



Association Belge des Infirmier(ère)s en Hygiène Hospitalière  
Belgische Vereniging van Verpleegkundigen in Ziekenhuishygiëne

**BAPCOC**  
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society  
asbl/vzw

**Trimestriële :**

VOL. XVIII n° 1  
1<sup>ste</sup> kwartaal 2014

**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

## INHOUD

- 2 De ontwikkeling van een kader voor een referentiepersoon en competenties in infectiepreventie en -controle
- 5 Functieprofiel referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne, een Vlaamse consensus
- 8 Contactpersoon voor Ziekenhuishygiëne: functieprofiel
- 10 Het takenpakket en het competentieprofiel van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne in de Vlaamse acute setting
- 15 Websites
- 17 Wetenschappelijke agenda
- 19 Richtlijnen voor de auteurs
- 20 Redactieraad  
Abonnementen

## EDITORIAAL

### Focus op de referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne!

Het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, bepaalt nogmaals de organisatie en opdrachten van het operationele team ziekenhuishygiëne. Van de functie van referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne is op dat ogenblik nog geen sprake.

Pas in een nota van 19 juli 2007 heeft de heer Christiaan Decoster het over de aanbevelingen van het strategisch plan van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne - die niet vermeld staan in het KB-, en wel als volgt:

“Een netwerk van referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne uitbouwen is zeer waardevol.

De referentieverpleegkundige is een gemotiveerde contactpersoon op het niveau van de verpleegeenheid die

- 1) correcte informatie zal doorgeven aan zijn/haar collega's;
- 2) een correcte evaluatie van de noden zal realiseren met rapportage aan het team voor ziekenhuishygiëne; en
- 3) collega's zal motiveren.

De referentieverpleegkundige wordt hierbij ondersteund door de hoofdverpleegkundigen en het team voor ziekenhuishygiëne. Zo wordt de referentieverpleegkundige bijgeschoold door het team en wordt er regelmatig overlegd met het team.”

Twee opeenvolgende nummers van Noso-info zijn gewijd aan referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne. De operationele teams die deze functie binnen hun instelling hebben opgericht, kunnen intussen niet meer zonder.

Dit nummer gaat hoofdzakelijk over het functieprofiel, de vaardigheden en taken van de referentieverpleegkundigen. In het volgende nummer gaan we dieper in op de ervaringen op het terrein en hebben we het zowel over de voordelen van zo'n netwerk, als over de hindernissen om het operationeel te houden.

Deze ervaringen moeten voor menig onder ons een inspiratiebron zijn!

**Anne Simon**

NOSO-INFO

Met de steun van FOD  
Volksgezondheid, Veiligheid van de  
Voedselketen en Leefmilieu  
Eurostation Blok II - 1<sup>ste</sup> verdieping  
Victor Hortaplein, 40/10  
1060 Brussel

# De ontwikkeling van een kader voor een referentiepersoon en competenties in infectiepreventie en -controle<sup>1</sup>

Rose Gallagher, verpleegkundig adviseur infectiepreventie en -controle, Royal College of Nursing, Londen.

**Dit artikel beschrijft de rationale voor de ontwikkeling van een nationaal kader voor de functie van referentieverpleegkundige en de daaraan gekoppelde competenties met infectiepreventie en -controle als voorbeeld van specialiteit. De huidige hefbomen, uitdagingen en methodes ter zake werden voorgesteld op de NVKVV<sup>2</sup> conferentie in maart 2013 in het kader van een permanente samenwerking tussen het Verenigd Koninkrijk (VK) en België**

## Context

Referentieverpleegkundigen (RV) zijn voor het eerst officieel erkend in de jaren 1980 en hun functie kan het best omschreven worden als “praktijkverpleegkundigen die bijzondere belangstelling tonen voor een specialiteit, met een formele link naar teamleden met een specialisatie” (Mac Arthur, 1998). In tal van vakgebieden werd gekozen voor referentieverpleegkundigen, zoals wondzorg, diabetes, pijnmanagement en infectiepreventie en -controle (IPC), zowel in ziekenhuizen als in andere gezondheidsinstellingen. Het implementeren/inzetten van RV in het Verenigd Koninkrijk gebeurt op tal van manieren en is vooral gericht op scholing en toewijzing van taken, om de infectiepreventieteams te helpen bij het communiceren van kernboodschappen en om de betrokkenheid bij verbeteringen in de praktijk te vergroten. Ook op vlak van IPC heeft de functie zijn belang alhoewel de voordelen zelden geëvalueerd worden en de literatuur richt zich vooral op succesvolle lokale initiatieven om nieuwe richtlijnen in te voeren of vorming te geven teneinde standaarden op te stellen en te bereiken (Ching & Seto 1990, Teare & Peacock 1996). Ondanks het succes van deze en andere gelijkaardige initiatieven (bijv. ‘cleanliness champions’ of netheidskampioenen), bestaat er in het VK voor deze functie, geen kader of richtlijnen. De organisatie van RV-programma’s en de begeleiding van het personeel in die

functie is tijdrovend. Bovendien heeft dit een impact op het infectiepreventieteam en de lokale klinische setting waar RV zijn tewerkgesteld, gezien de regelmatige afwezigheid in het kader van opleidingen of projecten. Tellen we daarbij nog het stijgend aantal RV, dan betekent dit voor de zorgcentra een aanzienlijke tijdsinvestering.

Om die investering te kunnen rechtvaardigen en om het betrokken personeel te helpen om verbeteringen aan te brengen in de klinische gezondheidszorg is een evaluatie essentieel.

## Hefbomen en erkende uitdagingen voor een betere IPC-praktijk in het VK.

Een van de belangrijkste hefbomen om continu te voorzien in IPC-referentieverpleegkundigen, is de aanbeveling van de Europese Raad inzake patiëntveiligheid, met inbegrip van de preventie en bestrijding van zorginfecties (EC 2009). Deze aanbeveling moet de lidstaten helpen om binnen de landsgrenzen de normen inzake IPC te verbeteren en verwijst specifiek naar het inzetten van referentieverpleegkundigen om IPC-specialisten te helpen bij het verbeteren van klinische praktijken.

Samen met de erkenning van de huidige uitdagingen binnen het VK (zie tabel 1), was dit essentieel voor de ontwikkeling van een nationaal RV-kader, gebruik makend van IPC als referentiespecialiteit.

1 Referaat, studiedag werkgroep ziekenhuishygiëne NVKVV, 18 maart 2013

2 Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen

**Tabel 1: Huidige uitdagingen geassocieerd met de functie van RV in het VK en bijdrage aan een betere zorgverlening aan de patiënt**

- De verwachtingen inzake het doel en de functie van de RV lopen uiteen.
- RV-programma's worden zelden getoetst aan de voordelen voor de zorgverlening aan de patiënt
- RV functies zijn niet altijd vrijwillige keuzes.
- Door de talloze en gelijktijdige initiatieven inzake kwaliteitsverbetering, dreigen andere verbeteringen te "verdampen" (inclusief IPC)
- De steun die aan de RV wordt verleend verschilt soms sterk.
- De voordelen voor de persoonlijke en professionele ontwikkeling die gekoppeld zijn aan het statuut van RV zijn niet goed beschreven.
- De National Health Service heeft nogal wat kritiek gekregen en bij het publiek een slechte reputatie opgebouwd door een aantal zorggerelateerde veiligheids- en kwaliteitsproblemen.
- Een betere erkenning van het belang van de lokale cultuur voor het verbeteren van de klinische praktijk en van het feit dat de RV steun nodig hebben om daar een impact op te hebben.
- Het verspreiden van bewijsmateriaal of het wijzigen van klinische praktijken is geen lineair proces en vraagt een wijziging van het volledige systeem, waarbij een belangrijke rol is weggelegd voor lokale beleidsverantwoordelijken en rolmodellen.

