



Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière
Belgische Vereniging voor Ziekenhuishygiëne

BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriële :
VOL. XV n° 3
3^{de} kwartaal 2011
Uitgifte kantoor :
België - Belgique
Brussel - Bruxelles X
P.B. 1/3542

Verantwoordelijke uitgever :
A. Simon
UCL - Ziekenhuishygiëne
Tour Franklin - 2 sud Mounierlaan
B – 1200 - BRUSSEL

EDITORIAAL

Confidentialiteit of transparantie, bekendmaking van de indicatoren van de programma's ter beheersing van zorggerelateerde infecties of niet ?

P. Demol, voorzitter van het federale platform

Inleiding

Het koninklijk besluit van april 2007 bepaalt dat « het team van ziekenhuishygiëne instaat voor de surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen ». Moeten die indicatoren confidentieel blijven, of moeten ze publiek worden gemaakt?

Waarom zou een medische fout een publieke vergelijking niet te hoeven ondergaan en waarom zou onderzoek ernaar geheim moeten blijven?

Voor een persoonlijke aankoop is het gebruikelijk prijs en kwaliteit van het product te vergelijken, ook al is dit niet altijd makkelijk. De informatie van de verkoper is vaak nogal gekleurd door de verkoopscmissie die hij krijgt en die al naargelang het product kan variëren.

Daarom doen we beroep op vergelijkende informatie van verbruikersorganisaties. Die informatie lijkt wel oprecht, toch kunnen vragen worden gesteld bij de expertise waarmee die informatie wordt vergaard.

Wanneer we met een gezondheidsprobleem te kampen hebben vallen we gewoonlijk terug op het vertrouwen in de geneeskunde. Dit vertrouwen is echter lang niet meer zo vanzelfsprekend en komt steeds meer in het gedrang door de reflex om altijd maar het beste te willen tegen de scherpste prijs, wat niet onredelijk lijkt.

Er zal dus belangstelling komen van het publiek, dat zal kiezen voor het ziekenhuis met het minste aantal gevallen van ziekenhuisinfecties (ZI), en van verbruikersorganisaties. Die zullen de resultaten willen inkijken van studies die de ziekenhuishygiëne (ZH) in verschillende ziekenhuizen vergelijken om op basis daarvan een voorkeur uit te spreken voor bepaalde verzorgingsinstellingen.

Iedereen weet nochtans dat een vergelijking nog geen argument is en zeker op vlak van gezondheid.

De indicatoren

In een vergelijking sluipt nogal eens systematische fouten. Op vlak van pathologie (case mix) verschillen ziekenhuizen. Een standaard voor definities van infecties is er niet en als er al een is, kan de praktische toepassing van de definitie verschillen (bijv. voor de infecties van operatiewonden). Of de infectie zelf is moeilijk vast te stellen (bijv. infecties als gevolg van kunstmatige beademing), of de diagnosemethodes van labo's zijn niet altijd dezelfde, ...

Welke indicatoren?

Gewoonlijk wordt een onderscheid gemaakt tussen resultaat-, proces- en structuurindicatoren.

Op het eerste zicht zijn de resultaatindicatoren (zoals ZI incidentie) de meest nuttige, maar tegelijk zijn het net die resultaten die het meest onderhevig zijn aan de systematische fouten waarover we het net hadden.

Proces- (bv. handhygiënecompliance) of structuur- (bv. aanwezigheid van referentieverpleegkundigen ZH) indicatoren zijn makkelijker vast te stellen, maar zonder duidelijk verband met de resultaten lijken ze minder relevant.

Benchmarking in rijke landen

Een recent overzichtartikel⁽¹⁾ vergelijkt de ontwikkelingen op het vlak van benchmarking* en de publicatie ervan in Frankrijk, Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten voor wat de ZI indicatoren betreft.

In de Verenigde Staten is de belangstelling voor ZI surveillance vanaf de jaren 1970 gegroeid. In die tijd stelde het *National Nosocomial Infections Surveillance System* (NNIS; intussen het *National Healthcare Safety Network*, NHSN) cijfers inzake ZI ter beschikking die voor elke ziekenhuis

(vervolg pg 19)

INHOUD

- 2 Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid : partner voor gezondheidsoverheden en gezondheidswerkers
- 6 De aanwijzing en ondersteuning van nationale referentiecentra is officieel van start gegaan
- 10 Mazelen in België, 2011: terug van weggeweest
- 15 Activiteitenverslag 2010 - Werkgroep Ziekenhuishygiëne NVKVV
- 16 Enquête om te bepalen welke vaardigheden worden verwacht van een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist !
- 17 Prik- en spatongevallen: advies voor een prikje
- 17 Aanbevelingen voor een tandheelkundige verzorging : een tandje bijgezet
- 18 Voor U gelezen.
- 20 Website.
- 21 Wetenschappelijke agenda.
- 23 Richtlijnen voor de auteurs.
- 24 Redactieraad. Abonnementen.

Met de steun van FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Eurostation Blok II – 1^{ste} verdieping
Victor Hortaplein, 40/10
1060 Brussel

NOSOSONINFE

WIV NIEUWS

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid : partner voor gezondheidsoverheden en gezondheidswerkers

Johan Peeters, Algemeen Directeur van het WIV-ISP

Honderd jaar na het ontstaan van het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie en van het Pasteurinstituut van Brabant werd beslist om beide instituten te integreren in één instituut met een gemeenschappelijke visie, missie en organigram (MB 26.08.08) : het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP).

Het WIV-ISP is een autonome wetenschappelijke instelling onder de bevoegdheid van de federale Minister van Volksgezondheid. WIV-ISP biedt wetenschappelijke ondersteuning aan de federale overheid zoals de FOD Volksgezondheid (FOD), het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Daarnaast ondersteunt het eveneens de gezondheidsautoriteiten van gemeenschappen en gewesten en vertegenwoordigt het België bij internationale en Europese organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), de European Centre of Disease Prevention and Control, de European Food Safety Authority (EFSA), het European Medicines Agency (EMA), het European Directorate for Quality of Medicines (EDQM) en andere.

Dit kort overzicht gaat nader in op de evolutie van WIV-ISP in het kader van de recente doorlichting en herstructurering van zijn activiteiten.

1. Historische context

Zoals vaak bij de oprichting van gezondheidsinstellingen, ontstond het WIV-ISP uit een gezondheids crisis. De vrees voor een cholera epidemie noopte de toenmalige autoriteiten om tijdens de wereldtentoonstelling van 1897 een gezondheidsdienst op te richten in het Jubelpark van Brussel, 40 jaar vóór de oprichting van een Ministerie van Volksgezondheid in België. In 1951 werd dit laboratorium omgevormd in een Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE) (KB 24.11.51 en 06.03.68) dat pas in 1957 naar zijn huidige standplaats in de Wytmanstraat zou verhuizen. Ondertussen werd in 1900 in de provincie Brabant het Antirabies- en Bacteriologisch Instituut van Bra-

bant opgericht onder leiding van de latere nobelprijswinnaar Jules Bordet, dat in 1903 werd omgevormd in Pasteurinstituut. Dit instituut was tot 1982 gevestigd in het Brusselse Leopoldpark en verhuisde dan naar de huidige site in Verrewinkel te Ukkel.

Vanaf eind 1995 werden besprekingen gevoerd over een fusie tussen het IHE en het Pasteurinstituut, dat na de splitsing van de provincie Brabant was overgeheveld naar het federale niveau. Eind 1996 voorzagen men in dit kader in een nieuwe naam voor het IHE: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (KB 17.10.96). Het duurde evenwel tot 2003 voor deze fusie een juridische realiteit werd (KB 11.07.03): het Pasteurinstituut werd het vierde departement van WIV-ISP, naast de drie bestaande departementen Microbiologie, Farmaco-Bromatologie en Epidemiologie-Toxicologie.

Voor een echte integratie van de diensten van IHE en Pasteur was het echter wachten op het Jennerproject dat in 2006 van start ging met als doel de visie en de toekomstige doelstellingen van WIV-ISP af te stemmen op de partners van het instituut en op de uitdagingen van de 21ste eeuw. Dit betekende een gemeenschappelijke visie, opdracht, structuur en werkprocessen. In dat kader was het behoud van de link met de gemeenschappen en gewesten belangrijk. De speciale wet van 16.01.89 had immers 30% van het budget van het WIV overgeheveld naar de gemeenschappen en 10% naar de gewesten, die vervolgens beslisten om een deel van dit budget te herinvesteren in het WIV-ISP via 5-jaarlijkse samenwerkingsakkoorden.

Na een grondige bevraging van alle belanghebbenden van WIV-ISP en na een grondige doorlichting van alle diensten, kreeg WIV-ISP eind 2007 een nieuwe missie (KB 20.12.07) en organigram met 4 operationele directies (MB 26.08.08). Dit betekende ook het einde van het Belgisch Pasteurinstituut. Na onderhandeling met het Pasteurinstituut in Parijs bleek het niet mogelijk de naam Pasteur te behouden in de naam van de fusie-instelling, dit wegens de opdracht van WIV-ISP die veel ruimer is dan deze van klassieke Pasteurinstellingen (beperkt tot onderzoek inzake infec-

tieziekten). WIV-ISP bleef wel lid van het internationaal netwerk van Pasteurinstellingen. Daarnaast is WIV-ISP ook stichtend lid van de International Association of Public Health Institutes (IANPHI) dat in 2010 zijn Europese meeting hield in Brussel.

2. Missie en visie van WIV-ISP

Zoals vastgelegd in het KB van 20.12.07 heeft WIV-ISP als missie de ondersteuning van het gezondheidsbeleid door wetenschappelijk onderzoek, expertadvies en dienstverlening.

WIV-ISP formuleert in dit kader op wetenschap gebaseerde aanbevelingen en oplossingen voor een proactief gezondheidsbeleid op Belgisch, Europees en internationaal vlak. Het schat de gezondheidssituatie en gezondheidsindicatoren in op basis van up-to-date expertmethodes die het ontwikkelt, evalueert en toepast binnen een gevalideerd kwaliteitssysteem. Daarnaast werkt het geavanceerde oplossingen uit voor de diagnose, preventie en behandeling van bestaande en opkomende ziekten en voor de identificatie en preventie van andere gezondheidsrisico's, inclusief deze uit het milieu.

Bij de realisatie van deze missie, heeft WIV-ISP volgende visie voor ogen :

- WIV-ISP wenst een toonaangevend "Centre of Excellence" te blijven voor epidemiologisch onderzoek, overdraagbare ziekten en andere gezondheidsrisico's bij de mens, voor geneesmiddelen- en vaccincontrole en voor kwaliteitscontrole van laboratoria en in dit kader een belangrijke speler te worden in het internationaal netwerk van referentielaboratoria en expertcentra;
- Daarnaast brengt WIV-ISP continu de gezondheidstrends en gezondheidsrisico's in kaart en informeert, na analyse, de beleidsmakers en bevolking omtrent nieuwe evoluties inzake gezondheid, veiligheid van de voedselketen, voeding en leefmilieu;
- WIV-ISP tracht in alle omstandigheden klaar te staan om ondersteuning en oplossingen te bieden aan Belgische, Europese en internationale overheden bij gezondheids crisissen;
- WIV-ISP wenst door zijn expertise een bevoorrecht gesprekspartner te zijn voor Belgische, Europese en internationale overheden inzake gezondheidsvraagstukken;
- WIV-ISP streeft er naar om hét contactpunt te worden voor een correcte en onpartijdige informatieverstrekking over de gezondheid en over volksgezondheidsrisico's.

3. Organigram van WIV-ISP

De uitvoering van deze missie en visie vergt een slagkrachtige organisatie die logisch is opgebouwd. In de vroegere organisatie van IHE en Pasteurinstituut waren de activiteiten verdeeld over een veelvoud van departementen, afdelingen en algemene diensten, waarbij niet altijd een gemeenschappelijke visie en logische opbouw voorop stond.

