

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 décembre 2003

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**visant à lutter systématiquement contre les
infections nosocomiales**

(déposée par MM. Koen Bultinck,
Guy D'haeseleer et Hagen Goyvaerts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

5 december 2003

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**tot systematische bestrijding van
ziekenhuisinfecties.**

(ingediend door de heren Koen Bultinck,
Guy D'haeseleer en Hagen Goyvaerts)

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>VLAAMS BLOK</i>	: Vlaams Blok
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>
<i>DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA : Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV : Compte Rendu Intégral, avec à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (sur papier blanc, avec les annexes)</i>	<i>CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (op wit papier, bevat ook de bijlagen)</i>
<i>CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (sur papier vert)</i>	<i>CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (op groen papier)</i>
<i>CRABV : Compte Rendu Analytique (sur papier bleu)</i>	<i>CRABV : Beknopt Verslag (op blauw papier)</i>
<i>PLEN : Séance plénière (couverture blanche)</i>	<i>PLEN : Plenum (witte kaft)</i>
<i>COM : Réunion de commission (couverture beige)</i>	<i>COM : Commissievergadering (beige kaft)</i>

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<i>Commandes :</i>	<i>Bestellingen :</i>
<i>Place de la Nation 2</i>	<i>Natieplein 2</i>
<i>1008 Bruxelles</i>	<i>1008 Brussel</i>
<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.laChambre.be</i>	<i>www.deKamer.be</i>
<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>	<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La problématique relative aux infections nosocomiales reste d'actualité. Le jeudi 23 octobre 2003, la *Gazet van Antwerpen* a titré «*Ziekenhuisbacterie vraagt snelle aanpak*» (Une bactérie nosocomiale appelle des mesures d'urgence). Comme chacun le sait, l'admission à l'hôpital s'accompagne également de son lot de victimes, notamment parmi les patients qui, lors de leur admission ou des interventions médicales qu'ils y subissent, contractent une infection, et ce, avec toutes les conséquences que cela suppose.

Pour la bonne compréhension de la problématique précitée, nous la résumerons succinctement ci-dessous¹ :

1. De quoi s'agit-il exactement ?

Les infections nosocomiales (également dénommées «infections de l'hôpital») sont des infections que contractent les patients lors ou en conséquence de leur séjour à l'hôpital, infections qui surviennent dans tous les hôpitaux. Si de 5 à 10% des patients admis à l'hôpital peuvent contracter une infection nosocomiale, ce sont surtout les patients dont la résistance immunitaire générale est amoindrie qui sont le plus susceptibles d'être atteints par ce type d'infections. Les adultes et les enfants atteints d'un cancer ou d'une leucémie sont, par exemple, extrêmement vulnérables, de même que les prématurés, les personnes âgées, les blessés, les personnes qui ont subi une opération lourde et les patients déjà infectés lors de leur admission à l'hôpital.

Les infections qui se manifestent sont, entre autres, les suivantes :

Les **infections des voies urinaires** sont les plus fréquentes et représentent plus de 30% des infections qui sont contractées dans un hôpital. La majeure partie de ces infections urinaires, à savoir 70%, sont la conséquence d'une cathétérisation de la vessie.

Les **infections traumatiques postopératoires** constituent le deuxième type le plus fréquent d'infections nosocomiales. La prévention des infections traumatiques postopératoires se situe au moment de l'intervention chirurgicale. L'environnement opératoire et la préparation du patient méritent également une attention particulière.

¹ Source : Academisch Ziekenhuis Brugge (hôpital universitaire de Bruges)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De problematiek omtrent de ziekenhuisinfecties blijft actueel. Op donderdag 23 oktober 2003 titelde *Gazet van Antwerpen* «*Ziekenhuisbacterie vraagt snelle aanpak*». Zoals iedereen weet, heeft de opname in een ziekenhuis ook haar tol, namelijk die van de, ter gelegenheid van de opname en bijhorende medische ingrepen, opgedane infecties met alle kwalijke gevolgen van dien.

