



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID

KWALITEITSINDICATOREN VOOR ZIEKENHUISHYGIËNE IN ACUTE ZIEKENHUIZEN

JAARRAPPORT - DATA 2015

AUTEUR

Dr. Marie-Laurence LAMBERT

KWALITEITSINDICATOREN VOOR ZIEKENHUISHYGIËNE IN ACUTE ZIEKENHUIZEN

JAARRAPPORT - DATA 2015

AUTEUR

Dr. Marie-Laurence LAMBERT

Voor vragen rond kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne:

Dr. Marie-Laurence Lambert

Email : mllambert@wiv-isp.be

Tel: 02/642.57.42

Website: www.nsih.be

Wij wensen de volgende personen te bedanken:

- De leden van het federaal platform ziekenhuishygiëne, in het bijzonder professor Baudouin Byl en professor Annette Schuermans
- Patrick Verroens, Xavier Pretlot, Cedric Malache (WIV-ISP)
- Annabel Motté (WIV-ISP) voor haar hulp bij de vertaling naar het Nederlands (WIV-ISP)
- Nathalie Verhocht en Tadek Krzywania voor het verzorgen van de layout

Dit rapport en alle individuele rapporten van de ziekenhuizen kunnen online worden geraadpleegd op de website http://www.nsih.be/surv_iq/introduction_nl.asp

Het project geniet de financiële steun van: **FOD Volksgezondheid**

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP)

Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance

Dienst Zorginfecties & Antimicrobiële resistentie

Juliette Wytsmanstraat 14 | 1050 Brussel | België

September 2016

PHS Report 2016-022

ISSN-nummer: 2466-6750

SAMENVATTING

Context en inleiding

Het Koninklijk Besluit van 27/01/2015 (1) met betrekking tot de surveillance van ziekenhuishygiëne beschrijft de verplichting van acute ziekenhuizen om kwaliteitsindicatoren te verzamelen die het lokaal ziekenhuishygiëne beleid in de instelling beschrijven. De indicatoren worden gedefinieerd door de 'Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticumbeleid (BAPCOC), op het advies van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne'. Het project wordt gecoördineerd door het WIV die de verzameling de analyse, en de publicatie van de gegevens verzekerd.

De doelstellingen zijn als volgt : 1) de algemene impact van het ziekenhuishygiënebeleid evalueren, 2) de kwaliteit van ziekenhuishygiëne in elk ziekenhuis (accountability) beoordelen – wat inhoudt dat de indicatoren per ziekenhuis publiek worden gemaakt, met uitzondering van de resultaatsindicatoren, en 3) de kwaliteit op lokaal niveau helpen verbeteren door ziekenhuizen aan te sporen hun acties en resultaten te meten en te verbeteren.

De keuze van de kwaliteitsindicatoren door het federaal platform ziekenhuishygiëne voor de 2 eerste gegevensverzamelingskaderen in de volgende strategische visie:

- Het project concentreert zich rond de opdrachten van de teams ziekenhuishygiëne in de ziekenhuizen. Andere aspecten die zorginfecties helpen controleren en voorkomen worden hierdoor uitgesloten (bijvoorbeeld het voorzichtig gebruik van antibiotica).
- Dit project is bovenal een hulpmiddel om specifieke doelen te verbeteren, en kan geen uitgebreide stand van zaken opleveren met betrekking tot ziekenhuishygiëne op het niveau van elk ziekenhuis.

Dit rapport omvat de resultaten van de tweede verzameling van gegevens (gegevens in 2016 verzameld met betrekking op het jaar 2015).

Voornaamste resultaten

Belangrijke verbeteringen werden in 2015 vastgesteld voor punten die in 2013 als zwak werden bestempeld:

- Integratie van het strategisch plan ziekenhuishygiëne in het strategisch plan van het ganse ziekenhuis (van 39% van de ziekenhuizen in 2013, naar 70% in 2015);
- Surveillance van infecties op intensieve zorgen (52% van de ziekenhuizen in 2013, 68% in 2015), surveillance van postoperatieve wondinfecties (18% versus 40%);
- Verhoging van het aantal ziekenhuizen dat audits voor lokale processen rapporteert : handhygiëne (47% in 2013, 79% in 2015), centrale lijnen (35% versus 59%), kunstmatige beademing (55% versus 65%), urinaire sondes (19% versus 53%), preventie van postoperatieve wondinfecties (18% versus 43%).

De sterke punten blijven ongewijzigd :

- Een constante vermindering van de incidentie van klinische infecties door MRSA verworven in het ziekenhuis (3.3/ 1000 opnames in 2003 ; 0.9/1000 opnames in 2014);;
- Opmeting van het naleven van richtlijnen voor handhygiëne in eenheden voor intensieve zorgen ;
- Globaal een erg sterke performantie met betrekking tot de indicatoren van 'organisatie' en 'middelen' (respectievelijk 1 en 4 ziekenhuizen hebben voor deze indicatoren een slechte score).

De incidentie van katheter gerelateerde bloedstroominfecties zijn echter niet gedaald tussen 2013 en 2015.

De opgemeten verbetering ten aanzien van de zwakke punten in 2013 – bijvoorbeeld de procesindicatoren – zijn erg bemoedigend. Het lijkt redelijk om deze verbeteringen toe te schrijven aan het project 'kwaliteitsindicatoren' en aan de toegewijde zorgen van de teams ziekenhuishygiëne die de scores van hun ziekenhuizen hebben verbeterd.

Bespreking

Deze resultaten dienen met omzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

- In afwezigheid van een externe controle van de gegevens, hangt de betrouwbaarheid van de gegevens exclusief af van de zorg die de ziekenhuizen hebben besteed aan het verzamelen van deze gegevens.
- Het aantal verzamelde indicatoren in het project is beperkt : derhalve dienen de scores te worden geïnterpreteerd als en globale score voor de kwaliteit van ziekenhuishygiëne, en minder in het kader van de kwaliteit van de preventie van zorginfecties, vermits verschillende relevante elementen hieromtrent niet werden opgenomen in deze scores.
- Het is nog te vroeg om de impact van het project op de incidentie van zorginfecties verworven in het ziekenhuis te evalueren.