Daarom werden in een eerste fase (2007-2008) de ondersteunende diensten opgedeeld samengebracht in 4 centrale diensten : financiën & beheerscontrole, personeel en organisatie, ICT en infrastructuur en gebouwen. De wetenschappelijke diensten werden in een tweede fase (2009-2010) samengebracht in een aantal wetenschapsdomeinen in functie van samenhangende disciplines : resp. epidemiologie, statistiek & risico-evaluatie, microbiologie en chemie. Alle dienstverlenende activiteiten met focus op kwaliteit kwamen samen in één operationele directie : expertise (klinische biologie, bioveiligheid, crisisplannen), voorbereidende taken inzake dienstverlening (dispatching, staalvoorbereiding) en relaties met klanten en stakeholders. Dit leidde tot een nieuwe structuur met vier operationele directies :

- Volksgezondheid en surveillance
- Overdraagbare en besmettelijke ziekten
- Voeding, geneesmiddelen en consumenten veiligheid
- Expertise, dienstverlening en klantenrelaties

4. Opdracht van de Directie Volksgezondheid en Surveillance

De operationele directie Volksgezondheid en Surveillance zorgt voor betrouwbare, bruikbare en onafhankelijke informatie over de gezondheid van de Belgische bevolking. Deze kennisorganisatie onderzoekt niet alleen de factoren die de gezondheid verbeteren maar ook de risico's die een bedreiging vormen voor de volksgezondheid. Gezond zijn laat zich niet herleiden tot niet ziek zijn. Niet alleen ziekte en afwijkingen staan centraal maar ook de fysieke, mentale en sociale gezondheid en de factoren die daar een invloed op hebben. Daardoor ontstaat er een continuüm van gezondheid tot ziekte. De directie Volksgezondheid en Surveillance omvat verschillende kenniscentra die het continuüm van gezondheid tot ziekte multidisciplinair bestuderen.

Werzaamheden

De directie Volksgezondheid en Surveillance infor-

meert de beleidsmakers en de bevolking over nieuwe evoluties op het gebied van de gezondheid en de factoren die de gezondheid van de bevolking beïnvloeden. Ze onderzoekt de socio-economische factoren, de (on)gezonde levensstijl, de toxicologische veiligheid van consumentenproducten, het milieu en het klimaat evenals aspecten van de organisatie van de gezondheidszorg. De aandacht van de directie Volksgezondheid en Surveillance gaat daarbij meer in het bijzonder uit naar :

- het beter begrijpen van bekende en onbekende risicofactoren die de gezondheid en het welzijn beïnvloeden
- het opvolgen van gezondheidsproblemen en van de verspreiding van besmettelijke en chronische ziekten die een risico vormen voor de volksgezondheid
- het inschatten van het effect van levensstijl en beleidsbeslissingen op de gezondheid van de bevolking en op de evolutie van ziekten
- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg
- het inschatten van de risico's van de blootstelling van de Belgische bevolking aan chemische stoffen en straling
- het coördineren van de informatie over gezondheid in België

Opdrachtgevers en samenwerking

De directie Volksgezondheid en Surveillance werkt samen met alle overheden in België. Zo wordt de gezondheidsenquête uitgevoerd in opdracht van de federale en gemeenschapsministers die bevoegd zijn voor volksgezondheid. Daartoe werkt de directie nauw samen met bestaande netwerken van zorgverleners zoals ziekenhuizen, laboratoria en een netwerk van huisartsen dat al meer dan 30 jaar de gezondheid van de bevolking opvolgen. Daarnaast sluit de directie ook overeenkomsten met verschillende Belgische en buitenlandse universiteiten, en met de Europese instellingen. Internationaal is de directie aanspreekpunt voor de OESO en de WGO.

Diensten

- Toxicologie
- Onderzoek naar gezondheidsdiensten
- Enquêtes, levensstijl chronische ziekten
- Infectieziekten in de algemene populatie
- Zorggerelateerde infectieziekten
- Gezondheid en leefmilieu
- Kankercentrum

5. Opdracht van de Directie Overdraagbare en Besmettelijke Ziekten

De operationele directie overdraagbare en besmettelijke ziekten staat in voor de snelle en vroegtijdige detectie en identificatie, evenals voor de surveillance van bestaande of (her)opduikende overdraagbare en besmettelijke ziekten in België, en voor hun preventie en hun behandeling. De directie speelt een belangrijke rol binnen het netwerk van surveillancelaboratoria en referentiecentra en binnen de Belgische, Europese en internationale expertisecentra voor infectieziekten en voedselveiligheid. Via haar werking en expertise informeert de directie op betrouwbare wijze de bevoegde overheden en de bevolking over de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid, de veiligheid van de voedselketen en het leefmilieu.

Opdrachtgevers en samenwerking

De voornaamste opdrachtgevers van deze directie zijn de FOD, het FAVV en het RIZIV. De directie werkt samen met de gemeenschappen, met het CO-DA-CERVA en met de universiteiten. In Europees verband wisselt ze kennis en ervaring uit met het ECDC, het EFSA en met de Wetenschappelijke Instituten voor Volksgezondheid. Op internationaal vlak is de directie aanspreekpunt voor de ECDC en de WGO.

Diensten

- Voedselpathogenen
- Bacteriële Ziekten
- Virale Ziekten
- Mycologie & Aerobiologie
- Immunologie

6. Opdracht van de Directie Voeding geneesmiddelen en consumentenveiligheid

De Operationele Directie Voeding, Geneesmiddelen en Consumentenveiligheid heeft als missie analytisch chemisch onderzoek te verrichten ten behoeve van de volksgezondheid. Hoogwaardige analyseapparatuur wordt ingezet voor het bepalen van de aanwezigheid van chemische stoffen in voeding, verbruiksgoederen en het leefmilieu. Aan welke mogelijke schadelijke effecten worden mensen blootgesteld? Welke stoffen nemen personen dagelijks in? En wat zijn de gevolgen voor hun gezondheid? Deze directie zorgt voor betrouwbare, bruikbare en onafhankelijke informatie over veilige voeding, geneesmiddelen en consumentenproducten ter ondersteuning van het ge-

zondheidsbeleid.

Werkzaamheden

- Het wetenschappelijk onderzoek in deze directie is georganiseerd in vier diensten :
- Geneesmiddelen
- Opduikende chemische risico's
- Toxische en farmacologische residuen
- Pesticiden
- De dienst geneesmiddelen doet enerzijds onderzoek naar de kwaliteit van nieuwe reguliere geneesmiddelen en hun grondstoffen en anderzijds naar de gezondheidsrisico's die verbonden zijn met de consumptie van namaak- en illegale geneesmiddelen.
- De dienst opduikende chemische risico's identificeert en beoordeelt de gezondheidsrisico's verbonden zijn met het gebruik van nieuwe chemische stoffen : biomonitoring laat toe de gezondheidsrisico's te evalueren na blootstelling aan chemicaliën. Innamestudies bieden informatie over de hoeveelheid schadelijke stoffen die mensen via de voeding innemen, zoals bvb stoffen die muteren uit verpakkingsmaterialen.
- De dienst toxische en farmacologische residuen identificeert mariene toxines en toxines van bacteriën in de voeding. Deze dienst spoort ook residuen op van farmacologisch actieve stoffen in de voeding, zoals bijvoorbeeld diergeneesmiddelen.
- De dienst pesticiden spoort pesticiden op in voeding en leefmilieu.

Opdrachtgevers en samenwerking

Het FAVV heeft de directie Voeding, Geneesmiddelen en Consumentenveiligheid aangeduid als Nationaal Referentielaboratorium (NRL) voor het opsporen van pesticiden, mariene toxines, PCBs, PAKs, diergeneesmiddelen, hormonale stoffen in voeding en in voedselcontactmaterialen voor België. Daarnaast is de directie ook NRL voor het Groothertogdom Luxemburg. De dienst geneesmiddelen werkt samen met het FAGG als NRL voor geneesmiddelenanalyse. Verder werkt de directie samen met de FOD voor het uitvoeren van innamestudies van additieven.

7. Opdracht van de Directie Expertise, dienstverlening en klantenrelaties

Opdracht

De operationele directie Expertise, dienstverlening en klantenrelaties heeft volgende opdrachten:

- Evaluatie en controle van de kwaliteit van de biologische geneesmiddelen voor menselijk gebruik

(vaccins en bloedproducten) vóór ze op de markt worden gebracht.

- Evaluatie en controle van de kwaliteit van de laboratoria voor klinische biologie en van de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek.
- Evaluatie van de risico's van het gebruik van genetisch gemodificeerde en/of pathogene organismen (GGO's) en ondersteuning bij het toezicht op het gebruik ervan.
- Binnen het WIV logistieke, technische en wetenschappelijke ondersteuning bieden aan de operationele directies, in het kader van hun dienstverlening en klantrelaties.

Activiteiten

De onderzoeksactiviteiten zijn georganiseerd in vier wetenschappelijke diensten:

- De dienst Biologische standaardisatie onderzoekt de kwaliteit van vaccins en bloedproducten.
- De dienst Klinische biologie is belast met de opvolging van de erkenning en de inspectie van laboratoria voor klinische biologie, met de externe kwaliteitscontrole van hun dienstverlening en de controle van de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek.
- De dienst Bioveiligheid en biotechnologie staat in voor de evaluatie van de risico's door het gebruik van GGO's en/of pathogenen voor de gezondheid van mens en dier en voor het milieu.
- Het platform Biotechnologie en moleculaire biologie dat enerzijds verantwoordelijk is voor het laboratorium voor de opsporing van GGO en voor de coördinatie van het nationaal referentielaboratorium voor GGO, anderzijds logistieke, technische en wetenschappelijke ondersteuning biedt inzake moleculaire biologie aan de operationele directies van het WIV

De operationele directie omvat verder twee transversale diensten:

- Het Dispatchingcentrum dat instaat voor de ontvangst en de registratie van de stalen die op het WIV worden geanalyseerd en voor het versturen van de analyserapporten naar de klanten.
- De Coördinatieclerale klantenrelaties en oriëntatie die belast is met de coördinatie van de klantenrelaties en de voornaamste partners van het WIV.

Opdrachtgevers en samenwerking

De belangrijkste opdrachtgevers van de wetenschappelijke diensten van de operationele directie Expertise, dienstverlening en klantenrelaties zijn in België de FOD, het RIZIV, het FAGG, het FAVV, de Gewesten, de Vlaamse en Franse Gemeenschap. Op Europees en

internationaal vlak zijn dat het EDQM en de WGO. De wetenschappelijke diensten werken verder samen met een uitgebreid netwerk van experts uit vooral de academische wereld, in overleg met de Raad voor Bioveiligheid en met de Commissie Klinische Biologie, of volledig onafhankelijk.

8. Besluit

De nieuwe organisatiestructuur van WIV-ISP laat beter toe om de schaarse middelen zo efficiënt mogelijk te gebruiken en een snel antwoord te bieden voor de steeds nieuwe uitdagingen van de volksgezondheid. Epidemiologisch volgt WIV-ISP de belangrijkste volksgezondheidsdomeinen op de voet en brengt de situatie in kaart, daarnaast zoeken we naar nieuwe en

snelle methodes om microbiologische en chemische risico's te identificeren en staan onze experts in voor de kwaliteit van belangrijke domeinen zoals klinische biologie, geneesmiddelen en vaccins.

In de domeinen waarin het WIV-ISP niet over de nodige expertise beschikt, tracht het zijn netwerk zodanig uit te breiden dat ook voor deze uitdagingen een oplossing kan gevonden worden. Belangrijk hierbij is om steeds op een open en transparante manier een antwoord te vinden voor elke situatie met respect voor ieders standpunt en bevoegdheid. Hierbij trachten wij onze slogan: "Wetenschap ten dienste van volksgezondheid, voedselveiligheid en leefmilieu, het leidmotief van elke medewerker van WIV-ISP, eer aan te doen.

De aanwijzing en ondersteuning van nationale referentiecentra is officieel van start gegaan

Amber Litzroth, Gaëtan Muyltermans,

Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance ISP-WIV

Voorwoord

In maart 2011 is het Belgisch project rond de officiële erkenning en ondersteuning van referentiecentra voor 40 humane pathogenen of pathogengroepen van start gegaan.