Voor een goed begrip volgt er een kort overzicht van de bedoelde problematiek¹:

1. Waarover gaat het precies?

Ziekenhuisinfecties (ook wel nosocomiale infecties genoemd) zijn infecties die optreden bij patiënten tijdens of in aansluiting op hun verblijf in het ziekenhuis. Ze komen voor in alle ziekenhuizen. Men stelt dat 5 tot 10% van de opgenomen patiënten een nosocomiale infectie kunnen oplopen. Vooral mensen met een daling van de algemene weerstand zijn vatbaarder voor infecties. Volwassenen en kinderen met kanker en leukemie zijn erg kwetsbaar, alsook vroeg geboren en bejaarden, gewonden, personen die een zware operatie ondergingen en reeds bij opname geïnfecteerde personen.

De infecties die zich ondermeer voor doen zijn de volgende:

Urineweginfecties vormen het grootste deel van de infecties die in een ziekenhuis verworven worden, namelijk meer dan 30%. Het grootste gedeelte van deze urineweginfecties, nl. 70%, is het gevolg van een blaaskatheterisatie.

De **postoperatieve wondinfecties** zijn de tweede meest voorkomende nosocomiale infectie. De preventie van postoperatieve wondinfecties situeert zich op het moment van de chirurgische ingreep. De operatieve omgeving en de voorbereiding van de patiënt verdienen eveneens speciale aandacht.

¹ Bron: Academisch Ziekenhuis Brugge

Les **infections des voies respiratoires** arrivent en troisième position dans le classement des infections nosocomiales, dont elles représentent 10 à 17%. Le taux de mortalité résultant de ces infections des voies respiratoires est de 28 à 37%. La plupart des pneumonies nosocomiales bactériennes sont dues à l'aspiration de bactéries, qui colonisent le pharynx et le tractus gastrointestinal supérieur du patient : 45% des adultes sains font cette aspiration durant leur sommeil. Ce risque est encore plus grand, notamment, chez les patients ayant une conscience diminuée et chez les patients intubés.

Le placement d'un **cathéter intravasculaire** entraîne un risque important de septicémie. Environ la moitié des septicémies nosocomiales sont liées à la présence d'un cathéter intravasculaire. Le risque de septicémie dans le cas de cathéters intravasculaires centraux s'élève à 3 à 10% et le taux de mortalité, à environ 20%.

2. Quelles en sont les principales conséquences ?

Il ne faut surtout pas sous-estimer les conséquences des maladies nosocomiales. Elles coûtent très cher à la collectivité en raison de leur prévalence. Le coût des infections nosocomiales se mesure généralement de trois façons : la prolongation de la durée d'hospitalisation, le coût supplémentaire par hospitalisation et les décès, attribuables directement ou indirectement aux infections nosocomiales.

La **prolongation de la durée d'hospitalisation** est le temps supplémentaire que le patient doit rester à l'hôpital en raison de son infection. Cette période est la plus longue dans les cas d'infections postopératoires de plaies (=7 journées en moyenne). Les infections des voies urinaires nécessitent globalement peu de journées d'hospitalisation supplémentaires. Les infections des voies respiratoires et les septicémies allongent le plus le séjour à l'hôpital, mais sont heureusement les plus rares.

Les **coûts financiers** par type d'infection nosocomiale sont plus difficiles à calculer précisément. Le coût le plus élevé est occasionné par les infections des voies respiratoires (= en moyenne 5 000) ; ces patients séjournent habituellement dans le service des soins intensifs.

Des patients souffrant d'une infection nosocomiale, 1 sur 100 **décède** des suites de l'infection nosocomiale proprement dite ; 3 sur 100 décèdent des suites, entre autres, d'une infection nosocomiale. Les infections nosocomiales occupent le 4^e rang sur la liste des causes de mortalité aux États-Unis.