Tot besluit kan worden gesteld dat dit programma 'kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne' parallel evolueert met talrijke initiatieven rond de 'kwaliteit in ziekenhuizen' in België. De verschillende initiatieven geven elk een gefragmenteerd beeld van de kwaliteit van een ziekenhuis, dat zowel een overlapping als een onvolledigheid veroorzaakt met betrekking tot het meten van de kwaliteit.

Conclusies en aanbevelingen

Deze gegevensverzameling van kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne voor het jaar 2015 heeft een belangrijke verbetering kunnen opmeten over een periode van 2 jaar met betrekking tot zwakke punten die werden vastgesteld voor 2013, in het bijzonder de audits van processen.

De prioriteiten voor actie en aanbevelingen zijn de volgende:

- voor de bevoegde autoriteiten: een system ontwikkelen voor een externe controle van de kwaliteit van de gegevensverzameling in het kader van de kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne
- voor het geheel van actoren, inclusief het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid:
 - Stimuleren van de ontwikkeling van procesaudits
 - Aanmoedigen van surveillance van zowel zorginfecties op intensieve zorgen als postoperatieve wondinfecties, met een herziening van de actuele protocols.
 - Overwegen om op middellange termijn het project uit te breiden, verder dan de opdrachten van het team ziekenhuishygiëne, en het insluiten van indicatoren die pertinent zijn voor de preventie van zorginfecties in het ziekenhuis, op het gebied van verantwoord antibioticumgebruik of de preventie van infecties van het personeel.

INHOUDSTAFEL

Samenvatting	5
Lijst van tabellen	8
Lijst van figuren	8
1. Inleiding	11
1.1. Context	11
1.2. Publicatie van de resultaten.....	11
2. Doelstellingen en methoden	13
2.1. Doelstellingen.....	13
2.2. Methode	13
3. Resultaten	15
3.1. Indicatoren van de categorie 'organisatie'.....	15
3.2. Indicatoren van de categorie 'middelen'	17
3.3. Indicatoren van de categorie 'actie'.....	19
3.3.1. Open vragen.....	22
3.4. Procesindicatoren	23
3.5. Resultaatsindicatoren.....	24
4. Discussie	25
4.1. Belangrijkste resultaten.....	25
4.2. Beperkingen	25
4.3. Strategische oriëntatie van het project en volgende gegevensverzameling.....	26
4.4. Fragmentatie van de initiatieven 'kwaliteit in het ziekenhuis' in België	27
5. Conclusies en aanbevelingen	29
6. Bijlagen	30
6.1. Formulier	30
6.2. Nominatieve lijst van de ziekenhuizen met hun score.....	32
6.3. Vraag: 'ander lokaal surveillancesysteem voor zorggerlateerde infecties/ multiresistente bacteriën dan hierboven beschreven' – zoals gerapporteerd.....	34
6.4. Vraag: 'andere zorgprocessen/ infecties dan hierboven beschreven' (met betrekking tot ziekenhuishygiëne) - zoals gerapporteerd	36
6.5. Niet nominatieve rangschikking (ranking).....	38
6.5.1. Aantal uren vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne	38
6.5.2. Aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne ..	39
6.5.3. Opportuniteiten handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2013.	40
6.5.4. Aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen	41
7. Referenties.....	42

LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1	Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne: beschrijving, berekening van de scores, doelstellingen	14
Tabel 2	Indicatoren en scores binnen de categorie 'organisatie' in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015	16
Tabel 3	Indicatoren en scores binnen de categorie 'middelen' in de Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015	18
Tabel 4	Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013-2015	20
Tabel 5	Verbruik van handalcohol in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015	23
Tabel 6	Incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen), per regio, België 2013-2015.....	24
Tabel 7	Gemiddelde incidenties van katheter-gerelateerde bloedstroominfecties (BSI), België, 2013-2015	24

LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1	Overzicht van Belgische ziekenhuizen, op basis van hun organisatorische score voor de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne, per regio, 2015	15
Figuur 2	Verdeling van Belgische ziekenhuizen, volgens hun score voor de kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne binnen de categorie 'middelen', per regio 2015	17
Figuur 3	Belgische ziekenhuizen, volgens hun score van kwaliteitsindicatoren voor de rubriek 'actie' met betrekking tot ziekenhuishygiëne, per regio, 2015.....	19
Figuur 4	Verbruik van handalcohol (L/1000 ligdagen) in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015. .	23
Figuur 5	Rangschikking van het aantal uren vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne, Belgische ziekenhuizen, 2015 ..	38
Figuur 6	Rangschikking van het aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijdsequivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne, Belgische ziekenhuizen, 2015.....	39
Figuur 7	Rangschikking van het aantal opportuniteiten handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2015	40
Figuur 8	Rangschikking van het aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen, voor Belgische ziekenhuizen, 2015	41

AFKORTINGEN

- BAPCOC Belgian Antibiotic Policy Coordinating Committee
- CDI Clostridium difficile infecties
- CPE Carbapenemase Producerende Enterobacteriaceae
- FOD Federale Overheidsdienst
- IZ Intensieve zorgen
- KB Koninklijk Besluit
- MRSA Methicilline Resistente Staphylococcus aureus
- POWI Postoperatieve wondinfecties
- VRE Vancomycine Resistente Enterokokken
- VTE Voltijds equivalent
- WIV-ISP Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Institut Scientifique de Santé Publique
- ZH Ziekenhuishygiëne

1. INLEIDING

1.1. CONTEXT

Het Koninklijk Besluit (KB) 27/01/2015 (1) betreffende het toezicht op ziekenhuishygiëne bepaalt dat ziekenhuizen verplicht zijn om de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling te verzamelen.