Al sinds eind de jaren 90 werd er binnen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP) gewerkt aan het creëren van een wettelijke structuur hiervoor. De referentiecapaciteiten opgenomen in het project bestonden al meerdere jaren in de vorm van de referentielaboratoria verbonden aan het netwerk van peillaboratoria voor microbiologie. Daarvoor bestond echter geen wettelijk kader en de laboratoria konden evenmin genieten van een financiële tegemoetkoming. Dit had tot gevolg dat de referentieactiviteiten niet gegarandeerd konden worden.

Na een akkoord van het RIZIV om het project financieel te ondersteunen en de coördinatie ervan aan het WIV-ISP over te laten, werden de nodige stappen ondernomen om een wettelijk kader te creëren voor dit project. Met het verschijnen van het Koninklijk Besluit in het Belgisch Staatsblad op 1 maart 2011 is het project dan ook definitief uit de startblokken geschoten [1].

Doelstelling

De doelstelling van dit project is tweeledig. Enerzijds zal de officiële aanwijzing en ondersteuning van referentiecentra de patiëntenzorg verbeteren door het verzekeren van een financiële tegemoetkoming voor het uitvoeren van testen die momenteel niet zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV. Deze testen kunnen verschillende doelen hebben (gevoelighedstesten, diagnose of confirmatie van diagnose, typering...). Anderzijds zal er een belangrijke bijdrage geleverd worden aan initiatieven in de volksgezondheid door de actieve steun van de referentiecentra aan het "early warning"-systeem, door de ondersteuning van nationale en internationale surveillanceprogramma's, de ondersteuning van gezondheidsautoriteiten, het tijdig verstrekken van informatie voor het aanpakken van clusters en uitbraken en het leveren van technische ondersteuning aan klinische laboratoria.

Het is eveneens van cruciaal belang dat België op deze manier zal kunnen beantwoorden aan de bestaande internationale vereisten. Er bestaan immers verschillende Europese en internationale regelgevingen omtrent de rapportering van infectieziekten. Op

Europees niveau wordt van de lidstaten geëist dat ze tijdig over een aantal welbepaalde pathogenen aan het European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) rapporteren. Op internationaal niveau stipuleren de International Health Regulations, die in 2005 door de Wereldgezondheidsorganisatie zijn herzien, dat elk land over de capaciteiten moet beschikken om op regionaal niveau te helpen bij de laboratoriumdiagnose van stalen, hetzij binnen het land zelf, hetzij door internationale samenwerking [2]. Dit houdt in dat het bestaan van kwalitatief hoogstaande referentiecentra niet enkel binnen Europa een noodzaak is maar ook op wereldniveau van groot belang is.

Werking van het project

Het project wordt gecoördineerd door het WIV-ISP, dat hierin bijgestaan wordt door een Medisch-Technisch Adviesorgaan (MTAO) met een hoofdzakelijk adviserende rol. De Dienst Infectieziekten in de Algemene Bevolking binnen de Operationele Directie (OD) Volksgezondheid en Surveillance van het WIV-ISP staat in voor het wetenschappelijk secretariaat van het MTAO en organiseert de procedures voor de selectie van de referentiecentra. Ook worden de overeenkomsten met de referentiecentra en het door het RIZIV toegekende budget beheerd binnen het WIV-ISP.

Het MTAO verstrekt advies aan het WIV inzake de criteria voor het verkrijgen en het behouden van de aanwijzing van de referentiecentra, dit ondermeer door een actieve medewerking aan het opstellen van de lastenboeken. Het MTAO zal ook jaarlijks advies verlenen met betrekking tot de herziening van de lijst van pathogenen waarvoor een referentiecentrum vereist is.

Het MTAO formuleert een advies tot selectie van een bepaald referentiecentrum op basis van het kandidaatsdossier en een evaluatie door onafhankelijke reviewers.

Ook geeft het MTAO advies wat betreft de financiële voorwaarden van het contract dat gesloten wordt tussen het WIV-ISP en de referentiecentra [1].

Eerste selectie

In totaal werd er voor 40 pathogenen, waaronder enkele groepen van pathogenen waarvoor het wenselijk was de referentieactiviteiten in 1 centrum te groeperen, [3] een oproep tot kandidaatstelling gelanceerd. In de oproep tot kandidaatstelling is verwezen naar het algemeen lastenboek en de specifieke lastenboeken die voor ieder pathogeen afzonderlijk werden opgesteld. Het algemeen lastenboek geeft een overzicht van taken en plichten waaraan elk referentiecentrum moet voldoen. De specifieke lastenboeken maken een opsomming van de pathogeenspecifieke missies, het competentieniveau en de uit te voeren taken die men van het referentiecentrum mag verwachten in een specifieke context [4].

De ontvangen kandidaatsdossiers zijn door 3 onafhankelijke reviewers beoordeeld en het MTAO heeft op basis van deze beoordelingen en de eigen beoordeling een voorstel tot selectie geformuleerd. Dit voorstel tot selectie is door de officiële selectieverantwoordelijke, de directeur van het WIV-ISP, over de ganse lijn gevolgd.

In mei 2011 is op deze manier voor 35 van de 40 pathogenen waarvoor een oproep was gelanceerd, een referentiecentrum geselecteerd. In bepaalde gevallen is het centrum een consortium van verschillende laboratoria waarbij één laboratorium de coördinatie op zich neemt.

Voor 1 pathogeen werd geen kandidaatsdossier ontvangen en voor de 4 andere werd het ingediende kandidaatsdossier als niet voldoende beoordeeld.

Binnen de 35 geselecteerde referentiecentra zijn er 7 van groter belang voor nosocomiale infecties. Dit zijn de referentiecentra voor antibiotica resistente *Pseudomonas* en *Acinetobacter*, *Clostridium difficile*, enterokokken, extended spectrum beta-lactamase en carbapenemase producerende *Enterobacteriaceae*, *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus* en invasieve *Streptococcus pyogenes*. Voor *Burkholderia cepacia* complex werd geen kandidaatsdossier ontvangen.

Onderstaande tabel geeft de geselecteerde referentiecentra weer voor de nosocomiale pathogenen.

Tabel I : Belgische referentiecentra voor nosocomiale pathogenen

Pathogeen	Referentiecentrum		Adres	Emailadres	Telefoonnummer
	Coördinator labo	Geassocieerd labo			
Antibiotica resistente <i>Pseudomonas</i> en <i>Acinetobacter</i>	Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne Laboratoire de Biologie Clinique	Hôpital Universitaire Erasme-ULB	Avenue Dr. Gaston Therasse 1 B-5530 Yvoir Belgique	pierre.bogaerts@uclouvain.be	+32 (0)8142 32 00
<i>Clostridium difficile</i>	Université Catholique de Louvain (UCL) Secteur des sciences de la santé - Pôle de Microbiologie Médicale	/	Avenue Hippocrate 54 bte B1.54.05 B-1200 Bruxelles Belgique	michel.delmee@uclouvain.be	+32 (0)2 764 94 41
Enterokokken	Universiteit Antwerpen (UA) Faculteit Geneeskunde - Vaxinfectio - Laboratorium voor Medische Microbiologie	/	Universiteitplein 1 S3.14 B-2610 Wilrijk België	herman.goossens@uza.be	+32 (0)3 265 25 51
Extended spectrum beta-lactamase en carba- penemase producerende <i>Enterobacteriaceae</i>	Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne Laboratoire de Biologie Clinique	Hôpital Universitaire Erasme-ULB	Avenue Dr. Gaston Therasse 1 B-5530 Yvoir Belgique	pierre.bogaerts@uclouvain.be	+32 (0)8142 32 00
<i>Legionella pneumophila</i>	Universitair Ziekenhuis Brussel Microbiologie en Ziekenhuishygiëne	Hôpital Universitaire Erasme-ULB	Laarbeeklaan 101 B-1090 Brussel België	labomicro@uzbrussel.be	+32 (0)2 477 50 00
<i>Staphylococcus aureus</i>	Hôpital Universitaire Erasme (ULB) Service de Microbiologie-Laboratoire de bactériologie	/	Route de Lennik 808 B-1070 Bruxelles Belgique	odenis@ulb.ac.be ariane.deplano@ulb.ac.be	+32 (0)2 555 69 71
Invasieve <i>Streptococcus pyogenes</i>	Universiteit Antwerpen (UA) Faculteit Geneeskunde - Vaxinfectio - Laboratorium voor Medische Microbiologie	/	Universiteitplein 1 S3.14 B-2610 Wilrijk België	herman.goossens@uza.be	+32 (0)3 265 25 51

Taken en plichten van de aangewezen centra

Alle aangewezen referentiecentra dienen een goede dienstverlening naar de routinelabo's toe te verzekeren. Dit houdt ondermeer in dat ze tijdig en in de taal (Frans en Nederlands) van het aanvragende labo de gevraagde testresultaten moeten kunnen rapporteren en dat ze technische ondersteuning moeten bieden. Ze moeten ook de nieuwe testmethoden evalueren en implementeren.

Onder de coördinatie en met de ondersteuning van de Dienst Infectieziekten in de Algemene Bevolking binnen de Operationele Directie (OD) Volksgezondheid en Surveillance van het WIV-ISP, moeten de referentiecentra deelnemen aan de nationale surveillance en hiervoor ook informatie, zoals aanvraagformulieren en criteria voor het uitvoeren van testen, aan de

labo's beschikbaar maken. Naast het bepalen van de precieze kenmerken van het pathogeen, nemen ze ook deel aan onderzoek van gegroepeerde gevallen en epidemieën, en leveren ze tijdig informatie en expertise in geval van bedreiging of nood. Ook wordt er deelname aan het systeem van vroegtijdige waarschuwing, georganiseerd door de bevoegde autoriteiten inzake volksgezondheid, verwacht van de geselecteerde centra.

Internationale deelname aan surveillanceprojecten en onderzoeksprojecten is eveneens van groot belang. Er wordt van de centra verwacht dat ze ten laatste twee jaar na hun officiële erkenning in het bezit zijn van een ISO15189 BELAC-accreditatie en jaarlijks een wetenschappelijk en financieel rapport opstellen [4]. Alle centra dienen over voldoende wetenschappelijke expertise en ervaring te beschikken, innovaties

op te volgen en bij te dragen aan de ontwikkeling van nieuwe technieken. De resultaten van hun wetenschappelijk onderzoek moeten verspreid worden. Per referentiecentrum zijn ook specifieke missies, criteria en taken beschreven met betrekking tot het pathogeen. Deze houden ondermeer in welke testen het laboratorium moet kunnen uitvoeren, aan welke netwerken het moet deelnemen, welke surveillance-diensten er verwacht worden, welke epidemiologische data het laboratorium moet kunnen leveren, welke deelname er precies verwacht wordt in geval van een uitbraak en welke karakteristieken van het pathogeen agens er moeten kunnen bepaald worden door het laboratorium.

Voor nosocomiale infecties wordt onder andere van de centra verwacht dat ze de antibioticaresistentie en de circulerende stammen monitoren, dat ze de gevoeligheid voor antibiotica kunnen bepalen alsook de mechanismen die aan de basis liggen van de antibioticaresistentie en dat ze deelnemen aan Europese surveillance programma's.

Verder verloop van het project

De overeenkomsten tussen het WIV-ISP en de 35 geselecteerde centra worden afgesloten voor een periode van 5 jaar.

Voor de 5 pathogenen waarvoor momenteel nog geen centrum is geselecteerd, zal voor het einde van het jaar een nieuwe oproep gelanceerd worden.

Jaarlijks zal het MTAO ook de lijst met pathogenen herzien. Er is een extra budget voorzien dat in geval van nood of indien wenselijk kan aangewend worden. De procedure hiervoor wordt momenteel nog verder uitgewerkt.

De OD Volksgezondheid en Surveillance van het WIV-ISP heeft ook als taak de kwaliteit van de epidemiologische gegevens te verzekeren, hiervoor wordt een instrument ontwikkeld dat de overdracht van deze gegevens vergemakkelijkt.

Ook de jaarlijkse activiteitenverslagen en financiële rapporten zullen een plaats krijgen op de website.

Financiering

Aan ieder referentiecentrum wordt een vast jaarlijks bedrag toegekend ter compensatie van personeelsactiviteiten, toestellen en infrastructuur voor het uitvoeren van hun opdrachten.