### Ontwikkeling van een kader voor de functie van referentieverpleegkundige

Twee workshops in mei 2010 hebben dit functiekader een invulling gegeven. Deze workshops richtten zich tot verpleegkundigen gespecialiseerd in IPC, IPC-referentieverpleegkundigen en verpleegkundigen die belangstelling tonen voor IPC. De informatie werd verzameld door gerichte discussies, en werd gegroepeerd door middel van een conceptuele analytische benadering. De bedoeling was te komen tot een beknopte beschrijving en een minimum aantal competenties, die geen extra professionele competenties zouden vereisen en die de specifieke kenmerken zouden weergeven, waarmee de RV de uitdagingen in tabel 1 zouden kunnen aanpakken. Aspecten die aan bod kwamen waren:

- de essentiële factoren om een RV-programma succesvol te implementeren en op te volgen;
- de intrinsieke kenmerken van de RV-activiteit;
- de resultaten of gevolgen van de aanwezigheid van een RV ter plaatse.

De voor de functie vereiste competenties zijn ontwikkeld op basis van de vier essentiële kenmerken uit tabel 2. Deze zijn bedoeld om specifieke ondersteuning te bieden aan de persoonlijke en professionele ontwikkeling, waarbij de aandacht vooral uitging naar de vele vereiste kenmerken alsook naar de hou-

ding en gedragingen die nodig zijn voor de invulling van deze functie. De aanpak is zowel gericht op de persoon (RV) als op zijn kennis en inzicht. Het zwaartepunt van de functie is niet langer taakgericht maar verschuift naar het uitoefenen van invloed, het initiëren en ondersteunen. Dit is essentieel om tot een positieve gedrags- en cultuurwijziging te komen. Bovendien zal de mogelijkheid om positieve houdingen en gedragingen te beschrijven, een uitgelezen kans bieden om een aantrekkelijke functie te creëren, met tal van subtiele of kwalitatieve successen die meetbaar zijn in de tijd.

### Inzet van referentieverpleegkundigen binnen Europa

In Europa wordt vaak beroep gedaan op referentieverpleegkundigen. Het 'European network to promote infection prevention for patient safety' (EUNETIPS) heeft in mei 2012 een elektronische enquête gelanceerd om na te gaan in welke mate gebruik werd gemaakt van referentieprofessionals en wat hun impact was bij de leden. De resultaten zijn in oktober 2012 voorgesteld op de 'International Federation of Infection Control' (IFIC) conferentie, tijdens een symposium van EUNETIPS. Een overzicht van de belangrijkste bevindingen staat hieronder. Zestien van de 20 EUNETIPS leden hebben de enquête beantwoord en uit de resultaten blijken heel wat verschillen in de manier waarop referentieprofessionals worden ingezet.

Tabel 2 – Kader voor de functie van referentieverpleegkundige infectiepreventie en -controle (RCN 2012)

Enabling factors Factors required to successfully implement the link nurse (LN) role	The essential recognisable characteristics of link nurse activity The link nurse	Outcomes The consequences of having a link nurse (LN) role
<p><b>Individual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• role clarity – for example a role profile in place</li> <li>• up-to-date knowledge, skills and understanding about infection prevention and control (IPC) best practice</li> <li>• knowledge and skills to facilitate learning in, and from, practice.</li> </ul> <p><b>Workplace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• interdisciplinary team recognise the role and value of the LN role</li> <li>• active support with engagement from clinical leaders, managers, senior nurses and all members of the interdisciplinary team</li> <li>• access to best practice guidelines and evidence-based practice</li> <li>• local opportunities to regularly review IPC measures, indicators and practice.</li> </ul> <p><b>Organisational:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• organisational and senior management endorsement, support and active commitment to the role</li> <li>• governance systems in place for monitoring IPC practice and outcomes</li> <li>• regular board reporting and discussion.</li> </ul>	<p><b>Acts as role model and is a visible advocate for IPC, for example:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• role models best practice</li> <li>• is visible in the clinical area</li> <li>• actively promotes IPC issues</li> <li>• celebrates achievements and best practice</li> <li>• challenges when standards are not met.</li> </ul> <p><b>Enables individuals and teams to learn and develop their IPC practice, for example:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uses opportunities to learn in, and from, practice</li> <li>• creates a culture for learning from incidents/complaints</li> <li>• provides creative opportunities for learning</li> <li>• acts as a local resource for IPC</li> <li>• works with students and practice facilitators on IPC</li> <li>• supports and sustains LN meetings</li> <li>• reviews collaboratively local IPC measures, indicators and IPC practice.</li> </ul> <p><b>Communicates and networks around IPC practice, for example:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• develops and creates methods for communication such as IPC notice boards, newsletters and blogs</li> <li>• provides regular two-way communication with the IPC team</li> <li>• provides/receives feedback to/from ward/department manager</li> <li>• promotes and establishes local networks</li> <li>• signposts best practice and relevant resources.</li> </ul> <p><b>Supports individuals and teams in local review / audit/surveillance (optional), for example:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• supports completion of local review /audit/surveillance</li> <li>• facilitates ownership of local review /audit/surveillance</li> <li>• contributes to reporting within local governance structures.</li> </ul>	<p><b>For the link nurse (LN):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• LN role is recognised and supported by the wider multidisciplinary team (MDT)</li> <li>• role satisfaction, continued commitment and motivation</li> <li>• role enhances professional and personal development.</li> </ul> <p><b>For the workplace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• best practice standards and guidelines are implemented</li> <li>• LN role is actively used by the wider MDT</li> <li>• IPC learning is identified and implemented</li> <li>• reduced IPC-related complaints and incidents</li> <li>• a culture for networking and mutual support is created</li> <li>• success is celebrated</li> <li>• a sustainable body of local expertise around IPC is created.</li> </ul> <p><b>For the organisation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IPC practice is standardised across organisation</li> <li>• findings from reviews/surveillance and audit are implemented</li> <li>• corporate objectives are met, including those around learning and development</li> <li>• IPC is considered everyone's business and responsibility</li> <li>• IPC is embedded within clinical practice</li> <li>• increased uptake and interest in IPC LN role enabling sustainability</li> <li>• positive media messages are developed.</li> </ul>

\* Please note that you can substitute infection prevention and control with your own speciality.

Verpleegkundigen zijn de zorgverleners die het vaakst worden aangesteld in de functie van referentiepersoon (12/16), gevolgd door de beroepsgroep van de artsen die deze functie in 8 van de 16 landen vervullen. In 4/14 antwoorden treffen we andere professionals (fysiotherapeuten, apothekers) aan. Ook al worden verschillende zorgverleners geassocieerd met de rol van referentiepersoon, toch zijn het nog altijd de verpleegkundigen die deze functie het vaakst op zich nemen.

Twaalf van de 16 landen laten weten dat ze, behalve in infectiepreventie en -controle (tevens gekend onder de naam “ziekenhuishygiëne”), ook referentiepersonen inzetten in andere vakgebieden, wat erop wijst dat de functie al stevig verankerd is in heel Europa. Toch geven slechts 4 van de 16 landen aan over een erkend functieprofiel of een functiebeschrijving te beschikken. De implementatie van functieprofielen is tussen 1995 en 2012 sterk geëvolueerd. Dit bewijst hoe belangrijk het is om lessen te trekken uit ervaringen van andere landen. Ondanks de beschikbaarheid van functieprofielen in 4 van de 16 landen, heeft slechts 1 land de functie formeel geëvalueerd. De meeste respondenten, aan wie werd gevraagd de voordelen ervan te beoordelen op basis van de Lik-

ertschaal, stonden positief tegenover de relatie personeel/systemen. Ook hier bleken de verpleegkundigen de groep zorgverleners die het meest geschikt was om op deze functie een positieve impact te hebben.