Het doel van een systeem van kwaliteitsindicatoren is het genereren van acties ter verbetering van de zorgkwaliteit: 'wat men niet kan meten, kan men niet verbeteren'. De ontwikkeling en validatie van de indicatoren werd uitgevoerd door een werkgroep bestaande uit het BAPCOC en vertegenwoordigers van de platformen voor ziekenhuishygiëne, met coordinatie van Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.² Er zijn drie doelstellingen vooropgesteld:

- Doelstelling 1: De impact van het ziekenhuishygiënebeleid op nationaal niveau evalueren om de besluitvormers een algemeen beeld te geven van de ziekenhuishygiëne en van de trends in de loop van de tijd voor alle ziekenhuizen.
- Doelstelling 2: De kwaliteit in elk ziekenhuis (accountability) beoordelen door het gebruik van (financiële) middelen, de inzet en inspanningen van elk ziekenhuis in de strijd tegen zorginfecties te evalueren.
- Doelstelling 3: De kwaliteit op lokaal niveau helpen verbeteren door ziekenhuizen aan te sporen hun acties en resultaten te meten en te verbeteren.

Een initiatief van het federale platform voor ziekenhuishygiëne heeft dus geleid tot deze eerste stand van zaken. Het ultieme doel bestaat er wel degelijk in om de prioritaire verbeteringen te identificeren voor de strategieën ter preventie van ziekenhuisinfecties.

Deze gegevens hebben betrekking op het jaar 2015.

1.2. PUBLICATIE VAN DE RESULTATEN

Het gebruik van de gegevens in functie van elke doelstelling is als volgt gepland:

- Doelstelling 1: publicatie van een rapport met de geaggregeerde resultaten (alle indicatoren) op het nationale/regionale niveau, overeenstemmend met het niveau waarop de politieke beslissingen worden genomen
- Doelstelling 2: publicatie van de indicatoren per ziekenhuis (met uitzondering van de resultaatsindicatoren)
 - Samengevatte gegevens (scores) in een bijlage van het rapport
 - Toegang tot het geïndividualiseerde rapport van elk ziekenhuis (http://www.nsih.be/surv_iq/reports_nl.asp)
- Doelstelling 3: levering van een geïndividualiseerd rapport voor elk ziekenhuis

2. DOELSTELLINGEN EN METHODEN

2.1. DOELSTELLINGEN

De doelstellingen van dit rapport zijn:

1. Presentatie van de resultaten van 2015 in verband met doelstelling 1 (evaluatie van de impact van het beleid op het gebied van ziekenhuishygiëne).
2. Presentatie van de resultaten van 2015 in verband met doelstelling 2 (*accountability*). Gegevens van de verschillende scores per ziekenhuis.

2.2. METHODE

Het formulier en het lastenboek (definities, instructies voor de gegevensinvoer en bewijsstukken die moeten worden bewaard) zijn beschikbaar op de website www.nsih.be.

Het federale platform voor ziekenhuishygiëne heeft beslist om het protocol niet te wijzigen met uitzondering van de verduidelijking van een aantal definities en de beslissing om gegevens te verzamelen per administratieve eenheid (erkeningsnummer) in plaats van per site wanneer de ziekenhuizen over verschillende sites zijn verspreid, en dit om ervoor te zorgen dat de verzamelde gegevens voor 2013 kunnen worden vergeleken met die van 2015.

Voor de berekening van de scores is er wel een wijziging. Voor de variabelen M1 en M2 (effectief aantal artsen/verpleegkundigen voor de ziekenhuishygiëne) is het punt toegekend als het effectieve aantal groter dan of gelijk aan 90% van het theoretische aantal was (en niet meer 100%). Het theoretische aantal wordt immers vaak op 2 decimalen na berekend (bv. 1,01 VTE) en het lijkt onjuist om geen punten toe te kennen als het effectieve aantal, zoals in dit bijzondere geval, 1 is.

Tabel 1 toont een samenvatting van de categorieën van de indicatoren en van de berekeningsmethode van de scores die de indicatoren van de organisatie, de middelen en de actie samenvatten.

De lijst van de gefinancierde theoretische voltijds equivalenten (VTE) is afkomstig van de FOD Volksgezondheid.

De cijfers van 2013 die in dit rapport 2015 opgenomen werden kunnen licht verschillen van de cijfers voorgesteld in het rapport 2013. De reden hiervoor is dat sindsdien enkele kleine correcties werden aangebracht op vraag van enkele ziekenhuizen. Ook werden de variabelen M1 en M2 herberekend voor 2013 naar aanleiding van hun lichtjes gewijzigde berekeningsregel.

Tabel 1 | Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne: beschrijving, berekening van de scores, doelstellingen

Indicatoren	Beschrijving	Score			Doelstelling*			
		Berekening	Klassement			1	2	3
			Zwak	Matig	Hoog			
Organisatie	6 dichotomische indicatoren (ja/nee)	1 punt per 'ja', max. 6 punten	< 4	4	5-6	X	X	X
Middelen	5 dichotomische indicatoren; 2 indicatoren continue numerieke waarden	dichotomische indicatoren: 1 punt per 'ja'; andere: 1 punt als > mediaan 2013. Max. 7 punten	< 4	4-5	6-7	X	X	X
Acties	20 dichotomische indicatoren + 2 open vragen	1 punt per 'ja' voor 20 indicatoren (2 indicatoren gekoppeld aan open vragen die buiten de score vallen). Max. 20 punten	< 13	13-15	>=16	X	X	X
Processen	1 continue numerieke indicator	Indicator die buiten de score valt want geen referentiewaarde				X	X	X
Resultaten	2 continue numerieke indicatoren	Indicatoren die buiten de score vallen want afhankelijk van andere elementen dan de zorgkwaliteit				X	-	X

*Doelstelling 1: evaluatie van de impact voor de besluitvormers; doelstelling 2: accountability; doelstelling 3: lokale verbetering

Beschrijvende analyses voor elke indicator verricht op nationaal niveau en voor elke regio.