Tevens wordt een variabel deel van het budget voorzien, berekend op basis van de kosten van de uitgevoerde testen (reagentia, kits, controles...).

Omdat het totale budget gelimiteerd is, kunnen in sommige gevallen niet alle gevraagde laboratoriumtesten vergoed worden door dit project. Na een looptijd van 2 jaar worden het vaste en het variabele deel van het toegekend budget herzien door het MTAO op basis van de ingediende activiteitenrapporten.

Conclusie

België is, binnen Europa, één van de eerste landen waar zowel de aanwijzing als de financiële ondersteuning van referentielaboratoria wettelijk is geregeld en wordt gefinancierd door de sociale zekerheid. Dankzij dit systeem zal België een goede patiëntenzorg kunnen garanderen, de volksgezondheid op nationaal niveau kunnen verzekeren en aan de internationale vereisten kunnen voldoen.

Referenties

1. Koninklijk Besluit van 9 februari 2011 tot vaststelling van de financieringsvoorwaarden van de referentiecentra voor humane microbiologie. Belgisch Staatsblad. 1/3/2011.
2. World Health Organization. International health Regulations (2005). Second edition. Geneva: WHO; 2008.
3. Lijst van pathogenen. http://www.wiv-isp.be/NR-CHMWEB/App_GUI/A/A2.aspx. Website bezocht op 15/06/2011.
4. Algemeen lastenboek. http://www.wiv-isp.be/NRCHMWEB/Documents/gen_terms/en/GeneralTermsOfReference.pdf. Website bezocht op 15/06/2011.

Mazelen in België, 2011: terug van weggeweest

M. Sabbe¹, D. Hue¹, V. Hutse¹, P. Goubau²

1. Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, Brussel

2. Voorzitter van het Comité voor de Eradicatie van Mazelen en Rubella in België, Brussel

Mazelen is een uitermate besmettelijke infectieziekte (RO=12.5-18) die via respiratoire weg overgedragen wordt en een incubatietijd van ongeveer 2 weken heeft (Strebel et al. 2008). De laatste jaren was de incidentie van de ziekte in België constant op een laag peil, behalve de epidemie in Antwerpse scholen in 2007-2008, die als een uitzonderlijke situatie beschouwd werd (Lernout et al. 2009). De indruk kon gewekt worden dat wij goed op weg waren naar de eliminatie zoals door de WGO vooropgesteld voor 2015. De aanbevolen vaccinatiegraad om een goede groepsimmunitet te bekomen is minstens 95% voor twee vaccinaties (Fine et Mulholland 2008) maar dit wordt voor het ogenblik in België niet bereikt (Sabbe et al. 2011b). Daarenboven zijn er regionale verschillen en bestaan er groepen die onvoldoende bereikt worden, of vaccinatie weigeren. Bovendien werd in een sero-epidemiologische studie in 2006 aangetoond dat de leeftijdsgroep tussen 5 en 24 jaar onvoldoende immuun is tegen mazelen (Theeten et al. 2011). Het was dus onzeker of België aan een vernieuwde infectieuze druk zou weerstaan.

Europese situatie

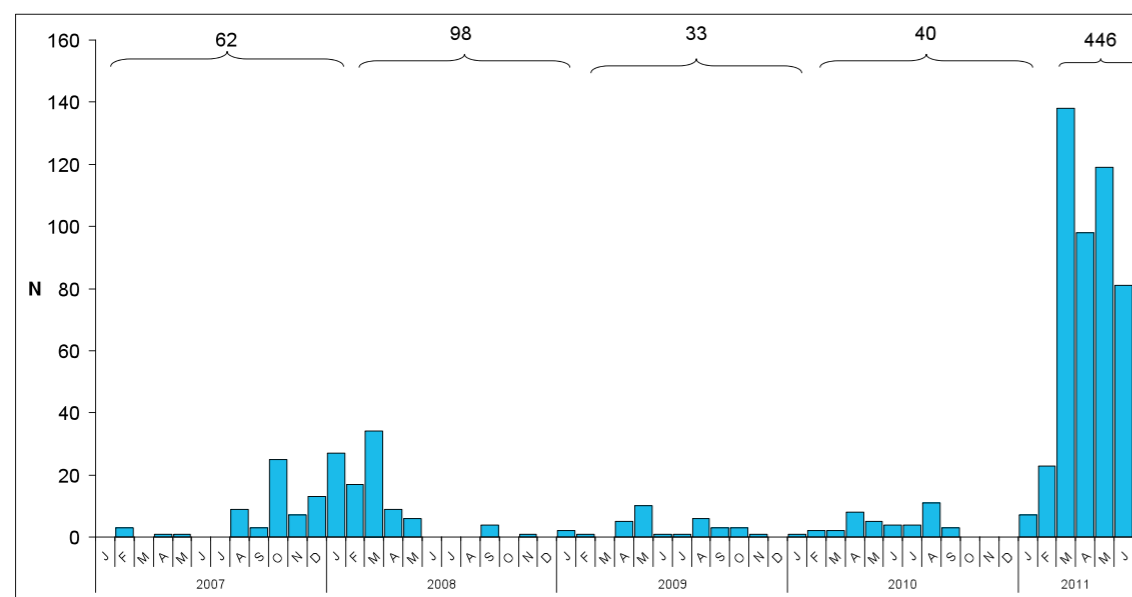
In gans Europa wordt een algemene toename van mazelen vastgesteld met meer dan 30.000 gerapporteerde gevallen in 2010 en al meer dan 21.000 in de eerste helft van 2011 (ECDC 2011). Bijna alle landen

rapporteren gevallen. De incidentie is bijzonder hoog in Frankrijk (Freythuth et Vabret, 2011), Bulgarije en Roemenië. In Frankrijk begon de toename eind 2008 en het aantal gerapporteerde gevallen steeg sindsdien exponentieel. De Europese epidemie wordt toegeschreven aan een onvoldoende vaccinatiegraad, wegens vaccinatieweigering in sommige groepen en medisch moeilijk te bereiken groepen, zoals rondreizende populaties.

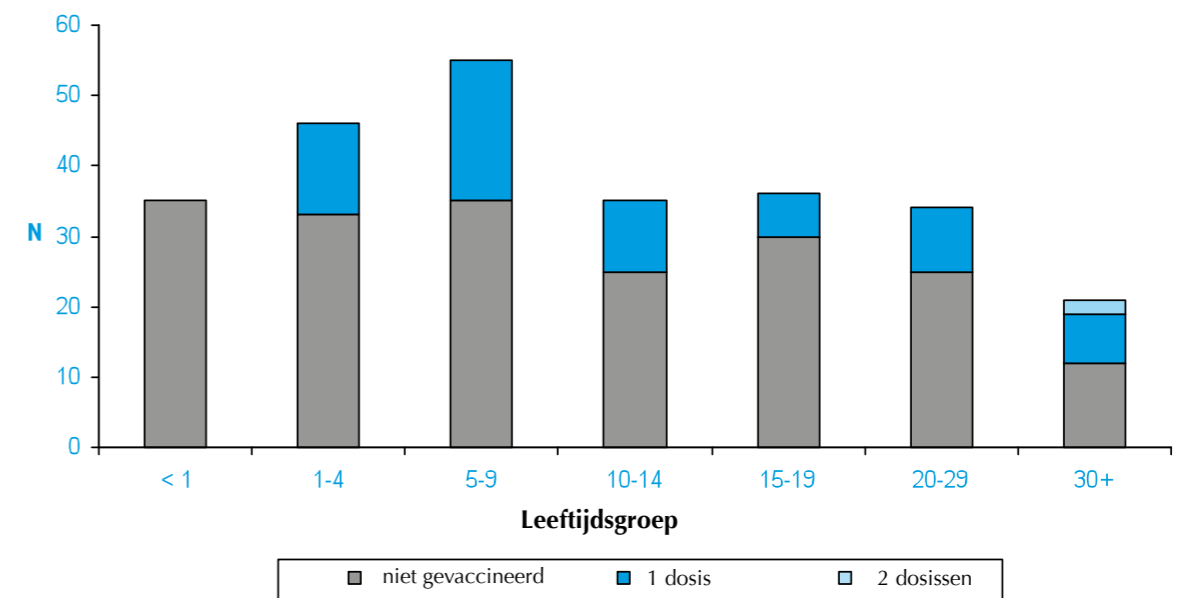
Situatie in België (Sabbe et al. 2011a, Sabbe et al. 2011b)

België onderging de druk vanuit naburige landen. Tot eind juli werden 485 gevallen geregistreerd voor 2011 terwijl slechts 40 gevallen werden opgetekend voor gans 2010 (zie fig. 1). Alle leeftijdsgroepen tot 30 jaar waren vertegenwoordigd met enkele gevallen boven de 30. De meeste personen bij wie de vaccinatiestatus kon nagegaan worden, waren niet gevaccineerd of kregen slechts 1 dosis (zie fig. 2). Hoewel er enkele epidemies optraden in scholen of besloten gemeenschappen, konden veel gevallen teruggebracht worden tot contacten in het buitenland, vooral met Frankrijk. Vier patiënten liepen mazelen op in de wachtzal van een huisarts en bij minstens 4 andere gevallen vond de besmetting vermoedelijk plaats in het ziekenhuis of op spoedgevallen.

Figuur 1. Gevallen van mazelen in België (januari 2007 – juni 2011). WIV-ISP



Figuur 2. Gevallen van mazelen volgens leeftijdsgroep en vaccinatiestatus, België. (1 januari – 31 juli 2011). WIV-ISP



In de huidige omstandigheden is het dus noodzakelijk dat artsen rekening houden met de diagnose van mazelen, hoewel de ziekte de laatste jaren wat uit ons gezichtsveld verdwenen was.

Mazelen wordt vaak gecompliceerd door bacteriële infecties: men denkt hierbij vooral aan otitis media en pneumonie. Een postinfectieuze encefalitis is eveneens een mogelijkheid, hoewel veel zeldzamer (ongeveer 1/1000 gevallen).

Men zal denken aan de diagnose van mazelen bij aanwezigheid van prodromen onder de vorm van rhinitis en conjunctivitis met koorts, gevolgd door een maculopapuleuze huiduitslag, die in het gezicht

begint, na de pathognostische Koplik puntjes op de mond mucosa. Bij vermoeden moet de diagnose bevestigd worden door het laboratorium bij elk geïsoleerd geval, of bij enkele leden van een epidemiologisch verbonden groep. Dit kan gebeuren op basis van een serumstaal, speekseltest of neus- en keeluitstrijkje. De speekseltest en het neus-keeluitstrijkje laten tevens toe de genetische kenmerken van het virus te bepalen indien afgenomen binnen de 7 dagen na het begin van de huiduitslag. Het is belangrijk elk vermoedelijk of bevestigd geval aan te geven bij de dienst Toezicht Volksgezondheid van de betreffende provincie (zie tabel 1).

Tabel 1. Contactgegevens verplichte melding.