De ervaring in het VK is dus niet ongewoon en we mogen hopen dat een kader voor de functie en competenties, een verbetering van de opleidingen en het bevorderen van de uitwisselingen op dat gebied in de hand zal werken. Het ontwikkelen van een functie-kader is evenwel maar een eerste stap in het proces; evaluatie en validatie op het terrein is even belangrijk. Om dit evaluatieproces op gang te trekken werd, in overleg met verschillende organisaties die actief zijn in de acute en andere zorgverlening, een voorstel van project geformuleerd. Dit project, dat momenteel nog wacht op financiering, zal de werkplek als voornaamste leermiddel gebruiken (actie-leren) en “praktijkontwikkeling” als aanpak hanteren, met als bijkomend voordeel dat de deelnemers, enkel al door deelname aan de studie, evolueren.

Uit dit werk en uit de ervaring, om met collega’s in België via het NVKVV ervaringen uit wisselen, blijkt duidelijk dat er nog heel wat te leren valt over referentieverpleegkundigen. Heel wat zorgsystemen in Europa moeten alsmear zuiniger met de midde-

len omspringen, terwijl ze er alles aan doen om de kwaliteit en veiligheid van de dienstverlening aan de patiënten te verbeteren. De functie van referent kan de huidige gespecialiseerde verpleegkundigen voorzien van zowel een opvolgingsplan als een systeem dat communicatie en cultuur/gedrag op het niveau van de patiënt mogelijk maakt, om de preventie en de beheersing van infecties te ondersteunen. Samenwerken en op zoek gaan naar kansen om ervaringen op vlak van RV aan elkaar te koppelen, bieden zowel de landen als de andere EU-lidstaten een unieke kans om duidelijke verwachtingen te formuleren omtrent de functie en om in dat domein beleidsverantwoordelijken voor de toekomst op te leiden.

### Referenties

MacArthur C (1998). Communication and collaboration: link nurses in diabetes care. *J Diabetes Nurs* 2(2): 55 - 8

Ching T, Seto W. (1990) Evaluating the efficacy of infection control liaison nurse in the hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 15 (10) : 1128 - 1131.

RCN (2012). The role of the link nurse in infection prevention and control (IPC): developing a link nurse role framework. RCN: London available at [http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/481515/004310.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0006/481515/004310.pdf) (last accessed 10th November 2013)

Teare EL and Peacock A (1996). The development of an infection control link-nurse programme in a district general hospital. *Journal of Hospital Infection*, 34 : 267 - 278.

### Andere bronnen

EUNETIPS <http://www.uk-essen.de/eunetips/index.php>

## Functieprofiel referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne, een Vlaamse consensus<sup>1</sup>

P. De Waegemaeker, N. Verbraeken, F. Deronne, B. Heyneman, D. Vanreenterghem, A. Catoor

Ziekenhuisinfecties hebben een enorme impact op de volksgezondheid, niet alleen in termen van extra morbiditeit en mortaliteit, maar ook in termen van extra kosten. Ook de wetgever heeft dit goed begrepen en voerde in 2007 enkele belangrijke wetwijzigingen in met betrekking tot ziekenhuishygiëne (ZHH) (KB 26/04/2007 en KB 19/06/2007<sup>2</sup>).

De uitgebreidheid aan opdrachten en uitdagingen in het veld van de ziekenhuisinfectiebeheersing maken dat de teams voor ziekenhuishygiëne hun handen vol hebben en dikwijls niet aan alle opdrachten toe komen. In de omzendbrief van 19/07/2007, die de bovenstaande KB's vergezelde, doet men enkele bijkomende aanbevelingen om hieraan tegemoet te komen. Hierbij wordt onder andere aangegeven dat het uitbouwen van een netwerk van referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne (RVZ) bijzonder zinvol kan zijn:

“Een netwerk van RVZ uitbouwen is zeer waardevol. De referentieverpleegkundige is een gemotiveerde contactpersoon op het niveau van de verpleegeenheid die :

- 1) correcte informatie zal doorgeven aan zijn/haar collega's;
- 2) een correcte evaluatie van de noden zal realiseren met rapportage aan het team voor ziekenhuishygiëne;
- 3) de collega's zal motiveren. De referentieverpleegkundige wordt hierbij ondersteund door de hoofdverpleegkundigen en het team voor ziekenhuishygiëne. Zo wordt de referentieverpleegkundige bijgeschoold door het team en wordt er regelmatig overlegd met het team.”

Er zijn niettemin reeds heel wat ziekenhuizen die met RVZ werken, weliswaar met wisselend succes. Daarnaast is er weinig uniformiteit in de organisatie en in de opdrachten van deze referenten. Tot slot ontstonden er ook meerdere opleidingen, die eveneens zeer verscheiden zijn naar inhoud en duur.

Dit alles was de aanleiding om een werkgroep op te starten met een unieke samenwerking tussen drie Vlaamse Regionale Platforms voor Ziekenhuishygiëne (Oost-Vlaanderen, West-Vlaanderen en Vlaams-

1 Referaat, studiedag werkgroep ziekenhuishygiëne NVKVV, 18 maart 2013

2 KB van 26 april 2007 tot wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (erkenningsnormen met betrekking tot ziekenhuishygiëne)

KB van 19 juni 2007 (art 13 1°) tot wijziging van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (financiering met betrekking tot ziekenhuishygiëne en toezicht op de nosocomiale infecties)

Brabant en Brussel). De bedoeling was een leidraad te bieden aan de ziekenhuizen bij het organiseren en uitbouwen van een netwerk van RVZ. Daarnaast wou de werkgroep een aanzet geven tot het hervormen en uniformiseren van de opleidingen ter zake.

Het resultaat is een consensusdocument waarin de organisatie van een netwerk van RVZ wordt uitgewerkt. Hierin worden niet alleen de opdrachten en competenties van RVZ beschreven, maar wordt eveneens een voorstel gedaan naar opleiding. Het document is volledig te raadplegen op [www.pioz.ugent.be](http://www.pioz.ugent.be) onder de link 'consensusteksten'. In dit artikel wordt alvast een beknopt overzicht van de inhoud weergegeven.

### De opdrachten van een referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne

Het document beschrijft 24 opdrachten die RVZ kunnen uitvoeren. Dit betekent niet dat elke RVZ alle opdrachten hoeft uit te voeren. Veel zal afhangen van de draagkracht en mogelijkheden van zowel de instelling als van de RVZ zelf. Vandaar dat deze 24 opdrachten werden ingedeeld in groepen.

Eenzijds worden zo 4 organisatorische profielen gecreëerd, waarbij we de 24 opdrachten opdelen volgens vier niveaus, afhankelijk van de tijdsinvestering die ze vragen. Sommige opdrachten kunnen afgewerkt worden binnen de reguliere werkuren en vragen dus geen dienstvrijstelling. Andere opdrachten vragen wel een meer uitgebreide dienstvrijstelling.

Daarnaast worden 3 functieprofielen uitgewerkt. Deze functieprofielen delen de 24 opdrachten in volgens drie competentieniveaus: beginner, gevorderde en expert, telkens met een aangepast kennisniveau, eigen competenties en dus een aangepaste opleiding.

De combinatie van organisatorisch profiel en van functieprofiel maken dat het voor een instelling transparant wordt welke opdrachten door hun RVZ kunnen worden uitgevoerd.