3. RESULTATEN

Een totaal van 103 ziekenhuizen (erkenningnummers, hetzij administratieve eenheden) hebben gegevens gecodeerd in de online module. Deze nominatieve lijst en de scores van elk ziekenhuis werden opgenomen in de bijlage.

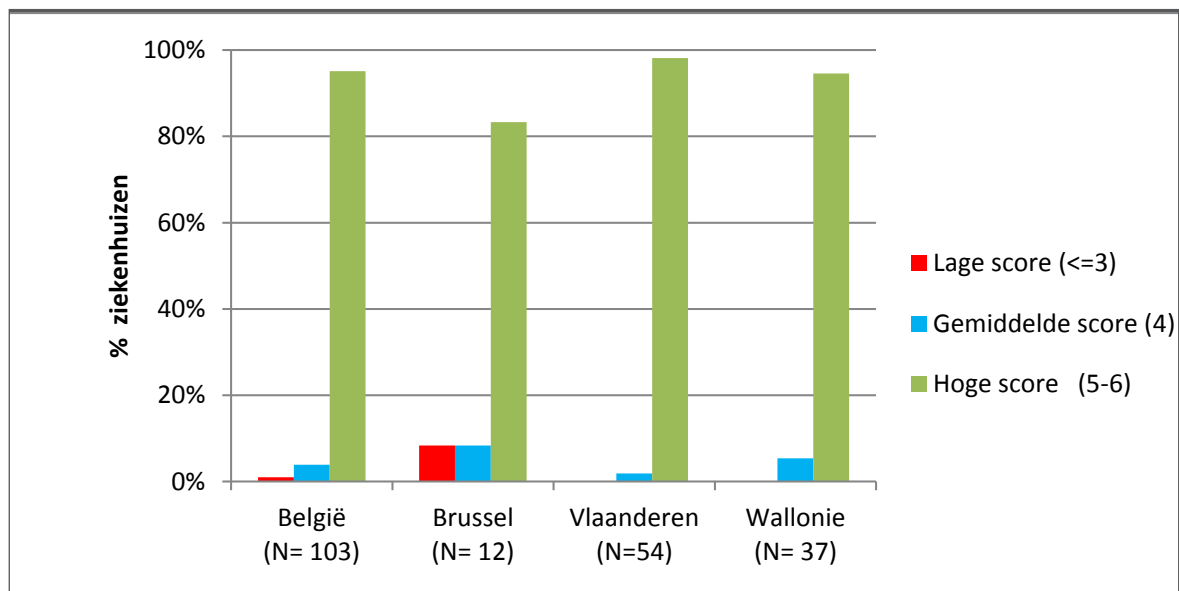
3.1. INDICATOREN VAN DE CATEGORIE 'ORGANISATIE'

Er zijn 6 indicatoren binnen de categorie 'organisatie', allen dichotomisch (ja/nee). Voor elke 'ja' werd een punt toegekend.

Een strategisch plan geïntegreerd in het strategisch plan van het ziekenhuis blijft het zwakste punt maar neemt duidelijk toe (70% van de ziekenhuizen in 2015 tegenover 39% in 2013).

In totaal heeft slechts één ziekenhuis een lage organisatorische score. (Figuur 1).

Figuur 1 | Overzicht van Belgische ziekenhuizen, op basis van hun organisatorische score voor de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne, per regio, 2015



Organisatorische score: max. 6 punten

Tabel 2 | Indicatoren en scores binnen de categorie 'organisatie' in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015

	BELGIË			BRUSSEL			VLAANDEREN			WALLONIË		
	2015 (N=103)		2013	2015 (N=12)		2013	2015 (N=54)		2013	2015 (N=37)		2013
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Algemeen strategisch plan op lange termijn (3-5 jaar) voor de ZH - goedgekeurd door het comité voor ZH	100	97 %	79 %	10	83 %	67 %	54	100 %	93 %	36	97 %	63 %
Zo ja, algemeen strategisch plan geïntegreerd in het strategisch plan van het ziekenhuis	72	70 %	39 %	8	67 %	25 %	41	76 %	56 %	23	62 %	21 %
Aantal vergaderingen van het comité voor ZH > = 4	103	100 %	93 %	12	100 %	100 %	54	100 %	89 %	37	100 %	97 %
Jaarverslag voor ZH	100	97 %	87 %	11	92 %	67 %	54	100 %	96 %	35	95 %	79 %
Gedetailleerd jaarlijks actieplan voor ZH	103	100 %	87 %	12	100 %	75 %	54	100 %	96 %	37	100 %	76 %
Verpleegkundige(n)-ZH is (zijn) lid van het verpleegkundig middenkader	97	94 %	88 %	12	100 %	67 %	49	91 %	89 %	36	97 %	92 %
Score voor organisatie												
Gemiddelde punten (max. 6)	5.6		4.7	5.4		4.0	5.7		5.2	5.5		4.3
Gemiddelde van de scores, %	93 %		79 %	90 %		67 %	94 %		86 %	91 %		71 %
N (%) ziekenhuizen per categorie												
Aantal met lage score <= 3	1	1 %	15 %	1	8 %	33 %	0	0 %	7 %	0	0 %	21 %
Gemiddelde score (4)	4	4 %	17 %	1	8 %	25 %	1	2 %	9 %	2	5 %	26 %
Hoge score (5-6)	98	95 %	67 %	10	83 %	42 %	53	98 %	83 %	35	95 %	53 %