Vlaanderen – Dienst Toezicht Volksgezondheid	
http://www.zorg-en-gezondheid.be/Contact/Contactgegevens-infectieziekten-en-vaccinatie/ Voor dringende melding van infectieziekten buiten de kantooruren is één van de artsen infectieziektebestrijding te bereiken op het nummer 02 512 93 89	
Antwerpen	Dr. Koen De Schrijver Anna Bijns-gebouw Lange Kievitstraat 111-113 bus 31 2018 Antwerpen T: 03 224 62 04 F: 03 224 62 01 koen.deschrijver@wvg.vlaanderen.be

Limburg	Dr. Annemie Forier V.A.C. Hendrik van Veldeke Koningin Astridlaan 50 bus 7 3500 Hasselt T: 011 74 22 40 F: 011 74 22 59 anmarie.forier@wvg.vlaanderen.be
Oost-Vlaanderen	Dr. Wim Flipse Elfjulistraat 45 9000 Gent T: 09 244 83 60 F: 09 244 83 70 wim.flipse@wvg.vlaanderen.be
Vlaams-Brabant	Dr. Annemie Forier Diestsepoort 6 bus 52 3000 Leuven T: 016 66 63 50 F: 016 66 63 55 anmarie.forier@wvg.vlaanderen.be
West-Vlaanderen	Dr. Valeska Laisnez Spanjaardstraat 15 8000 Brugge T: 050 44 50 70 F: 050 34 28 69 valeska.laisnez@wvg.vlaanderen.be
Coördinatie	Dr. Ruud Mak Ellipsgebouw Koning Albert II laan 35 bus 33 1030 Brussel T: 02 553 35 86 F: 02 553 36 16 ruud.mak@wvg.vlaanderen.be
Brussel-Hoofdstad -	
Dr. Johan BOTS – Dr. Jacques Waegenaere Gezondheidsinspectie GGC Louizalaan 183 1050 Bruxelles - Brussel tel 02 502 60 01 fax 02 502 59 05 gsm 0478 77 77 08 jbots@ccc.irisnet.be jwaegenaere@ccc.irisnet.be	
Wallonië	
Uniek oproepnummer voor aangifteplichtige infectieziekten door artsen en zorgpersoneel. Mail: surveillance.sante@cfwb.be Lijst van aangifteplichtige ziekten: http://www.sante.cfwb.be , klikken op het icoon: « Déclaration obligatoire des maladies transmissibles »	

Laboratoriumdiagnose

Buiten de epidemische context wordt aanbevolen bij elk vermoeden van mazelen een speekseltest af te nemen, dit in het kader van de eliminatiedoelstellingen. In de huidige epidemische situatie wordt het volgende aanbevolen bij het vermoeden van mazelen :

- Bij voorkeur diagnose op basis van serologie (IgM en IgG) door het perifere laboratorium. Dit kan eveneens door het Nationaal Centrum voor mazelen en rubella uitgevoerd worden (met facturatie aan patiënt).
- In volgende situaties wordt een diagnose aanbevolen op basis van de speekselkit of via een neus-/keeluitstrijkje. Deze analyses worden niet gefactureerd aan de patiënt.
 - a. Kinderen < 2 jaar: dit gezien de speekseltest gebruiksvriendelijk en pijnloos is. Hierbij gebeurt IgM, PCR en genotypering.

- b. Mazelen na een recente reis (< 2 weken): IgM en/of PCR en genotypering van het virus
 - c. Mazelen bij een gevaccineerde patiënt: IgM en/of PCR en genotypering van het virus
 - d. Bij ernstige complicaties van mazelen of een atypische vorm: IgM en/of PCR detectie van het virus
 - e. Mazelen bij een risicogroep zoals zwangere vrouwen of immunogecompromiteerde patiënten: IgM en/of PCR detectie van het virus.
- Bij een uitbraak in een familie, crèche, school, ziekenhuis,... is het niet noodzakelijk elk geval virologisch te bevestigen en volstaat een notie van contact (epidemiologische link) met een bevestigd geval.

Een speekselkit laat toe om met een sponzen wisser speeksel te verzamelen en is volstrekt pijnloos. Het materiaal kan aangevraagd worden bij de dienst Virale Ziekten van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Contact: Veronik Hutse, virologie@wiv-isp.be. Tel: 02/642 56 90. (zie tabel 2)

Tabel 2: Instructies staalafname voor detectie mazelenantistoffen of het mazelenvirus

Staal-type	Aangevraagde analyse	Gebruikte test	Wanneer afnemen	Wanneer versuren	Hoe bewaren	Naar wie/waar versturen
Serum	IgM en IgG	Enzygnost® anti-Measles ELISA (Siemens)	7-28 dagen na uitbreken huiduitslag	Zo snel mogelijk		
Speeksel	IgM en IgG	Measles EIA (MicroImmune)	7-28 dagen na uitbreken huiduitslag	Zo snel mogelijk (moet binnen 7 dagen in labo zijn)	Frigo totdat stalen verstuurd worden	WIV – Dienst Virale ziekten Nationaal Centrum voor Mazelen en Rubella t.a.v. Hutse Veronik Juliette Wytsmanstraat 14 1050 Brussel Tel: 02/642.56.90 Fax: 02/642.56.92 Mail: virologie@wiv-isp.be
	PCR (virusdetectie)	In-house nested RT-PCR	Max. 7 dagen na uitbreken huiduitslag	Zo snel mogelijk (moet binnen 7 dagen in labo zijn)		
Genotypering	In-house test	Max. 5 dagen na uitbreken huiduitslag	Zo snel mogelijk			
Neus- en keeluitstrijkje	PCR (virusdetectie)	In-house nested RT-PCR	Max. 7 dagen na uitbreken huiduitslag	Zo snel mogelijk		
	Celkweek + genotypering	In-house test	Max. 5 dagen na uitbreken huiduitslag	Zo snel mogelijk		Rapportering resultaten : - ELISA en PCR: max. 7 werk-dagen - Genotypering: max. 1 maand

Voorzorgsmaatregelen in het ziekenhuis

Omwille van de hoge besmettelijkheid kan elk geval van mazelen in het ziekenhuismilieu aanleiding geven tot een nosocomiale transmissie. Daarom is het van belang snel maatregelen te nemen. Volgende stappen worden aanbevolen in onderling overleg met de betrokken diensten, dienst ziekenhuishygiëne, het laboratorium en de arbeidsgeneeskundige dienst :

Patiënt :

- Behandeling van de patiënt door personeel dat beschermd is tegen mazelen (bewezen vaccinatie, mazelen doorgemaakt of positieve IgG serologie)(Personen geboren voor 1970 mogen als beschermd beschouwd worden);
- Isolatie van de patiënt in de fase van besmettelijkheid (tot 4 dagen na het begin van de huiduitslag);
- Beperken van het bezoek;
- Beperken van verplaatsing naar andere afdelingen (radiologie...);
- Dragen van een chirurgisch masker indien de patiënt zijn kamer verlaat;
- Dragen van een masker door het verzorgend personeel (FFP1 of FFP2, de verschillende richtlijnen zijn hierover verdeeld ((CCLIN Paris-Nord, WIP, CDC)) en nauwe contacten van de patiënt;
- Regelmatige verluchting van de kamer;
- Benadrukken van de standaard voorzorgsmaatregelen door het personeel (handhygiëne)

Omgeving :

- Snelle identificatie, bij voorkeur binnen 24 uur, van de personen met wie de patiënt in contact was (wachtzaal, spoedgevallen, verschillende diensten...);
- Deze identificatie van contacten laat toe om de contacten te informeren, de vaccinatiestatus na te gaan en eventueel een profylactische vaccinatie aan te bieden. Contacten kunnen beschermd worden door het toedienen van het mazelen-bof-rubella (MBR) vaccin binnen 72 uur na het eerste contact;
- Vaccinatiestatus of bescherming tegen mazelen bij het personeel nagaan en indien nodig een inhaalvaccinatie toedienen

Vaccinatie (HGR 2011) :

- Het basisvaccinatie schema bij kinderen bestaat uit één dosis met het MBR vaccin op 12 maanden en een tweede dosis op 10-13 jaar.
- Personen geboren na 1970 die geen mazelen infectie doormaakten en die nog geen mazelenvaccinatie kregen wordt aanbevolen hun immunestatus te later onderzoeken. Indien nodig wordt hen een inhaalvaccinatie aangeboden. Deze inhaalvaccinatie bestaat uit 2 dosissen met een minimum interval van 4 weken.

- Personen geboren voor 1970 mogen als beschermd beschouwd worden gezien het virus nog volop circuleerde.
- Omdat het MBR vaccin levend afgezwakte virusen bevat, mag het niet aan zwangere vrouwen of immuungecompromiteerde personen worden gegeven. De vrouw wordt ook best niet zwanger in de 4 weken die volgen op haar inenting.

Conclusies

Wij worden dit jaar geconfronteerd met een scherpe toename van het aantal mazelengevallen in België. De medische diensten moeten dus attent blijven voor dit fenomeen en mazelen opnieuw in de differentiale diagnose van exanthemziekten opnemen. Het is noodzakelijk de nodige inspanningen te blijven doen om een goede vaccinatiegraad te behouden en te verbeteren en tevens te zorgen voor een correcte registratie de gevallen. Een goede preventie van de overdracht van de ziekte in ziekenhuisverband is nodig, in het bijzonder door een goede immuniteitsstatus van het personeel te waarborgen.

Referenties

CDC, 2007 guideline for isolation precautions: "Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings". Available online: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>

CSS Conseil Supérieur de la Santé. La rougeole : vaccination. 30/06/2011. Available online : http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/19069865_FR?ie2Term=rougeole&ie2section=9744

CCLIN Paris-Nord. Fiche technique « Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la rougeole dans les établissements de santé ». 2009. Available online : http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT6_Rougeole.pdf

ECDC. European monthly measles monitoring (EMMO), June 2011. Surveillance Report, vol. 1, 1-11, 2011. Available online: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/2011_June_measles_monthly.pdf

Fine PEM, Mulholland K. Community immunity. In Vaccines, Eds S Plotkin, W Orenstein, P Offit, Fifth Edition, Saunders Elsevier, 1573-1592, 2008.

Freythuth F, Vabret A. Measles, a re-emerging disease in France? Clinical Microbiology and Infection, 17, 793, 2011.

Hoge Gezondheidsraad (HGR). Mazelen: extra aandacht voor vaccinatie. 30/06/2011. Available online: <http://www.health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/19069865?ie2Term=mazelen&ie2section=83>

Lernout T, Kissling E, Hutse V, De Schrijver K, Top G. An outbreak of measles in orthodox Jewish communities in Ant-

werp, Belgium, 2007-2008: different reasons for accumulation of susceptibles. Euro Surveill. 2009;14(2):pii=19087. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19087>

Sabbe M., Hue D., Hutse V., Top G., Braeye T., Flipse W & Goubau P. – Mazelenepidemie in België. Stand van zaken januari tot midden mei 2011. - Vlaams Infectieziektenbulletin, 2/76, 10-13, 2011a.

Sabbe M, Hue D, Hutse V, Goubau P. Measles resurgence in Belgium from January to mid-April 2011: a preliminary report. Euro Surveill. 2011b;16(16):pii=19848. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19848>

Strebel PM, Papania MJ, Dayan GH, Halsey NA. Measles Vaccine. In Vaccines, Eds S Plotkin, W Orenstein, P Offit, Fifth Edition, Saunders Elsevier, 353-398, 2008.

Theeten H, Hutse V, Hens N, Yavuz Y, Hoppenbrouwers K, Beutels P, Vranckx R, Van Damme P. Are we hitting immunity targets? The 2006 age-specific seroprevalence of measles, mumps, rubella, diphtheria and tetanus in Belgium. Epidemiol Infect. 2011 Apr;139(4):494-504.

WIP. Werkgroep Infectie Preventie "Infection Prevention Working Party – airborne isolation". 2006. Available online : http://www.wip.nl/UK/free_content/Richtlijnen/Airborn%20isolation.pdf

NVKVV NIEUWS

Activiteitenverslag 2010 - Werkgroep Ziekenhuishygiëne NVKVV¹

Kathy Claeys, voorzitter werkgroep

In maart 2010 ging naar jaarlijkse gewoonte de studiedag ziekenhuishygiëne, met als titel "Competentie- en projectmanagement: hand in hand", door te Oostende. Gedetailleerde verslaggeving daaromtrent leest u in Noso-info, Vol XIV n° 3.

We konden rekenen op een talrijke opkomst en hoorden lovende kritieken.

Na de studiedag volgde een interne evaluatie en werd gestart met de brainstorming voor de studiedag van 2011, waar we de focus wensen te leggen op de zorgbundels.

Om onze doelstelling voor het ontwikkelen van een nationaal competentieprofiel te versterken, werden contacten gelegd met het ABHH en de FOD Volksgezondheid. De gefinaliseerde competentievragenlijst, werd in de vergadering van het ABHH besproken. Hun bedenkingen/suggesties werden teruggekoppeld naar onze werkgroep en werden besproken en commentarieerd. Het ABHH was verheugd te mogen participeren aan dit initiatief en drukte de wens uit om in de toekomst met onze werkgroep nauwer samen te werken.

De competentievragenlijst zal in samenwerking met het ABHH en de FOD Volksgezondheid in de loop van 2011 verspreid worden.