Infecties van de **luchtwegen** bekleden de derde plaats in het geheel van de ziekenhuisinfecties. Ze vertegenwoordigen 10 tot 17% van de nosocomiale infecties. De mortaliteit tengevolge van deze luchtweginfecties bedraagt 28 tot 37%. De meeste bacteriële nosocomiale pneumonieën treden op door aspiratie van bacteriën die de farynx en de bovenste gastro-intestinale tractus van de patiënt koloniseren: 45% van de gezonde volwassenen aspireren tijdens hun slaap. Dit risico is nog veel groter bij o.a. patiënten met verminderd bewustzijn en bij geïntubeerde patiënten.

Het plaatsen van een **intravasculaire katheter** houdt een belangrijk risico in op sepsis. Ongeveer de helft van de nosocomiale sepsis houdt verband met de aanwezigheid van een intravasale katheter. De kans op sepsis bij centraal intravasale katheters bedraagt 3 tot 10% en de mortaliteit ongeveer 20%.

2. Wat zijn hoofdzakelijk de gevolgen?

De gevolgen van ziekenhuisinfecties kunnen en mogen vooral niet worden onderschat. Omdat ze vaak voorkomen, kosten ze de gemeenschap veel geld. De kost van ziekenhuisinfecties wordt meestal op 3 wijzen gemeten: de verlengde hospitalisatieduur, de extra kostprijs per hospitalisatie en de mortaliteit, rechtstreeks of onrechtstreeks toe te schrijven aan ziekenhuisinfecties.

De **verlengde hospitalisatieduur** is de tijd die de patiënt langer in het ziekenhuis moet verblijven omwille van zijn infectie. Deze periode is het grootst bij postoperatieve wondinfecties (=gemiddeld 7 dagen). Urineweginfecties vergen globaal weinig extra hospitalisatiedagen. Luchtweginfecties en septicaemieën verlengen de hospitalisatieduur het meest, maar treden gelukkig het minst vaak op.

Minder accuraat te berekenen zijn de **financiële kosten** per type ziekenhuisinfectie. De hoogste kost wordt verwekt door de luchtweginfecties (=gemiddeld 5.000); deze patiënten verblijven meestal op de intensieve zorgafdeling.

Van de patiënten met een ziekenhuisinfectie **overlijdt** 1 op 100 rechtstreeks tengevolge van de ziekenhuisinfectie; 3 op 100 overlijden mede tengevolge van een ziekenhuisinfectie. Nosocomiale infecties nemen de 4de plaats in onder de doodsoorzaken in de Verenigde Staten.

3. Quelles mesures ont été prises afin de lutter contre les infections provoquées par des bactéries nosocomiales ?

Une étude américaine² a démontré, dès 1970, que n'importe quel hôpital pouvait diminuer d'un tiers les infections en établissant un programme de lutte intensive contre les infections. Ce programme doit prévoir une «surveillance» et un contrôle organisés, la présence d'un médecin ou d'un infirmier hygiéniste hospitalier formé par 250 lits et l'établissement systématique de rapports adressés aux chirurgiens sur le taux d'apparition des infections.

Quelle est la situation actuelle au sein des hôpitaux belges ?

Depuis 1988³, une législation relative à l'hygiène en milieu hospitalier détermine, notamment, les fonctions des médecins, des infirmiers et des hygiénistes hospitaliers. Quelques années auparavant, un arrêté royal avait imposé la création d'un Comité d'hygiène hospitalière dans chaque établissement hospitalier⁴.

La principale tâche de l'hygiéniste hospitalier consiste à prévenir et à lutter contre les infections nosocomiales (infections résultant d'une complication du traitement suivi par le patient en milieu hospitalier). Il lui incombe donc concrètement de «surveiller» les infections nosocomiales, d'élaborer, de mettre en œuvre et de remanier les procédures en la matière, d'agir en tant qu'interlocuteur sur le terrain pour les questions relatives à l'hygiène hospitalière et de rechercher les sources d'infections et les germes.

La législation belge⁵ fixe le nombre d'infirmiers et de médecins hygiénistes hospitaliers qui peuvent bénéficier d'un financement dans chaque institution et détermine les problèmes dont ils doivent s'occuper. Dans la plupart des hôpitaux (comptant moins de 600 lits) l'infirmier ne pourra consacrer qu'une partie de son temps de travail (voire quelques heures par semaine) à l'hygiène hospitalière⁶. La charge de travail élevée ainsi que l'ampleur et la variété des tâches à accomplir par l'hygiéniste hospitalier hypothèquent de manière non négligeable l'objectif à atteindre, à savoir lutter contre

3. Welke maatregelen werden genomen om de besmetting door ziekenhuisbacteriën aan te pakken?

Een Amerikaanse studie² toonde in 1970 reeds aan dat elk ziekenhuis de infecties met 1/3^e kan vermindern door een intensief infectie programma op te stellen. Dit moet bestaan uit: een georganiseerde «surveillance» en controle, de aanwezigheid van een opgeleide geneesheer en verpleegkundige ziekenhuishygiënisten per 250 bedden en het systematisch rapporteren van het infectiepercentage aan de chirurgen.

Hoe is de situatie nu in de Belgische ziekenhuizen?

Sedert 1988³ is er een wetgeving inzake ziekenhuishygiëne waarin de functies van ondermeer geneesheren, verpleegkundigen en ziekenhuishygiënisten zijn vastgelegd, nadat enkele jaren voordien de oprichting van een Comité voor ziekenhuishygiëne in elk ziekenhuis wettelijk werd verplicht⁴.

De voornaamste taak van de ziekenhuishygiënisten bestaat erin om ziekenhuisinfecties (zijn het gevolg van besmettingen die optreden als een verwikkeling van de behandeling die de patiënt in het ziekenhuis ondergaat) te bestrijden en te voorkomen. Concreet betekent dit de «surveillance» van nosocomiale infecties, het opstellen, implementeren en herwerken van procedures, fungeren als aanspreekpunt voor ziekenhuishygiëne op de werkvloer, opsporen van de bron van infecties en kiemen.

De Belgische wetgeving⁵ bepaalt hoeveel verpleegkundigen - en geneesheren - ziekenhuishygiënisten gefinancierd kunnen worden in elke instelling en om welke problemen zij zich moeten bekommeren. In de meeste ziekenhuizen (minder dan 600 bedden) zal de verpleegkundige slechts een deel van de werktijd (of zelfs slechts enkele uren per week) kunnen besteden aan de ziekenhuishygiëne⁶. Het probleem van de hoge werklust en het gevarieerde en omvangrijke takenpakket van ziekenhuishygiënisten hypothekeert in niet onbelangrijke mate het te verwezenlijken doel, namelijk het be-

² Robert Haley (USA, 1970): project SENIC: Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control

³ Arrêté royal du 30 décembre 1988

⁴ Arrêté royal du 24 avril 1974

⁵ Cf. note de bas de page 4

⁶ Étude effectuée par : l'Institut scientifique de Santé publique, Bruxelles, le Service d'hygiène hospitalière de l'U.C.L., Bruxelles et la Eeuwfeestkliniek, Anvers. => « L'hygiéniste hospitalier belge en 2002 : Qui est-il ? Que fait-il ? Quels moyens utilise-t-il », E. Leens, C. Suetens, B. Jans, A. Simon, J.P. Sion, L. Sourdeau, S. Quoilin

² Robert Haley (USA, 1970): project SENIC: Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control

³ K.B. 30 december 1988

⁴ K.B. 24 april 1974

⁵ zie voetnoot 4

⁶ Studie door: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Brussel, U.C.L. Dienst ziekenhuishygiëne, Brussel en de Eeuwfeestkliniek, Antwerpen. => « De Belgische ziekenhuishygiënisten anno 2002 : Wie is hij? Wat doet hij? Met welke middelen werkt hij? », E. Leens, C. Suetens, B. Jans, A. Simon, J.P. Sion, L. Sourdeau, S. Quoilin

les infections nosocomiales. En 1998, le ministre de la Santé publique⁷ a augmenté le nombre d'équivalents temps plein chargés de l'hygiène hospitalière. Il ressort de l'étude susmentionnée que cette augmentation n'a été, dans de nombreux cas, que théorique et qu'elle n'a donné aucun résultat concret.

Les griefs formulés à l'égard des difficultés liées à la réalisation de l'ensemble des missions concernent essentiellement les contraintes administratives afférentes à l'enregistrement des infections nosocomiales. Les médecins souhaiteraient surtout pouvoir consacrer plus de temps à la collaboration entre hôpitaux, à l'organisation du service d'hygiène hospitalière, à la lecture régulière de la littérature spécialisée et souhaitent également pouvoir, en l'occurrence, déléguer le travail administratif.

L'hygiène hospitalière n'a rien à voir, en tant que telle, avec l'hygiène personnelle ou l'hygiène de travail du personnel. Entre-temps, Les autorités ont en effet étendu cette responsabilité à la lutte et à la prévention globales des complications dont le ou la patient(e) peut être victime au cours de son séjour dans l'hôpital, et ce, sur le plan social, psychique et physique.

Les hygiénistes hospitaliers ne peuvent évidemment pas vaincre à eux-seuls les infections nosocomiales. Tous les membres du personnel, et surtout les médecins et les infirmiers, doivent être informés des principes de l'hygiène hospitalière et, dès lors, les appliquer.

L'hygiène défectueuse des systèmes de ventilation ou de chauffage et la résistance des bactéries aux antibiotiques constituent un autre problème très grave. Des données récentes montrent en effet qu'il convient également d'approfondir les recherches sur les antibiotiques. Il faudra constituer des réserves contre les bactéries nosocomiales. Il ne resterait plus qu'un seul antibiotique encore efficace. La question est la suivante : pour combien de temps ?

4. *Qui rassemble les données ?*

Le *Center for Disease Control* aux États-Unis a publié une étude très détaillée sur la problématique des infections nosocomiales. Cet organisme enregistre avec exactitude les infections nosocomiales. En Belgique, cette tâche est essentiellement accomplie par l'Institut scientifique de santé publique.⁸ Outre le personnel hospitalier particulier, il y a donc également la participation de l'ISSP. Cet institut est responsable du contrôle

strijs van ziekenhuisinfecties. In 1998 verhoogde de minister van Volksgezondheid⁷ het aantal «voltijds equivalenten» (VTE) in ziekenhuishygiëne. Het hiergenoemde onderzoek wees uit dat deze verhoging in vele gevallen louter theoretisch is en geen daadwerkelijke resultaten opleverde.

De grieven i.v.m. het zware takenpakket gaan vooral over de lasten van administratie die bij het aspect registratie van ziekenhuisinfecties komt kijken. Zo willen de geneesheren voornamelijk meer tijd kunnen spenderen aan ziekenhuisoverschrijdende samenwerking, organisatie van de dienst ziekenhuishygiëne, bijhouden van vakliteratuur en ook hier het delegeren van administratief werk.

Ziekenhuishygiëne heeft als dusdanig niets te maken met de persoonlijke hygiëne of de arbeidshygiëne van het personeel. De overheid breidde deze verantwoordelijkheid inmiddels uit naar het globaal bestrijden en vermijden van verwickelingen die de patiënt kan oplopen tijdens zijn of haar verblijf in het ziekenhuis, en dit op sociaal, psychisch en fysisch vlak.

De ziekenhuishygiënisten kunnen de strijd tegen nosocomiale infecties natuurlijk niet alleen aan. Alle personeelsleden, en dan voornamelijk artsen en verpleegkundigen, moeten op de hoogte zijn van de principes van de ziekenhuishygiëne en deze dan ook terdege toepassen.

De gebrekkige hygiëne van ventilatie – of verwarmingssystemen en de resistentie van bacteriën tegen antibiotica is een ander zeer acuut probleem. Uit recente gegevens blijkt immers dat er ook meer onderzoek moet komen naar antibiotica. Er zullen moeten reserves worden aangelegd tegen de ziekenhuisbacterie. Er zou maar één antibioticum overblijven dat nog werkt. De vraag is: hoe lang nog?

4. *Wie brengt de gegevens in kaart?*

Het Center for Disease Control in de Verenigde Staten heeft omtrent de ziekenhuisinfectie - problematiek een zeer gedetailleerde studie afgeleverd. Deze instelling houdt zich bezig met een zeer nauwgezette registratie van ziekenhuisinfecties. In België wordt deze taak voornamelijk uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Naast bijzonder ziekenhuispersoneel, is er dus nog de bijdrage die het W.I.V.⁸

⁷ Moniteur belge du 31 décembre 1998

⁸ Institut scientifique de santé publique

⁷ MB van 31 december 1998

⁸ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

des infections nosocomiales, coordonne la «surveillance», mais travaille davantage sur la base d'estimations, plutôt que sur la base d'un enregistrement systématique et exhaustif.

Il communique ses résultats sous la forme de rapports, présentations orales et de publications. Les hôpitaux sont libres de collaborer ou non avec l'ISSP. À l'issue de chaque période au cours de laquelle ils sont suivis par l'ISSP, ils se voient remettre un rapport détaillé contenant des observations et d'éventuelles recommandations.

Depuis 2000, en Communauté flamande, les hôpitaux sont en outre tenus, conformément au décret relatif à la gestion de la qualité⁹, de transmettre leurs données relatives aux infections nosocomiales aux autorités flamandes.

Ainsi qu'il ressort de ces données, la collaboration avec l'ISSP est facultative, ce qui n'est pas vraiment de nature à favoriser un rapportage complet sur la situation réelle en matière d'infections nosocomiales.

La précédente ministre de la Santé publique, Magda Aelvoet, était intimement convaincue de la haute importance de la prise de mesures. Elle fournissait dès lors les données chiffrées nécessaires pour étayer son point de vue.

La problématique des infections nosocomiales ayant récemment ressurgi, on est en droit de s'interroger sur l'état d'avancement des interventions des pouvoirs publics en la matière.

5. Conclusion

À la lumière de ces données, il s'avère que la problématique des infections nosocomiales est plus actuelle et plus épineuse que jamais. C'est précisément pour cette raison qu'il est indispensable que les autorités déploient des efforts supplémentaires afin de limiter au maximum les dommages physiques, psychiques, financiers et sociaux résultant des infections nosocomiales.

⁹ Le décret relatif à la gestion de la qualité dans les établissements d'aide sociale, tel qu'il a été adopté par le Parlement flamand le 16 avril 1997.

levert. Dit instituut is verantwoordelijk voor de bewaking van de ziekenhuisinfecties, coördineert de «surveillance», maar werkt veeleer op basis van schattingen en niet zozeer volgens een systematische en volledige registratie.

Ze maakt haar resultaten bekend in de vorm van rapporten en door mondelinge presentaties en publicaties. De ziekenhuizen zijn echter vrij om al dan niet samen te werken met het W.I.V.. Na elke periode dat ze door het W.I.V. worden gevolgd, krijgen zij een uitvoerig verslag met opmerkingen en eventuele aanbevelingen.

Daarenboven wordt vanaf het jaar 2000 op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap, naar aanleiding van het kwaliteitsdecreet⁹ van de ziekenhuizen geëist dat zij hun gegevens over ziekenhuisinfecties rapporteren aan de Vlaamse overheid.

Zoals blijkt uit deze gegevens is de samenwerking met het W.I.V. vrijblijvend en dat is niet bepaald bevorderlijk voor een degelijke rapportering over de ware toestand i.v.m. de ziekenhuisinfecties.

Voormalig minister van Volksgezondheid, Magda Aelvoet was er stellig van overtuigd dat het uitvoeren van metingen zeer belangrijk is. Ze toonde dit dan ook aan met de nodige cijfergegevens.

Nu recent de problematiek van de ziekenhuisinfecties alweer opklaarde, rijst de vraag naar de stand van zaken op dit ogenblik i.v.m. het overheidsoptreden in deze materie.

5. Conclusie

Na al deze gegevens moge duidelijk blijken dat de problematiek van de ziekenhuisinfecties meer dan ooit actueel en acuut is. Precies daarom is het noodzakelijk dat de overheid extra inspanningen doet om maximaal de fysieke, psychische, financiële en sociale schade als gevolg van ziekenhuisinfecties te beperken.

Koen BULTINCK (Vlaams Blok)
Guy D'HAESELEER (Vlaams Blok)
Hagen GOYVAERTS (Vlaams Blok)

⁹ Het decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, zoals aangenomen in het Vlaams Parlement 16 april 1997.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A) Vu la nécessité de soins de santé fiables et de qualité ;

B) Considérant que la durée d'hospitalisation est prolongée suite à de nombreuses infections nosocomiales ;

C) Considérant que la prolongation de la durée d'hospitalisation entraîne une augmentation des dépenses de sécurité sociale;

D) Vu le coût social et la souffrance psychique occasionnés par une maladie qui se prolonge, et même les décès fréquents qui résultent – en partie ou non - d'infections nosocomiales ;

E) Considérant la charge élevée de travail et l'ensemble très vaste et varié des tâches du médecin hygiéniste hospitalier ;

F) Considérant la problématique de la résistance aux antibiotiques ;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL,

1. de prendre de manière générale toutes les mesures nécessaires pour réduire drastiquement et systématiquement le nombre d'infections nosocomiales dans l'intérêt de la santé publique générale;

2. de mettre tout en œuvre afin d'améliorer le soutien des hygiénistes hospitaliers (les médecins et les infirmiers) en vue de leur permettre de se concentrer de manière soutenue sur leurs tâches essentielles;

3. d'augmenter le nombre d'hygiénistes hospitaliers jusqu'à ce qu'il réponde à la norme internationale;

4. d'améliorer l'accompagnement et le contrôle en ce qui concerne la problématique des infections nosocomiales par l'intermédiaire de l'Institut scientifique de la Santé publique;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A) Gelet op de noodzaak aan goede, degelijke en betrouwbare gezondheidszorg;

B) Gelet op de verlengde hospitalisatieduur die het gevolg is van menige ziekenhuisinfecties;

C) Gelet op de extra kosten die een verlengde hospitalisatieduur meebrengt voor de sociale zekerheid;

D) Gelet op de sociale kosten en het psychische lijden van een verlengde ziekteduur en zelfs de veelvoorkomende mortaliteit als - al dan niet gedeeltelijk - gevolg van ziekenhuisinfecties,

E) Gelet op de hoge werklast en het zeer gevarieerde en omvangrijke takenpakket van de ziekenhuishygiënisten;

F) Gelet op de problematiek van resistentie tegen o.a. de antibiotica;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING,

1. om in het algemeen alle maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn om het aantal ziekenhuisinfecties drastisch en systematisch terug te dringen ten behoeve van de algehele volksgezondheid;

2. om alles in het werk te stellen voor een betere ondersteuning van de ziekenhuishygiënisten (de geneesheren en de verpleegkundigen) met het oog op een doorgedreven concentratie op hun kerntaken;

3. om het aantal ziekenhuishygiënisten op te trekken tot de internationale norm;

4. om te voorzien in een betere begeleiding en controle wat de ziekenhuisinfectieproblematiek betreft via het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid;

5. d'effectuer une étude poussée concernant la diminution de l'efficacité des antibiotiques;

6. de se concerter systématiquement avec les communautés dans le cadre de leur compétence en matière de prévention.

6 novembre 2003

5. om een doorgedreven onderzoek te doen naar de tanende effectiviteit van antibiotica;

6. om met de gemeenschappen systematisch te overleggen in het kader van hun preventiebevoegdheid.

6 november 2003

Koen BULTINCK (Vlaams Blok)
Guy D'HAESELEER (Vlaams Blok)
Hagen GOYVAERTS (Vlaams Blok)