De 24 opdrachten, alsook de combinatie van organisatorisch en functieprofiel zijn in tabel 1 terug te vinden. De verdeling in de verschillende groepen kwam tot stand in samenwerking met de ziekenhuishygiënist van de drie regionale platforms, 100 referentieverpleegkundigen uit de directe praktijk en 28 referenten in opleiding.

Dit maakt dat het consensusdocument alvast een bijzonder groot draagvlak heeft.

De meeste van de opdrachten staan niet los van elkaar maar grijpen op elkaar in. Door middel van heldere schema's wordt deze interactie gevisualiseerd. In dit artikel komt dit niet verder aan bod, maar we verwijzen hiervoor graag naar de consensustekst.

### De opleiding

Op basis van het voornoemde functieprofiel van de RVZ en de nodige competenties wordt een voorstel voor invulling van de opleiding gedaan. Afhankelijk van het beoogde niveau van de RVZ kan men opteren voor een beperkte opleiding van minimaal 2 dagen, die intern kan georganiseerd worden, dan wel een uitgebreide opleiding van 4 werkdagen, die bij voorkeur extern wordt gevolgd. Meerdere beroepsorganisaties en hogescholen bieden dergelijke opleidingen aan.

Binnen een basisopleiding zouden op zijn minst volgende onderdelen aan bod moeten komen: standaard voorzorgsmaatregelen, bijkomende voorzorgsmaatregelen, preventie van zorgverworven infecties en sensibilisatie en motivatie van medewerkers.

Bij een uitgebreide opleiding komen daarenboven volgende onderdelen aan bod: microbiologie, omgeving, wetgeving ziekenhuishygiëne, reinigen, ontsmetten en steriliseren, registratie van zorginfecties en projectmanagement. Het geheel wordt afgewerkt met casusbesprekingen.

In het consensusdocument worden deze opleidingsonderdelen verder uitgewerkt en worden er per onderdeel studiepunten toegekend.

### Besluit

Met het consensusdocument wordt een belangrijke aanzet gegeven tot het uniformiseren van het werken met RVZ over de verschillende instellingen heen. Nochtans wordt toch nog voldoende flexibiliteit gegarandeerd om een netwerk uit te bouwen op maat van de instelling. Het document wil ook een aanbeveling zijn voor opleidingscentra, zodat theorie en praktijk elkaar kunnen aanvullen. Tot slot kan het een basis zijn om een nationaal beleid uit te werken, als aanvulling op de wetgeving rond ziekenhuishygiëne.

Tabel 1 : 24 opdrachten voor RVZ, ingedeeld volgens organisatorisch profiel (rijen) en volgens functieprofiel (kolommen). Alle opdrachten van een lager niveau zijn eveneens geldig voor een hoger niveau.

	beginner	gevorderde	expert
<b>niveau 0 vereist geen dienstvrijstelling</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zelf TOEPASSEN van de richtlijnen</li> <li>• LUISTEREN naar collega's en studenten</li> <li>• Niet gestructureerd INFORMEREN van collega's en studenten (informeel)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestructureerd (in groep) INFORMEREN van collega's en studenten (formeel)</li> </ul>	
<b>niveau 1 vereist beperkte dienstvrijstelling</b>	Alle activiteiten van niveau 0		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OBSERVEREN van problemen op vlak van hygiëne</li> <li>• SIGNALEREN van problemen op vlak van hygiëne</li> <li>• het toepassen van de richtlijnen op de afdeling OBSERVEREN</li> <li>• SIGNALEREN van het niet naleven van richtlijnen</li> <li>• zichzelf BIJSCHOLEN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OBSERVEREN van het effect van de verbeteracties</li> </ul>	
<b>niveau 2 vereist matige dienstvrijstelling</b>	Alle activiteiten van niveau 0 en 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EVALUEREN van (nieuwe) materiële voorzieningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• helpen IMPLEMENTEREN van nieuwe richtlijnen (in testfase)</li> <li>• EVALUEREN van zorgprocessen</li> <li>• helpen BIJSTUREN van zorgprocessen</li> <li>• helpen IMPLEMENTEREN van nieuwe materiële voorzieningen</li> <li>• EVALUEREN van bestaande richtlijnen</li> <li>• helpen BIJSTUREN van richtlijnen</li> <li>• helpen ANALYSEREN van de problemen</li> <li>• helpen ONTWIKKELEN van oplossingen</li> <li>• Verbeteracties helpen IMPLEMENTEREN</li> <li>• ONDERSTEUNEN van (nieuwe) medewerkers en studenten</li> </ul>	
<b>niveau 3 vereist uitgebreide dienstvrijstelling</b>	Alle activiteiten van niveau 0, 1 en 2		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meehelpen REGISTREREN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADVISEREN bij ontwikkelen nieuwe richtlijnen</li> <li>• helpen ONTWIKKELEN van kwaliteitscriteria voor evaluatie van richtlijnen en toepassingen</li> </ul>

# Contactpersoon voor Ziekenhuishygiëne: functieprofiel

Werkgroep van het regionale platform ziekenhuishygiëne Henegouwen (PFRHHH)

C. Laveaux <sup>1</sup>, A-M Chevalier <sup>2</sup>, P. Ista <sup>3</sup>, Ph. Mauchard <sup>4</sup>, A-M Toubeau <sup>5</sup>

1. Verpleegkundige – ziekenhuishygiënist – CHU Tivoli, 2. Verpleegkundige – ziekenhuishygiënist – CHU Charleroi  
3. Verpleegkundige – ziekenhuishygiënist – Grand Hôpital van Charleroi, 4. Verpleegkundige – ziekenhuishygiënist – Centre hospitalier EPIcura, 5. Verpleegkundige – ziekenhuishygiënist – CHU Ambroise Paré

**Naar aanleiding van de wetswijzigingen inzake ziekenhuishygiëne en de invoering van kwaliteitsindicatoren op vlak van ziekenhuishygiëne, heeft de PFRHHH beslist een voorstel van functieprofiel (FP) op te stellen waarop de contactpersonen voor ziekenhuishygiëne zich kunnen baseren.**

## Methode

- Oprichting van een subwerkgroep op vrijwillige basis
- Verzameling van verschillende bestaande FP's
- Bestudering van de "wettelijke" grondslagen en adviezen:
  - Strategisch plan voor ziekenhuishygiëne 2004 - Eindversie 24.03.04,
  - Omzendbrief van 9/07/2007 ter verduidelijking van de wijziging van de erkenningsnormen (KB van 26 april 2007) en de financiering (KB van 19 juni 2007, art. 13, 1°) inzake ziekenhuishygiëne, evenals de wijziging van de surveillance van nosocomiale infecties (KB van 19 juni 2007, art. 13, 1°) → !!! dit document werd niet bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad,
  - Advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde (NRV): werkgroep "Ziekenhuishygiëne", Advies op strategisch vlak betreffende de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen op vraag van Minister Demotte, N.R.V./2005/AVS/-4, s.l., pp. 55-57,
  - DECOSTER C, Advies met betrekking tot de organisatie van ziekenhuishygiëne, Brussel, F.O.D., 10 november 2005, p. 10.

## Dit functieprofiel werd ontwikkeld volgens 5 grote krachtlijnen:

1. Professionele bekwaamheden en opleiding
2. Relationale en persoonlijke vaardigheden
3. Opdrachten
4. Functionele en hiërarchische relaties
5. Persoonlijk engagement

### 1) Professionele bekwaamheden en opleiding

Het gaat om een verpleegkundige of lid van het paramedisch personeel, een technoloog medische beeldvorming, een kinesitherapeut...

Zijn/haar minimale anciënniteit bedraagt 1 jaar en hij/zij is ten minste tijdschrift tewerkgesteld.

Het team Ziekenhuishygiëne verzekert hem/haar de volgende ondersteuning:

- Basisopleiding in Ziekenhuishygiëne;
- Organisatie van zijn/haar voortgezette opleiding, hetzij via vergaderingen, hetzij via individuele contacten a rato van 20u/jaar;
- Overdracht van alle noodzakelijke elementen om zijn/haar opdrachten correct uit te voeren (protocollen, procedures, interne en nationale aanbevelingen, beslissingen van het Comité voor Ziekenhuishygiëne, conclusies van de surveillancerapporten,...).

De Directie verbindt zich ertoe:

- Het bestaan en de rol van de contactpersonen voor Ziekenhuishygiëne te erkennen door de lijst van personen die deze opdracht vervullen te officialiseren;
- De toegang tot opleidingen inzake Ziekenhuishygiëne of andere domeinen met betrekking tot zijn/haar opdracht te vergemakkelijken;
- De uren die bovenop de normale prestaties gepresteerd worden, verwerken;
- De contactpersoon ontlasten om de door het Team Ziekenhuishygiëne aan hem/haar toevertrouwde opdrachten tot een goed einde te brengen: campagnes inzake handenhygiëne, audits, het noteren van indicatoren,...

### 2) Relationale en persoonlijke vaardigheden

- Zin voor observatie;
- Zin voor organisatie;
- Pedagogische vaardigheden;
- Diplomatie, zelfvertrouwen.

### 3) Opdrachten

- Deelnemen aan de vergaderingen en opleidingen die door het Team Ziekenhuishygiëne georganiseerd worden;
- De procedures en aanbevelingen inzake ziekenhuishygiëne grondig beheersen, toepassen en laten toepassen met behulp van de hoofdverpleegkundige;



- Informatie betreffende ziekenhuishygiëne verspreiden onder de verschillende betrokkenen: zorgpersoneel, artsen, paramedici, schoonmaaksters,...;
- De eigen kennis bijwerken, wetenschappelijk onderbouwde antwoorden geven op de door zijn/haar collega's gestelde vragen of problemen op een wetenschappelijk onderbouwde manier oplossen;
- De rol van tussenpersoon vervullen tussen zijn/haar eenheid/afdeling en het Team Ziekenhuishygiëne door deze laatste te informeren over de ondernomen stappen en de probleemsituaties die zich mogelijks hebben voorgedaan;
- Informatie doorgeven via de interne uithangborden van de afdeling, de hygiënemap, de teamvergaderingen (of op elk ander moment in functie van de urgentie van het probleem). Toezien op de juistheid van de doorgegeven informatie;
- De rol van woordvoerder van zijn/haar team vervullen tijdens de vergaderingen van de contactpersonen voor Ziekenhuishygiëne;
- Meewerken aan de opstelling van de protocollen op verzoek van het Team Ziekenhuishygiëne;
- Deelnemen aan de begeleiding van nieuwe collega's en studenten;
- Deelnemen aan de evaluatie van de praktijken binnen het kader van de surveillance en de preventie van zorggerelateerde infecties;
- Collega's stimuleren;
- Het informeren van de patiënt en zijn deelname aan de acties ter preventie van zorggerelateerde infecties bevorderen;
- De noden aan opleidingen evalueren en procedures opstellen voor zijn/haar sector/dienst;

#### 4) Functionele en hiërarchische relaties

Hij/zij hangt af van zijn/haar directe overste waarmee hij/zij samenwerkt en aan wie hij/zij regelmatig rapporteert over de evolutie van zijn/haar activiteit m.b.t. de Ziekenhuishygiëne.

Zijn/haar opdrachten worden hem/haar toevertrouwd door het Team Ziekenhuishygiëne waarmee hij/zij samenwerkt voor elke kwestie betreffende dit domein.

#### 5) Persoonlijk engagement

Het gaat om een hulpverlener die meewerkt aan de beheersing van zorggerelateerde infecties op het terrein. Hij/zij verbindt zich ertoe de kwaliteitsnormen en de aanbevelingen inzake Ziekenhuishygiëne op te volgen, om op die manier te voldoen aan de behoeften van de patiënten en de verwachtingen van het personeel.

Hij/zij neemt op vrijwillige basis deel aan deze opdracht; deze persoon is gemotiveerd om de Ziekenhuishygiëne te bevorderen en engageert zich op een reële manier voor een minimumperiode van 2 jaar. Desgevallend wordt zijn/haar aanstelling

goedgekeurd door de verpleegkundige in Ziekenhuishygiëne.

Tot slot hebben wij door de opmaak van dit functieprofiel de verschillende wettelijke interpretaties objectief kunnen analyseren. Onze subwerkgroep heeft namelijk met verschillende problemen te kampen gehad vooraleer een consensus te bereiken.

Een aantal voorbeelden:

#### - de definitie van de termen

- Heeft men het over contactpersonen ("relais") of referenten ("référénts")?
- Omvat deze taak enkel verpleegkundigen of kan het zich ook richten tot andere gezondheidswerkers?

#### - de basisopleiding

- Moeten deze personen opgeleid zijn vóór de infunctietreding of kunnen zij gewoon voortgezette opleidingen volgen?
- Wie geeft deze opleiding en wat houdt deze in?

#### - de betrokkenheid van de Directies

- Op welke manier wordt de contactpersoon door zijn hiërarchie erkend?

#### - de duur van het mandaat

- Moet er een minimumperiode bepaald worden?

#### - de keuze van de contactpersoon

- Aanvaardt men vrijwillige kandidaatstellingen of kandidaturen die door het hoofd van de eenheid voorgesteld worden?
- Kan het team ziekenhuishygiëne zijn goedkeuring geven?

#### - de functionele en hiërarchische relatie

- Wie deelt de opdrachten uit?

Over de persoonlijke en relationele vaardigheden die voor dit profiel vereist zijn, en ook over de opdrachten die aan deze persoon toevertrouwd zullen worden waren we het snel eens, maar over de op te nemen professionele categorieën, de vereiste anciënniteit en de minimumduur van het mandaat is nogal wat discussie geweest.

Dit profiel is weliswaar niet volmaakt, maar heeft de verdienste te bestaan; elke instelling kan dit functieprofiel aanpassen in functie van haar eigen situatie en tegelijkertijd wordt er een gemeenschappelijke basis behouden.

# Het takenpakket en het competentieprofiel van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne in de Vlaamse acute setting

Broeckx Katleen, Masterstudent UA, Masteronderwerp uitgaande van het ZNA Middelheim

## Inleiding

In de Belgische gezondheidsinstellingen bedraagt de prevalentie van zorginfecties 7,1% [1-4]. Zorginfecties hebben een enorme impact voor de gehospitaliseerde patiënten [6]. In de literatuur wordt beschreven dat in België meer dan 87% van de patiënten met een zorginfectie, hieraan complicaties overhoudt [5, 7, 8]. Uit onderzoek blijkt verder dat zorginfecties gepaard gaan met een bijna 2 keer zo hoge mortaliteit (gem. 32,2%), meer dan 2,5 keer zoveel kosten voor gezondheidszorg (gem. €12.853) en een 2 keer zo lange verblijfsduur (gem. 21,1 dagen) [1, 4, 6, 8-13]. Het is belangrijk dat gestreefd wordt naar een minimum aan zorginfecties en daarmee gepaard gaande complicaties [14]. Het is de taak van de ziekenhuishygiënist om informatie door te spelen naar de werkvloer. Een netwerk van referentieverpleegkundigen is zeer waardevol als schakel tussen het team voor ziekenhuishygiëne en de werkvloer om zo ondersteuning te bieden in de preventie van zorginfecties [14-17]. Daarnaast zijn er nog enkele andere voordelen verbonden aan een netwerk van referentieverpleegkundigen: 1) meer aandacht voor ziekenhuishygiëne op de afdeling [18]; 2) optimalisatie van de kwaliteit van de patiëntenzorg [18]; 3) daling van de MRSA prevalentie van 6.3% naar 5% in één maand tijd [20]. Niettegenstaande deze voordelen, bestaat er voor de referentiepersonen nog steeds geen algemeen competentieprofiel of taakomschrijving, die de organisatie en uitvoering van de ziekenhuishygiëne in het dagelijkse werkveld kan optimaliseren. Volgende onderzoeksvragen werden gesteld:

1. Welke competenties worden voor de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne als relevant beschouwd en kunnen worden opgenomen in het competentieprofiel van deze referentieverpleegkundigen?
2. Welke taken worden uitgevoerd door en zijn relevant in het takenpakket van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne?

## Methode

In het voorjaar van 2013 werd een cross – sectioneel, multicentrisch, kwantitatief onderzoek uitgevoerd. De studiepopulatie omvatte alle Nederlandstalige

verpleeg- en vroedkundige referentiepersonen ziekenhuishygiëne in de Vlaamse acute ziekenhuizen. De gegevensverzameling gebeurde aan de hand van een vragenlijst die zowel door de referentiepersonen ziekenhuishygiëne als de ziekenhuishygiënist dienden ingevuld te worden. Het eerste deel van de vragenlijst bestond uit een aantal vragen over de persoons – en beroepskenmerken alsook vragen over de referentiefunctie ziekenhuishygiëne. In het tweede deel werd aan elke competentie een relevantiescore van 1 tot 10 gegeven. Het laatste deel van de vragenlijst bevatte een opsomming van tien taken. De referentiepersonen moesten aankruisen of ze deze taken wel of niet in het dagelijkse werklevens uitvoerden. De ziekenhuishygiënist gaven de taken een relevantiescore van 1 tot 10. Elke taak of competentie met een relevantiescore van 7 of meer werd als relevant beschouwd in het taken – en competentieprofiel. Om de resultaten en scores van zowel de taken als de competenties tussen de twee disciplines met elkaar te kunnen vergelijken werden de twee databases samengevoegd. Bij de analyse werd gebruik gemaakt van niet – parametrische statistiek omdat de groep van de ziekenhuishygiënist slechts uit 22 participanten bestond tegenover 329 participanten bij de referentieverpleegkundigen.

## Resultaten

### Deelname

Aan deze Vlaamse studie namen 21 acute ziekenhuizen deel. De grootte van de steekproef bedroeg 329 referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne en 22 ziekenhuishygiënist. De gemiddelde nonresponse van de referentieverpleegkundigen van de deelnemende ziekenhuizen bedroeg 53,4%.

### De referentieverpleegkundigen

De groep van de referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne bestond voornamelijk uit vrouwen (90,3%) en was voor 54% in het bezit van een bachelor diploma. Meer dan een derde kreeg de taak van referentiepersoon opgelegd en slechts 68% van de populatie had een referentiegerelateerde opleiding genoten. De grootste groep (90,1%) van de referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne besteedde slechts minder dan 20% van hun totale

werktijd aan de uitvoering van ziekenhuishygiëne op de afdeling (tabel 1). Er werd een significant verschil ( $p= 0,015$ ) gevonden tussen het aantal uur referentiegerelateerde bijscholing in 2012 en het type referentiegerelateerde opleiding. Verpleegkundigen die een door de beroepsvereniging (NVKVV<sup>1</sup>)

georganiseerde referentiegerelateerde opleiding hadden genoten (wordt in figuur 1 benoemd als "erkend"), volgden in 2012 een groter aantal uren bijscholing dan verpleegkundigen die een "niet erkende" opleiding genoten (figuur 1).

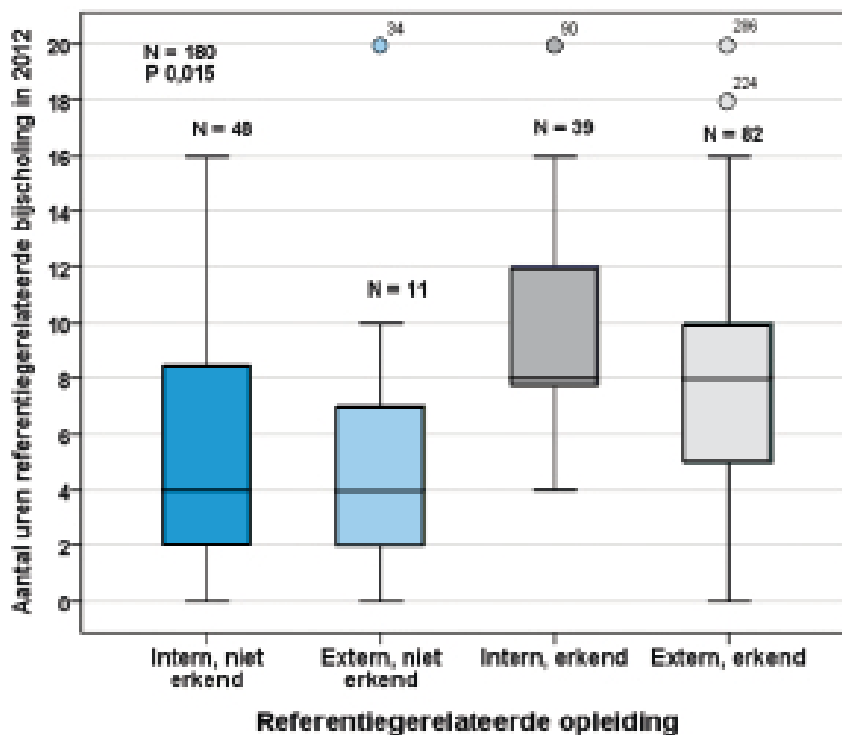
Tabel 1: Kenmerken van de populatie: De referentieverpleegkundigen

Persoonskenmerken		
<b>N = 329</b>		<b>Aantal (%)</b>
<b>Geslacht</b>	Vrouw	90,3
Beroepskenmerken		
<b>Diploma</b>	HBO5	29,8
	Bachelor	54,4
	Banaba	10,3
Referentie kenmerken		
<b>Referentiegerelateerde opleiding gehad</b>	ja	67,8
<b>Tijdsbesteding aan referentie</b>	<20%	90,1

### De ziekenhuishygiënisten

Bijna 95% van de ziekenhuishygiënisten uit de instellingen met referentieverpleegkundigen organiseerden overleg met hun referentiepersonen, met gemiddeld vier overlegmomenten per jaar.

FIGUUR 1: DE SOORT REFERENTIEGERELATEERDE OPLEIDING IN VERGELIJKING MET HET TOTAAL AANTAL UREN BIJSCHOLING IN 2012



**P\* One Way Anova**

1. NVKVV: Nationaal Verbond van Katholiek Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen.

### Taken en competenties

De 15 bevroegde competenties kregen in de gehele populatie allemaal een gemiddelde relevantiescore van meer dan 7 op 10. 'Interesse in infectiepreventie' werd zowel in de groep van de referentieverpleegkundigen als in de groep van de ziekenhuishygiënisten als meest relevant gescoord. Een confidentiële houding aannemen, inzicht in infectiecontrole en de

toepassing van 'evidence based practice', kregen van de groep ziekenhuishygiënisten een significant hoger gemiddelde relevantiescore dan van de groep referentieverpleegkundigen. 'Kennis over ICT' en 'kennis over epidemiologie' werden door de twee disciplines het minst relevant gescoord, waarbij 'kennis over ICT' van de ziekenhuishygiënisten slechts 6,82 op 10 kreeg. Deze score lag onder de grenswaarde van relevantie (7/10) (Tabel 2).

**Tabel 2: Beschrijving van de outcome: Competenties**

Bevroegde competenties	Totaal N = 351	Refvpk N= 329	ZHH = 22	P-waarde*
	Gemiddelde relevantiescore op 10 (SD)			
Interesse in infectiepreventie	9,11 ( 1,04)	9,09 (1,04)	9,45 (1,06)	0,055
Inzicht in infectiecontrole	8,32 ( 1,27)	8,26 ( 1,27)	9,18 ( 0,85)	0,001
Confidentieel	8,02 ( 1,68)	7,96 ( 1,70)	8,77 ( 1,27)	0,031
Gebruik van EBP op creatieve en innovatieve manier	7,94 ( 1,32)	7,89 ( 1,32)	8,64 ( 1,22)	0,011
Kennis rond epidemiologie	7,39 ( 1,47)	7,40 ( 1,47)	7,36 ( 1,53)	0,779

Bijna alle referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne (98,5%) motiveerden collega's om standaardvoorzorgsmaatregelen te treffen, en meer dan 90% van de ziekenhuishygiënisten vond deze taak zeer relevant. 'Het instaan voor de bijscholing over infectiecontrole van collega's' werd door minder dan 70% van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne uitgevoerd en slechts 62% van de ziekenhuishygiënisten vond deze taak relevant in het takenpakket van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne. Het was opvallend dat 86% van

de ziekenhuishygiënisten 'een vroege detectie van potentieel besmette patiënten' relevant vonden in het takenpakket van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne, maar dat slechts 63% van de referentiepersonen ziekenhuishygiëne deze taak uitvoerden. Dit verschil tussen beide disciplines bleek significant (P= 0,036). Toezicht op een goede handhygiëne, toezicht op infectiebestrijdingsbeleid en het profileren als klinische liaison tussen werkvloer en team van ziekenhuishygiëne werden door alle ziekenhuishygiënisten relevant bevonden (Tabel 3).

**Tabel 3: Beschrijving van de outcome: Taken**

Bevroegde taken	Totaal N=350	Refvpk N =329	ZHH N= 21	P – waarde*
	Aantal 'ja' (%)	Aantal 'ja' (%)	Aantal (%) die de taak relevant vindt	
Nemen van standaardvoorzorgsmaatregelen	98,0	98,5	90,5	0,012
Toezicht houden op goede handhygiëne	89,6	88,9	100,0	0,107
Toezicht op infectiebestrijdingsbeleid/ procedures/guidelines	85,8	84,9	100,0	0,054
De functie van klinische liaison innemen	79,9	78,6	100,0	0,018
Staat in voor bijscholing van collega's	67,3	67,6	61,9	0,590
Vroege detectie van potentieel besmette patiënten	64,5	63,1	85,7	0,036

## Discussie

Dit onderzoek trachtte een beeld te krijgen van de competenties en de taken van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne.

Bij de bevraging van de referentieverpleegkundigen bleek dat iets meer dan 90%, minder dan één vijfde van hun totale werktijd besteedden aan hun referentiefunctie 'ziekenhuishygiëne' (Tabel 1). Zolang de functie referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne niet opgenomen wordt in de budgettering van het ziekenhuis, zullen weinig instellingen uren vrijmaken [21, 22]. De referentieverpleegkundigen moeten de taken, verbonden aan ziekenhuishygiëne, uitvoeren naast hun dagelijkse verpleegkundige taken. Dit kan verklaren waarom ze zo weinig tijd kunnen besteden aan ziekenhuishygiëne.

De aanwezigheid van diverse referentiegerelateerde opleidingen, laat vermoeden dat de meeste referentieverpleegkundigen een opleiding hadden genoten [10, 19]. Nochtans bleek dat slechts 68% van de verpleegkundigen een referentiegerelateerde opleiding had gevolgd (tabel 1). De diversiteit in de opleiding kan rolonduidelijkheid creëren waardoor sommige competenties meer of minder prioritair worden dan andere competenties en de uitvoering van taken verschilt.

Van de tien taken, waren er twee die door minder dan 70% van de referentieverpleegkundigen werden uitgevoerd (tabel 3). Een van deze twee taken, namelijk 'het instaan voor de bijscholing van collega's' werd ook door minder dan 70% van de ziekenhuishygiënisten relevant bevonden. Deze taak zou eventueel geschrapt kunnen worden uit het takenpakket van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne.

## Conclusie

Alle vijftien competenties werden door de referentiepersonen als zeer relevant ervaren. 'De interesse in infectiepreventie' en 'de kennis en expertise delen met collega's' waren de twee meest relevante competenties voor de referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne. Bijna alle referentieverpleegkundigen motiveerden collega's in het nemen van de standaardvoorzorgsmaatregelen. De ziekenhuishygiënisten vonden het belangrijk dat de referentiepersoon ziekenhuishygiëne toezicht hield op een goede handhygiëne. 'Het instaan voor de bijscholing van collega's' is volgens deze resultaten overbodig in het takenpakket van de referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne.

## Referentielijst

1. K., B., De risicofactoren die invloed hebben op de prevalentie van MRSA in de ziekenhuissetting: Literatuurstudie, 2013, Universiteit Antwerpen. p. 24.
2. Adebola O. Ajao, M., Anthony D. Harris, MD, MPH, Mary-Claire Roghmann, MD, MS, J. Kristie Johnson, PhD, Min Zhan, PhD, Jessina C. McGregor, >PhD, and Jon P. Furuno, PhD, Systematic Review of Measurement and Adjustment for Colonization Pressure in Studies of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*, Vancomycin-Resistant *Enterococci*, and *Clostridium difficile* Acquisition. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2011. 32(5): p. 10.
3. Vayalunkal, J.V., et al., Skin and soft tissue infections caused by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): an affliction of the underclass. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2012. 14(6): p. 335-343.
4. Olivier Denis, B.J., Ariane Deplano, Claire Nonhoff, Raf De Ryck, Carl Suetens and a.M.J. Struelens, Epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) among residents of nursing homes in Belgium. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2009. 64: p. 8.
5. Gordts, B., et al., The 2007 Belgian national prevalence survey for hospital-acquired infections. *Journal of Hospital Infection*, 2010. 75(3): p. 163-167.
6. Stefania Stefani, A.G., Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: related infections and antibiotic resistance. *International Journal of Infectious Diseases*, 2010. 14: p. 4.
7. Damas, P., et al., Intensive care unit acquired infection and organ failure. *Intensive Care Medicine*, 2008. 34(5): p. 856-864.
8. Pirson, M., et al., Costs associated with hospital-acquired *bacteraemia* in a Belgian hospital. *Journal of Hospital Infection*, 2005. 59(1): p. 33-40.
9. Salgado, C.D.M., MS; O'Grady, Naomi MD; Farr, Barry M. MD, MSc, Prevention and control of antimicrobial-resistant infections in intensive care patients. *Critical Care Medicine*, 2005. Volume 33(10): p. 2373-2382.
10. Catoor, P.D.W.N.V.F.D.B.H.D.V.R.A., REFERENTIEVERPLEEGKUNDIGEN ZIEKENHUISHYGIËNE 2012, 2012. p. 11.
11. Grammatico-Guillon, L., et al., Relationship between the prevalence of methicillin-resistant

- Staphylococcus aureus* infection and indicators of nosocomial infection control measures: a population-based study in French hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2009. 30(9): p. 861-9.
12. Smith, R.L., Prevention of infection in the intensive care unit. *Curr Opin Infect Dis*, 2006. 19(4): p. 323-6.
  13. Glance Lg, S.P.W.M.D.B.D.A.W., INcreases in mortality, length of stay, and cost associated with hospital-acquired infections in trauma patients. *Archives of Surgery*, 2011. 146(7): p. 794-801.
  14. Goldrick, B.A., The practice of infection control and applied epidemiology: A historical perspective. *American Journal of Infection Control*, 2005. 33(9): p. 493-500.
  15. Dawson, S.J., The role of the infection control link nurse. *Journal of Hospital Infection*, 2003. 54(4): p. 251-257.
  16. Gezondheidszorgvoorzieningen, D.-g.O., Wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, 2007, Federale overheiddienst, Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu: 1060 Brussel.
  17. Boyce, J.M.M. and D.M. Pittet, Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force Infection Control and Hospital Epidemiology, 2002. 23(S12): p. S3-S40.
  18. committee, b.a.p.c., Beleidsplan betreffende de reorganisatie van ziekenhuishygiëne in de Belgische instellingen, F.p.v. ziekenhuishygiëne, Editor 2004: www.belgium.be. p. 21.
  19. Provikmo, T.Z. Opleiding van de interne referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne Beheersing van zorginfecties in gezondheidsinstellingen. Available from: <http://www.admb.be/nl/provikmo/opleiding-op-maat/interne-referentieverpleegkundige-ziekenhuishygiene>.
  20. Miyachi, H., et al., Controlling methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* by stepwise implementation of preventive strategies in a university hospital: impact of a link-nurse system on the basis of multidisciplinary approaches. *American Journal of Infection Control*, 2007. 35(2): p. 115-121.
  21. Overheidsdiensten, B.F. Portaal Belgium. 2010; Available from: [http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/medische\\_diensten/ziekenhuizen/](http://www.belgium.be/nl/gezondheid/gezondheidszorg/medische_diensten/ziekenhuizen/).
  22. Bestuur van het Belgisch Staatsblad, F.O.J. BELGISCH STAATSBLAD. 2007

## WEBSITES

---

### Adressen om niet te vergeten

- BAPCOC : [www.health.fgov.be/antibiotics](http://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](http://www.health.fgov.be/HGR_CSS)
- Verschillende brochures van het HGR : [http://www.health.fgov.be/HGR\\_CSS/brochures](http://www.health.fgov.be/HGR_CSS/brochures)
- Federaal 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.abihh.be>

### Nieuwe aanbevelingen :

- Goede praktijken en risicobeheer bij PICC's:  
[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013\\_PICC\\_SF2H.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_PICC_SF2H.pdf)
- Detectie van carbapenemase producerende enterobacteriën:  
[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2014\\_DetectionEPC\\_CNR.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/2014_DetectionEPC_CNR.pdf)
- Informatie voor de patiënt en zijn familie over multiresistente bacteriën:  
[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin\\_arlin/cclinParisNord/2013\\_BMR\\_Usager\\_Arlin.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinParisNord/2013_BMR_Usager_Arlin.pdf)

- Preoperatief beleid bij infectieus risico:  
[http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013\\_gestion\\_preoperatoire\\_SF2H.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_gestion_preoperatoire_SF2H.pdf)
- Kledij van de gezondheidswerkers in afdelingen buiten het operatiekwartier (SHEA Expert Guidance)  
<http://www.shea-online.org/View/ArticleId/249/Healthcare-Personnel-Attire-in-Non-Operating-Room-Settings-SHEA-Expert-Guidance.aspx>

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

### **Uw ideeën en artikels zijn welkom**

We bereiden een speciale uitgave van Noso-info voor, meer bepaald:

#### **Preventie van infecties bij moeder en kind**

Uw ervaring zou heel nuttig zijn. Stuur daarom uw artikels, ideeën, samenvattingen naar Anne.simon@uclouvain.be



## WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

---

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

### 3 - 6 APRIL 2014

#### **SHEA Spring Conference (Society for Healthcare Epidemiology of America)**

Locatie : Denver, Colorado, USA

Inlichtingen : [info@shea-online.org](mailto:info@shea-online.org)

---

### 10 -13 MEI 2014

#### **24<sup>th</sup> European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)**

Locatie : Barcelona, Spain

Inlichtingen : Tel : +41 22 908 0488 +41 22 908 0488 FREE - Fax: +41 22 906 9140

E-mail : [eccmid\[at\]kenes.com](mailto:eccmid[at]kenes.com) – Website : [www.eccmid.org](http://www.eccmid.org)

---

### 14 MEI 2014

#### **Hoge Gezondheidsraad. Algemene Jaarvergadering van de Hoge Gezondheidsraad (HGR)**

« **L'état actuel de la résistance des bactéries aux antibiotiques et les challenges qu'elle représente pour notre santé publique** », Prof. A.Andremont, Paris

Locatie : Zuidertoren 1060 Brussel, 12u30 -16u30 (dranken en sandwiches inbegrepen)

Inlichtingen : [jean-jacques.dubois@sante.belgique.be](mailto:jean-jacques.dubois@sante.belgique.be)

---

### 22 MEI 2014

#### **Symposium of Belgian Infection Control Society (BICS)**

«**Water in al zijn vormen**»

Locatie: Wolubilis, St Lambrechts Woluwe

Inlichtingen : [Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be](mailto:Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be)

---

### 4 – 6 JUNI 2014

#### **XXV Congress van SF2H**

Locatie: Marseille, Frankrijk

Inlichtingen: <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

---

### 7 – 9 JUNI 2014

#### **41<sup>th</sup> Conference of the Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC)**

Locatie: Anaheim, CA, USA

Inlichtingen : [www.apic.org](http://www.apic.org)

---

### 5 – 9 SEPTEMBER 2014

#### **54<sup>th</sup> Interscience Conférence on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)**

Locatie : Washington DC, USA

Inlichtingen : [info@icaacglobal.com](mailto:info@icaacglobal.com)

## **2 - 3 OCTOBER 2014**

### **14<sup>ème</sup> rencontre internationale francophone des infirmier(e)s en hygiène hospitalière**

Locatie : AREA 42, 1030 Bruxelles

Inlichtingen : [www.abihh.be](http://www.abihh.be) - Email: [info@abihh.be](mailto:info@abihh.be)

---

## **8 - 12 OCTOBER 2014**

### **Infectious Disease Society of America (IDSA)**

#### **ID Week**

Locatie: Philadelphia, USA

Inlichtingen : [www.idweek.org](http://www.idweek.org)

---

## **27 – 28 NOVEMBER 2014**

### **34<sup>ste</sup> Interdisciplinaire vergadering over anti-infectieuze therapie. (RICAI)**

Locatie : place de La Défense, Paris La Défense.

Inlichtingen : [www.viparis.com](http://www.viparis.com)

## 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 (spellingsfouten ...) 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, T. De Beer, A. Deschuymere,  
S. Milas, C. Potvlieghe, A. Simon, A. Spettante,  
E. Van Gastel, F. Van Laer, Y. Velghe, I. Wybo.

Ereleden : M. Zumofen, J.J. Haxhe

## REDACTIE COORDINATOR

A. Simon

## REDACTIESECRETARIAAT

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

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](http://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 2014

Voor inlichtingen over het abonnement op *NOSO-info*, gelieve zich te richten :

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

## 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 :

Elise Brisart  
Hôpital Erasme, Lenniklaan, 808,  
1070 Brussel.  
Tel.: 02/555.6643-4541 - Fax : 02/555.3912  
Email : Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be

## Voor inlichtingen over ABIHH

Franstalige verpleegkundigen groep  
M. Ch. Barbier  
Tel : 04/366.28.79  
Fax : 04/366.24.40  
Email : info@abh.be  
<http://www.abhh.be>