Een lid van de werkgroep startte met 3 andere ziekenhuizen met het opstellen van een vragenlijst met betrekking tot het preoperatief ontharen. De doelstelling is de vragenlijst naar diverse ziekenhuizen te versturen om een idee te vormen in welke mate en hoe verspreid tondeuzes voor het preoperatief ontharen gebruikt worden. We wensen de kritische factoren te identificeren die een rol spelen bij de succesvolle implementatie van de tondeuze voor het preoperatief ontharen in een ziekenhuis. In de werkgroep werd de vragenlijst gevalideerd. Om op de uitnodiging van het ABHH in te gaan zullen we hen eveneens bij deze enquête betrekken. Een firma zal instaan voor de vertaling en de verspreiding ervan.

In 2010 werd een opleiding tot verpleegkundig-ziekenhuishygiënist beëindigd met in de eerste semester de laatste theoretische vakken en de presentatie van de seminariewerken en in het tweede semester het doorlopen van de stage.

In het voorjaar startte tevens een open opleiding in het NVKVV en in het najaar een incompany training tot referentie verpleegkundige (ziekenhuis)hygiënist. Tevens in het najaar werd een overleg gestart met een Woon- en zorgcentrum voor de ontwikkeling van een programma voor de opleiding tot referentie verpleegkundige hygiëne voor deze specifieke setting.

De werkgroep werd regelmatig gecontacteerd om advies te geven over de correcte toepassing van procedures en praktijkvragen met betrekking tot infectiepreventie, zo werd door alle leden van de werkgroep het inhoudelijke van een voorstel voor een e-learning module rond handhygiëne kritisch nagelezen. In de vergadering werd één gezamenlijke consensus opge-

steld en doorgemailed naar de aanvrager, zij werden tevens doorverwezen naar de nationale werkgroep campagne handhygiëne.

Met dank aan de leden van de werkgroep voor dit boeiend en leerrijk jaar.

1. NVKVV = Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

Enquête om te bepalen welke vaardigheden worden verwacht van een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist !

Eind september 2011 wordt een online enquête gelanceerd om een beter inzicht te krijgen in de vaardigheden die van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist worden verwacht.

Deze enquête is het resultaat van een samenwerking tussen de AUVB, de ABIHH, de werkgroep Ziekenhuishygiëne van het NVKVV, de FOD Volksgezondheid (DG Organisatie van de Gezondheidszorgvoorzieningen) en de firma OKc, die verantwoordelijk was voor de technische aspecten.

De voornaamste betrokkenen (verpleegkundigen van de teams voor ziekenhuishygiëne, verpleegkundige en medische directies, voorzitters van de comités voor hygiëne...) zal worden gevraagd welke vaardigheden zij essentieel achten voor de uitoefening van deze functie.

De bedoeling is om in de loop van 2012 een competentieprofiel op te maken gebaseerd op alle antwoorden. Zo'n competentieprofiel is voor tal van actoren binnen de ziekenhuishygiëne een nuttig instrument: verpleegkundigen-hygiënist voor een zelfevaluatie, instellingen voor het opstellen van een eigen functieprofiel, universiteiten en hogescholen voor het aanpassen van hun syllabi, enz....

Om methodologische redenen zal de FOD Volksgezondheid de link naar de enquête pas eind september via email opsturen naar de medische en verpleegkundige directies van de ziekenhuizen. In de mail wordt hen ook gevraagd de link naar alle door deze enquête betroffen professionals door te sturen. Bent u een van die professionals en hebt u de link op 01/10/2011 nog steeds niet ontvangen, neem dan contact op met uw directie.

We hopen dat zoveel mogelijk verpleegsters en verplegers, die actief zijn als ziekenhuishygiënist, deze online enquête zullen beantwoorden.

Miguel Lardennois, FOD Volksgezondheid

Pedro Braekeveld, Werkgroep ziekenhuishygiëne NVKVV, Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

Christophe Barbier, ABHH, Association Belge pour l'Hygiène Hospitalière

Marc Koninckx, AUVB, Algemene Unie der Verpleegkundigen van België

AANBEVELINGEN VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRaad

Prik- en spatongevallen: advies voor een prikje

Prik- en spatongevallen (PSO's) komen regelmatig voor binnen de verzorgingsinstellingen en het is van prioritair belang ze te voorkomen. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft daarom een advies uitgevaardigd met enkele aanbevelingen.

In het eerste luik van deze aanbevelingen worden alle aspecten van de preventie geschetst met een omschrijving van het risico en de absoluut te nemen voorzorgsmaatregelen.

In het tweede deel komen de geïntegreerde preventiestrategie (o.a. sensibilisering van het zorgpersoneel) en het melden, registreren en opvolgen van PSO's die

binnen verzorgingsinstellingen plaatsvinden aan bod.

Ten slotte wordt een specifiek hoofdstuk gewijd aan de preventie van de overdracht van infectieuze agentia op de patiënten door de gezondheidswerkers.

Met deze samenvatting van de huidige kennis wil de Hoge Gezondheidsraad formele aanbevelingen geven over de te nemen maatregelen na een PSO in een ziekenhuisomgeving om zo tot een doeltreffende coördinatie van de voorzorgsmaatregelen te komen.

Het volledige advies kan geraadpleegd worden via deze link.

Aanbevelingen voor een tandheelkundige verzorging : een tandje bijgezet

Het bestrijden van infectieoverdracht tijdens de zorgverlening berust op professionele, reglementaire, deontologische en ethische verplichtingen die op alle gezondheidswerkers van toepassing zijn, zo ook de verleners van tandheelkundige zorgen.

In maart 1997 werden reeds aanbevelingen in verband met "Hygiëne in de tandheelkundige praktijk" gepubliceerd door de Hoge Gezondheidsraad. Dit document werd jarenlang als basisdocument gebruikt.

In de voorbije jaren hebben zich echter verschillende evoluties voorgedaan die een herziening van dit document noodzakelijk en rechtvaardigen:

- een beter inzicht in risico's van infectieoverdracht verbonden aan tandheelkundige zorgverlening;
- de ontwikkeling van materialen en technieken die specifieke voorzorgen noodzakelijk maken;
- het op de markt komen van producten, materialen en toestellen die de overdracht van infectieuze agentia helpen voorkomen of bestrijden;
- enz.

De Hoge Gezondheidsraad heeft daarom een herziening en update gemaakt van de richtlijnen voor infectiebeheersing bij tandheelkundige zorgverlening.

Het volledige advies kan geraadpleegd worden via deze link.

VOOR U GELEZEN

NP O'Grady, M Alexander, LA Burns, E Patchen Dillinger, J Garland, SO Heard, PA Lipsitt, H Masur, LA Mermel, ML Pearson, II Raad, AG Randolph, ME Rupp, S Saint and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) (Appendix1) Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections

American Journal of Infection Control, 39 (4) supplement 1 : S 1-34, mai 2011

Deze aanbevelingen zijn er voor de zorgverstrekkers die vasculaire katheters inbrengen en voor de verantwoordelijken voor de infectiesurveillance en -controle in de ziekenhuizen, externe patiënten en organisaties voor thuiszorg. Dit verslag is opgemaakt door een werkgroep met leden van beroepsorganisaties uit de disciplines van intensieve zorgen, infectieziekten, infectiesurveillance, chirurgie, anesthesie, interventieradiologie, pneumologie, pediatrie en verpleegkunde.

Dit referentiedocument herhaalt voor elke interventie de stand van de kennis en geeft weer in welke mate er binnen de werkgroep consensus bestaat over de opleiding, opvolging en de in functie van de kenmerken van het gebruikte product toe te passen technieken, op basis van de in de literatuur beschikbare gegevens. Aan de hand van dit document kunnen we dan, na aanpassing aan onze praktijken en ons materiaal, specifieke « care bundles » realiseren.

I Btaiche, DS Kovacevitch, N Khalidi, LF Papke The effects of needleless connectors on catheter-related bloodstream infections.

American Journal of Infection Control, 39 (4) : 277-283, mai 2011

Naaldloze connectors, inclusief de standaard split septum en de luer-geactiveerde mechanische valve connectors hebben ingang gevonden in de klinische praktijk om het risico op prikletsels uit te sluiten door niet langer naalden te gebruiken voor de toegang tot de vasculaire katheters. De kleppen met positieve of negatieve verplaatsing werden in vergelijking met de split septum connectors, geassocieerd met een verhoging van de kathetergeassocieerde sepsis. Op basis van de beschikbare gegevens moet worden geopteerd

voor connectoren met een split membraan, veeleer dan voor mechanische connectors. Om het risico op microbiële besmetting tot een minimum te herleiden is een gepaste ontsmetting van de toegangspoort aanbevolen, bij voorkeur met chloorhexidine, in combinatie met de infectiecontrolepraktijken. Grootschalige randomstudies moeten de mogelijke nieuwe oorzaken en de gevolgen van de verschillende types naaldloze connectors met mechanische valven op de bloedstroom-infecties evalueren.

J Oto, H Imanaka, M Konno, E Nakataki, M Nashimura A prospective clinical trial on prevention of catheter contamination using the hub protection cap for needleless injection device.

American Journal of Infection Control, 39 nr (4) : 309-313, mai 2011

De besmetting van de hub werd erkend als bron van kathetergerelateerde septicemieën. We hebben onderzoek verricht naar de efficiëntie van een beschermingsdop voor de preventie van de intraluminale contaminatie van de katheter, in vergelijking met een klassieke 3-wegkraan. Bij volwassen patiënten uit een intensieve zorgeenheid bij wie voor minstens 48 uur een intravasculaire katheter moest worden geplaatst, werd at random beslist gebruik te maken van ofwel de injectieplaats met beschermingsdop (testgroep n=31, aantal apparaten n=15) ofwel een klassieke 3-wegkraan (vergeleken groep n=33, aantal apparaten

n=179). Om de intraluminale contaminatie te evalueren hebben we de bacterie-isolaten onderzocht uit de filter die boven de injectieplaatsen zat. De incidentie van bacteriecontaminatie was significant verschillend tussen beide groepen (testgroep 2/151 [1,3 %] tegenover de controlegroep 11/179 [6,2 %], P=0,04). Er was geen correlatie tussen het contaminatiepercentage en de duur van de plaatsing of het aantal injecties. De beschermingsdop voor het naaldloze injectiemateriaal vermindert de bacterieoverdracht van de injectieplaats naar de intraluminale flow en beperkt het risico op kathetergerelateerde septicemieën.

dat aan de nationale surveillances deelnam, konden worden vergeleken. Vrijwillige deelname en confidentialiteit waren essentieel in dit programma.

*Benchmarking: vergelijkende analyse van de prestaties of de werking om de beste eruit te halen en de prestaties te verbeteren.

Er werden aanzienlijke dalingen van het aantal ziekenhuisinfecties vastgesteld, vooral die ter hoogte van het ademhalingsstelsel bij patiënten in kritieke toestand.

Tegelijk is ook de belangstelling voor de veiligheid van de patiënten toegenomen in de media, die druk op de politici heeft uitgeoefend waardoor de ZI cijfers in 28 van de 50 staten verplicht bekend moesten worden gemaakt. Deze bekendmaking gebeurt in 22 staten via deelname aan de NHSN - surveillances.

In Engeland werd in de jaren 90 het *Nosocomial Infection National Surveillance Scheme* (NINSS) opgericht. Dit was vooral gericht op infecties van operatiewonden en bacteriëmieën. De bekendmaking was vrijwillig en bleef confidencieel. Achteraf is de methicilline resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) opgedoken als een van de belangrijkste verwekkers van ZI. De media zijn zich voor het onderwerp gaan interesseren, het publiek werd gesensibiliseerd en de overheid heeft zijn aandacht gericht op de aanpak van deze bacterie. In 2001 heeft het Departement Volksgezondheid gevraagd de MRSA-bacteriëmieën bekend te maken voor de publieke ziekenhuizen. Sinds 2002 kan iedereen de cijfers inzake MRSA-bacteriëmieën inkijken op de site van het Departement Volksgezondheid. Later werden dan de *Clostridium difficile*-infecties gepubliceerd en intussen worden ze, net als de cijfers over de MRSA-bacteriëmieën, welelijks bekendgemaakt door de publieke ziekenhuizen.

De overheden hebben toen vooropgesteld de MRSA-bacteriëmieën tussen 2004 en 2008 met 50%, en de *C. difficile* infecties tussen 2008 en 2011 met 30 % terug te dringen. Beide doelstellingen werden ruimschoots gehaald.

In Frankrijk bestaat sinds 1998 een nationaal netwerk (RAISIN = *réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales*) met als opdracht de surveillance van voornamelijk infecties van operatiewonden, incidenten als gevolg van blootstelling aan lichaamsvochten, bacteriëmieën, multiresistente bacteriën, en ZI op intensieve zorgen. Deelname is vrijwillig, feedback blijft vertrouwelijk, met vergelijkingselementen (binnen het netwerk. In 2003 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, onder druk van de media en slachtofferverenigingen, een lijst met indicatoren opgemaakt) voor een benchmarking tussen ziekenhuizen. Er werd geopteerd voor prestatie-indicatoren: verslagen van ziekenhuiscomités die de ZH activiteit moesten meten, het volume gebruikte handalcohol, het percentage chirurgische eenheden in een verzorgingsinstelling met opvolging van postoperatieve infecties, en het beheer en gebruik van antibiotica. In 2009 kwam daar nog het aantal MRSA gevallen per klinisch staal - uitgedrukt in hospitalisatiedagen - bij. Het Ministerie van Volksgezondheid heeft voor elk van die indicatoren op nationaal vlak en op het niveau van de instellingen, doelstellingen bepaald.

Ook Duitsland beschikt sinds 1997 over een surveillancenetwerk (*Krankenhaus Infektions Surveillance System*, KISS), dat is gebaseerd op het Amerikaanse NNIS model en dat vrijwillig en confidencieel is. Intussen stuurt de helft van de ziekenhuizen minstens gegevens op over een van de aspecten inzake ZI die door het KISS worden gesurveilleerd. Ook al is de toetreding tot het KISS niet verplicht, toch moeten bepaalde ZI (infecties van operatiewonden of geassocieerd aan prothese-materiaal) in bepaalde types ziekenhuiseenheden worden geregistreerd. Over het algemeen worden de gegevens niet systematisch gerapporteerd maar het Ministerie van Volksgezondheid heeft een inspectierecht. Enkel de intensieve neonatale diensten brengen sinds 2006 systematisch maar confidencieel verslag uit bij het KISS.

In Duitsland zijn de ZI indicatoren en de interpretaties ervan niet publiek. ZI indicatoren bestaan dus overall. De manier waarop ze worden ingeza-

meld, verwerkt, ter beschikking gesteld van de verzorgingsinstellingen, vrijgegeven voor benchmarking en uiteindelijk publiek gemaakt, verschilt echter sterk. Experts zijn het erover eens dat ze noodzakelijk zijn maar de meningen over het gebruik ervan zijn verdeeld.

Welke publieke indicatoren dienen te worden aangemoedigd?

Wat de indicatoren betreft beperkt enkel Frankrijk zich tot procesindicatoren, terwijl de resultaatindicatoren eenvoudiger en directer zijn. Toch blijft de kwaliteit van de indicatoren een probleem. Rapportering van infecties van operatiewonden bijvoorbeeld onderschat meestal het reële aantal infecties. Vermits het uiterst moeilijk is om voor specifieke risicofactoren per patiënt voor een ZI te corrigeren, blijft een vergelijking van de indicatoren uiterst moeilijk.

In geval van vrijwillige bekendmaking lijkt het erop dat initieel de gegevens van betere kwaliteit zijn en dat het participatiecijfer op termijn toeneemt, in vergelijking met verplichte bekendmaking. Toch zal uiteindelijk niet meer dan de helft van de verzorgingsinstellingen deelnemen, met bovendien een overrepresentatie van bepaalde type instellingen (universitaire ziekenhuizen bijvoorbeeld).

Toegang tot de ZI indicatoren voor het publiek is verplicht in de meest staten van de VS, in Engeland en in Frankrijk. De context waarin dit gebeurt verschilt. In de VS is het veeleer onder druk van bedrijven die heel actief zijn en opkomen voor de belangen van de patiënten, in Engeland is het meer onder druk van de media, terwijl de aanpak in Frankrijk eerder diplomatisch is. Daar worden patiënten en zorgverstrekkers bij het proces betrokken, de resultaatindicatoren worden erbuiten gehouden.

Het is niet meer dan een recht dat patiënten en publiek toegang krijgen tot de indicatoren, omwille van de transparantie maar ook om hun betrokkenheid te verhogen bij de zorgen die ze krijgen. In de landen die we net hebben opgesomd is het echter zo dat media en publiek de betekenis van de gegevens en de interpretatie ervan niet altijd goed begrijpen. Een aantal media speelt daar dan gretig op in om ziekenhuizen te rangschikken.

In Frankrijk en de VS lijkt het dan weer wel zo dat patiënten zich, bij hun keuze voor een verzorgingsinstelling, niet laten leiden door publicatie van de indicatoren.

Welk algemeen effect publieke inzage in de gegevens heeft valt moeilijk in te schatten. Het verlenen van inzage mag dan al meer gebaseerd zijn op politieke, dan wel op wetenschappelijke argumenten, het heeft er ongetwijfeld voor gezorgd dat ziekenhuisverantwoordelijken zich ervan bewust zijn dat promotie van bestrijdingsmaatregelen essentieel is en dat de efficiëntie van beheersingsmaatregelen tegen infecties nog beter moet.

Afsluitend

De liberalisering van de toegang tot ziekenhuisgegevens is er steeds gekomen onder druk van de publieke opinie. Verantwoordelijken voor ZH moeten begrijpen dat die evolutie onvermijdelijk is. Nu er nog tijd is, is het dus aan hen de juiste methodologie te ontwikkelen om relevante indicatoren te selecteren (zowel voor hen als voor het publiek), die op een passende manier bekend te maken, de gegevens te verwerken en ze op een eenduidige manier te publiceren. Ongetwijfeld moeten media en publiek eerst grondig worden geïnformeerd, vooraleer de toegang wordt vrijgegeven.

Het eindrapport van een werkgroep rond indicatoren ter beheersing van ziekenhuisinfecties, die was samengesteld uit experts inzake ziekenhuishygiëne en die onder leiding stond van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, zal heel binnenkort worden voorgelegd aan het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne.

1. Hausteijn T., Gastmeier P., Lucet J.C. et al. Use of benchmarking and public reporting for infection control in four high-income countries. *Lancet Infect Dis* 2011; 11: 471-81.

WEBSITE

Adressen om niet te vergeten

- BAPCOC : www.health.fgov.be/antibiotics
- Congrès : <http://nosobase.chu-lyon.fr/congres/congres.htm>
- Congressen : <http://www.wip.nl/congress.htm>
- CDC/HICPAC : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>
- Belgian Infection Control Society - (BICS) : <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- Journal of Hospital Infection (JHI) : <http://www.harcourt-international.com/journals/jhin>
- Nosobase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>
- Noso-info : <http://www.noso-info.be>
- World health organization (WHO) : <http://www.who.int/gpsc/en/>
- Swiss Noso : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/f122cl.htm>
- Infect Control and hospital Epidemiology (ICHE) : <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/home.html>
- "Tuesday seminars", afdeling Volksgezondheid en Surveillance, WIV-ISP
<http://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/agenda.htm>
- Advies en Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) : http://www.health.fgov.be/HGR_CSS
- Verschillende brochures van het HGR : http://www.health.fgov.be/HGR_CSS/brochures
- Federale Platform voor Ziekenhuishygiëne (HIC = Hospital Infection Control) website van de verschillende regionale platformen : <http://www.hicplatform.be>
- "Clean care is safer care" : <http://www.who.int/gpsc/en/index.html>
- The Infection Prevention Working Party (WIP) (Nederland)
<http://www.wip.nl/UK/contentbrowser/onderwerpsort.asp>
- ABIHH : Association Belge des Infermiers en Hygiène Hospitalière : <http://www.abhh.be>

Nieuwe adressen

- Richtlijnen voor de preventie en controle van infecties overgedragen via flexibele gastro- en endoscopen en bronchoscopen: http://2011_endoscopie_Canada.pdf
- Expertise rapport. Evolutie van 10 jaar antibiotica gebruik in Frankrijk:
http://2011_ConsommationAntibiotiques_AFSSAPS.pdf
- Aanbevelingen van het frans veiligheidsagentschap betreffende de criteria voor de keuze van producten in de gezondheidszorg voor de procedure van ontsmetting van oppervlakken via verneveling:
http://2011_DSPA_AFSSAPS-1.pdf
- Centraal veneuze catheters via perifere weg ingebracht of PICC lijnen (peripherally inserted central catheter) : http://2011_PICC_SF2H-1.pdf
- websites van de regionale platforms via de website van het federaal platform : www.hicplatform.be

Nosomail : privé-discussieforum (inschrijving is volgens selectie maar niet gemodereerd). U kan zich in- en uitschrijven door een bericht met email, naam en voornaam, diploma te versturen naar : anne.simon@uclouvain.be. Eens ingeschreven, kan u uw berichten naar nosomail@iph.fgov.be te versturen

**Uw ervaringen interesseren ons, want ze kunnen nuttig zijn voor anderen.
Hierbij kan Noso-info de link zijn.**

Vertel ons over uw epidemieën: aantal gevallen, welk proces werd op punt gezet, de bekomen resultaten, kosten

WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

Gelieve ons op de hoogte houden van de activiteiten die u organiseert !

18 OKTOBER 2011

SEMINARIES CHU MONT-GODINNE

«Snelle diagnostiek, revolutie in de diagnose van infectieziekten : zou Louis Pasteur het bacteriologisch laboratorium herkennen in 2011?» Dr. O. Denis, Labo Microbiologie, ErasmusZiekenhuis-ULB, BXL

Locatie : CHU Mont Godinne, Yvoir, auditorium B (12u30-14u00) Broodjes en drank worden voorzien

Inlichtingen : Cédric Baude. Tel. +32 (0)81 42 32 14 - Fax. +32 (0)81 42 32 04

Email : cedric.baude@uclouvain.be - Website : www.chumontgodinne.be

20 - 23 OKTOBER 2011

49th MEETING IDSA (INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA)

Locatie : Boston, MA, USA

Inlichtingen: Phil Bolin. Tel. +1 703 299 0200 - Fax. +1 703 299 0204

Email : info@idsociety.org - Website: <http://www.idsociety.org>

31 OKTOBER TOT 3 NOVEMBER 2011

3rd IPCAN (INFECTION PREVENTION AND CONTROL AFRICA NETWORK)

Locatie : Windhoek (Namibie), Africa

Inlichtingen : Tel. +27 21 938 9651 - Email : neldar@sun.ac.za - Website : <http://www.ipcan.co.za/conference-2011>

08 - 10 NOVEMBER 2011

56^{es} JIB (JOURNÉES INTERNATIONALES DE BIOLOGIE, INTERNATIONALE DAGEN VAN DE BIOLOGIE)

Locatie: CNIT, Paris-la-Défense, Frankrijk

Inlichtingen: Eric Moquet. Tel. +33 (1) 47 56 50 79 - Fax. +33 (1) 47 56 52 58

Email : jibcongress@reedexpo.fr - Website : <http://www.jib-sdbio.fr>

8 NOVEMBER 2011

BELGISCHE VERENIGING VOOR INFECTIOLOGIE EN KLINISCHE MICROBIOLOGIE (BVIKM) SEMINARIE Infections of the central nervous system

Locatie : Zaal Delgoutte, Ophain

Inlichtingen : <http://www.sbimc-bvikm.org/>

15 NOVEMBER 2011

CHU MONT-GODINNE SEMINARIES

«The changing face of Enterohemorrhagic "Escherichia coli" infections." Prof. D. Pierard , Labo microbiologie, referentie laboratorium voor EHEC, UZ Brussel

Locatie : CHU Mont Godinne, Yvoir, auditorium B (12u30-14u00) Broodjes en drank worden voorzien

Inlichtingen: Cédric Baude. Tel. +32 (0)81 42 32 14 - Fax. +32 (0)81 42 32 04

Email : cedric.baude@uclouvain.be - Website : www.chumontgodinne.be

24 NOVEMBER 2011

DIAGNOSE EN SURVEILLANCE VAN INFECTIEUZE AANDOENINGEN

Locatie : Cultureel en Congrescentrum van St.-Pieters- Woluwe

Inlichtingen :G. Ducoffre. Tel : 02.642.57.77 - Fax.02.642.54.10

Email : genevieve.ducoffre@wiv-isp.be - Website : www.wiv-isp.be/epidemie/labo

24 NOVEMBER 2011

7^e JOURNÉE AMIÉNOISE EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

«Onderwerp : Beheersing van kruisbesmetting : waar staan we ?»

Locatie : Amiens, Frankrijk

Inlichtingen : Crespin A. Tel.+33 (3) 22 66 82 20 - Fax. +33 (3) 22 66 82 03 - Email : hygienehosp@chu-amiens.fr

28- 29 NOVEMBER 2011

XIII^{es} JIQHS (JOURNÉES INTERNATIONALES DE LA QUALITÉ HOSPITALIÈRE ET EN SANTÉ)

Locatie : Cité des sciences, Parijs, Frankrijk

Inlichtingen: Reor. Tel. +33 (1) 45 46 19 00 – Fax. +33 (1) 45 46 21 87 - Email : jiqhs@reor.fr - Website : <http://www.jiqhs.fr>

28 - 29 NOVEMBER 2011

34^{es} JOURNÉES RÉGIONALES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE ET DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Locatie : Strasburg, Frankrijk

Inlichtingen : Caroline Burgun. Tel. +33 (3) 68 85 49 40 – Fax. +33 (3) 68 85 49 41

Email : congres@unistra.fr - Website : www.jrhh.org

1^{er} DECEMBRE 2011

XII^e JOURNÉE MÉDITERRANÉENNE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Locatie : Marseille, Frankrijk

Inlichtingen : Tel. +33 (4) 91 74 57 67 – Fax. +33 (4) 91 74 57 69 - Email : andree.benassi@ap-hm.fr

1 - 2 DECEMBER 2011

31^e RICAI (INTERDISCIPLINAIRE BIJENKOMST VAN DE ANTI-INFECTIEUZE CHEMOTHERAPIE)

Locatie : CNIT, Parijs la Défense, Frankrijk

Inlichtingen : Alexia Nollent. Tel. +33 (1) 58 47 79 34 – Fax. +33 (1) 58 47 79 57

Email : alexia.nollent@jcdconseil.com - Website: www.ricai.org

9 DECEMBER 2011

21^e JOURNÉE GERES (GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS)

Locatie : Parijs, Frankrijk

Inlichtingen : Tel.+33 (1) 57 27 78 70 - Email : geres@geres.org - Site web : <http://www.geres.org>

20 DECEMBER 2011

CHU MONT-GODINNE SEMINARIES

«Nieuw opduikende virale infecties : diagnose, epidemiologische, en klinische aspecten.»

Prof. P. Goubau, Virologie laboratorium UCL, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique (IREC), Pôle de Microbiologie Médicales (MBLG))

Locatie: CHU Mont Godinne, Yvoir, auditorium B (12h30-14h00) Broodjes en drank worden voorzien

Inlichtingen : Cédric Baude. Tel. +32 (0)81 42 32 14 - Fax. +32 (0)81 42 32 04

Email : cedric.baude@uclouvain.be - Website : www.chumontgodinne.be

15 - 16 MAART 2012

34^{es} JOURNÉES RÉGIONALES D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE DE BORDEAUX

Locatie : Pessac, Frankrijk

Inlichtingen : Tél. +33 (5) 56 79 55 53 – Fax. +33 (5) 56 79 49 97 - Email : hygiene.hospitaliere@chu-bordeaux.fr

29 - 30 MAART 2012

2ND ASEPTIC SURGERY FORUM – FORUM ASEPTISCHE CHIRURGIE

Locatie : Cité des sciences, Paris, Frankrijk

Inlichtingen : J. Appert. Tel. +33 (1) 48 91 89 89 – Fax. +33 (1) 48 43 49 94

Email : aseptic@aseptic-surgery-forum.com - Website : <http://www.aseptic-surgery-forum.com>

31 MAART TOT 3 APRIL 2012

22nd ECCMID (European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases)

Locatie : London, United Kingdom

Inlichtingen: Fax. +41 61 686 77 88 - Website : <http://www.esccmid.org/eccmid2012>

4 - 5 APRIL 2012

34^{es} JOURNÉES NATIONALES D'ETUDES SUR LA STÉRILISATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Locatie: Lyon, Frankrijk

Inlichtingen : J. Vanbesien. Tel. +33 (5) 65 23 06 01 – Fax. +33 (5) 65 23 06 09

Email : vanbesiencefh@wanadoo.fr - Website : www.cefh-ceps.com

17 - 20 APRIL 2012

INTERNATIONAL FORUM ON QUALITY AND SAFETY IN HEALTH CARE

Locatie : Parijs, Frankrijk

Inlichtingen: BMJ Publishing Group. Tel.+44 20 7383 6241 – Fax. +44 20 7554 6997

Email : events@bmjgroup.com - Website : www.internationalforum.bmj.com

13 - 16 JUNI 2012

15th ICID (INTERNATIONAL CONGRESS ON INFECTIOUS DISEASES)

Locatie : Bangkok, Thailand

Inlichtingen : Tel.+1 617 277 0551 – Fax. +1 617 278 9113 - Email : info@isid.org - Website : www.isid.org

RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEURS

1. **Noso-info** is het officiële tijdschrift van de Belgische Vereniging voor Ziekenhuishygiëne (BVZH) en de BICS (Belgian Infection Control Society). Dit tijdschrift wordt uitgegeven dank zij de steun van de federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en van Milieu

2. *Noso-info* publiceert artikels, reviews, commentaar, informatie met betrekking tot **ziekenhuishygiëne**. Het verschijnt elke drie maand in het Frans en het Nederlands. Het heeft tot doel de verpleegkundigen, artsen, apothekers en andere ziekenhuispractici over dit domein te informeren. Het gepubliceerd materiaal kan bestaan uit originele bijdragen of uit reeds elders gepubliceerde informatie. In dit geval wordt de auteur verondersteld de toelating tot publiceren aan de redactieraad van *Noso-info* aan te vragen, en eveneens aan het originele tijdschrift.

3. **Taal**. De artikels zullen in het Frans of het Nederlands voorgelegd worden, of uitzonderlijk in het Engels. Het tijdschrift kan zelf voor de vertaling Frans->Nederlands zorgen. Indien hij de vertaalde versie van het manuscript wenst te herlezen of na te zien, wordt de hoofdauteur verzocht dit schriftelijk aan de redactie te melden.

4. **Aanvaarding**. De artikels worden ter goedkeuring aan de redactieraad van het tijdschrift voorgelegd. De redactieraad beslist souverain over het aanvaarden of het verwerpen van een artikel. Hij kan eventueel aanpassingen voorstellen, die aan het voorgelegde document aangebracht moeten worden. Wanneer deze wijzigingen beperkt zijn (spellingfouten ...) kan de redactie die zelf aanbrengen (na telefonisch overleg met de hoofdauteur).

5. **Formaat van de zending**. De teksten en tabellen dienen via elektronische post (Word document) opgestuurd te worden aan het E-mail adres van redactiesecretariaat : anne.simon@uclouvain.be

6. De **lengte** van de voorgelegde teksten is onbeperkt, maar men wordt verzocht de 10 gedrukte bladzijden niet te overschrijden (dubbele interlinies, karaktertype groter dan 10 cpi). De klassieke structuur: "inleiding, materiaal en methoden, uitslagen, bespreking, besluit, bibliografie" zal bij voorkeur voor studies gebruikt

worden In het geval van overzichtartikels zullen titels van hoofdstukken de tekst op een duidelijke wijze onderverdelen.

7. **Tabellen** zullen bij voorkeur deel uitmaken van de voorgelegde tekst. Zij zullen een nummer dragen (Romeinse cijfers). **Figuren** kunnen ook ingelast worden in de tekst die per E-mail opgestuurd werd.

8. **De referenties** zullen in de tekst aangeduid staan, door middel van een cijfer tussen rechte haken [], en zullen naargelang de alfabetische orde van de eerste auteur genummerd worden. In de bibliografie zullen ze volgens het hieronder beschreven systeem vermeld staan:

- **Tijdschriften** : Naam en initialen van alle auteurs (indien meer dan 6 auteurs, de eerste 3 vermelden, gevolgd door *et al*). Titel van het artikel. Tijdschrift (afkortingen van de *Index Medicus*). Jaargang, volume: eerste pagina-laatste pagina. Voorbeeld: Kernodle DS, Kaiser AB. Antibiotic prophylaxis in surgery. *Cur Opin Infect Dis* 1995; **8**:275-279.

- **Boeken** : (zoals in het voorbeeld:) Altemeier WA, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky (eds). Manual on control of infection in surgical patients, 2nd ed. Philadelphia: JB Lipincott, 1984.

- **Hoofdstukken van boeken** : (zoals in het voorbeeld:) Trilla A, Mensa J. Perioperative antibiotic prophylaxis. In: Wenzel RP, ed. Prevention and control of nosocomial infections, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 665-682.

9. **Het genus** en de species van microorganismen zullen in cursief gedrukt worden. Merknamen (stoffen, geneesmiddelen en materiaal) zullen in de tekst vermeden worden. Voor geneesmiddelen zal men de generische naam gebruiken. Het merk van stoffen, geneesmiddelen en materiaal mag als annotatie op het einde van de tekst vermeld staan.

10. **De inhoud** van de artikels staat alleen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Redactieraad

REDACTIERAAD

B. Catry, K. Claeys, M. Costers,
A. Deschuymere, J. J. Haxhe, M.L. Lambert,
C. Potvliege, A. Simon, A. Spettante,
E. Van Gastel, F. Van Laer, I. Wybo, M. Zumofen.

REDACTIE COORDINATOR

A. Simon

REDACTIESECRETARIAAT

Simon A.
UCL – Ziekenhuishygiëne
Mounierlaan,
Tour Franklin, - 2 Sud
1200 Brussel
Tel : 02/764.67.33
Email : anne.simon@uclouvain.be of
lg084901@scarlet.be

Noso-*info* publiceert artikels, briefwisseling en overzichten met betrekking tot ziekenhuishygiëne. Ze worden door de redactieraad uitgekozen en verschijnen in het Frans en het Nederlands (vertaling verzekerd door het tijdschrift). De inhoud van de artikels staat alleen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Voor inlichtingen over het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)

J. Wytsmansstraat, 14
1050 Brussel
<http://www.wiv-isp.be> & www.nsih.be

Voor inlichtingen over NVKVV Vlaamse Werkgroep Ziekenhuishygiëne

Mevr. K. Claeys, voorzitter
Mevr. G. De Mey, stafmedewerker
Tel : 02/737.97.85
Fax : 02/734.84.60
Email : navorming@nvkvv.be

Abonnementen en lidgeld 2011

Voor inlichtingen over het abonnement (en de betaling) op *NOSO-info*, gelieve zich te richten tot de schatbewaarder van *NOSO-info* :

Simon A.
UCL – Ziekenhuishygiëne
Mounierlaan,
Tour Franklin, - 2 Sud
1200 Brussel
Tel : 02/764.67.33
Email : anne.simon@uclouvain.be of
lg084901@scarlet.be

Persoonlijk abonnement op *NOSO-info* :

Voor België : 25 €
Op rekening Nr : 408-7090741-09
NOSO-info, Harmoniestraat, 68
2018-Antwerpen
Voor het Buitenland : 30 €
Uitsluitend door bankoverschrijving

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen :	25 €
Artsen :	50 €
Artsen in opleiding :	25 €

Via <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>

Voor inlichtingen over de inschrijving op BICS, gelieve zich te richten tot de secretaris van BICS :

Dr O. Denis
Hôpital Erasmus, Lenniklaan, 808,
1070 Brussel.
Tel.: 02/555.6643-4541 - Fax : 02/555.3912
Email : odenis@ulb.ac.be

Voor inlichtingen over ABHH

Franstalige verpleegkundigen groep
M. Ch. Barbier
Tel : 04/366.28.79
Fax : 04/366.24.40
Email : info@abhh.be