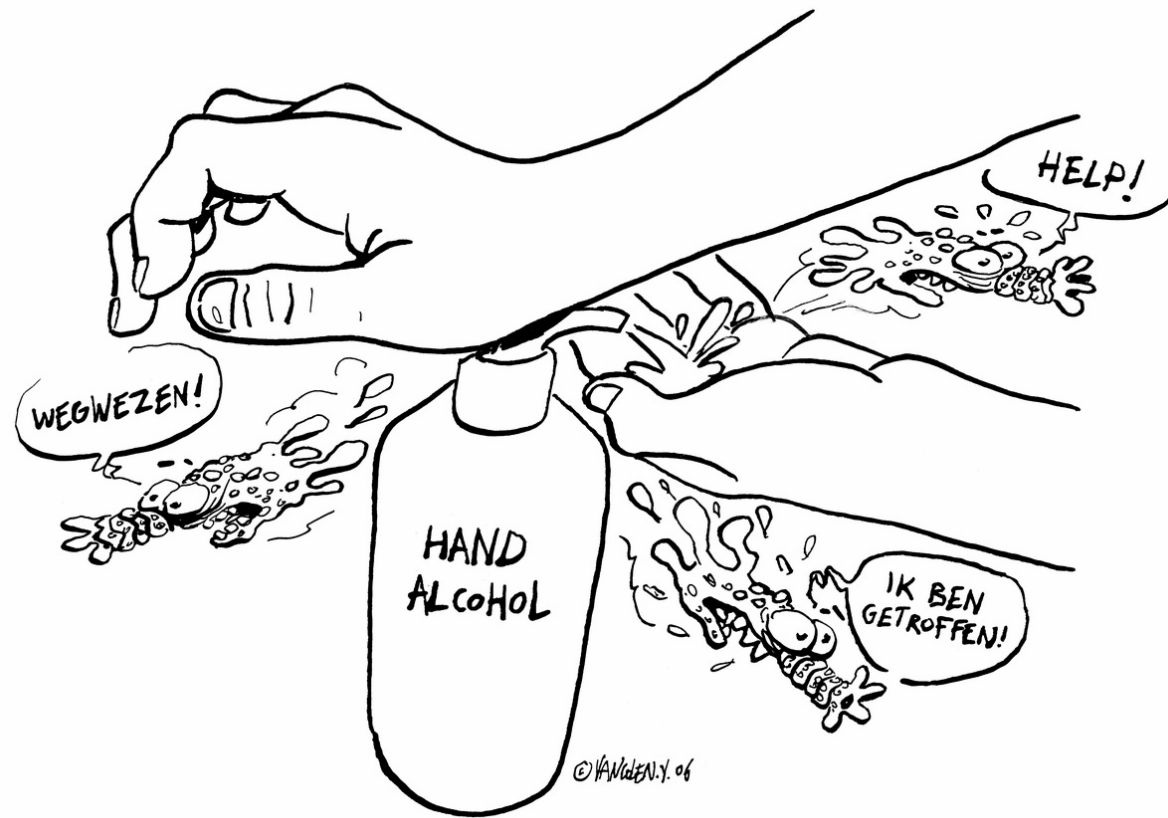
# NA contact met de directe patiëntenomgeving



# Geen juwelen, uurwerken, kunstnagels, nagellak,...



# Met een pompflacon



Neem een ruime hoeveelheid handalcohol en wrijf de handen gedurende 30 seconden in op volgende wijze:

# Zones die vaak worden vergeten bij toepassing van handhygiëne



 Zones en partie oubliées

 Zones fréquemment oubliées

Selon L.J. Taylor, BRN, SMC, Nursing Times, January 12, 1978

# Effect van handontsmetting (handalcohol) op de huidflora

**Voor  
ontsmetting**



**Na ontsmetting**

# Voordelen van handalcohol

- Doeltreffender dan water en zeep
- Ook werkzaam tegen nosocomiale pathogenen
- Snelle werking en snel uitgevoerd (30 seconden)
- Bevordert de naleving van handhygiëne
- Geen wastafel nodig
- Minder vervuilend voor het milieu
- Steeds binnen handbereik
- Minder irriterend voor de huid

*Boyce JM. Infect Control Hosp Epidemiol 2000;21:438-441*

*Daschner Fr. Am J Infect Control 2000;28: 386*



## Het enige nadeel

Handalcohol bevat geen reinigende bestanddelen. Indien de handen (zichtbaar) bevuild zijn, moeten zij eerst worden gewassen en vervolgens ontsmet.

# Quiz: inlogprocedure

- Webbased: <https://www.iph.fgov.be/handhy> of via [www.nsih.be](http://www.nsih.be)
- NSIH-code en paswoord voor instelling: te bekomen via de campagne-verantwoordelijke van eigen instelling (toegekend door het WIV)
- Nickname: kies zelf een unieke naam (bv Marc07) en onthoud deze voor vergelijking van uw score vóór en na informatiesessie

# Antibioticabeleid: het gezond verstand

- Antibioticabeleid is niet los te koppelen van infectiebeleid en ziekenhuishygiëne
- Infectiologie + ziekenhuishygiëne + antibioticabeleid: het geheel is meer dan de som van de onderdelen

Dit is de visie in het:

