

Inhoud

- 2 |** Patiënt empowerment. Is de patiënt er klaar voor?
- 7 |** Efficiëntie van een gerichte strategie tijdens de sensibilisatiecampagne handhygiëne
- 11 |** Accreditatie – JCI
- 14 |** Accreditatie – NIAZ
- 20 |** Voor u gelezen
- 28 |** Websites
- 30 |** Wetenschappelijke agenda
- 31 |** Redactieraad & Partners

Editoriaal



Een studie van het team ziekenhuishygiëne van het UZA om tijdens de zevende campagne algemeen in te voeren?

Nooit hebben we de impact gemeten van de acties naar patiënten toe, die we in het kader van de nationale campagnes voor het promoten van handhygiëne hebben gevoerd, ook al waren we er dankzij het werk van Marianne Mc Guckin van overtuigd dat dit een van de pistes was die we moesten bewandelen.

Frank Van Laer en het team ziekenhuishygiëne van het UZA hebben dit wel gedaan aan de hand van een vragenlijst en persoonlijk vind ik de resultaten eerder hoopgevend.

Volgens de helft van de respondenten moet de patiënt nauwer worden betrokken bij het verbeteren van de handhygiëne. Toch blijven de meeste van die patiënten het er moeilijk mee hebben zorgverleners daarover aan te spreken.

We moeten dus niet enkel de houding van de zorgverleners rond veiligheid verbeteren maar ook die van de patiënten. Zij moeten daarom alle nodige informatie krijgen. Zo beseffen ze welke risico's ze lopen indien de handhygiëne in het kader van hun verzorging niet correct wordt nageleefd.

Het overbrengen van die informatie en de middelen die daarvoor worden gebruikt blijven een pijnpunt. Bovendien komt de boodschap niet altijd duidelijk over.

Bij de voorbereiding van de zevende campagne wordt dit een aandachtspunt voor de werkgroep, die bovendien blijk zal moeten geven van heel wat verbeelding. We moeten dus werkmaken van een diversifiëring van zowel de communicatiemiddelen als van de boodschappen!

Daarvoor rekenen we op uw hulp! Tijdens de vorige campagnes konden we vaststellen dat de meeste instellingen een duidelijk beeld hebben van hun patiënten, dat ze intussen over het nodige materiaal beschikken en dat ook hebben aangepast.

Uiteraard kunt u via de websites www.vousetesendebonnesmains.be/nl en www.handhygienedesmains.be uw ervaringen uitwisselen.

Heeft u ideetjes of zelf initiatieven genomen die volgens u een positieve impact hadden, laat het ons dan weten. We kunnen ze op de websites zetten waardoor ook andere deelnemende instellingen er gebruik kunnen van maken.

In naam van de werkgroep, die na al die campagnes nog even enthousiast is, wens ik u allen te bedanken voor uw inzet. Tijdens de campagnes leggen we een zelden geziene energie aan de dag en tal van andere landen benijden onze volharding en vooral onze resultaten.

Bedankt dat u er zo massaal van overtuigd bent dat we de dingen echt in beweging kunnen zetten!

Anne Simon
noso info

■ Patiënt empowerment. Is de patiënt er klaar voor?

F. Van Laer(1), D. Verhelst (2), H. Jansens (1), E. Goovaerts (1)

(1) Team ziekenhuishygiëne, UZA

(2) Student verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, NVKVV Brussel.



1. Inleiding

Empowerment van de patiënt is de laatste jaren een belangrijke topic geworden in de gezondheidszorg. Het doel is om de patiënt zodanig te kwalificeren dat hij een echte partner wordt van het zorgbeleid, de zorgprocessen en de zorgmodaliteiten (1). Al in 1999 beschreven McGuckin et al. dat door het toepassen van een “*patient education model*” (Partners in Your Care) de handhygiënecompliance bij gezondheidswerkers kon verhoogd worden (2). Ook tijdens de Belgische nationale campagne handhygiëne in 2005-2006 werd de patiënt geïnformeerd door o.a. infolders en affiches over

handhygiëne (3). Tijdens de nationale campagne 2010-2011 werd bovendien specifiek gefocust op patient empowerment. Hiervoor werd een brochure geschreven gericht naar de patiënten, om hen aan te zetten de gezondheidswerkers eraan te herinneren hun handen te ontsmetten indien nodig. De voorzitter van de werkgroep campagne handhygiëne vroeg zich toen af of men wel klaar was voor dit soort aanpak (4). Om in kaart te brengen hoe patiënten over handhygiëne in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) worden geïnformeerd en in hoeverre zij wensen betrokken te worden in de bevordering van handhygiëne, werd in juni 2014 een bevraging bij de patiënten georganiseerd.

2. Materiaal en methoden

Een “patient survey questionnaire”, ontwikkeld door de Joint Commission (USA), werd als basis genomen (5). De vragenlijst werd vertaald in het Nederlands en een aantal vragen werden toegevoegd.

Via deze vragenlijst werd informatie verzameld over :

- enkele patiëntkarakteristieken;
- of de patiënt de onthaalbrochure met daarin informatie over handhygiëne ontvangen heeft;
- of de patiënt de informatie in de onthaalbrochure over handhygiëne heeft gelezen en als nuttig heeft ervaren;
- via welke kanalen in het ziekenhuis de patiënt over handhygiëne is geïnformeerd;
- of de patiënt heeft gezien dat gezondheidswerkers de handen reinigen/ontsmetten;
- of gezondheidswerkers volgens hen voldoende aan handhygiëne doen;
- of patiënten meer zou moeten betrokken worden bij de handhygiëne van de gezondheidswerkers;
- of de patiënt zich veiliger voelt als hij/zij weet dat het ziekenhuis aandacht aan handhygiëne besteedt;
- wat de patiënt zou doen als hij/zij ziet dat er geen handhygiëne wordt toegepast;
- hoe comfortabel/oncomfortabel de patiënt zich zou voelen indien hij/zij een gezondheidswerker op slechte handhygiëne zou wijzen.

Om bias te vermijden gebeurde de bevraging anoniem en werd er niet geopteerd voor een actieve bevraging. Elke vragenlijst werd persoonlijk aan de gehospitaliseerde patiënten op medische en heelkundige afdelingen (in totaal 8 afdelingen) overhandigd door de onderzoeker; hierbij werd tevens een korte toelichting gegeven over het team ziekenhuishygiëne alsook over de vragenlijst zelf. De ingevulde formulieren werden door de patiënten nadien in een envelop overhandigd aan de verpleegkundigen van de afdeling.

3. Resultaten

In totaal werden er 88 enquêteformulieren uitgedeeld, waarvan er 57 ingevuld werden terug bezorgd (response rate van 64,8%). Hiervan kwamen 54 formulieren voor verdere analyse in aanmerking.

In tabel 1 worden de kenmerken van de respondenten beschreven.

Tabel 1

Kenmerken		% (n=54)
Geslacht	Man	68,5
	Vrouw	31,5
	Onbekend	5,6
Leeftijd	Gemiddeld in jaren	64 (18-90)
Opleiding	Lager onderwijs	14,8
	Middelbaar onderwijs	44,4
	Hoger onderwijs	20,4
	Universitair onderwijs	11,1
	Andere	1,9
Beroep	Werkloos	3,7
	Bediende	7,4
	Arbeider	9,3
	Ambtenaar	3,7
	Zelfstandige	3,7
	Gepensioneerde	51,9
	Andere	18,5
Werkzaam in de gezondheidszorg	Ja	5,6
	Neen	94,4

In grafiek 1 wordt weergegeven hoeveel patiënten een onthaalbrochure krijgen volgens de wijze van opname. In de groep “andere” zit een beperkt aantal patiënten opgenomen via o.a. het dagziekenhuis of de raadpleging.

Grafiek 1: Percentage patiënten die een onthaalbrochure kreeg volgens de wijze van opname



De vraag of men de onthaalbrochure heeft gekregen is door 52 patiënten beantwoord: 25 patiënten (48%) vermelden dat ze de onthaalbrochure effectief gekregen hebben. Wanneer ze de informatiebrochure krijgen, vinden 17 patiënten (71%) hierin informatie over handhygiëne terug. Van de patiënten die de informatie over handhygiëne lezen, vinden 16 patiënten (94%) deze informatie nuttig.

In tabel 2 en figuur 1 worden de verschillende kanalen weergegeven die in het UZA gebruikt worden om informatie over handhygiëne te verspreiden. Van de respondenten heeft 61% (n=33) via één of meerdere van deze kanalen informatie over handhygiëne opgemerkt.

Tabel 2: Percentage patiënten dat de verschillende informatiekanalen m.b.t. handhygiëne heeft opgemerkt

Infokanalen over handhygiëne	% patiënten dat informatie over handhygiëne opmerkte
TV inkomhal (n=8)	14,8
Onthaalbrochure (n=15)	27,8
Lift (n=5)	9,3
Posters op de afdeling (n=15)	27,8
TV op de kamer (n=3)	5,6
Andere (n=3)	5,6
Geen informatie opgemerkt (n=21)	38,9

Figuur 1: Kanalen in het UZA om informatie over handhygiëne te verspreiden



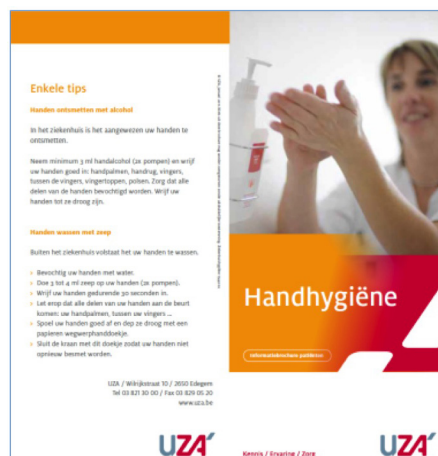
Info in de lift



Infokanaal op TV



TV-scherm in inkomhal



Onthaalbrochure



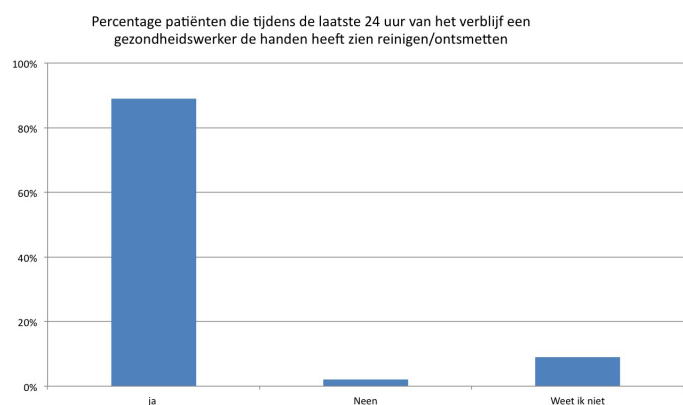
Posters op de afdelingen



Andere

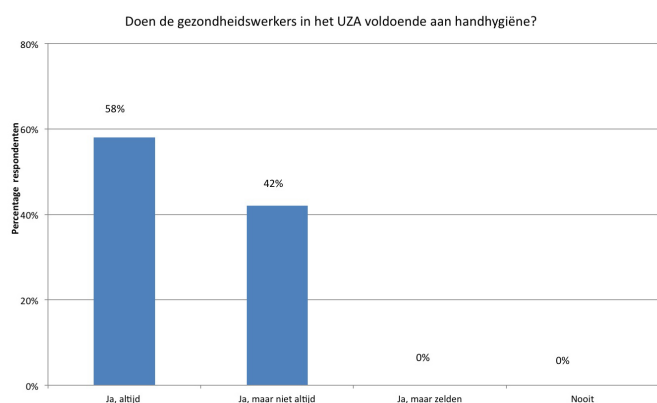
Grafiek 2 geeft weer hoeveel van de respondenten (n =53) hebben opgemerkt of een gezondheidsmedewerker aan handhygiëne doet.

Grafiek 2: Percentage patiënten die een gezondheidswerker de handen heeft zien reinigen/ontsmetten



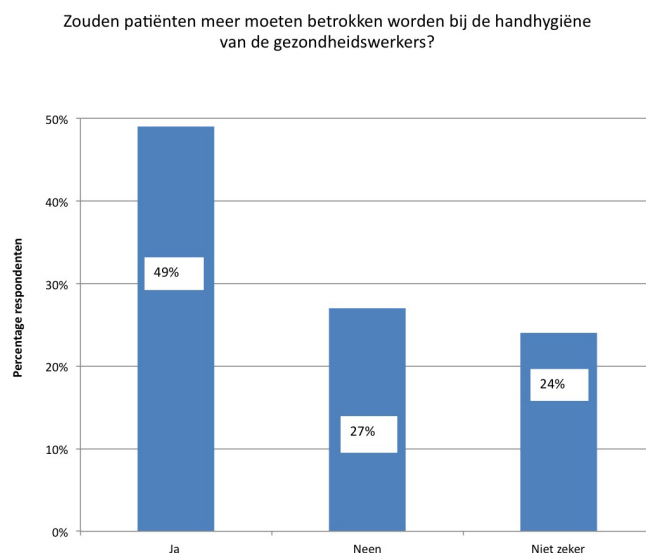
In grafiek 3 wordt weergegeven in welke mate de respondenten (n=42) vinden dat er in het UZA handhygiëne toegepast.

Grafiek 3: Perceptie over de mate waarin handhygiëne wordt toegepast



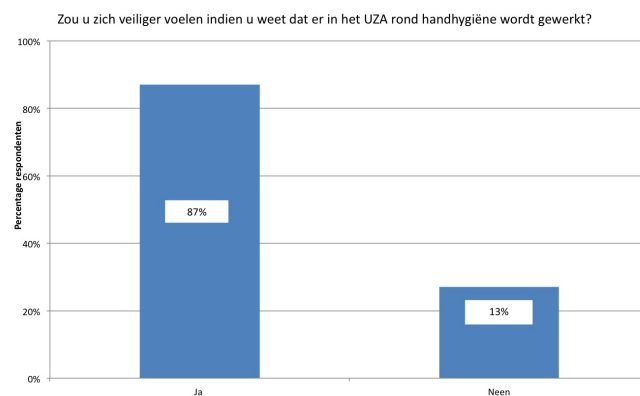
De vraag of patiënten meer moeten betrokken worden in het bevorderen van handhygiëne werd door 52 patiënten beantwoord (grafiek 4).

Grafiek 4: Perceptie over de nood aan betrokkenheid bij handhygiëne



De vraag of men zich als patiënt veiliger zou voelen indien hij/zij zou weten dat er omtrent handhygiëne in het ziekenhuis gewerkt wordt, werd door 52 patiënten beantwoord (Grafiek 5).

Grafiek 5: Perceptie van veiligheid



In tabel 4 wordt weergegeven wat de respondenten zouden doen indien een arts of een andere gezondheidsmedewerker geen handhygiëne zou toepassen.

Tabel 4: Potentiële acties indien geen handhygiëne wordt toegepast door artsen of andere gezondheidswerkers

	Arts	Andere gezondheidsmedewerkers
Niets	35,2%	29,6%
Medewerker rechtstreeks aanspreken	24,1%	33,3%
Collega van de medewerker aanspreken	1,9%	1,9%
Melden aan het bezoek	7,4%	3,7%
Weet ik niet	27,8%	27,8%

In de bevraging werd ook gevraagd om op een 5-punts Likertschaal aan te duiden hoe comfortabel (waarde 1) of oncomfortabel (waarde 5) de patiënt zich zou voelen bij het maken van een opmerking over handhygiëne. Het maken van een opmerking naar de arts en naar andere gezondheidswerkers toe scoort op de schaal gemiddeld respectievelijk 3,45 en 3,35. De bevroegde patiënten voelden zich dus eerder oncomfortabel om artsen of verpleegkundigen over handhygiëne aan te spreken.

Bespreking

Deze bevraging heeft zijn beperkingen omwille van het klein aantal respondenten. Bovendien werden niet alle vragen door alle respondenten beantwoord. Het is wenselijk deze bevraging daarom op grotere schaal uit te voeren.

De hoge responserate van 61,4% van deze bevraging kan wellicht verklaard worden doordat elke vragenlijst persoonlijk aan de patiënten werd bezorgd door de onderzoeker. Uit de patiëntkarakteristieken blijkt o.a. de relatief hoge opleidingsgraad van de respondenten (31,5% hoger onderwijs en 44,4% middelbaar onderwijs). Slechts een beperkt percentage (5,6%) van de respondenten was zelf werkzaam in de gezondheidssector.

Uit de bevraging blijkt dat in meer dan de helft van de gevallen de onthaalbrochure niet tot bij de patiënt geraakt. Zelfs indien het een geplande opname betreft, ontvangt toch nog maar de helft van de patiënten een onthaalbrochure. Wanneer de patiënten via de spoedopname worden opgenomen, is dit cijfer nog lager en krijgt slecht 43 procent van de patiënten de brochure. Nochtans vindt 94% van de patiënten die de informatie over handhygiëne hebben gelezen, deze informatie ook nuttig.

Naast de onthaalbrochure zijn er nog andere kanalen binnen het UZA waarlangs patiënten over handhygiëne worden geïnformeerd. Hierdoor heeft 61% van de respondenten informatie over handhygiëne opgemerkt. Via de onthaalbrochure en posters op de afdeling worden patiënten het meest efficiënt geïnformeerd, gevolgd door het TV-scherm in de inkomhal. Informatie via de TV op de kamer scoort het laagst, maar dit is te verklaren door het feit dat het UZA-infokanaal nog maar op één gerenoveerde verpleegafdeling ter beschikking is. Op de verpleegafdeling waar het infokanaal beschikbaar is, hebben 3 van de 5 respondenten de info over handhygiëne opgemerkt.

Wanneer patiënten weet hebben van het feit dat er initiatieven i.v.m. handhygiëne genomen worden, antwoordt 87% van de patiënten dat ze zich hierdoor ook veiliger voelen.

Of gezondheidswerkers handhygiëne toepassen wordt door 89% van de patiënten tijdens hun verblijf opgemerkt. Een meerderheid (58%) van de patiënten vindt dat de gezondheidswerkers altijd voldoende aan handhygiëne doen.

Ongeveer de helft (49%) van de respondenten vindt dat patiënten wel betrokken zouden moeten worden in het wijzen van gezondheidsmedewerkers op handhygiëne. Nochtans zou slechts 24% van de respondenten een arts rechtstreeks aanspreken indien deze geen handhygiëne zou toepassen. Ook andere gezondheidswerkers zouden in dat geval slechts door 33,5 % van de respondenten worden aangesproken.

4. Conclusie

Door het onderzoek kwam tot uiting dat in minder dan de helft van de gevallen de onthaalbrochure aan de patiënten wordt overhandigd. Nochtans blijkt dat deze brochure door de meeste patiënten wel degelijk wordt gelezen en de informatie over handhygiëne als nuttig wordt ervaren. De bedeling van de informatiebrochure dient dan ook verbeterd te worden om op die manier bij nog meer patiënten de informatie over handhygiëne over te brengen.

Uit de bevraging kwam ook naar voor dat de informatieoverdracht over handhygiëne via verschillende kanalen dient te gebeuren om op die manier zoveel mogelijk patiënten te bereiken. Sommige kanalen, zoals de TV op de kamer, kunnen een middel zijn om de informatie-overdracht te optimaliseren. De communicatiedienst kan tevens ingeschakeld worden om uit te zoeken of andere kanalen van informatieoverdracht mogelijk zijn.

Door het feit dat de handalcoholdispenser zich in de patiëntenkamer bevindt, wordt door de meeste patiënten opgemerkt dat gezondheidswerkers de handen ontsmetten. Een meerderheid van de patiënten denkt dan ook dat de gezondheidswerkers voldoende aan handhygiëne doen.

Over het aspect patient empowerment kan geen eenduidige conclusie getrokken worden. Enerzijds vindt de helft van de respondenten dat de patiënt meer moet betrokken worden in het bevorderen van handhygiëne, maar anderzijds is maar ongeveer een derde bereid om de gezondheidswerker ook effectief aan te spreken, wanneer deze naar hun mening onvoldoende aan handhygiëne zou doen. Het merendeel van de respondenten zou zich immers oncomfortabel voelen bij het maken van een opmerking hierover. Patient empowerment, waarbij de patiënten betrokken worden in het zorgproces, staat of valt dus wellicht in de mate dat patiënten mondig genoeg zijn. Daarnaast kunnen acties in het kader van patient empowerment met de focus op handhygiëne, ook het bewustzijn bij patiënten en bezoekers verhogen dat handhygiëne ook voor hen belangrijk is.

5. Referenties

1. Kokoszka V. Empowerment van de patiënt: democratische gezondheidszorg? Healthcare Executive, 2014;77:3.
2. McGuckin M, Waterman R, Porten L, et al. Patient education model for increasing handwashing compliance. American Journal of Infection Control, 1999;27(4):309-314.
3. Costers M, Viseur N, Catry B, Simon A. Four multifaceted countrywide campaigns to promote hand hygiene in Belgian hospitals between 2005 and 2011: impact on compliance to hand hygiene. Euro Surveill. 2012;17(18):pii=20161. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V17N18/art20161.pdf>
4. Catry B, De Wandel D, Simon A, the national working group. U bent in goede handen: 5de editie. NSIH Symposium 11/01/2013.
5. The Joint Commission. Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges, 2009.

Efficiëntie van een gerichte strategie tijdens de sensibilisatiecampagne handhygiëne ¹

M. Vereycken

Verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, Kliniek Sint-Jan Brussel

¹ *Referaat, Week van de Verpleegkunde NVKVV, Studiedag Ziekenhuishygiëne, 24/03/2014, Oostende*



Abstract

Probleemstelling: jaarlijks zijn er in België meer dan 125 500 patiënten die geconfronteerd worden met een nosocomiale infectie (zorginfectie). Dit kan grotendeels voorkomen worden door het toepassen van een correcte handhygiëne. De kliniek Sint-Jan te Brussel heeft als doelstelling zoveel mogelijk zorgverstrekkers te sensibiliseren tijdens de 5de Nationale Handhygiëne campagne door het geven van een gerichte strategie (i.p.v. een ziekenhuisbrede campagne) en een handhygiënecompliance te bereiken van meer dan 65%. Deze gerichte aanpak biedt tevens de kans om de efficiëntie tussen twee verschillende strategieën te vergelijken.

Methodologie: er werd gekozen voor een gerichte strategie per afdeling i.p.v. een ziekenhuisbrede campagne zoals voorgaande jaren. Om een goede sensibilisatiecampagne te organiseren zijn de nodige hulpmiddelen beschikbaar.

Om de “good practice” van de handhygiëne compliance te evalueren, werd een affiche met een korte feedback per afdeling ontworpen. De drie beste afdelingen kregen tevens een institutionele beloning.

Resultaten: bij de gerichte aanpak hebben meer personeelsleden deelgenomen aan de sensibilisatiecampagne dan doorheen (367 (2013) vs. 237 personeelsleden (2011)). Er is een positieve evolutie merkbaar (69% (2013) vs. 64% (2011)) van de handhygiënecompliance, maar het verschil van de pre- en postcampagnes 2011 en 2013 zijn gelijk (+ 21.00%).

Discussie: ongeacht de efficiëntie van de strategieën, zijn er elementen die invloed kunnen hebben op het resultaat: het aantal participerende afdelingen, het aantal observatoren en hun manier van werken, het aantal nieuwe personeelsleden die na de sensibilisatiecampagne zijn aangeworven, en het moment van de metingen.

Conclusie: beide strategieën (gerichte strategie en

globale strategie) hebben hun efficiëntie bewezen, maar elke strategie heeft zijn voor- en nadelen. Niet alleen de sensibilisatiecampagne is belangrijk, maar ook het geven van feedback kan een essentiële rol spelen in de volgende nationale handhygiëne campagne.

Probleemstelling

Jaarlijks zijn er in België meer dan 125 500 patiënten die tijdens hun verblijf in het ziekenhuis geconfronteerd worden met een nosocomiale infectie met een mortaliteit van 2 625 patiënten. Dit impliceert tevens een langer ziekenhuisverblijf en extra kosten. [2]

Om overdracht van micro-organismen te voorkomen tussen patiënt, gezondheidswerker en ziekenhuisomgeving is het toepassen van handhygiëne primordiaal. Samen met de steun van de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) door het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP), de l' Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière (ABIHH), de la Belgian Infection Control Society (BICS) en het Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV) organiseert de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid en Leefmilieu sinds 2005 de nationale handhygiëne campagnes in ziekenhuizen om handhygiëne te promoten. [1]

De 5de nationale campagne handhygiëne werd begin 2013 aangekondigd en ons ziekenhuis heeft met veel enthousiasme deelgenomen. Omdat er in 2011 een ziekenhuisbrede campagne gevoerd werd, opteerde men voor deze campagne voor een gerichte aanpak. Dit biedt tevens de opportuniteit

om de efficiëntie van deze twee strategieën te vergelijken. Onze doelstelling was om zoveel mogelijk zorgverstrekkers te sensibiliseren om de indicaties voor handhygiëne op te volgen en een handhygiënecompliance van meer dan 65% te bereiken.

Methodologie

Programma

Het programma van de 5de handhygiëncampagne bestaat uit drie delen :

- o Meting van de compliance **vóór** campagne: **15/01/2013 - 15/02/2013** waarbij de opportuniteiten gemeten werden door de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, zorgcoördinatoren en referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne op hun eigen afdeling.
- o Sensibilisatiecampagne door de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: **01/03/2012 - 31/03/2012**
- o Meting compliance na campagne: **15/04/2013 - 15/05/2013** waarbij de opportuniteiten gemeten werden door de verpleegkundige ziekenhuishygiënist, zorgcoördinatoren en referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne.

Alle observatoren hebben een opleiding gevolgd om de opportuniteiten op een adequate manier te kunnen meten.

Strategie

De methode die de kliniek Sint-Jan gekozen heeft is een gerichte strategie. Dit betekent dat de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist één of meerdere sessies ging organiseren op de afdelingen. Een brief werd verzonden aan alle hoofdverpleegkundigen met de vraag om verschillende data door te sturen met als doel een vorming over handhygiëne in te plannen tijdens de periode van de sensibilisatiecampagne. Deze opleiding zou minstens een half uur tot 45 minuten duren (inclusief vragen beantwoorden). De volgende thema's kwamen aan bod :

- o Indicaties voor handhygiëne
- o Basisvereisten
 - Foto's met afdruk van gekoloniseerde juwelen
 - Praktijk: afdruk van een juweel van personeelsleden op de afdeling. Deze werd naar het labo gestuurd en nadien werd er van het resultaat een foto genomen en afgegeven op de betreffende dienst.
- o Praktijkoefeningen op de werkvloer
- o Handhygiënetesten (met UV-lamp)
- o Quiz (meedelen van het paswoord)

Naast de gerichte strategie werd er tijdens de sensibilisatiecampagne een pop-up geplaatst op intranet: gele micro- organismen die zich bevinden onder een polshorloge en een ring komen telkens tevoorschijn bij het openen van de site (illustratie I).

Materiaal

Volgende middelen werden gebruikt om de vorming te geven :

- o Laptop om de personeelsleden samen met de videoclip van de nationale handhygiëncampagne (30 seconden) hun handen te laten ontsmetten met een fluorescerende alcoholische oplossing
- o UV-tester om de handen te controleren na toepassen van

de techniek

- o Petrischaaltjes en steriele handschoenen om een afdruk te maken van juwelen
- o Foto's van afdruk juwelen op petrischalen
- o Staaltjes van hydroalcoholische oplossingen en handcrèmes
- o Campagne affiches



Evaluatie

Om de "good practice" van de handhygiëne compliance te evalueren, werd een affiche met een korte feedback per afdeling ontworpen. De drie best scorende afdelingen kregen tevens een institutionele erkenning.

Resultaten

Op 24 afdelingen werden observatiemetingen uitgevoerd door 30 dezelfde observatoren (één à twee per afdeling). Eén afdeling heeft niet meer geparticipeerd bij de post-metingen wegens te weinig opportuniteiten en tijdsgebrek. Meer dan de helft van de geobserveerde opportuniteiten waren indicaties die verpleegkundigen hadden verricht (tabel I).

Tabel I: Aantal geobserveerde opportuniteiten (n) per beroepsgroep

Opportuniteiten volgens beroepsgroep	Pre-meting n (%)	Post-meting n (%)
Verpleegkundige	2479 (58,01%)	2431 (54,68%)
Zorgkundige	435 (10,18%)	621 (13,97%)
Arts	460 (10,77%)	516 (11,61%)
Kinesitherapeut	282 (6,60%)	226 (5,08%)
Andere	617 (14,44%)	652 (14,66%)
Totaal opportuniteiten	4273	4446

Sensibilisatiecampagne

Tijdens de sensibilisatiecampagne vonden 31 sessies plaats op de afdelingen, waaraan in totaal 367 personeelsleden deelnamen (gemiddelde: 12 personen per sessie). Tijdens de 4de nationale handhygiëne campagne werden 18 sessies in een grote zaal van Sint-Jan georganiseerd (periode: 14 februari tot 15 maart 2011) met een tijdsduur van 1u15 waaraan 237 personeelsleden participeerden (gemiddelde: 13 personen per sessie). Er zijn 130 personen

meer die deelnamen aan de sensibilisatiecampagne van de 5de campagne (andere halve keer meer) dan in 2011. Opvallend was dat het onderhoudspersoneel meer betrokken werd bij de sensibilisatiecampagne in 2013 dan bij de voorgaande campagne (tabel II).

Tabel II: Aantal participerende personeelsleden per beroepsgroep (2011 – 2013)

	2011		2013	
verpleegkundigen	186	78,50%	215	58,50%
verzorgenden	32	13,50%	36	10,00%
artsen	0	0,00%	4	1,00%
kinestherapeuten	1	0,50%	0	0%
onderhoud	1	0,50%	70	19,00%
anderen	17	7,00%	42	11,50%
	237	100,00%	367	100%

• Handhygiënecompliance

De resultaten van de handhygiënecompliance toonden voor beide jaren een verschil van 21 % tussen de pre- en postmeting (tabel III). Tegenover de vorige campagne steeg de handhygiënecompliance tijdens de 5de campagne met 5%.

Tabel III: Handhygiënecompliance 2011 en 2013 (pre- en postmeting)

Metingen	2011 %	2013 %	Vershil %
Vóór campagne	43.0	48.0	+5.0
Na campagne	64.0	69.0	+5.0
Vershil %	+21.0	+21.0	

• Handhygiënecompliance per beroepsgroep

In tabel IV zijn de resultaten weergegeven van de handhygiënecompliance per beroepsgroep. In de 5de campagne handhygiëne was de compliance verbeterd bij elke beroepsgroep t.o.v. de vorige campagne (2011). Wanneer men bij de verpleegkundigen de pre- en postmetingen van beide jaren vergeleek (23%), constateerde men geen verschil in toename tussen pre en postmeting. Een grotere stijging van de compliance werd waargenomen bij de artsen (+8.0%), kinesitherapeuten (+24.0%) en anderen (+10%). Bij de zorgkundigen was de toename van handhygiënecompliance tussen pre- en postmeting in 2013 bijna gehalveerd ten opzichte van 2011 (7.5%).

Tabel IV: Handhygiënecompliance per beroepsgroep (pre- en postmeting campagne 2011 en 2013)

Beroepsgroep	2011% Vóór	2013% Vóór	2011% Na	2013% Na	Vershil (pre-post) % 2011	Vershil (pre-post) % 2013	Vershil 2011-2013
Verpleegkundigen	47.0	52.0	70.0	75.0	+23.0	+23.0	0.0
Zorgkundigen	40.0	49.0	57.5	59.0	+17.5	+10.0	- 7.5
Artsen	22.0	48.0	30.0	64.0	+ 8.0	+16.0	+ 8.0
Kinesitherapeuten	29.0	39.0	39.0	73.0	+10.0	+34.0	+24.0
Anderen	42.0	38.0	57.0	63.0	+15.0	+25.0	+10.0

• Dragen van juwelen

Het grootst aantal geobserveerde personen voor het dragen van juwelen waren verpleegkundigen (> 50%), terwijl kinesitherapeuten de kleinste geobserveerde groep

(<4%) vormen (tabel V). Bij het vergelijken op nationaal niveau dragen de personeelsleden in de kliniek Sint-Jan meer juwelen, maar het verschil tussen pre- en post meting is groter in Sint-Jan (tabel VI).

Tabel V: Aantal geobserveerde personen voor de basisvereisten handhygiëne per beroepsgroep 2013

Beroepsgroep	Pre-meting n (%)	Post-meting n (%)
Verpleegkundige	559 (51,43%)	720 (54,26%)
Zorgkundige	106 (9,75%)	124 (9,34%)
Arts	195 (17,94%)	188 (14,17%)
Kinesitherapeut	45 (4,14%)	38 (2,86%)
Andere	182 (16,74%)	257 (19,37%)
Totaal aantal geobserveerden	1087	1327

Tabel VI: Percentage van personeelsleden die juwelen dragen in de kliniek Sint-Jan en op nationaal niveau (pre- en postmeting 2011 en 2013)

Juwelen	Pre campagne % Sint-Jan 2013	Pre campagne % Nationaal 2013	Post campagne % Sint-Jan 2013	Post campagne % Nationaal 2013	Vershil (pre-post) % Sint-Jan 2013	Vershil (pre-post) % Nationaal
Ring	29.80	18.44	20.90	12.1	- 8.9	- 6.34
Polshorloge	25.50	14.21	16.40	10.0	- 9.1	- 4.21
Armband	7.70	4.07	5.80	3.3	- 1.6	- 0.77

• Feedback van de resultaten Handhygiëne

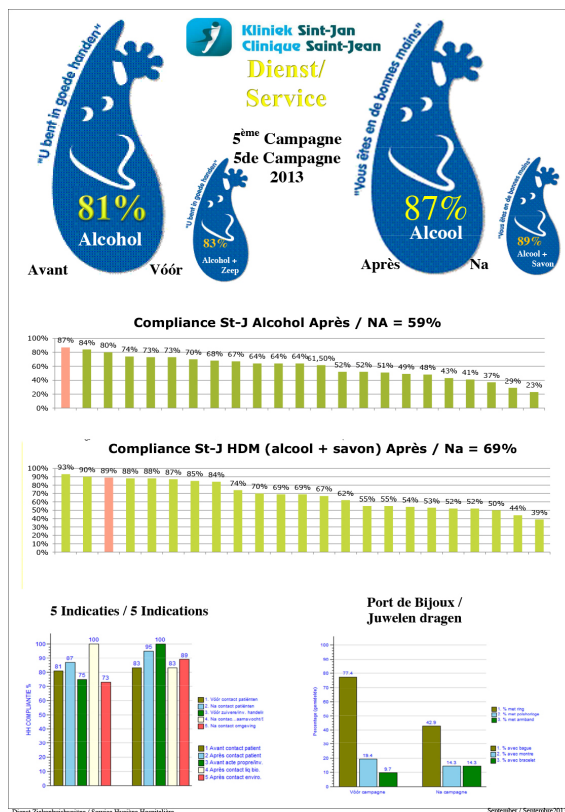
Naast het meten van de handhygiëne compliance is het essentieel dat de personeelsleden de nodige feedback krijgen. Daarom werd een affiche met relevante informatie ontworpen in A3-formaat (illustratie II):

- o Op het A3 formaat worden de resultaten van de handhygiënecompliance weergegeven in % voor en na de sensibilisatie campagne op eigen afdeling. Bij de vijf indicaties van handhygiëne wordt vooral handontsmetting met een hydro alcoholische oplossing aanbevolen dan handen wassen met water en zeep. De kleine druppel duidt het percentage van de handhygiënecompliance aan waar de handen ontsmet werden met een hydro-alcoholische oplossing of gewassen werden met water en zeep (alcohol + zeep). De grote druppel duidt het percentage van de handhygiënecompliance aan waar de handen ontsmet werden met enkel een Hydro-alcoholische oplossing.
- o De grafiek met de 5 indicaties vóór en na campagne op hun eigen afdeling
- o De grafiek van het dragen van juwelen vóór en na campagne op hun eigen afdeling

Feedback werd per afdeling gegeven en duurde 10 minuten

Aan de drie best scorende afdelingen werd een institutionele award gegeven onder de vorm van een A4-affiche met een gouden, een zilveren en een bronzen medaille (illustratie III).

Illustratie II: Feedback op de afdeling



Discussie

Om de personeelsleden te sensibiliseren tijdens de 5de nationale handhygiëncampagne werd voor een gerichtere aanpak op de afdelingen gekozen i.p.v. een ziekenhuisbrede campagne zoals voorgaande campagnes.

Tabel 3 geeft het verschil weer tussen de handhygiëncompliance pre- en postcampagnes voor 2011 en 2013, dewelke gelijk is (+21.0%). Hieruit kan men concluderen dat beide manieren van aanpak efficiënt zijn.

Beide strategieën hebben dus hun nut bewezen, maar een aantal beïnvloedende factoren moeten in acht genomen worden.

Ten eerste waren er meer afdelingen die deelgenomen hebben in 2013 dan in 2011 (24 tegenover 18 afdelingen). De afdelingen die reeds voordien hebben geparticipeerd, kennen de werking van de observatieroosters waardoor het personeel waakzamer is als zij de observatoren zien. Bovendien hebben ze ook al een feedback gekregen van de voorgaande campagne, waardoor hun score positief beïnvloed zal worden. Men kan ook opmerken dat één afdeling niet meer heeft deelgenomen aan de meting postcampagne, waardoor het resultaat eveneens beïnvloed wordt.

Bij de voorgaande campagne waren er minder observatoren die gescoord hebben. Dit zou een impact kunnen hebben op het eindresultaat. Alle verpleegkundige referenten ziekenhuishygiëne hebben hun eigen afdelingen gescoord, waarbij de ene observator discreter of strenger zou kunnen zijn dan de andere.

De observatiemetingen zijn een momentopname. Dit betekent dat wanneer de tijdsdruk toeneemt op de afdelingen, de handhygiëncompliance van de gezondheidswerkers kan dalen. Tijdens de observatiemetingen is de tijdsdruk onbekend voor beide campagnes.

Hoewel beide strategieën hun efficiëntie hebben bewezen, kan men zich afvragen waarom sommige beroepsgroepen (kinesitherapeuten, artsen) hoog scoorden, terwijl die groepen niet deelnamen aan de vorming over handhygiëne (tabel 4).

Een mogelijke verklaring is dat de kinesitherapeuten weinig opportuniteiten hebben, waardoor het verschil tussen de pre- en postmeting hoger ligt dan bij een andere beroepsgroep.

Nadat de 4de nationale handhygiëncampagne beëindigd werd, hebben de artsen een vorming en feedback gekregen door de arts-ziekenhuishygiënist. Dit zou zijn vruchten afgeworpen kunnen hebben.

Besluit

Ter preventie van zorginfecties is het sensibiliseren van de gezondheidswerkers om een correcte handhygiëne toe te passen een reële uitdaging. Welke strategie de meeste efficiëntie biedt, hangt van verschillende factoren af.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist kan opteren voor een ziekenhuisbrede campagne of een gerichte sensibilisatie op de afdelingen.

Een ziekenhuisbrede campagne heeft als voordelen dat je minder sessies kunt organiseren en langer kunt spreken. Het is waarschijnlijk minder tijdsintensief voor de spreker zelf, omdat men zich niet naar de afdelingen moet verplaatsen. Nadelen kunnen zijn dat personeelsleden zich in een andere “vreemde” omgeving bevinden met andere onbekende personeelsleden waar er een kans bestaat dat eventuele vragen niet gesteld worden. Vaak zal de concentratie van de personeelsleden dalen door de langere tijdsduur (1u15min) dan deze van een gerichte aanpak (max. 45min.).

Een gerichte strategie biedt als voordeel dat er meer “huiselijke” sfeer is. Iedereen kent iedereen en is dan meer geneigd om vragen te stellen. Er is een nauwere band tussen de spreker en de personeelsleden. Het is wel meer arbeidsintensief omdat men zich moet organiseren, rekening houdend met de beschikbaarheid van de afdelingen, zodat men niet gestoord zou kunnen worden tijdens het geven van de vorming.

Ten slotte is het belangrijk om de resultaten bekend te maken op de afdelingen zelf, zodat zij kunnen groeien naar een betere handhygiëne compliance.

5. Referenties

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (isp wiv), Resultaten van de 5de Nationale campagne ter bevordering van de Handhygiëne (HH) in Ziekenhuizen 2013.

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg «Nosocomiale infecties in België, deel 2 impact op Mortaliteit en Kosten». https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20091027301.pdf. 2009

Accreditatie – JCI ¹

Prof. dr. A. Schuermans, geneesheer-ziekenhuishygiënist, UZ Leuven

¹ Referaat, Week van de Verpleegkunde NVKV, Studiedag Ziekenhuishygiëne, 24/03/2014, Oostende



1-Inleiding

Een accreditatie heeft als doel het extern aftoetsen van de compliantie van het ziekenhuis aan gepubliceerde wel omschreven standaarden of normen, met als finaliteit het stimuleren van een continue verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Op deze manier wordt nagegaan of er in het ziekenhuis een cultuur heerst die continu de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg opvolgt en verbetert.

De *Joint Commission International* (JCI) is de internationale afdeling van de Amerikaanse *Joint Commission*, die opgericht werd door de *American Hospital Association* en de *American Medical Associations*.

Driehonderdvijftig standaarden, waarvan 25 met betrekking tot infectiepreventie en -beheersing worden door onafhankelijke, intern opgeleide, auditeurs getoetst.

Deze standaarden definiëren structuren en processen die aanwezig moeten zijn of performantie-criteria waaraan men moet voldoen om als ziekenhuis veilige en hoogkwalitatieve zorg en dienstverlening te kunnen aanbieden. Elke standaard vertrekt van een doelstelling en omvat minstens één meetbaar element. In totaal zijn er zo'n 1300 meetbare elementen waarvan 86 verband houden met infectiepreventie en -beheersing. De sterkte van deze vorm van auditeren, is dat er daadwerkelijk gekeken wordt, of datgene dat geschreven staat in richtlijnen en procedures, ook daadwerkelijk toegepast wordt en gekend is op het werkveld.

2-Scoring

Accreditering wordt toegekend op basis van een scoring. Elk meetbaar element wordt gescoord als voldaan (score 10),

gedeeltelijk voldaan (score 5) of niet voldaan (score 0) aan de hand van "patient tracers" doorheen het ziekenhuis waarbij minimaal een score van 5 per standaard, en 8 per hoofdstuk moet behaald worden. Slagen betekent een ziekenhuisbrede accreditatie voor 3 jaar.

3- Standaarden met betrekking tot ziekenhuishygiëne

De standaarden die betrekking hebben tot ziekenhuishygiëne (*Prevention and Control of Infections*, PCI) omvatten integraal de wettelijke opdrachten en taken zoals beschreven in het Koninklijk Besluit van 26 april 2007, maar includeren ook aspecten van arbeidsgeneeskunde en ziekenhuisapotheek. In de volgende paragrafen zal een overzicht gegeven worden van de standaarden, vertrekkende van de wettelijke opdrachten van het Team en het Comité voor ziekenhuishygiëne.

1. Ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid inzake de standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen.

Het reduceren van het risico op zorginfecties steunt op de toepassing van de algemene voorzorgsmaatregelen :

- Handhygiëne en het beschikken over een strategisch plan of beleid krijgt een centrale plaats in het accrediteringsproces en wordt beschouwd als een internationale patiëntveiligheidsdoelstelling (*International Patient Safety Goal 5*). De instelling moet beschikken over geschreven richtlijnen voor handhygiëne, maar ook over een programma om handhygiëne te bevorderen. De richtlijnen moeten in overeenstemming zijn met de internationale richtlijnen. Ook cijfers over structuur-, proces- en *outcome* indicatoren worden verwacht.

- Reiniging, ontsmetting en sterilisatie staan ook in de algemene voorzorgsmaatregelen centraal. De gebruikte methoden moeten beschreven staan en gevalideerd zijn, en de toepassing ervan moet bewaakt worden. Uitgebreide onderhoudslijsten van alle items moeten ter beschikking zijn en regelmatige audits zijn hierbij belangrijk (PCI 7).

- Het vermijden van elk potentieel contact met bloed- en lichaamsvochten door het gebruik van de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen. Het ter beschikking stellen van bijvoorbeeld handschoenen; maskers, brillen, het vastleggen van de indicaties voor het gebruik ervan en het toezien op het gebruik ervan behoren tot de taak van de ziekenhuishygiënist en de preventieadviseurs van het ziekenhuis (PCI 9).

- Het vermijden van prikongevallen door veilige werkmethode en het ter beschikking stellen van de goede materialen zoals naaldcontainers, naaldloze systemen en veiligheidssystemen (PCI 7.3).

2. De ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid inzake isolatiemaatregelen.

In de standaarden gaat ook veel aandacht uit naar het toepassen van een juist isolatiebeleid en dit zowel wat betreft het bron-isolatiebeleid ten aanzien van de besmettelijke patiënt als het protectief beleid ten aanzien van de zwakke immuungecompromitteerde patiënt. Ook ten aanzien van de preventie van lucht-overdraagbare aandoeningen zoals tuberculose en varicella worden belangrijke maatregelen verwacht: negatieve drukkamers of ten minste hepafiltratie worden voorgeschreven.

Voor onverwachte epidemische verheffingen die een grote instroom van patiënten zouden veroorzaken, zoals een griepiepidemie, wordt verwacht dat deze adequaat opgevangen kunnen worden. Personeel dient hiervoor de nodige opleiding te hebben gekregen (PCI 8).

3. De ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid inzake surveillance van zorginfecties aan de hand van indicatoren.

Zoals ook in het KB bepaald wordt, verwacht de *Joint Commission International* dat er een surveillance opgezet is ten aanzien van de epidemiologisch belangrijkste kiemen en zorginfecties, met name de bloedbaaninfecties, de urinaire infecties, de postoperatieve wondinfecties en de ventilator-geassocieerde luchtweginfecties, zodat baseline cijfers beschikbaar zijn. Deze cijfers dienen geanalyseerd en geïnterpreteerd te worden en een verbetercyclus (*Plan Do Check Act*, PDCA) moet aan deze registratiecijfers gekoppeld worden (PCI 6). Het type van surveillance en de intensiteit wordt uiteraard geleid door de focus van het programma en de risicoanalyse die gemaakt werd (zie verder)

4. Het opzetten van een epidemiebeleid

Tevens moet de instelling beschikken over een systeem om epidemische verheffingen te herkennen en moet men in staat zijn om hierop adequaat te reageren (PCI 5).

5. Het opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals bij bouwen en verbouwen.

Het bouwen en verbouwen in een ziekenhuis houdt extra risico's in ten aanzien van het ontwikkelen van een infectie. Met name *Aspergillus* en *Legionella* zijn gekend om ernstige infecties te veroorzaken bij immuungecompromitteerde patiënten en worden geassocieerd met bouwwerken. De standaard PCI 7.5 benadrukt het belang van een preventieve aanpak, het uitvoeren van een risicoanalyse vóór aanvang van de werken en het opvolgen van de hygiëne tijdens de werken. De aanbevelingen die in deze context recent werden gepubliceerd door de Hoge Gezondheidsraad (HGR) zijn hiermee in concordantie.

6. Het opvolgen van de hygiëneaspecten bij activiteiten in het operatiekwartier en verloskwartier.

Ook dit aspect wordt vervat in PCI 7 dat expliciet stelt dat risicovolle diensten, processen en procedures een bijzondere aandacht vragen. Een permanente educatie van de zorgverstrekkers staat hierbij ook telkens centraal.

7. Het opvolgen van de hygiëneaspecten bij aankoop van materialen.

Deze opdracht van het Team wordt in meerdere PCI standaarden opgenomen onder de vorm van de uitgebreide aandacht voor het onderhoud, met name de reiniging, ontsmetting en ev. sterilisatie, van al het materiaal. Ook het maken van de afspraken rond het hergebruiken van materiaal voor éénmalig gebruik vallen hieronder.

8. De implementatie van officiële aanbevelingen (HGR...).

PCI 3 stelt dat het programma van infectiepreventie en beheersing gebaseerd moet zijn op wetenschappelijke evidentie en conform de wettelijke bepalingen. In die zin zit ook de vereiste om officiële aanbevelingen te implementeren in zijn instelling, vervat in de JCI standaarden. Ook de meldingsplicht van bepaalde infectieziekten aan de gezondheidsinspectie valt onder deze standaard.

9. Het Team stelt een algemeen strategisch plan op, evenals een jaarlijks beleidsplan, een activiteitenverslag en jaarlijks verslag over de werking van het Team. Het Comité bespreekt en keurt het algemeen strategisch plan, het jaarlijks beleidsplan en het jaarverslag van de activiteiten en de werking van het Team goed. Tevens worden de budgetten besproken en goedgekeurd.

Zoals ook door het KB van 26 april 2007 vastgelegd, moet de infectiepreventie en -beheersing georganiseerd worden via teams van professionele zorgverstrekkers die over de nodige kennis en vaardigheden beschikken. Structuren (het organigram) en verantwoordelijkheden moeten duidelijk zijn (PCI 1) en ook de manier van coördinatie van de verschillende activiteiten moet vastgelegd worden (PCI 2).

De focus van het programma moet aangepast zijn aan de grootte van het ziekenhuis, de complexiteit van de zorgen en de gemaakte risicoanalyse (PCI 7).

Tevens moet het programma of het beleidsplan betrekking hebben op alle zorgverstrekkers, maar evenzeer op de patiënten en bezoekers. Dit maakt dat voor deze standaard er vaak samengewerkt dient te worden met de dienst interne preventie en arbeidsgeneeskunde (PCI 5).

Prioriteiten moeten gesteld worden en deze zijn uiteraard steeds gebaseerd op een risicoanalyse (PCI 6). Voor elke gedefinieerde prioriteit is het nuttig om meetbare objectieven vast te leggen en deze op regelmatige basis te herevalueren. Om te kunnen voldoen aan alle vereisten en het uitgebreide takenpakket te kunnen opnemen dienen hiervoor de nodige middelen ter beschikking gesteld te worden (PCI 4).

10. Het Comité heeft als taak het coördineren van het toewijzen van een aantal opdrachten waaronder :

- de sterilisatie, met name de bewaking van de sterilisatie en het bepalen van de indicaties tot hergebruik en hersterilisatie van materiaal voor éénmalig gebruik, en het beleid rond de bewaking van vervallen materiaal en producten. Voor het beleid rond hergebruik van materiaal voor éénmalig gebruik is de standaard duidelijk: nationale regelgeving moet gevolgd worden en indien materiaal voor éénmalig gebruik hergebruikt wordt dienen een aantal voorwaarden vastgelegd te worden, waaronder de lijst van toegelaten materialen, het maximaal aantal toegelaten hersterilisaties en de registratie van de betrokken patiënten (PCI 7.1.1).

- de richtlijnen rond voedingshygiëne, afval, en linnenverdeling. Ook deze opdrachten zitten helemaal vervat in PCI 7.1.4. Zowel de voedselhygiëne (PCI 7.4) als het toezicht op het wasproces (PCI 7.1), inclusief stockage en transport, als het afvalbeleid (PCI 7.2) worden geauditeerd. Ook hier wordt vertrokken van nationale regelgeving (vb. Hazard Analysis and *Critical Control Points*, HACCP) en internationale richtlijnen.
- het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdeling en evt. risicodiensten. Risicovolle diensten krijgen bijzondere aandacht in PCI 7.

Tenslotte wordt in PCI 10 gesteld dat infectiepreventie en -beheersing geïntegreerd moeten zijn in het globaal kwaliteitsbeleid en patiëntveiligheidsplan van de instelling, en dat indicatoren rond infectiepreventie mee opgenomen dienen te worden in de boordtabellen en andere kwaliteitsopvolgingssystemen.

Training en educatie rond al deze principes van infectiepreventie en beheersing is een niet aflatende opdracht en moet zowel betrekking hebben op alle zorgverstrekkers, maar ook op de patiënten en bezoekers (PCI 11).

Besluit

Het huidige KB van 26 april 2007 betreffende de organisatie van infectiepreventie en -beheersing in België, de opdrachten van het Team voor ziekenhuishygiëne en het Comité voor ziekenhuishygiëne dekt alle internationale standaarden van de Joint Commission International inzake "*Prevention and control of Infections*" alsook die van de *5^{de} International Patient Safety Goal*. Voor de ziekenhuishygiënist worden er geen nieuwe opdrachten of vereisten gedefinieerd en staat men dus niet voor verrassingen.

Het systematisch doorlopen van deze standaarden op een continue manier heeft wel geleid tot een valorisatie van de opdrachten van het Team voor ziekenhuishygiëne alsook een ziekenhuisbreed engagement voor continue verbetering van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, inclusief infectiepreventie.

Om meer te weten :

www.jointcommissioninternational.org

I Accrediatie – NIAZ¹

Prof. dr. I. Leroux-Roels, geneesheer-ziekenhuishygiënist, UZ Gent

¹ Referaat, Week van de Verpleegkunde NVKVV, Studiedag Ziekenhuishygiëne, 24/03/2014, Oostende



Inleiding

Vanuit een streven naar het voortdurend verbeteren van zorgprocessen en –resultaten laten steeds meer ziekenhuizen zich evalueren door externe, onafhankelijke organen om te bepalen of de instelling voldoet aan een aantal vooraf vastgelegde minimale kwaliteitseisen, standards of normen genoemd. Ook in ons land worden ziekenhuizen actief aangemoedigd om in een accreditatietraject te stappen. In Vlaanderen maakt dit deel uit van het nieuwe toezichtmodel op de algemene, categorale en universitaire ziekenhuizen dat in 2013 werd uitgerold.¹ De Zorginspectie focust zich vooral op het nalevingstoezicht, zijnde het concreet aftoetsen van de zorgkwaliteit op de werkvloer. Men richt zich hierbij op zorgtrajecten, dit is het traject dat een bepaalde groep van patiënten, zoals internistische, chirurgische of geriatrie patiënten in een ziekenhuis doorloopt. Daarnaast is er ook het systeemtoezicht, dat het doorlichten van de ziekenhuisbrede kwaliteitsborgende systemen omvat. Hierin ziet de Vlaamse Overheid een rol weggelegd voor externe, accrediterende instanties, zoals het Amerikaanse Joint Commission International (JCI) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). In tegenstelling tot JCI dat actief is in meer dan 50 landen, houdt het NIAZ zich enkel bezig met de accreditatie van zorginstellingen in Nederland en Vlaanderen.

NIAZ KZi 2.4 versus KZi 3.0 - Qmentum: what's in a name?

NIAZ werd opgericht in 1998 met als opdracht het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en de toepassing ervan in diverse types zorginstellingen te toetsen. Een goed verloop van deze toetsing resulteert in het behalen van de accreditatie door de zorginstelling. Niet alleen acute ziekenhuizen, maar ook chronische ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, dialysecentra en eerstelijnsgezondheidscentra kunnen zich bij het NIAZ aanmelden om in een accreditatietraject te stappen. In ons land is het Jessa Ziekenhuis in Hasselt het eerste ziekenhuis dat geaccrediteerd werd door het NIAZ, een

eerste keer in 2008 en een tweede keer in 2012. Op heden zijn 33 Vlaamse zorginstellingen aangemeld bij het NIAZ. Het betreft voornamelijk acute ziekenhuizen (met het UZ Gent als enig universitair ziekenhuis), maar ook enkele psychiatrische ziekenhuizen en revalidatiecentra.²

Tot voor kort ontwikkelde het NIAZ zelf de normenkaders, de zogenaamde 'Kwaliteitsnorm Zorginstelling' (KZi). De laatste versie 'KZi 2.4' (dd. 2 september 2013) is net zoals de voorgaande versies vrij beschikbaar via de website van het NIAZ.³ Overeenkomstig het EFQM model, kunnen de oorspronkelijke KZi normen worden onderverdeeld in normen die te maken hebben met de organisatorische aspecten of randvoorwaarden van de zorginstelling enerzijds, en met de resultaten anderzijds. De organisatorische normen waren goed uitgewerkt door het NIAZ, de resultaatsgerichte normen daarentegen dienden verder ontwikkeld en uitgebreid te worden. In plaats van dit zelf te doen, heeft het NIAZ in 2013 een overeenkomst gesloten met Accreditation Canada International (ACI), waarbij het Canadese normensysteem, Qmentum genaamd, door het NIAZ werd overgenomen. Dit heeft geleid tot een nieuw normenkader, de zogenaamde KZi 3.0 of NIAZ-Qmentum. Deze normen werden ondertussen door het NIAZ vertaald en aangepast aan de Nederlandse en Vlaamse setting en zijn enkel voor geregistreerde ziekenhuizen via de website beschikbaar. Beide systemen (KZi 2.4 en KZi 3.0) zullen nog een 3-tal jaar naast elkaar blijven bestaan, maar vervolgens zal het NIAZ definitief overstappen naar Qmentum. Om die reden zal verder enkel over NIAZ-Qmentum gesproken worden. Zowel KZi 2.4 als KZi 3.0 hechten veel belang aan zelfevaluatie (self assessment) wat niet het geval is voor JCI. Een vergelijkende tabel met de 3 systemen (NIAZ KZi 2.4, KZi 3.0 en JCI) kan geraadpleegd worden op de NIAZ website.⁴

NIAZ-Qmentum (KZi 3.0) voor acute ziekenhuizen

Normen

Qmentum omvat 272 verschillende normen die in 20

hoofdstukken zijn onderverdeeld en die bij de overname door het NIAZ vertaald werden in het Nederlands. De eerste 4 hoofdstukken zijn belangrijke onderwerpen die instellingsbreed aandacht moeten krijgen. Naast 'Governance', 'Leiderschap' en 'Medicatiebeheer' is het vierde thema 'Infectiepreventie en -bestrijding' (IPC). De andere hoofdstukken omvatten normen die telkens van toepassing zijn op een welbepaald type afdeling, zoals o.a. de operatieve zorg, de oncologische zorg en de verloskundige zorg. In deze hoofdstukken komen de thema's rond patiëntveiligheid aan bod, zoals *safe surgery*, valpreventie, patiëntenidentificatie, medicatiebeleid en infectiepreventie, maar ook andere onderwerpen zoals bv. competentie management, klachtenbehandeling, patiëntendossier en patiëntenparticipatie. De norm beschrijft telkens wat er moet gerealiseerd worden en de criteria bij de norm geven aan hoe dit moet gerealiseerd worden. In totaal zijn dat er meer dan 2000. Elke norm kan voorzien zijn van een algemene toelichting (*guideline*). Deze werd eveneens vertaald in het Nederlands en het NIAZ heeft bij sommige normen nog een specifieke toelichting toegevoegd met verwijzing naar de relevante wet- en regelgeving in de Vlaamse of Nederlandse context. Bijzondere aandacht moet gaan naar de zogenaamde vereiste instellingsrichtlijnen of *required organizational practices* (ROPs), essentiële praktijken die instellingen moeten hanteren om de veiligheid van patiënten/cliënten te verbeteren en risico's te minimaliseren. Daarnaast zijn er ook normen met hoge prioriteit (*high priority standards*) die te maken hebben met veiligheid, ethiek, risicomanagement en kwaliteitsverbetering. Voor het thema infectiepreventie en -bestrijding zijn er 14 normen met in totaal 103 criteria. Handhygiëne en veilige injectieprotocollen en -praktijken vormen de 2 ROP's. Bij deze ROP's staan ook nalevingstests (*tests of compliance*), waarmee men de naleving van de norm kan nagaan. Voor handhygiëne is dat bijvoorbeeld de beschikbaarheid van handalcohol op plaatsen voor directe patiëntenzorg (door de WHO gedefinieerd als maximum 1 meter verwijderd van het zorgpunt), de aanwezigheid van reminders op de werkvloer en het organiseren van vorming over de techniek van handhygiëne.

Accreditatieniveaus en scoresysteem

Men onderscheidt 3 niveaus van accreditering, 'goud', 'platinum' en 'diamant', zowel voor elke norm/elk criterium als voor de hele zorginstelling. De meeste zorginstellingen ambiëren aanvankelijk het behalen van het gouden accreditatieniveau, maar de bedoeling is dat er na het doorlopen van de accreditatiecyclus telkenmale naar een hoger kwaliteitsniveau gedongen wordt. Om het gouden accreditatieniveau te behalen moet men voldoen aan de volgende 3 vereisten: 1) een score van 100% behalen voor de ROP's; 2) een score van minstens 90% behalen voor de normen met hoge prioriteit en 3) voldoen aan minstens 81% van alle gouden criteria.

Accreditatieproces

Een accreditatiecyclus van NIAZ-Qmentum duurt 4 jaar en is te beschouwen als een kwaliteitsverbeteringscyclus of PDCA (plan-do-check-act) cyclus, zoals ook voorgesteld in Figuur 1. In de voorbereidingsfase worden opleidingen voorzien door het NIAZ zelf, of door gespecialiseerde adviesbureaus zoals Kerteza in

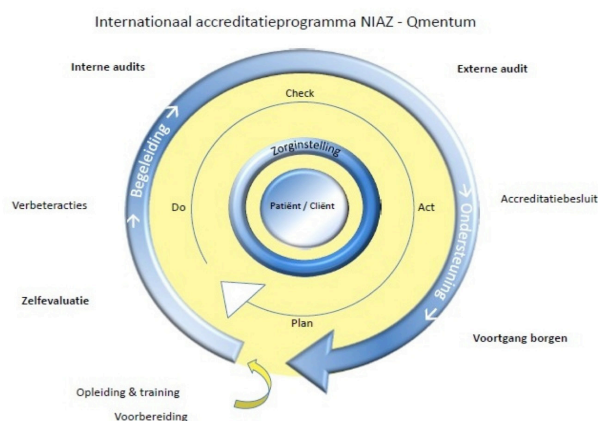
Vlaanderen. In het UZ Gent bijvoorbeeld is men gestart met alle ziekenhuisbrede en dienstspecifieke normen en criteria toe te wijzen aan verschillende eigenaars (bv. de directie, de cel kwaliteit, de apotheek, team ziekenhuishygiëne). Deze eigenaars dragen de eindverantwoordelijkheid. Zij moeten er onder andere op toezien dat er een uitgeschreven beleid is (bv. onder de vorm van een beleidsnota, procedure of protocol) en dat dit - waar vereist - ook geïmplementeerd wordt.

Het traject naar accreditatie verloopt in 4 fasen, zijnde:

1. De instelling voert een ziekenhuisbrede zelfevaluatie uit aan de hand van elektronische vragenlijsten. Hieruit wordt onmiddellijk een rapport gegenereerd met de (dringende) aandachts- en verbeterpunten.
2. Actieteams gaan aan de slag met het actieplan dat uit de zelfevaluatie volgt.
3. Interne audits vinden plaats.
4. De externe audit vindt plaats.

Stappen 1 tot en met 3 worden uitgevoerd door medewerkers van het ziekenhuis, wat in belangrijke mate bijdraagt tot het verhogen van de betrokkenheid van de medewerkers.

Fig. 1 Verloop van een accreditatiecyclus (PDCA) van NIAZ-Qmentum



Om het Qmentum systeem verder te verfijnen test het NIAZ alle normensets tegelijk uit in de piloot audits die voorzien zijn voor het najaar 2015. In Vlaanderen is het UZ Gent pilootziekenhuis. De bevindingen uit deze piloot audits vormen de definitieve grondslag voor de audits die het NIAZ vanaf eind 2015 – begin 2016 zal uitvoeren op basis van Qmentum.

Accreditatie van infectiepreventie en -bestrijding

Zoals reeds eerder beschreven vormt IPC een van de 4 belangrijke, ziekenhuisbrede thema's en vindt men bijkomende IPC normen ook terug in de hoofdstukken 'operatiekamers', 'spoedeisende hulp', 'ambulante zorg', 'verloskunde', 'diagnostische beeldvorming' en 'reiniging en sterilisatie van herbruikbare medische hulpmiddelen'.

Men gaat het best van start met een inventarisatie van het IPC hoofdstuk dat 14 normen (Tabel 1) en 103 criteria, inclusief de 2 ROP's (handhygiëne en veilige injectieprotocollen en -praktijken) omvat.

Normthema	NR	Norm	# criteria (gouden)
INVESTEREN IN INFECTIEPREVENTIE EN -BEHEERSING	1.0	De organisatie monitort trends in infecties.	6 (1)
INVESTEREN IN INFECTIEPREVENTIE EN -BEHEERSING	2.0	De organisatie gaat relaties aan met andere organisaties en de gemeenschap om de infectiepreventie en -beheersing te verbeteren.	3 (1)
INVESTEREN IN INFECTIEPREVENTIE EN -BEHEERSING	3.0	De organisatie maakt gebruik van onderzoek, empirische gegevens, en informatie over beste praktijken om haar activiteiten op het vlak van infectiepreventie en -beheersing te verbeteren.	3 (1)
INVESTEREN IN INFECTIEPREVENTIE EN -BEHEERSING	4.0	De organisatie ontwikkelt en actualiseert beleidslijnen en procedures op het vlak van infectiepreventie en -beheersing en voert die uit.	8 (2)
MENSEN BESCHERMEN TEGEN INFECTIES	5.0	De organisatie geeft de medewerkers opleidingen en trainingen in infectiepreventie en -beheersing.	7 (3)
MENSEN BESCHERMEN TEGEN INFECTIES	6.0	De organisatie past een uitgebreid handhygiënebeleid toe.	5 (2)
MENSEN BESCHERMEN TEGEN INFECTIES	7.0	De organisatie wijst cliënten (patiënten) en familieleden op hun eigen rol bij het voorkomen van infecties.	5 (2)
MENSEN BESCHERMEN TEGEN INFECTIES	8.0	De organisatie voorkomt besmetting van voedsel, linnengoed, apparatuur, instrumenten en benodigdheden.	4 (4)
MENSEN BESCHERMEN TEGEN INFECTIES	9.0	De organisatie draagt zorg voor het snel opsporen, beheren en bedwingen van infecties.	6 (3)
EEN VEILIGE EN GESCHIKTE OMGEVING BIEDEN	10.0	De fysieke omgeving is schoon en gedesinfecteerd.	6 (3)
EEN VEILIGE EN GESCHIKTE OMGEVING BIEDEN	11.0	De organisatie hanteert specifieke procedures voor het behandelen van besmette materialen, apparatuur en benodigdheden.	6 (5)
EEN VEILIGE EN GESCHIKTE OMGEVING BIEDEN	12.0	De organisatie volgt de aanbevelingen van de fabrikant en algemene praktijknormen op bij het reinigen en opwerken van medische instrumenten.	22 (13)
EEN VEILIGE EN GESCHIKTE OMGEVING BIEDEN	13.0	De organisatie voldoet aan specifieke eisen voor het opwerken van endoscopie-instrumenten.	14 (10)
VOORBEREID ZIJN OP ZIEKTE-UITBRAGEN EN PANDEMIEËN	14.0	De organisatie werkt met een gecoördineerde aanpak voor het opsporen en beheren van ziekte-uitbraken en de reactie op pandemieën.	8 (3)

Tabel 1. Overzicht van de normthema's, het nummer en de omschrijving van de 14 normen en het aantal normen (gouden normen tussen haakjes) m.b.t. infection prevention and control (IPC)

Indien men een gouden accreditatieniveau beoogt, dient men voorrang te geven aan de 53 gouden IPC criteria. In de meeste instellingen vallen niet alle gouden IPC-normen onder de rechtstreekse verantwoordelijkheid van het team ZHH, maar worden ze o.a. toegewezen aan de directie, de apotheek, de dienst infrastructuur, de interne preventiedienst, de diensten catering en schoonmaak. Uiteraard dient het team ziekenhuishygiëne wel nog bepaalde aspecten op te volgen. Afhankelijk van de organisatie in elk ziekenhuis zal deze opdracht dus anders verdeeld worden. In de overige 19 hoofdstukken zijn er nog 5 normen met 50 criteria die met IPC te maken hebben, meestal zijn dit dezelfde normen als in het IPC hoofdstuk, maar toegepast op die specifieke setting. Zoals eerder vermeld heeft het NIAZ - waar relevant - nog een toelichting toegevoegd aan de normen, specifiek voor de Vlaamse context. Dit betreft o.a. de verwijzing naar het K.B. van 26/04/2007⁵, naar de adviezen van de Hoge

Gezondheidsraad⁶, naar het NSIH surveillanceprogramma⁷, de WIV-ISP kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne voor acute ziekenhuizen⁸, het Legionellabesluit⁹, de richtlijnen infectieziektebestrijding Vlaanderen¹⁰ en meldingsplichtige infectieziekten¹¹, het eisenkader van de chirurgische¹² en internistische¹³ patiënt, richtlijnen en vereisten waar de teams ziekenhuishygiëne mee vertrouwd zijn.

Zoals uit de beschrijving van de thema's (tabel 1) kan afgeleid worden, behoren de aspecten die onder de loupe worden genomen grotendeels tot de kernopdrachten van het team (en comité) ziekenhuishygiëne zoals beschreven in het K.B. 26/04/2007⁵. Zo gaat norm 1 bijvoorbeeld over surveillance of het monitoren van trends in infecties, een belangrijke activiteit waarmee de doeltreffendheid van het infectiepreventie- en -beheersingsprogramma kan geëvalueerd worden. Daarnaast is er zowel aandacht voor de zogenaamde 'horizontale' als voor de 'verticale' infectiepreventie. Onder **horizontale infectiepreventie** verstaat men de niet pathogeen specifieke interventies die de transmissie van elk micro-organisme, onafhankelijk van het antibiogram of de virulentie willen voorkomen. Daartoe behoren de standaard voorzorgen,

zoals handhygiëne die in norm 6 uitgebreid aan bod komt maar ook de eliminatie van microbiële reservoirs in de omgeving. Normen 8 en 10 t.e.m. 13 hebben betrekking op de reiniging, desinfectie (en sterilisatie) van de fysieke omgeving, linnen, instrumenten en apparatuur (zoals endoscopen). De **verticale infectiepreventie** focust anderzijds op specifieke, epidemiologisch relevante micro-organismen zoals bv. MRSA (methicilline resistente *Staphylococcus aureus*) en CPE (Carbapenemase producerende *Enterobacteriaceae*). Dit omvat de actieve detectie en isolatie, en dus ook het actief opsporen en beheersen van epidemische verheffingen. Deze vormen het onderwerp van normen 9 en 14. Vervolgens zijn er de meer beleidsmatige normen, die vereisen dat het IPC-programma van een organisatie kan versterkt worden door netwerkvorming met andere organisaties en de gemeenschap (norm 1), dat het IPC programma moet gebaseerd zijn op evidence-based onderzoek en informatie over beste praktijken (best practices) (norm 3) en dat er beleidslijnen en procedures ontwikkeld en regelmatig geactualiseerd worden (norm 4). Tenslotte gaat er ook veel aandacht naar de opleiding van medewerkers (norm 5) en de communicatie met patiënten (in de normen ook cliënten genoemd) en hun familie (norm 7). Per norm en per criterium wordt vervolgens door de normeigenaar een projectfiche opgesteld waarin de huidige situatie en de gewenste situatie beschreven staan. Een gefaseerd actieplan moet duidelijk maken hoe een eventuele *gap* kan gesloten worden, en welke meetbare elementen of indicatoren kunnen gebruikt worden om de naleving van de norm/het criterium te toetsen.

Succesfactoren en struikelblokken, enkele persoonlijke beschouwingen

In het UZ Gent was men reeds gestart met het voorbereidingstraject voor NIAZ KZi 2.3 (de voorganger van KZi 2.4), toen het nieuws kwam dat het NIAZ het Qmentum normenkader zou overnemen. Initieel heerste het gevoel dat Qmentum een veel zwaardere opdracht zou worden, doordat er veel meer normen en criteria zijn. Bij nader inzien blijkt dat de thema's inhoudelijk grotendeels gelijk lopen (bv. richtlijnen ter preventie van ziekenhuisinfecties, schoonmaak, audits, lucht- en waterkwaliteit, ...) en dat de Qmentum normen en criteria concreter zijn wat het voor de instelling duidelijker maakt wat verwacht wordt. Op dat vlak lijkt NIAZ Qmentum dus meer op JCI, waar de vroegere NIAZ normen (KZi 2.3 of 2.4) vaak veel vager waren. Ook de eerder vermelde verwijzingen naar Belgische en Vlaamse wet- en regelgeving, die aan sommige Qmentum normen werden toegevoegd, zijn bijzonder nuttig voor de normeigenaars die dit moeten omzetten naar de praktijk. Een belangrijk verschil tussen JCI en NIAZ Qmentum is het feit dat JCI slechts 1 niveau van accreditering hanteert, terwijl NIAZ 3 accrediteringsniveaus heeft, m.n. goud, platinum en diamant. Dit biedt als voordeel dat een instelling kan starten met de gouden normen, die betrekking hebben op basisstructuren en –processen rond de fundamentele elementen van veiligheids- en kwaliteitsverbetering. Gaandeweg kan men de lat hoger leggen en streven naar het behalen van het volgend accrediteringsniveau. Voor norm 13 rond het opwerken van endoscopen betekent dit bijvoorbeeld dat men prioriteit moet geven aan gouden normen zoals de opleiding van de medewerkers (norm 13.1), controle op beschadigingen, inclusief lektest (norm 13.6), een procedure voor manuele reiniging met water en detergens (norm 13.7)

en een dagelijkse schoonmaak van de opwerkruimtes. Pas in een volgende accrediteringscyclus moeten platinum normen zoals afzonderlijke werkruimtes voor reiniging, ontsmetting en opslag (norm 13.3) en een volledig traceerbaarheidssysteem (normen 13.12 en 13.13) gerealiseerd zijn.

Niettegenstaande de Qmentum normen heel wat concreter zijn in vergelijking met de vroegere NIAZ normen, omschrijven zij, met uitzondering van de ROPs, vaak niet tot in detail waaraan precies moet voldaan zijn. Dit heeft als gevolg dat er nog steeds ruimte is voor interpretatie en soms bijhorende discussies. De normen stellen over het algemeen dat er een beleid moet zijn, maar hoe dit er concreet moet uitzien zal mede bepaald worden door het wettelijk en regelgevend kader in een welbepaald land en uiteraard ook door de specifieke context van een bepaalde zorginstelling. Personele en financiële middelen zijn immers beperkt, dus spreekt het voor zich dat men zich focust op hoogrisico afdelingen of – patiënten en dat men bij de implementatie voorrang geeft aan die elementen waarvoor de meeste evidentie beschikbaar is. Ook mag men de praktische haalbaarheid nooit uit het oog verliezen. Zo stelt norm 6.1 bijvoorbeeld dat de instelling de zorgverleners en ‘andere medewerkers’ opleidingen en trainingen moet geven op het gebied van handhygiëne. Er staat niet gespecificeerd hoe deze opleidingen en trainingen moeten verlopen, noch met welke frequentie ze moeten georganiseerd worden en door welke ‘andere medewerkers’ ze moeten bijgewoond worden. Hiervoor moet het team ziekenhuishygiëne zich baseren op bestaande richtlijnen, zoals de WHO (wereld gezondheids organisatie) multimodale strategie ter promotie van handhygiëne¹⁴ en voorts moet bepaald worden wat een haalbare frequentie (bv. 2-jaarlijks) en format (bv. e-learning) is.

Hoewel we ons binnen de eigen instelling nog in de voorbereidingsfase van de accreditering bevinden, is het nu al duidelijk wat belangrijke succesfactoren en dus ook potentiële struikelblokken kunnen zijn. De steun van de directie met het vrijmaken van extra financiële middelen is essentieel. Dit laatste is allesbehalve evident in deze tijden van economische schaarste en besparingen in de gezondheidszorg. In het UZ Gent Universitair Ziekenhuis werd een apart (beperkt) investeringsbudget voorzien voor het behalen van de gouden Qmentum normen. Voor het realiseren van IPC normen 6.1 en 6.3.1 (ROP handhygiëne) werd een stand-alone toestel aangekocht dat “rondreist” van de ene naar de andere afdeling en waarop de medewerkers hun kennis en techniek van handhygiëne kunnen evalueren. Daarnaast werden er ook extra middelen vrijgemaakt voor het aanstellen van een kwaliteitspromotor per sector van het ziekenhuis. Deze kwaliteitspromotoren vormen een belangrijke schakel tussen centrale instanties (bv. Cel Kwaliteit) die het beleid bepalen enerzijds en de verschillende diensten en afdelingen waar de medewerkers het beleid moeten omzetten naar de praktijk anderzijds. Deze implementatie op de werkvloer blijft toch de grootste uitdaging, en hiervoor is een cultuurverandering bij de medewerkers essentieel. Het streven naar kwaliteit en maximale patiëntveiligheid mag immers niet de zaak zijn van enkele kwaliteitsmedewerkers alleen maar moet de verantwoordelijkheid zijn van elkeen binnen de zorginstelling. Dit proces vergt tijd, dus idealiter wordt hier al vroeg in het traject op ingezet. Zoals reeds eerder aangehaald kunnen de interne audits hierin bijvoorbeeld al een rol spelen. In het UZ Gent werden een 60-tal medewerkers, waaronder artsen, verpleegkundigen maar ook medewerkers van andere beroepsgroepen tot kwaliteitsauditor opgeleid om op de afdelingen de naleving van de normen te evalueren en aanbevelingen te formuleren. Om de

kwaliteitsverbeterinitiatieven in het UZ Gent te groeperen en meer visibiliteit te geven, werd de slogan 'Kwaliteit zichtbaar maken' in het leven geroepen, met een eigen logo en rechtstreekse link op de intranetpagina. Hiermee wil men van kwaliteit een gespreksonderwerp maken en op die manier ook een breder draagvlak creëren. Het vergt continue inspanningen om dit onderwerp levendig te houden en tegelijkertijd moet men erop beducht zijn dat er geen 'accrediteringsmoeheid' optreedt.

Voor het team ziekenhuishygiëne kan de accreditering als een opportuniteit maar tegelijkertijd ook als een bedreiging gezien worden. We stellen vast dat door de voorbereiding op accreditering het algemeen bewustzijn rond IPC toegenomen is. Dit zal uiteraard ook te maken hebben met maatschappelijke tendensen en het oprukken van multiresistente micro-organismen. In elk geval zien we in de eigen instelling een actievere participatie van artsen en verpleegkundigen aan vergaderingen en werkgroepen en een toegenomen vraag naar adviezen. De alertheid is toegenomen en meer zorgverleners willen ook zelf initiatieven nemen, in de eerste plaats de ongeveer 70 referentieverpleegkundigen ziekenhuishygiëne die we eind 2013 intern hebben opgeleid. Anderzijds is er de steeds toenemende werkdruk voor de teams ziekenhuishygiëne, niet alleen door de accreditering, maar ook door de Zorginspectie die het eisenkader van de internistische patiënt komt toetsen in de loop van 2015¹², de 6-maandelijks metingen van de randvoorwaarden handhygiëne in het kader van het Vlaams indicatorenproject (VIP2)¹⁵, de kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne voor acute ziekenhuizen⁸ en de periodieke campagnes handhygiëne¹⁶. Het staat buiten kijf dat dit, elk op zich, waardevolle initiatieven zijn die kwaliteit willen meten en zichtbaar maken. Feit is echter dat surveillance en audits bijzonder arbeidsintensieve activiteiten zijn. Ze leveren veel informatie op, maar tegelijkertijd verbruiken ze kostbare tijd die nodig is om interventies te doen, vorming te geven, medewerkers te coachen en bij te sturen. Het is daarom een absolute uitdaging om het verstoorde evenwicht te corrigeren tussen de steeds hogere extern opgelegde eisen, de steeds kwetsbaardere patiëntenpopulatie en de almaar resistentere micro-organismen enerzijds en de ontoereikende financiering van ziekenhuishygiëne anderzijds. Aangepaste financiering is noodzakelijk om al deze uitdagingen op een kwaliteitsvolle manier te kunnen aangaan. De norm die in ons land voor de teams ziekenhuishygiëne gehanteerd wordt¹⁷, is erg laag vergeleken met internationale aanbevelingen die pleiten voor een minimum van 1 verpleegkundige ziekenhuishygiënist per 250 bedden. In een recente systematische review van Zingg et al. werd nogmaals aangehaald dat deze minimale personeelsbezetting een van de sleutelcomponenten is voor het realiseren van een doeltreffend infectiepreventie- en -beheersingsprogramma¹⁸.

Besluit

Sinds de introductie van het nieuw toezichtmodel op de ziekenhuizen in 2013, zijn tal van ziekenhuizen in een JCI of NIAZ accrediteringstraject gestapt. Het NIAZ verlaat zijn eigen normensysteem (KZi 2.4) om binnenkort definitief naar de Qmentum normen (KZi 3.0) over te schakelen. Het NIAZ hanteert 3 niveaus van accreditering: goud, platinum en diamant. Infectiepreventie en -beheersing vormt een van

de 4 ziekenhuisbrede thema's van Qmentum. Dit hoofdstuk omvat 14 normen met 103 criteria, waarvan ongeveer de helft gouden criteria zijn. Deze normen hebben betrekking op alle fundamentele aspecten van infectiepreventie, zoals ondermeer handhygiëne, reiniging en desinfectie van de omgeving, instrumenten en apparatuur zoals endoscopen, het opsporen en beheersen van epidemische verheffingen en het ontwikkelen en actualiseren van beleidslijnen en procedures. Er gaat ook veel aandacht naar de opleiding van medewerkers en de communicatie met patiënten en hun familie. Een accrediteringscyclus van NIAZ duurt 4 jaar en is een hele onderneming voor een ziekenhuis. Een actief engagement van de directie is een essentiële voorwaarde tot slagen, evenals het vrijmaken van voldoende financiële en personele middelen. Om het draagvlak te verhogen en medewerkers maximaal te betrekken, zijn goede communicatietools nodig. Voor de teams ziekenhuishygiëne is accreditering in de eerste plaats een opportuniteit. Het moet een hefboom zijn om zaken te realiseren die voorheen niet als prioritair werden beschouwd. De normen bieden hierin een belangrijke houvast, hoewel ze vaak nog voor interpretatie vatbaar zijn. In dat geval moet men zich baseren op (inter)nationale richtlijnen en op een risicoanalyse in de eigen setting.

De teams voor infectiepreventie (ziekenhuishygiëne) in ons land staan in elk geval voor bijzonder grote uitdagingen: het beheersen van de verspreiding van almaar resistentere micro-organismen met weinig financiële en personele middelen in een context van besparingen in de gezondheidszorg met hoge werkdruk en personeelstekort op de patiëntenafdelingen en ondersteunende diensten. Daarnaast nemen de extern opgelegde eisen (accreditering maar ook de overige initiatieven van de overheid) almaar toe. Het zichtbaar maken van de kwaliteit van zorg is een erg positieve evolutie, maar er moeten voldoende middelen beschikbaar zijn om al deze uitdagingen op een kwaliteitsvolle manier te kunnen aangaan.

Referenties

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. Toezicht op algemene ziekenhuizen. Naar een nieuw inspectiemodel: zorgtrajecten en eisenkaders. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Toezicht-op-algemene-ziekenhuizen/#nieuw-inspectiemodel>
2. Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Accreditatieoverzicht Vlaamse instellingen. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.niaz.nl/vlaanderen/vlaamse-zorginstellingen/accreditatieoverzicht-ziekenhuizen>
3. Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Kwaliteitsnorm Zorginstelling 2.4 (KZi 2.4). Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.niaz.nl/kwaliteitsnorm-zorginstelling-2.4.-kzi-2.4/kwaliteitsnorm-zorginstelling-2.4.-kzi-2.4>
4. Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Vergelijking NIAZ – JCI – Qmentum. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.niaz.nl/Algemene-informatie-over-niaz-qmentum/vergelijking-niaz-jci-qmentum-v4/view>
5. 26 APRIL 2007 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door het ziekenhuis en hun diensten moeten worden nageleefd. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2007042667

6. Hoge Gezondheidsraad. Publicaties. Domein 'Infectiebeheersing in de gezondheidszorg'. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via http://health.belgium.be/eportal/Aboutus/relatedinstitutions/SuperiorHealthCouncil/publications/index.htm#.VM54StKG_C9
7. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Volksgezondheid & Surveillance. Zorggerelateerde infecties (NSIH). Geraadpleegd op 4 februari 2015 via http://www.nsih.be/home/home_nl.asp
8. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via http://www.nsih.be/surv_iq/Introduction_nl.html
9. Agentschap Zorg en Gezondheid. Legionellabesluit. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Legionellabesluit.aspx>
10. Agentschap Zorg en Gezondheid. Richtlijnen Infectieziektebestrijding Vlaanderen. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/richtlijneninfectieziektebestrijding/>
11. Agentschap Zorg en Gezondheid. Meldingsplichtige Infectieziekten. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/meldingsplichtiginfectieziekten/>
12. Agentschap Zorg en Gezondheid. Eisenkader voor de chirurgische patiënt. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Eisenkader-voor-de-chirurgische-pati%C3%ABnt/>
13. Agentschap Zorg en Gezondheid. Eisenkader voor de internistische patiënt. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Eisenkader-voor-de-internistische-pati%C3%ABnt/>
14. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf?ua=1
15. Vlaams Indicatorenproject (VIP2). Basisvereisten handhygiëne ziekenhuisbreed. Geraadpleegd op 4 februari via http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/Zorg_en_Gezondheid/Beleid/Kwaliteit_van_zorg/Kwaliteitsindicatoren_Vlaamse_ziekenhuizen/Fiche%20A6%20Basisvereisten%20Handhygi%C3%ABne.pdf
16. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Handhygiëne. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/HospitalInfectionControl/FEDERALPLAT-FORM/Handhygienics/index.htm>
17. 19 JUNI 2007 – Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Geraadpleegd op 4 februari 2015 via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2007061933
18. Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L et al. Hospital organization, management and structure for prevention of healthcare-associated infection: a systematic review and expert consensus. *Lancet Infect Dis* 2014 Nov 11. pii: S1473-3099(14)70854-0. doi: 10.1016/S1473-3099(14)70854-0. [Epub ahead of print]

Voor u gelezen

K Ellingson, JP Haas, AE Aiello, L Kusek, LL Maragakis, RN Olmsted, E Perencevich, PM Polgreen, ML Schweizer, P Trexler, M Van Armitage, DS Yokoe.

Strategies to prevent healthcare associated infections through hand hygiene

Infection Control and Hospital Epidemiology, 35 (8), August 2014.

Doelstelling:

Dit document geeft een beknopt overzicht van de praktische aanbevelingen inzake handhygiëne, actualiseert aanbevelingen met de meest recente wetenschappelijke bewijzen en gaat dieper in op onderwerpen die verduidelijking of grondiger onderzoek vergen. Het document moet bovendien de zorgseenheden helpen bij de ontwikkeling van programma's ter bevordering van de handhygiënecompliance. Dit omvat ook inspanningen om het gebruik van handhygiëneproducten te optimaliseren, gegevens te verzamelen en feedback te geven over de mate waarin personen handhygiëne toepassen teneinde tot gedragswijzigingen te komen. Deze gids is er gekomen met de steun van de "Society for Healthcare Epidemiology of America" (SHEA) en de 'Joint Commission', met belangrijke bijdragen van vertegenwoordigers van organisaties en verenigingen met heel wat expertise ter zake. De lijst van ondersteunende organisaties staat in de inleiding van de actualisering uit 2014.

AG Barnett, K Page, M Campbell, D Brain, E Martin, R Rashleigh-Rolls, K Halton, L Hall, N. Jimmieson, K White, D Paterson, N Graves

Changes in healthcare-associated staphylococcus aureus bloodstream infection after the introduction of a national hand hygiene initiative

Infection Control and Hospital Epidemiology, 35 (8) : 1029-1036, August 2014.

Achtergrond: maatregelen om gzinfecties te vermijden moeten het aantal overlijdens terugdringen en de hospitalisatieduur verkorten. Handhygiëne (met zeep of alcohol) is een efficiënte manier om de overdracht van micro-organismen te beperken maar de handhygiënecompliance is soms ontstellend laag. Het Australische 'National Hand Hygiene Initiative' wil de handhygiënecompliance onder het verzorgend personeel bevorderen om het aantal gzinfecties te beperken.

We hebben onderzocht in welke mate het 'National Hand Hygiene Initiative' wordt geassocieerd met een wijziging van het aantal infecties. We hebben het maandelijkse aantal zorg-gerelateerde gevallen van *S. aureus*-sepsis in 38 Australische ziekenhuizen in 6 verschillende staten onderzocht. Daarbij werd gebruik gemaakt van de Poisson regressie en werden 12 mogelijke veranderingspatronen onderzocht. Het meest geschikt veranderingspatroon werd bepaald aan de hand van het Akaike informatiecriterium. Om het verhoogde ziekenhuisgebruik gedurende een bepaalde tijdsperiode te controleren werd ook rekening gehouden met het aantal maandelijkse hospitalisatiedagen.

Het 'National Hand Hygiene Initiative' is geassocieerd met een vermindering van het aantal infecties in 4 van de 6 staten waar het onderzoek liep. In 2 staten werd een onmiddellijke daling genoteerd van respectievelijk 17 % en 28 %, in 2 deed zich een lineaire daling voor van 8 % en 11 % per jaar en in 2 andere staten was er geen verschil in het aantal infecties.

We kunnen dus stellen dat het initiatief in de meeste staten is geassocieerd met een daling van het aantal infecties. Dat dit in 2 staten niet het geval was, kan te maken hebben met het feit dat er in deze 2 staten vóór de lancering van het initiatief reeds efficiënte initiatieven liepen of dat de cijfers reeds dermate laag waren zodat ze nog amper konden dalen.

SL Barnes, DJ Morgan, AD Harris, PC. Carling, KA. Thom

Preventing the transmission of multidrug-resistant organisms: modeling the relative importance of hand hygiene and environmental cleaning

Infection Control and Hospital Epidemiology, 35 N(9) : 1156-1162, September 2014.

Handhygiëne en de schoonmaak van de omgeving zijn essentiële strategieën voor infectiepreventie maar de relatieve impact van elk afzonderlijk is onbekend. Deze kennis is nochtans belangrijk om de middelen te kunnen toewijzen.

We hebben een model ontwikkeld dat is gebaseerd op de overdracht van patiënt op patiënt – via tijdelijk gekoloniseerde handen van het zorgpersoneel en onvolledig schoongemaakte kamers – in een intensieve zorgseenheid met 20 bedden. We hebben de artsen en verpleegkundigen gemodelleerd die er een verschillende handhygiënecompliance op na hielden bij het betreden en verlaten van de patiëntenkamers. We hebben de overdracht van *Acinetobacter baumannii*, methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* en vancomycineresistente enterokokken gedurende 1 jaar gesimuleerd, waarbij gebruik werd gemaakt van literatuur- en observatiegegevens om de parameters voor het model te verfijnen.

We hebben 175 (op parameters gebaseerde) scenario's gesimuleerd en hebben het effect vergeleken van handhygiëne en van de schoonmaak van de omgeving op het aantal verworven multiresistente kiemen. Voor alle kiemen ging een betere handhygiënecompliance gepaard met een grondigere eindschoonmaak. T.o.v. de uitgangswaarde was een verbetering van 2:1 bij de eindschoonmaak nodig, om een even hoge vermindering van het aantal overdrachten te verkrijgen (dus, een verbetering van 20% bij de eindschoonmaak leidde tot een even grote daling in overdracht als een verbetering van de handhygiënecompliance met 10%).

We kunnen dus stellen dat handhygiëne prioritair moet blijven in de infectiecontroleprogramma's maar dat de schoonmaak van de omgeving een significante impact kan hebben voor de ziekenhuizen in het algemeen of een eenheid in het bijzonder, met ofwel een uitstekende handhygiënecompliance, ofwel de een minder grondige eindschoonmaak.

MN Monsalve, SVPemmaraju, GW Thomas, T Herman, AM Segre, PM Polgreen

Do peer effects improve hand hygiene adherence among healthcare workers ?

Infection Control and Hospital Epidemiology, 35 (10) :1277-1285, October 2014.

Dit artikel gaat na of het al dan niet naleven van handhygiëne beïnvloed wordt door het peer-effect, nl. of de aanwezigheid en nabijheid van een andere zorgverlener een positief effect hebben op het al dan niet naleven van handhygiëne.

Het gaat om een observatiestudie die gebruik maakt van een sensornetwerk in een eenheid voor intensieve zorgen van 20 bedden in een groot universitair ziekenhuis. Deelnemers waren de personeelsleden werkzaam op de intensieve zorgeenheid.

We hebben voor de studie een geautomatiseerd surveillancesysteem ontwikkeld en geplaatst, dat ten eerste kan detecteren of een zorgverlener handhygiëne heeft toegepast bij het betreden of verlaten van de kamer van patiënt en dat ten tweede de locatie van andere collega zorgverleners t.o.v. deze persoon kan inschatten. We hebben tijdens de 10 dagen van de studie 47694 opportuniteiten voor handhygiëne geïdentificeerd bij het betreden en verlaten van de kamers. Wanneer een zorgverlener alleen was (geen recent zorgcontact) bedroeg de compliance 20,85 % (betrouwbaarheidsinterval [CI] à 95 %: 19,78 %-21,92 %). Wanneer andere zorgverleners aanwezig waren, was dit 27,90 % (95 % CI: 27,48 % - 28,33 %). Deze absolute verhoging is statistisch significant ($P < 0,01$). Zo hebben we ook kunnen vaststellen dat de naleving van handhygiëne toenam, naarmate er meer zorgverleners aanwezig waren, maar wel steeds met een steeds kleinere toename. Deze resultaten zijn consistent op verschillende ogenblikken van de dag, voor verschillende metingen van de sociale context en na controle van de potentiële verstoringen.

We kunnen dus stellen dat de aanwezigheid en nabijheid van andere zorgverleners wordt geassocieerd met een hogere compliance inzake handhygiëne. Onze resultaten wijzen er ook op dat de cijfers toenemen naarmate meer mensen aanwezig zijn, maar dan wel met een steeds minder grote toename.

JA Srigley, CD Furness, M Gardam

Measurement of patient hand hygiene in multi organ transplant units using a novel technology: an observational study.

Infection Control and Hospital Epidemiology, 35 (11) : 1336-1341, November 2014.

Het is bekend dat handhygiëne bij zorgverleners helpt om infecties te vermijden. Over de impact van handhygiëne door de patiënt is veel minder bekend, ondanks dat patiënten nosocomiale ziekteverwekkers via hun eigen ongewassen handen kunnen verwerven. Deze studie meet welke handhygiëne de patiënt erop nahoudt na een bezoek aan de badkamer, vóór de maaltijd en bij het betreden en verlaten van de kamer.

Deze cross-over studie is uitgevoerd in een acuut universitair ziekenhuis in Canada. De steekproef bestond uit 270 volwassen patiënten die in de periode juli 2012 - maart 2013 zijn opgenomen in 3 transplantatie-eenheden.

We hebben gemeten hoe vaak de patiënten handalcohol en zeepdispensers gebruikten. Daarvoor hebben we gebruik gemaakt van een real time ultrasoon lokalisatiesysteem tijdens het gebruik van de badkamer, de maaltijden, het gebruik van de keuken, en het betreden en verlaten van de kamer.

In totaal hebben de patiënten handhygiëne toegepast bij 29,7 % van de badkamerbezoeken, bij 39,1 % van de maaltijden, in 2,9 % van de gevallen dat ze de kamer hebben betreden en in 6,7 % van de gevallen dat ze die hebben verlaten.

We kunnen dus stellen dat patiënten slechts nu en dan handhygiëne toepassen, wat de overdracht van ziekteverwekkers in de ziekenhuisomgeving in de hand kan werken door indirect contact of via de feco-orale weg.

JE Squires, S Linklater, JM Grimschaw, ID Graham, K Sullivan, N Bruce, K Gartke, AKarovitch, V Roth, K Stockton, J Trickett, J Worthington, KN Suh.

Understanding practice: factors that influence physician hand hygiene compliance

Infection Control and Hospital Epidemiology, 35 (12) : 1511-1520, December 2014

Doelstelling is het identificeren van gedragsbepalende aspecten (zowel in positieve als negatieve zin) op de handhygiënecompliance (HH) van artsen. Het gaat om een kwalitatieve studie die bestaat uit half-gestructureerde en gerichte interviews met de medische staf en de patiënten in een Canadees universitair ziekenhuis. Deelnemers waren 42 artsen en patiënten op een dienst interne geneeskunde en chirurgie.

Voor de interviews werd gebruik gemaakt van een interviewgids gebaseerd op het 'Theoretical Domains Framework' (TDF), een kader inzake gedragswijziging met 14 theoretische domeinen die gezondheidsgerelateerd gedrag verklaren. Voor de analyse van de transcripties van de interviews werd uitgegaan van de thematische analyse van de inhoud, die bestond uit een systematische aanpak in 3 stappen: de code, ontwikkelen van specifieke overtuigingen en de identificatie van relevante TDF domeinen. Uit de resultaten blijkt dat personeel en patiënten gelijkaardige bepalende elementen aanhalen, zowel voor de geneeskundige als voor de chirurgische dienst. In totaal worden 53 specifieke overtuigingen geïdentificeerd, afkomstig uit 9 theoretische domeinen, die als relevant worden beschouwd voor de HH-compliance van de artsen. Die 9 relevante domeinen zijn kennis, vaardigheden, geloof in de capaciteiten, overtuiging over de gevolgen, doelstellingen, geheugen, aandacht en besluitvormingsprocedures, omgevingscontext en de middelen, sociale professionele rol en identiteit, en tenslotte de sociale invloeden.

Verschiedende bepalende factoren werden geïdentificeerd waarvan artsen denken dat ze HH op het werk beïnvloeden. Deze overtuigingen identificeren potentiële doelstellingen voor individuen, het team en de organisatie voor interventies die gericht zijn op gedragswijziging om de HH-compliance van artsen te bevorderen.

J Rowlands, MP Yeager, M Beach, HM Patel, BC Huysman, RW Loftus

Video observation to map hand contact and bacterial transmission in operating rooms.

American Journal of Infection Control, 42 (7) : 688-701, 2014.

Handhygiëne (HH) wordt beschouwd als de belangrijkste maatregel om de overdracht van bacteriën in de zorgeenheden te vermijden en ook de zorginfecties te voorkomen. Ondanks de inspanningen om het aantal zorginfecties te verminderen door het promoten van handhygiëne, is de naleving ervan sterk afhankelijk van de ziekenhuisomgeving.

We hebben gebruik gemaakt van een intra-operatieve video-observatie om 1) tijds patronen in beeld te brengen van de contacten van de handen van een anesthesist met de oppervlaktes in de anesthesie-omgeving (AWE) en om 2) de HH-compliance te evalueren. Vervolgens hebben we periodische microbiologische staalnames van vaak gebruikte voorwerpen verricht om de overdracht van bacteriën in de tijd te kenmerken.

Aan de hand van Wereld Gezondheids Organisatie (WGO)-criteria hebben we een groot aantal opportuniteiten en een gering percentage HH-compliance bij de anesthesisten (gemiddeld: 2,9 %) vastgesteld. We hebben behalve een negatieve correlatie tussen de HH-compliance van de anesthesist tijdens de inductie en het ontwaken (resp. 3,2 % en 4,1 %) ook het belang vastgesteld van de besmetting van het AWE-oppervlak (resp. 103 en 147 CFU) op die momenten. Een correlatie tussen het aantal contacten van de handen met het AWE-oppervlak en de bacteriële besmetting hebben we niet gevonden.

We kunnen dus stellen dat het naleven van de huidige HH-aanbevelingen door de anesthesisten niet haalbaar is. Toch lijkt er een correlatie te bestaan tussen het percentage HH-compliance en de bacteriële AWE-besmetting. Deze vaststelling moet de aanzet zijn tot onderzoek naar nieuwe methodes om de overdracht van bacteriën in operatiezalen te controleren.

DS Yokoe, DJ Anderson, SM Berenholtz, DP Calfee, ER Dubberke, KD Ellingson, DN Gerding, JP Haas, KS Kaye, M Klompas, ELO, J Marshall, LA Mermel, LENicolle, CD Salgado, K Bryant, D Classen, K Crist, VM Deloney, NO Fishman, N Foster, et al.

A compendium strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals: 2014 updates.

American Journal of Infection Control, 42 (8) : 820-828, August 2014.

Sinds de publicatie van het "Compendium of Strategies to Prevent Healthcare-Associated. Infections in Acute Care Hospitals" in 2008 is de preventie van zorginfecties (HAIs) een nationale prioriteit. Ondanks alle inspanningen komen vermijdbare HAIs nog steeds voor. Het compendium is in 2014 geactualiseerd om praktische en recente expertise ter beschikking te stellen van acute ziekenhuizen, die hen moet helpen prioriteiten te bepalen en een beleid te implementeren op vlak van preventie van HAIs. Dit is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen de Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), de Infectious Diseases Society of America (IDSA), de American Hospital Academy Society (AHA), de Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) en de "Joint Commission", met de medewerking van vertegenwoordigers van verschillende organisaties en verenigingen met heel wat expertise, zoals de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), het Institute For Healthcare Improvement (IHI), de Pediatric Infectious Diseases Society (PIDS), de Society of Critical Care Medicine (SCCDM), de Vereniging voor ziekenhuisgeneeskunde en de Vereniging voor chirurgische infecties.

EJ Carter, SM Pouch, EL Larson

Common infection control practices in the emergency department: a literature review

American Journal of Infection Control, 42 (9) : 957-962, September 2014.

Context: zorginfecties (HAIs) zijn een enorme uitdaging, ook al zijn de meeste te vermijden. De dienst spoedgevallen is een hoeksteen in het gezondheidszorgsysteem. Vaak is de werkdruk er zeer hoog, waardoor het personeel niet altijd de op aanbevelingen gebaseerde infectiepreventiepraktijken naleeft.

Methode: deze review onderzoekt de literatuur over de naleving door het personeel op de dienst spoedgevallen om praktijken uit te kiezen op vlak van infectiepreventie, zoals handhygiëne (HH) en aseptische technieken tijdens het plaatsen van centraal veneuze en urinekatheters. Op PubMed hebben we studies opgezocht over de naleving van het personeel op de dienst spoedgevallen tijdens routinezorgen aan de patiënt, aseptische technieken bij het plaatsen van centraal veneuze en urinekatheters en de besmettingsgraad van de uitrusting.

We hebben 853 studies en 589 samenvatting doorgelicht. We hebben de volledige tekst van 36 artikels onderzocht en 23 artikels beantwoordden aan de inclusiecriteria. Acht studies maakten gebruik van gevarieerde schalen om handhygiënecompliance (HH) te meten, die uiteenliep van 7,7 % tot 89,7 %. Zeven artikels onderzochten het inbrengen van centraal veneuze katheters op de dienst spoedgevallen of door de spoedartsen. Details over de aseptische praktijken tijdens het plaatsen van een urinekatheter ontbraken. Vier artikels gingen over de besmetting van de uitrusting op de dienst spoedgevallen.

We besluiten dat standaarddefinities en -methodes voor het opvolgen van de compliance noodzakelijk zijn om de resultaten tussen diensten te vergelijken.

A Schek Mc Alearny, JL Hefner

Facilitating central line-associated bloodstream infection: a qualitative study comparing perspectives of infection control professionals and frontline staff.

American Journal of Infection Control, 42 (10) : S216-S222.

Achtergrond: professionals inzake infectiecontrole (ICPs) spelen een sleutelrol bij de toepassing en het beheer van maatregelen om zorginfecties te beperken. Het operationeel personeel daarentegen moet de patiënt rechtstreekse en continue zorgen verstrekken. Onze studie wil nagaan of de ICPs en het operationeel personeel er andere visies op nahouden over de facilitatoren

en de uitdagingen van de programma's ter preventie van centrale-lijngeassocieerde bloedstroominfectie (CLABSI).

Methode: we hebben informatieve enquêtes afgenomen in 8 ziekenhuizen, die deelnamen aan de CLABSI-preventie, een initiatief van het 'Agency for Healthcare Research and Quality' met als titel: "On the CUSP: Stop BSI". We hebben interviewgegevens geanalyseerd van 50 verpleegkundigen op het terrein en van 26 ICPs om de gemeenschappelijke thema's te identificeren die het programma faciliteren of bemoeilijken.

De 4 succesfactoren die van het CLABSI-programma waren: opleiding, leiderschap, gegevens en samenhang. Daarnaast hebben we ook 3 gezamenlijke uitdagingen geïdentificeerd: gebrek aan middelen, concurrerende prioriteiten en weerstand van artsen. Toch zijn de visies van de ICPs en van het operationeel personeel verschillend. Terwijl de ICPs zich eerder richten op algemene beschrijvingen, zal het operationeel personeel zich concentreren op de specifieke aspecten van het programma en vaak concrete voorbeelden bespreken.

We kunnen dus stellen dat de ICPs rekening moeten houden met de visies van het verplegend personeel op het terrein wanneer infectiecontrole wordt toegepast of bredere kwaliteitsbevorderende initiatieven worden genomen. Bovendien kan het bewust betrekken van het operationeel personeel bij de toepassing van deze programma's de sleutel zijn tot het succes van die programma's.

AKL Hinz, HM Mc Gee, E Huitema, AM. Dickinson, RA Van Enk

Observer accuracy and behavior analysis: data collection procedures on hand hygiene compliance in a neurovascular unit.

American Journal of Infection Control, 42 (10) : 1067-1073, October 2014.

Achtergrond: hoewel observationele studies populair zijn, gebeurt er weinig om de integriteit na te gaan van menselijke observatoren en van de procedure voor de verzameling van gegevens. Aspecten rond de integriteit van de gegevens zijn een bedreiging voor de functionele resultaten, leiden tot een problematische interpretatie en een geringe reproduceerbaarheid.

In onze studie werd bij het onderzoeken van de reactie die geassocieerd werd met het inzamelen van gegevens inzake handhygiëne in een ziekenhuisomgeving, gebruik gemaakt van een aangepast instrument voor het inzamelen van gegevens.

JL Walker, WW Sistrunk, MA Higginbotha, K Burks, L Halford, L Goddard, LA Thombs, C Austin, PJ Finley

Hospital hand hygiene compliance improves with increased monitoring and immediate feedback

American Journal of Infection Control, 42 (10) : 1074-1078.

Achtergrond: zorginfecties zijn de oorzaak van ernstige complicaties waar jaarlijks twee miljoen personen door getroffen worden en die jaarlijks zo'n honderdduizend dodelijke slachtoffers eisen. In deze studie evalueren we de efficiëntie van een nieuw opvolgingsprogramma voor handhygiëne (HHMP) en meten we hoe duurzaam het effect is over een periode van een jaar.

Het HHMP berust op een aantal pijlers: een grondige opleiding, zichtbare waarnemers, een onmiddellijke feedback aan het zorgpersoneel over de compliantie en gegevens in real time overmaken aan de directie. Het HHMP werd toegepast in 2 zorgeenheden van een ziekenhuis (= de pilootafdelingen). Twee verschillende maar gelijkaardige zorgeenheden werden als controle gebruikt en de handhygiënecompliantie werd opgevolgd via de techniek van de 'mystery shopper'. De 4 zorgeenheden werden een jaar lang gevolgd. In de 2 pilootafdelingen deed zich een statistisch significante verhoging van de handhygiënecompliantie voor. In de eerste pilootafdeling verhoogde de compliantie van 49 % naar 90 % en in de tweede pilootafdeling van 60% naar 96 %. In de 2 proefafdelingen waren de resultaten gedurende minstens 6 maanden constant. De compliantiecijfers waren significant hoger in de pilootafdelingen dan in de controleafdelingen. In de controleafdelingen werd geen significante wijziging vastgesteld.

Deze resultaten doen vermoeden dat een continue monitoring door zichtbare waarnemers en onmiddellijke feedback de sleutels zijn tot succesvolle handhygiëneprogramma's.

L Johnson, S Grueber; C Schlotzhauser; E Phillips, P Bullock; J Basnett; K Hahn-Cover

A multi-factorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections

American Journal of Infection Control, 42 (11) : 1146-1151.

Handhygiëne (HH) mag dan wel essentieel zijn om zorginfecties te beperken, toch is duidelijk aangetoond dat zorgverleners (HCW) de HH-protocollen nog steeds relatief slecht naleven. Het gaat om een samenwerkingsproject dat tussen april 2006 en september 2012 is opgezet in een universitair ziekenhuis in Colombia en dat de kwaliteit moest verbeteren via verschillende interventies. We hebben een multimodaal actieplan opgesteld om het voltallige personeel ertoe aan te zetten beter de HH na te leven en daarbij stonden 4 aspecten centraal: opleiding van het personeel, verantwoordelijkheid van het personeel, keuze en beschikbaarheid van het ontsmettingsmiddel voor de handen en de organisatiecultuur. De eindindicatoren waren de naleving van HH en de centrale-lijngeassocieerde bloedstroominfectie (CLABSI).

De algemene HH-naleving is gestegen van 58 % in april 2006 naar 98 % in september 2012. De naleving is toegenomen in alle ziekenhuiseenheden en bij alle categorieën van gezondheidswerkers. In september 2012 bedroeg de naleving bij de artsen 96 %, bij het zorgpersoneel 99 % en bij het personeel dat de maaltijden bereidde 99 %. In diezelfde periode is het aantal CLABSI's gedaald van 4,08 per 1000 katheterdagen naar 0,42 per 1000 katheterdagen.

Dit project ter bevordering van de multifactoriële kwaliteit heeft geleid tot een betere naleving van HH binnen de instelling en tot een significante daling van het aantal CLABSI's.

T Powell; N Wigglesworth; N Drey; D Gould

Developing a model to assess optimum infection control workforce in acute care settings

American Journal of Infection Control, 42 (11) : 1142-1145.

Er bestaat weinig onderzoek naar het aantal personeelsleden dat werkzaam is rond infectiepreventie en –controle naar de ideale grootte en samenstelling van infectiecontroleteams.

De acute ziekenhuizen van het Britse nationale gezondheidszorgsysteem werden om informatie gevraagd over het aantal tewerkgestelde personen bij de infectiepreventie en -controle en over het aantal wekelijkse uren dat aan deze activiteit wordt besteedt.. We hebben het verband onderzocht tussen het personeelsbestand dat wordt ingezet voor infectiepreventie en -controle, het aantal gehospitaliseerde patiënten en de routine ingezamelde surveillancegegevens inzake zorginfecties.

137 (85 %) ziekenhuizen zijn op ons verzoek ingegaan. Het aantal verpleegkundigen dat bezig is met infectiepreventie en -controle schommelt al naargelang de organisatie tussen de 1 en 16. 46 ziekenhuizen (33,6 %) hebben geantwoord over geen microbiologische gegevens te beschikken en voor 11 (8 %) werden de gegevens foutief ingevoerd. In 107 (78,1 %) organisaties werkt een apotheker gespecialiseerd in antibioticatherapie. Heel wat infectiepreventie en –controleteams stellen op weinig steun van het management te kunnen rekenen, niet vertegenwoordigd te zijn binnen de organen waar beslist wordt over de toekenning van middelen of geen administratieve ondersteuning te krijgen.

We kunnen dus stellen dat ondanks de prioriteit die infectiepreventie en -controle de afgelopen tien jaar in Groot-Brittannië heeft gekregen, nog heel wat infectiepreventie en –controleteams met een gebrek aan middelen kampen.

MA O Filho, AR Marra, T Pereira Magnus, R Dias Rodriguez, M Prado, T Roberto de Souza Santini; E Da Silva Victor, E Issao Ishibe, OF Pavao dos Santos; MB Edmond

Comparison of human and electronic observation for the measurement of compliance with hand hygiene.

American Journal of Infection Control, 42 (11) : 1188-1192, November 2014.

De opvolging van handhygiëne is een essentieel onderdeel voor de verbetering van de indicatoren inzake ziekenhuiskwaliteit.

Deze prospectieve studie (elektronische waarneming) liep over een periode van 14 weken van 3 december 2013 tot 9 maart 2014 en heeft de handhygiënecompliance (HH) geëvalueerd op een step-down unit voor volwassenen. We hebben de cijfers van de elektronische telling van de handwasbeurten vergeleken met de radiofrequentie-identificatie (RFID-ZigBee; i-Healthsys, São Carlos, Brazil) (elektronische waarnemersmelding) die elke activering van de dispenser voor hydroalcoholische gel telt via rechtstreekse (menselijke) waarneming met een i-Scrub applicatie. Voor de volledige waarnemingsperiode, zowel menselijk als elektronisch, bleek dat de elektronische waarneming 414 HH-episodes heeft gemeten, terwijl er via menselijke waarneming 448 zijn geïdentificeerd. De algemene concordantie (441/448) bedroeg 92 % (95% betrouwbaarheidsinterval [CI] 90%-95 %) met een binnenklasse correlatiecoëfficiënt van 0,87 (95 %CI: 0,77-0,92).

Ons RFID (ZigBee) systeem blijkt zeer nauwkeurig te zijn (92 %) en is een nuttige methode voor het evalueren van de HH-compliance.

E Lloyd-Smith, J Curtin, W Gilbert, MG Romney

Qualitative evaluation and economic estimates of an infection control champions program.

American Journal of Infection Control, 42 (12) : 1303-1307, December 2014.

In heel wat Noord-Amerikaanse ziekenhuizen slagen operationele modellen voor conventionele infectiecontrole er vaak niet het zorgpersoneel op het terrein voldoende ondersteuning te bieden. Doelstelling van deze studie was het beschrijven van een duurzaam programma van een infectiecontrole-kampioen (ICC) gebaseerd op de resultaten van focusgroepen.

Er werd een gedecentraliseerd model van infectiecontrole opgemaakt, waarbij verpleegkundigen gespecialiseerd in infectiepreventie en -controle twaalf maanden lang in 3 Canadese ziekenhuizen werden gestationeerd. Daarna moesten focusgroepen de algemene haalbaarheid, en de kritieke factoren die de duurzaamheid kunnen belemmeren, beschrijven. Ook werd de kost van het ICC-programma, vergeleken met de aanwerving van een nieuwe verpleegkundige gespecialiseerd in infectiecontrole, berekend.

Volgens de deelnemers aan de focusgroepen was het programma haalbaar. Struikelblokken waren o.a. het tijdsgebrek en de turnover van het personeel. Kritieke aspecten voor een geslaagde implementatie van een ICC-programma waren de definiëring van de rollen en doelstellingen van het ICC-programma, ondersteuning en de nodige middelen voor het programma, de betrokkenheid van het voltallige personeel, een flexibele structuur en een evaluatie van het programma. De kost per bed van het ICC-programma was geringer dan de kost per bed voor de aanwerving van een nieuwe verpleegkundige infectiecontrole.

We kunnen stellen dat een gedecentraliseerd model voor de levering van diensten op vlak van infectiepreventie en -controle positief kan zijn, wanneer de infectiecontroleteams over te weinig middelen beschikken, zoals vaak het geval is. Een geslaagde implementatie van een ICC-programma is afhankelijk van verschillende factoren.

R Kaur, H Razee, H Seale

Facilitators and barriers around teaching concepts of hand hygiene to undergraduate medical students

Journal of Hospital Infection, 88 n(1) : 28-33, September 2014.

Achtergrond: momenteel is er slechts weinig literatuur beschikbaar over de impact en de geschiktheid van de opleidingsmethoden die worden gebruikt voor het aanleren van concepten op vlak van handhygiëne aan studenten geneeskunde.

De bedoeling van deze studie is te peilen naar enerzijds de standpunten van academici en studenten geneeskunde op vlak van handhygiëne (HH) en naar de factoren die de compliantie beïnvloeden, en anderzijds naar de manier waarop HH momenteel wordt onderwezen in de faculteiten geneeskunde. We zijn ook op zoek gegaan naar nieuwe leer- en onderwijsmethodes die kunnen helpen om de kennis en de houding van studenten t.o.v. HH te verbeteren.

We hebben individuele diepte-interviews afgenomen van academici en studenten geneeskunde en de transcripties zijn per thema geanalyseerd.

De deelnemers hadden de indruk dat studenten het onderwijs over HH niet hoog inschatten en het ook niet interessant vonden, vooral dan in vergelijking met andere vakken uit het programma. De belangrijkste aanbevelingen voor de opleiding waren het gebruik van de professional als model, evaluatietaken en feedback van patiënten en collega's. Zij kunnen worden ingeschakeld om de houding van studenten geneeskunde t.o.v. HH en hopelijk ook de naleving ervan te verbeteren. Er werden ook regelmatige, korte en op een scenario gebaseerde en/of hands-on sessies georganiseerd. Het overkoepelende thema was de nood aan een mentaliteitswijziging om duurzame HH-praktijken bij studenten geneeskunde te bevorderen.

Er moet werk worden gemaakt van evaluatie en van een op een scenario gebaseerde leer- en onderwijsmethode om studenten geneeskunde meer bewust te maken van het belang van HH. Om dit op een duurzame manier te bewerkstelligen lijken rolmodellen en een mentaliteitswijziging rond infectiecontrole noodzakelijk.

W. Straszewicz, M.-C. Eisenring, V. Bettschart, S. Harbart, N. Troillet

Thirteen years of surgical site infection surveillance in Swiss hospitals

Journal of Hospital Infection, 88 (1) : 40-47, September 2014.

Achtergrond: surveillance is een essentieel element voor de preventie van postoperatieve wondinfecties (SSI). Slechts weinig studies hebben de lange termijn gevolgen van die programma's onderzocht. Deze studie geeft een voorstelling van de gegevens van een multicentrisch surveillanceprogramma over een periode van 13 jaar in Zuidwest-Zwitserland.

We hebben een surveillance uitgevoerd met opvolging na ontslag uit het ziekenhuis en daarbij werd gebruik gemaakt van het systeem van de Amerikaanse 'National Nosocomial Infections Surveillance' (NNIS). Voor elk onderzocht type chirurgie werd het aantal SSI berekend, zowel in het algemeen, als per jaar dat werd deelgenomen aan het programma. De SSI risicofactoren en het effect van de surveillancetijd op het aantal SSI zijn geanalyseerd met behulp van de meervoudige logistische regressietechnieken. De algemene SSI-cijfers waren de volgende: 18,2 % na 7411 colectomieën, 6,4 % na 6383 appendicectomieën, 1,7 % na 9933 herniografieën, 1,6 % na 6341 artroplastieën van de heup en 1,3 % na 3667 artroplastieën van de knie. Het aantal opgespoorde SSI na ontslag uit het ziekenhuis varieert van 21 % voor de colectomie tot 94 % voor de artroplastie van de knie. De onafhankelijke risicofactoren voor SSI verschillen al naargelang de interventies. De risico-index van de NNIS is enkel een goede voorspellende variabele voor SSI in geval van gastro-intestinale chirurgie. Over het algemeen bood de laparoscopische techniek bescherming, maar deze was wel geassocieerd met een hoger infectiecijfer van organen/anatomische ruimten in geval van appendicectomie. De participatieduur aan het surveillanceprogramma wordt niet geassocieerd met een geringer aantal SSI, ongeacht de procedure. Deze gegevens bevestigen dus de impact van de surveillance na ontslag uit het ziekenhuis op het aantal SSI en het beschermend effect van de laparoscopie. Alternatieve methodes voor case-mix aanpassing zijn dus noodzakelijk. In tegenstelling tot andere Europese programma's, hebben we geen positieve impact kunnen vaststellen van de surveillanceduur op het aantal SSI.

JD Howard, C Jowett, J Faoagali, B McKenzie

New method for assessing hand disinfection shows that pré-operative alcohol/chlorhexidine rub is as effective as a traditional surgical rub

Journal of Hospital Infection, 88 (2) : 78-83, October 2014.

Achtergrond: verschillende studies hebben aangetoond dat de ontsmetting door het rubben van de handen met een alcohol/chloorhexidine oplossing net zo efficiënt is als een traditionele chirurgische ontsmetting met 4% chloorhexidinezeep. Volgens de auteurs vertonen de studies methodologisch een aantal lacunes, die de toepassing ervan op een operatiekwartier beperken. Daarom werd een methode ontwikkeld om de producten te vergelijken in de dagelijkse omgeving van het operatiekwartier waarbij gebruik werd gemaakt van operatiekwartierpersoneel.

Deze studie wil met een nieuwe methode nagaan of het inwrijven met alcohol/chloorhexidine net zo efficiënt is als het klassieke inwrijven met zeep.

Referentiewaarden van bacterietellingen werden verzameld bij 20 anesthesisten waarbij gebruik werd gemaakt van de "handvocht"-methode. Vervolgens werd, met telkens een wissel van steriele handschoenen, één hand gedurende 3 minuten ingewreven met een waterige chloorhexidine 4%-oplossing en de andere gedurende 60 seconden met een oplossing met isopropylalcohol 70 % / chloorhexidine 0,5 %. Bacterietellingen werden voor elke hand ingezameld na 30 minuten, ook volgens de "handvocht"-methode. De tellingen werden omgezet in log 10 waarden om de tellingen van de baseline en van de rechter en linker hand te vergelijken, evenals de efficiëntie tussen de groepen.

De gemiddelde (+/- standaard afwijking [SD]) bacterietellingen aan de baseline bedragen (log 10) 4,42 +/- 0,81 voor de linkerhand en 4,64 +/- 0,60 voor de rechterhand (P>0,05). De gemiddelde reductie (+/- SD) vanaf de baseline bedraagt (log 10) 1,45 +/- 0,50 voor chloorhexidine 4 % en 2,01 +/- 0,98 voor alcohol/chloorhexidine (P>0,05).

We kunnen dus stellen dat het inwrijven met alcohol/chloorhexidine net zo efficiënt is als een traditionele handrub na 30 minuten. Deze studie onderscheidt zich van vorige studies omdat ze werd uitgevoerd bij een populatie anesthesisten in hun werkomgeving. De McKenzie methode maakt baseline- en studie-evaluaties mogelijk op hetzelfde tijdstip en bij hetzelfde individu. Elk individu is immers zijn eigen controle. Deze methode biedt een klinisch meer relevante manier dan de standaard methodes om ontsmettende oplossingen te vergelijken.

SJ Storey, G Fitzgerald, G Moore, E Knights, S Atkinson, S Smith, O Freeman, P Cryer, APR. Wilson

Effect of a contact monitoring system with immediate visual feedback on hand hygiene compliance

Journal of Hospital Infection, 88 nr (2) : 84-88, October 2014.

Achtergrond: handhygiënecompliance wordt gebruikelijk met visuele methodes opgevolgd, die evenwel vertekend kunnen zijn en ook zeer beperkt zijn in tijd. Een automatische opvolging kan efficiënter zijn voor de infectiecontrole en op vlak van performance management.

Deze studie moet nagaan in hoeverre een systeem van automatische contactmonitoring voor handhygiëne nauwkeurig en aanvaardbaar is.

De uitrusting voor de monitoring werd geïnstalleerd voor 55 bedden in 3 eenheden en bestond uit gewijzigde identificatiebadges, bedside meubilair, lavabo's en dispensers voor alcoholhoudende gel. De badges stonden in nauw contact met de huid (door het uniform) en konden alcohol dampen detecteren. Alle toestellen waren Wi-Fi verbonden. Via een verkeerslichtsysteem op de badge kregen personeel en patiënten onmiddellijke feedback over de handhygiënestatus van het personeelslid dat in de buurt van de patiënt kwam. De compliance werd automatisch geregistreerd. Na de periode van onmiddellijke feedback, werd 2 weken lang geen feedback gegeven. Daarna kwam de feedback gedurende 10 dagen via rode en groene lichten, gevolgd door feedback achteraf naar de zorgverlener. Handhygiëne werd onafhankelijk gecontroleerd door een waarnemer.

De handhygiënecompliance is toegenomen van 21 % op 97 opportuniteiten tot 66 % op 197 opportuniteiten tijdens de onmiddellijke actieve feedback. De compliance is afgenomen wanneer de feedback achteraf werd gegeven aan de eenheid. Zes personen (26 %) weigerden de badge te dragen, wegens te zwaar of omdat ze niet de hele dag in de eenheid aanwezig waren. Slechts 3 patiënten op de 30 zegden dat ze het personeel, dat geen handhygiëne had toegepast, erover zouden aanspreken.

We kunnen dus stellen dat automatische contactmonitoring met onmiddellijke feedback efficiënt is om de handhygiënecompliance te bevorderen. Feedback achteraf vermijdt evenwel niet dat de compliance erop achteruit gaat.

JD Rutter, K Angiulo, DR Macinga

Measuring residual activity of topical antimicrobials: is the residual activity of chlorhexidine an artefact of laboratory methods ?

Journal of Hospital Infection, 88 (2) : 113-115, October 2014.

De residuele werking van chloorhexidinegluconaat (CHG) werd geëvalueerd na behandeling van de handen met CHG en vervolgens na aanraken van op roestvrije staalplaten gedroogde *Staphylococcus aureus*. Via deze methode hebben we geen daling van het aantal bacteriën na 15 minuten vastgesteld, wat erop wijst dat CHG geen bescherming biedt tegen besmetting met transiente kiemen in de klinische praktijk.

K Page; AG Barnett, M Campbell; D Brain, E Martin, N Fulop, N Graves

Costing the Australian national hand hygiene initiative

A Journal of Hospital Infection, 88 (3) : 141-148, November 2014.

Het Australian National Hand Hygiene Initiative (NHHI) is een grootschalig programma rond patiëntveiligheid, gecoördineerd door Hand Hygiene Australia (HHA) en gefinancierd door de Australian Commission for Safety and Quality in Health Care. Om te weten of de beslissing om dit programma als deel van de gezondheidszorg verder te zetten kostenefficiënt is, moeten we inzicht krijgen in de jaarlijkse werkingskost van dit programma.

De bedoeling is de jaarlijkse werkingskosten, opstartkosten niet meegerekend, van het NHHI-programma in te schatten.

Vooruitzichten op vlak van gezondheidszorg zijn vastgelegd voor wat betreft de kost en de ingezamelde gegevens van de 50 grootste openbare ziekenhuizen uit Australië die aan het initiatief hebben deelgenomen en die verspreid waren over alle staten en het hele grondgebied. De kosten voor HHA, de kosten voor de infectiepreventiegroepen op nationaal vlak, de kosten van elk acuut ziekenhuis en de extra kosten voor het alcoholhoudend product voor handontsmetting waren inbegrepen.

Het programma kost jaarlijks 5,56 miljoen Australische \$ (5,76 miljoen US \$; 3,63 miljoen £). De meeste kosten worden gedragen door de ziekenhuizen (65 %) en hebben betrekking op de tijd die nodig is voor de controle van de handhygiënecompliance en op de opleiding. Elke verpleegkundige infectiecontrole spendeert gemiddeld 5 uur per week aan het NHHI programma en de jaarlijkse kost voor het ziekenhuis bedroeg in 2012 zo'n 120.000 AU \$ (124.000 US \$; 78.000 £).

Een correcte raming van de totale kost van dit programma is essentieel om een beeld te krijgen van de kostenefficiëntie van de implementatie van het NHHI-programma. Dit artikel biedt transparante berekeningsmethodes en de resultaten bevatten ook een aantal bedenkingen.

EL Best; P Parnell; MH Wilcox

Microbiological comparison of hand-drying methods: the potential contamination of the environment, user, and bystander.

Journal of Hospital Infection, 88 (4) : 199-208, December 2014

Het efficiënt drogen van de handen is belangrijk om te vermijden dat ziekteverwekkers zich gaan verspreiden, maar kennis of droogmethodes al dan niet ook besmetting van omgeving en aanwezigen tegengaan, is beperkt. Doelstelling is drie doorsnee methodes voor het drogen van de handen (jetdrogers, warmeluchtdrogers en papieren doekjes) te vergelijken en na te gaan in welke mate ze omgeving, gebruikers en omstaanders besmetten.

De handen werden ingewreven met lactobacillen om het effect van slecht gewassen, besmette en gedroogde handen te simuleren. Het onderzoek omvatte 120 tests met luchtmonsters (60 tests en 60 controles), onderverdeeld in 'heel nabij' en 'op een meter van' het droogproces. Bij afzonderlijke tests werden handen met verf besprenkeld, om de verspreiding van de druppels te visualiseren.

De hoeveelheid bacteriën in de lucht daar waar de handen worden gedroogd is 4,5 keer hoger voor de jetdrogers (70,7 kolonievormende eenheden [cfu]) dan voor de warmeluchtdrogers (15,7 cfu) ($P=0,001$) en 27 keer hoger dan bij het gebruik van papieren doekjes (2,6 cfu) ($P<0,001$). Ook de luchtmeting is significant verschillend bij het gebruik van papieren doekjes dan bij warmeluchtdrogers ($P=0,001$). Een gelijkaardig patroon wordt vastgesteld voor de bacterietelling op een meter. Uit visualisering van de experimenten bleek dat de jetdrogers het grootste aantal druppeltjes verspreiden.

Jetdrogers en warmeluchtdrogers zorgen bij het drogen van de handen voor een hogere aerosolisatie van bacteriën. Deze resultaten wijzen erop dat warmeluchtdrogers niet geschikt zijn voor gebruik in de zorgeenheden, omdat ze een kruisbesmetting via verspreiding in de lucht naar de omgeving en de andere gebruikers van de toiletten in de hand kunnen werken.

WEBSITE

I Adressen om niet te vergeten

- BAPCOC : www.health.fgov.be/antibiotics
- Congress : <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/epidemio/epifr/agenda.htm>
- Advies en Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) : http://www.HGR_CSS.be
- 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 platvormen : <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 Infirmiers en Hygiène Hospitalière : <http://www.abihh.be>

I Nieuwe adressen :

* VACCINATIEFICHE 9210

Titel: Vaccinatie tegen pneumokokken - volwassenen

Korte omschrijving: De Hoge Gezondheidsraad heeft de vaccinatiefiche herzien rond vaccinatie tegen pneumokokken bij volwassenen.

Het volledige advies: <http://tinyurl.com/HGR-9210-vacc-pneumo-volw>

* ADVIES 9227

Titel: Het potentieel gebruik van het humane pericard als menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens

Korte omschrijving: De Hoge Gezondheidsraad heeft een advies uitgebracht betreffende het potentieel gebruik van het humane pericard als menselijk lichaamsmateriaal.

Het volledige advies: <http://tinyurl.com/HGR-9227-pericard>

* ADVIES 8829

Titel: Herziening van de uitsluitingscriteria voor bloeddonoren om de overdracht van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob te voorkomen

Korte omschrijving: De Hoge Gezondheidsraad heeft alle uitsluitingscriteria voor bloeddonoren ter preventie van de overdracht van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob herzien.

Het volledige advies: <http://tinyurl.com/HGR-8829-OSE>

* GUIDE TO INFECTION PREVENTION FOR OUTPATIENT SETTINGS: minimum expectations for safe care. CDC 2014. 34 pages. http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/soin_ambulatoire.html

I 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, Uw berichten naar nosomail@wiv-isp.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

WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

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

• 23 MAART 2015

41ste Week van de Verpleegkundigen en Vroedvrouwen. Studiedag Ziekenhuishygiëne “Once upon a time in the IPC landscape”

Locatie : Kursaal Oostende, België

Inlichtingen : Secretariaat NVKVV

Tel. : 02/732 10 50 - Fax: 02/734 84 60

Email : administratie@nvkvv.be – Web site : www.nvkvv.be

• 14 – 17 MEI 2015

Spring Conference of The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) Science Guiding Prevention

Locatie : Orlando, Florida, USA

Inlichtingen : <http://www.shea-online.org>

• 3 – 5 JUNI 2015

Congrès de la Société Française d’Hygiène Hospitalière (Sf2h)

Locatie : Tours, Frankrijk

Inlichtingen : www.sf2h.net

• 16 – 19 JUNI 2015

3rd International Conference on Prevention and Infection Control (ICPIC)

Locatie : Genève, Switzerland

Inlichtingen : <http://www.icpic.com/index.php/conferences/icpic-2015>

• 17 – 21 SEPTEMBER 2015

Interscience Conference of Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC)

Locatie : San Diego Conference Center, San Diego, California, USA

Inlichtingen : <http://www.icaac.org>

• 7 – 11 OCTOBER 2015

Infectious Diseases Society of America (IDSA)

Locatie : San Diego, California, USA

Inlichtingen : <http://www.idsociety.org>

• 13 – 15 DECEMBER 2015

35^{ème} REUNION DE LA RICAI 2015 (Interdisciplinaire de Chimiothérapie Anti-Infectieuse)

Locatie : Congres Paleis, Parijs, Frankrijk

Inlichtingen : <http://ricai.org>

I Redactie

Redactie

B. Catry, G. Demaiter, 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

Redactiecoördinator

A. Simon

Redactiesecretariaat

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

Nosoinfo publiceert artikels, overzichten en correspondenties met betrekking tot infectiepreventie en -beheersing. Deze worden geselecteerd door de redactie en gepubliceerd in het Frans en het Nederlands (vertaling door het tijdschrift). De inhoud van de publicaties blijft uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van hun auteurs.

I Onze partners

Voor inlichtingen over het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP)

Dienst Zorginfecties & Antibioticumresistentie
J. Wytsmanstraat 14
1050 Bruxelles
www.wiv-isp.be/
www.nsih.be



NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Voedvrouwen

Voor inlichtingen over de werkgroep ziekenhuishygiëne NVKVV

Dhr. P. Braekeveld, voorzitter
Mevr. G. De Mey, stafmedewerker
Tél: 02/737.97.85
Fax: 02/734.84.60
Email: navorming@nvkvv.be



ABIHH

Voor inlichtingen over ABIHH

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



BICS – Belgian Infection Control Society

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

Dr. O. Denis
Hôpital Erasmus,
Lenniklaan, 808,
1070 Bruxelles.
Tél: 02/555.6643-4541
Fax: 02/555.85.44
Email: o.denis@ulb.ac.be



LIDGELD BICS :

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen 25 €

Artsen 50 €

Artsen in opleiding 25 €

> via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

noso info is ook beschikbaar op internet :
www.nosoinfo.be