* ZH: ziekenhuishygiëne

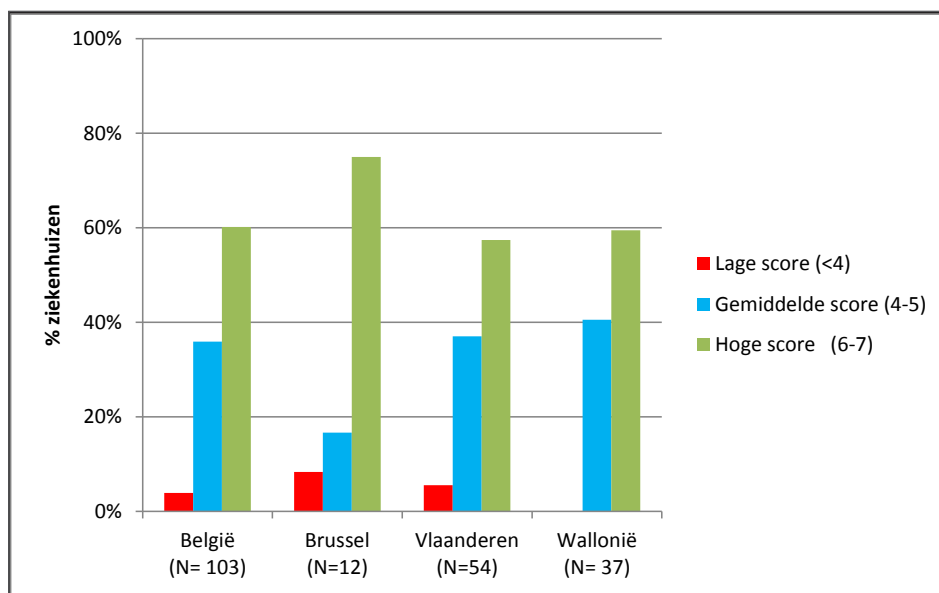
3.2. INDICATOREN VAN DE CATEGORIE 'MIDDELEN'

Er zijn 7 indicatoren van de categorie 'middelen'. De score (maximum: 7) werd als volgt berekend: één punt per 'ja' voor elk van de dichotomische indicatoren (M1-M5), 1 punt voor de ziekenhuizen die een hogere waarde dan de mediaan 2013 rapporteerden voor de twee overige indicatoren.

De indicatoren binnen de categorie 'middelen' zijn overwegend goed (Tabel 3) maar 1 op 5 ziekenhuizen beschikt niet over een referentieverpleegkundige per eenheid (dienst). Bovendien is in 1 ziekenhuis op 10 het aandeel effectief gepresteerde werk door de arts-ziekenhuishygiënist lager dan de hoeveelheid waarvoor er financiering is gepland.

In totaal hebben 4 ziekenhuizen een lage score in de categorie 'middelen'. De verdeling per regio wordt hieronder weergegeven (Figuur 2).

Figuur 2 | Verdeling van Belgische ziekenhuizen, volgens hun score voor de kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne binnen de categorie 'middelen', per regio 2015



Score middelen: max. 7 punten

Er bestaat een grote variatie tussen de ziekenhuizen met betrekking tot het aantal uren vorming evenals met betrekking tot het aantal deelnemers (de variabelen werden gecorrigeerd voor het aantal VTE gefinancierd voor ziekenhuishygiëne). De rangschikking van de ziekenhuizen wordt weergegeven in de bijlage.

Tabel 3 | Indicatoren en scores binnen de categorie 'middelen' in de Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015

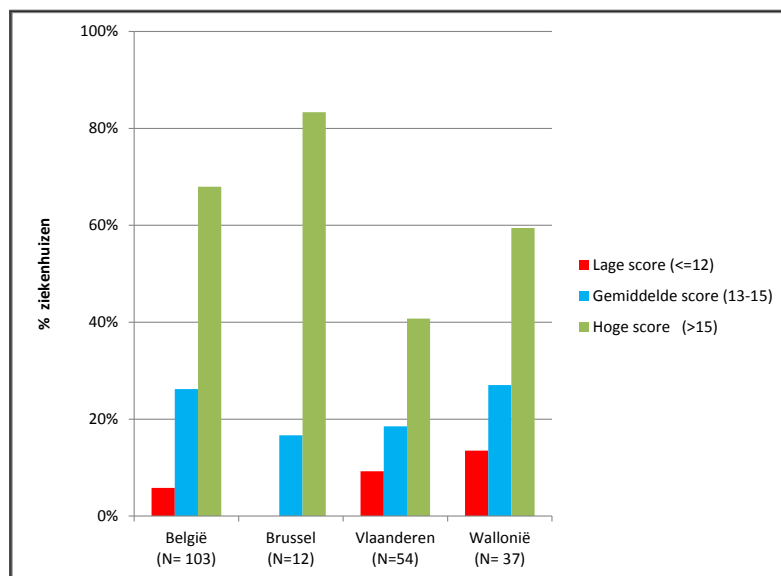
	BELGIË			BRUSSEL			VLAANDEREN			WALLONIË		
	2015 (N=103)		2013	2015 (N=12)		2013	2015 (N=54)		2013	2015 (N=37)		2013
	n	%	%	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Effectief aantal geneesheren-ZH >= theoretisch aantal	90	87 %	81 %	10	83 %	75 %	49	91 %	87 %	31	84 %	74 %
Effectief aantal verpleegkundigen-ZH >= theoretisch aantal	94	91 %	88 %	11	92 %	92 %	52	96 %	93 %	31	84 %	82 %
Aanwezigheid referenten in ZH	99	96 %	90 %	11	92 %	92 %	51	94 %	85 %	37	100 %	97 %
Zo ja, aantal referenten in ZH in de eenheden voor IZ	95	92 %	81 %	11	92 %	75 %	47	87 %	72 %	37	100 %	95 %
Aantal referenten ZH in de eenheden onder toezicht van een hoofdverpleegkundige (inclusief de eenheden voor IZ)	84	82 %	65 %	10	83 %	75 %	41	76 %	57 %	33	89 %	74 %
Per VTE theoretisch (gefinancierde) (geneesheer + verpleegkundige ZH):												
Aantal uren/contacten voor opleidingen gegeven door het team voor ZH, mediaan, P25-P75	22 (13-36)	15 (9-31)		35 (23-36)	30 (15-95)		19 (11-41)	12 (7-28)		20 (13-28)	17 (11-26)	
Totaal aantal deelnemers aan deze opleidingen, mediaan, P25-P75	237 (140-365)	187 (96-285)		250 (160-393)	252 (141-285)		266 (152-384)	193 (111-318)		205 (105-313)	175 (61-265)	
Gemiddelde scores												
Gemiddelde van de punten (max.7)	5.7	5.1		6	5.5		5.6	4.9		5.8	5.2	
Gemiddelde score, %	81 %	73 %		86 %	79 %		70 %	70 %		74 %	74 %	
N (%) ziekenhuizen per klasse												
Lage score (< 4)	4	4 %	15 %	1	8 %	17 %	3	6 %	17 %	0	0 %	11 %
Matige score (4-5)	37	36 %	43 %	2	17 %	58 %	20	37 %	48 %	15	41 %	45 %
Hoge score (6-7)	62	60 %	41 %	9	75 %	46 %	31	57 %	35 %	22	59 %	45 %

ZH: ziekenhuishygiëne, IZ: intensieve zorgen, VTE: voltijds equivalent, P25-P75: percentiel 25-75.

3.3. INDICATOREN VAN DE CATEGORIE 'ACTIE'

De indicatoren van de categorie 'actie' omvatten 2 indicatoren verbonden met deelname aan vergaderingen, 11 verbonden aan de surveillance van infecties (waarvan 1 open vraag 'andere'), 1 voor een lokaal alarmsysteem en 7 voor de auditprocessen (waarvan 1 open vraag 'andere'). Een punt werd gegeven aan elke dichotomische indicator wanneer het antwoord 'ja' was, met uitzondering van de open vragen 'andere', vermits deze vragen vaak een element herhaalden dat eerder werd opgevraagd en daarom moeilijk te standaardiseren viel. Een punt werd gegeven aan ziekenhuizen die meer dan 150 opportuniteiten handhygiëne buiten campagne observeerden. De score 'acties' wordt dus uitgedrukt op een totaal van 20 punten.

Figuur 3 | Belgische ziekenhuizen, volgens hun score van kwaliteitsindicatoren voor de rubriek 'actie' met betrekking tot ziekenhuishygiëne, per regio, 2015



Actiescore: max. 20 punten

Tabel 4 | Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013-2015

	BELGIË		BRUSSEL		VLAANDEREN		WALLONIË	
	2015 (N=103)		2015 (N=12)		2015 (N=54)		2015 (N=37)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Deelname van de directie aan elke vergadering van het comité voor ZH	97	94 %	12	100 %	49	91 %	36	97 %
Deelname van het team voor ZH aan elke vergadering van het regionaal platform voor ZH	96	93 %	12	100 %	48	89 %	36	97 %
Surveillance								
MRSA (lokaal systeem voor toezicht)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	97 %
MRSA (deelname aan het nationale toezicht)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	97 %
Septicemieën (lokaal)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	92 %
Septicemieën (nationaal)	102	99 %	12	100 %	54	100 %	36	84 %
Multiresistente Gramnegatieve bacteriën (lokaal)	103	100 %	12	100 %	54	100 %	37	84 %
Multiresistente Gramnegatieve bacteriën (nationaal)	102	99 %	12	100 %	54	100 %	36	58 %
Toxigene <i>Clostridium difficile</i> -infecties	100	97 %	12	100 %	53	98 %	35	95 %
Infecties in eenheden voor IZ	70	68 %	7	58 %	45	83 %	18	34 %
Postoperatieve wondinfecties	41	40 %	7	58 %	27	50 %	7	8 %
Vancomycine-resistente enterokokken	97	94 %	12	100 %	51	94 %	34	74 %
Alarmsysteem								
Systematische interactie tussen het laboratorium en het team voor ZH	101	98 %	12	100 %	53	98 %	36	92 %

Tabel 4 (vervolg) | Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013-2015

Lokale audits van processen												
Lokale audit handhygiëne buiten de nationale campagne	81	79 %	47 %	8	67 %	42 %	48	89 %	63 %	25	68 %	26 %
Ziekenhuizen die het aantal HH-opportunities rapporteert	76	74 %	45 %	8	67 %	42 %	43	80 %	61 %	25	68 %	24 %
N opportuniteiten geobserveerd, mediaan (p25-p75)		348	457		377	325		488	467		175	317
Ziekenhuizen die minimum 150 opportuniteiten rapporteren	58	56 %	39 %	8	67 %	33 %	35	65 %	54 %	15	41 %	21 %
Andere lokale audits van processen												
Centrale lijnen	61	59 %	35 %	7	58 %	33 %	29	54 %	39 %	25	68 %	29 %
Kunstmatische ventilatie	67	65 %	55 %	5	42 %	33 %	41	76 %	67 %	21	57 %	45 %
Urinewegkatheters	55	53 %	19 %	8	67 %	17 %	21	39 %	22 %	26	70 %	16 %
Postoperatieve wondinfecties	44	43 %	18 %	7	58 %	33 %	25	46 %	22 %	12	32 %	8 %
Deelname nationale initiatieven												
Nationale campagne voor HH	98	95 %	93 %	12	100 %	83 %	53	98 %	96 %	33	89 %	92 %
Score voor acties												
Gemiddelde van de punten (max. 20)	16.3		13.6	16.8		13.3	16.7		14.5	15.7		12.5
Gemiddelde scores, %	82 %		68 %	84 %		67 %	84 %		72 %	62 %		62 %
N (%) ziekenhuizen per categorie												
Totaal met lage score (<13)	6	6 %	38 %	0	0 %	42 %	1	9 %	28 %	5	14 %	50 %
Gemiddelde score (13-15)	27	26 %	36 %	2	17 %	33 %	15	19 %	33 %	10	27 %	39 %
Hoge score (>15)	70	68 %	27 %	10	83 %	25 %	38	41 %	39 %	22	59 %	11 %

MRSA: methicilline resistente *Staphylococcus aureus*, IZ: intensieve zorgen

HH: handhygiëne

3.3.1. Open vragen

De exhaustieve lijst van de antwoorden op deze vragen vindt u in de bijlage. Wij hebben de antwoorden als volgt ingedeeld (door de audits en surveillances te combineren en de antwoorden uit te sluiten waarin surveillances of audits worden vermeld die elders zijn opgenomen, zoals de surveillance van de carbapenemase-producerende enterobacteriaceae of CPE).

Overdracht van micro-organismen	β-hemolytische strep. groep A, tuberculose, scabiës Rotavirus, norovirus, influenza, varicella, hepatitis A, respiratoir syncytiaal virus (RSV) Coagulase negatieve stafylokokken (CNS)
Infecties	Vasculaire toegang bij dialyse Urinaire infecties op sondes SARI (severe acute respiratory infections), VAP (ventilator-associated pneumonia) Legionelloses, aspergilloses
Processen	Isolaties, syndromische isolaties Contaminatie van de hemoculturen Katheterverbanden Opsporing MSSA bij dialyse, decontaminatie MRSA Consumptie handalcohol (HA), beheer van flessen HA Audits: standaard voorzorgen, handen (juwelen), Audits: implanteerbare poortkatheters, beheer van de aerosolmaskers, Audits: lingerie, reiniging Audits: kennis MRSA Audits: kledij operatiekwartier, checklist operatiekwartier, preoperatieve voorbereiding van de patiënten Audit: screening MRSA spoeddienst, Hemowaakzaamheid
Bescherming van het personeel	Professionele blootstelling aan respiratoire virussen, vaccinatie influenza Ebola Accidenten blootstelling aan bloed
Medisch-technisch	Endoscopie, melkkeuken Lucht in de operatiezaal Zwembad
Werkzaamheden / werven	Audits werkzaamheden Onderhoud van de straalbrekers
Onderaannemers, logistiek	Audits keuken HACCP

NB: voor sommige vermelde programma's zijn er geen wetenschappelijke aanbevelingen (oppervlaktestaal enz.).

3.4. PROCESINDICATOREN

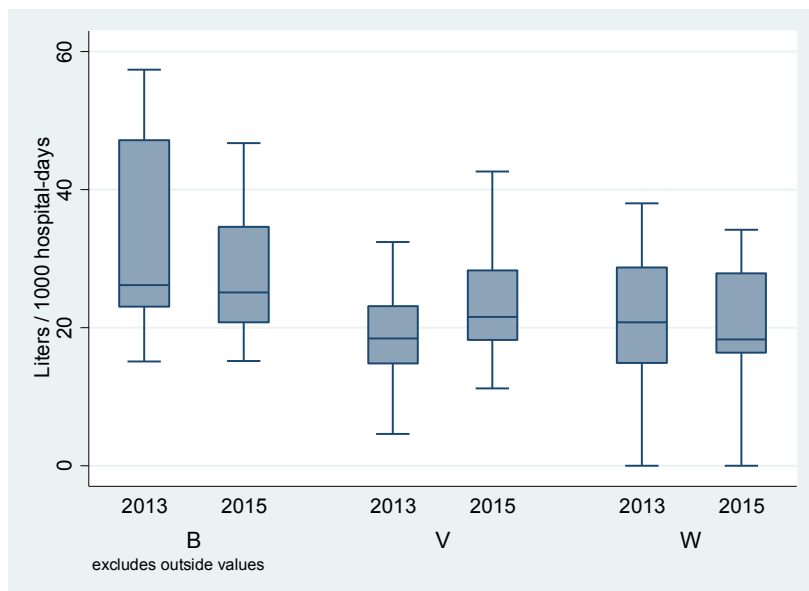
II. R.3 Verbruik van handalcohol in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015

Het verbruik van handalcohol is groter in Brussel maar de variabiliteit is groot (Figuur 4, Tabel 5). Het overzicht van de rangschikking wordt weergegeven in de bijlage.

Tabel 5 | Verbruik van handalcohol in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015

	BELGIË		BRUSSEL		VLAANDEREN		WALLONIË	
	2015	2013	2015	2013	2015	2013	2015	2013
	N=103		N=12		N=54		N=37	
Verbruik van handalcohol (L/1000 ligdagen), mediaan	21.3	21.1	25.1	30.4	21.6	18.5	19.6	20.8

Figuur 4 | Verbruik van handalcohol (L/1000 ligdagen) in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013-2015



B: Brussel, V: Vlaanderen, W: Wallonië. Zonder extreme waarden (uitbijters).

II. R.4 Percentage van compliantie van handhygiëne in eenheden intensieve zorgen tijdens de nationale campagne handhygiëne 2015

In 2015 bedroeg de compliantie van handhygiëne op intensieve zorgen voor 136 geobserveerde eenheden 80,6% (gemiddelde van percentages post-campagne). In 2013 bedroeg de compliantie van handhygiëne op intensieve zorgen voor 114 sites 77,8%.

(Bron: rapport van de 6^e campagne handhygiëne, 2016 (3))

(http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_nl.asp)

3.5. RESULTAATSINDICATOREN

II.R.1 Incidentie van nosocomiale MRSA-infecties (verworven in het ziekenhuis)

Deze gegevens werden verzameld in het kader van de MRSA-surveillance.

De incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen) vermindert constant sinds 2004 (3,3/1000 opnames) in acute Belgische ziekenhuizen met een waarde van 0,9/1000 opnames in 2015 (4).

Tabel 6 | Incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen), per regio, België 2013-2015.

Jaar	Gemiddelde incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen), per 1000 opnames		
	2013	2014	2015
Brussel	0.9	0.7	0.6
Vlaanderen	0.8	0.7	0.6
Wallonië	1.8	1.7	1.5
België	1.1	0.9	0.9

Bron: Surveillance van antibioticumresistente bacteriën in de Belgische ziekenhuizen: jaarlijkse rapporten 2013-2015
http://www.nsih.be/surv_mrsa/inleiding_nl.asp

II.R.2 Incidentie van katheter-gerelateerde bloedstroominfecties (ziekenhuisbreed)

Deze gegevens worden verzameld in het kader van de nationale surveillance van verworven bloedstroominfecties in het ziekenhuis.

In 2015 bedroeg de gemiddelde incidentie van septicemieën geassocieerd met een centrale veneuze katheter per 10 000 ligdagen 2,2 ziekenhuisbreed. (Bron: jaarrapport 2016 (5))

De resultaten per regio zijn niet beschikbaar.

Tabel 7 | Gemiddelde incidenties van katheter-gerelateerde bloedstroominfecties (BSI), België, 2013-2015

jaar	Katheter-gerelateerde bloedstroominfecties per 10 000 ligdagen		
	2013	2014	2015
Oorsprong centrale veneuze katheter*			
Bevestigd	0.8	0.9	0.9
Waarschijnlijk	0.6	0.7	0.8
Mogelijk	0.6	0.5	0.5
TOTAAL	2.0	2.1	2.2

* Bevestigd: klinisch vermoeden dat de centraal veneuze katheter de oorzaak is van de BSI en microbiologische bevestiging; waarschijnlijk: klinisch vermoeden maar geen microbiologische bevestiging; mogelijk: BSI niet secundair aan een infectie op een andere lichaamsplaats – in de surveillance 'oorsprong' geregistreerd als 'onbekend' - maar centraal veneuze katheter aanwezig in de twee dagen voorafgaand aan de BSI

4. DISCUSSIE

4.1. BELANGRIJKSTE RESULTATEN

Voor de verzameling van de gegevens van 2015 heeft het federale platform voor ziekenhuishygiëne beslist voorrang te geven aan de vergelijkbaarheid met de vorige gegevensverzameling. Bijgevolg zijn er geen wijzigingen aangebracht aan de indicatoren of aan de berekening van de scores. Alleen op die manier kan er precies worden nagegaan of er voor de geselecteerde indicatoren in 2015 vooruitgang werd geboekt.

Er is veel vooruitgang geboekt met betrekking tot alle zwakke punten geïdentificeerd in 2013:

- integratie van het strategisch plan voor ziekenhuishygiëne in het strategisch plan van het ziekenhuis (van 39% van de ziekenhuizen in 2013 tot 70% van de ziekenhuizen in 2015);
- surveillance van de infecties op intensieve zorgen (52% van de ziekenhuizen in 2013 tegenover 68% in 2015), surveillance van postoperatieve wondinfecties (18% tegenover 40%);
- toename van het aantal ziekenhuizen die lokale audits van processen rapporteren: handhygiëne (47% in 2013, 79% in 2015), centrale lijnen (35% tegenover 59%), kunstmatige ventilatie (55% tegenover 65%), urinewegkatheters (19% tegenover 53%), preventie van postoperatieve wondinfecties (18% tegenover 43%).

De sterke punten blijven dezelfde:

- constante daling van de incidentie van klinische MRSA-infecties verworven in acute ziekenhuizen (3,3/1000 opnames in 2003 tegenover 0,9/1000 opnames in 2015);
- de compliantie van de aanbevelingen inzake goede praktijken voor de handhygiëne op de intensieve zorgeenheden;
- globaal beschouwd heel goede resultaten wat betreft de indicatoren voor de organisatie en de middelen (respectievelijk 1 en 4 ziekenhuizen behalen een lage score voor deze indicatoren).

De incidentie van septicemieën geassocieerd met een centrale katheter is tussen 2013 en 2015 echter niet gedaald.

De waargenomen verbeteringen van de zwakke punten geïdentificeerd in 2013 (bijvoorbeeld de proces-indicatoren) zijn heel bemoedigend. Het lijkt redelijk om deze verbeteringen toe te schrijven aan het project 'kwaliteitsindicatoren' en aan de inzet van de teams voor ziekenhuishygiëne om de scores van hun ziekenhuis te verbeteren.

4.2. BEPERKINGEN

Validiteit van de gegevens

Aangezien er in België geen enkele externe kwaliteitscontrole is uitgevoerd op de gegevens geanalyseerd in dit rapport, hangt de betrouwbaarheid van de resultaten uitsluitend af van de zorg waarmee de ziekenhuizen correcte gegevens registreren. De noodzaak van een dergelijke kwaliteitscontrole is meermaals onderstreept -in de haalbaarheidsstudie (gepubliceerd in 2011) en in het rapport over de eerste gegevensverzameling (gepubliceerd in 2013)- maar deze aanbeveling werd nog niet uitgevoerd. Een dergelijke kwaliteitscontrole kan de geloofwaardigheid van het hele project substantieel opkrikken.

Verbetering van de proces-indicatoren ... niet van de resultaatsindicatoren

De verbetering van de proces-indicatoren zou kunnen doen hopen op een verbetering van de resultaatsindicatoren zoals de incidentie van ziekenhuisgerelateerde bloedstroominfecties (BSI, gegevens die elders worden verzameld), waaronder BSI geassocieerd met een centrale veneuze katheter. Dit is niet het geval. Enerzijds is het daar zeker nog te vroeg voor en anderzijds maken de dichotomische indicatoren (audits: ja/nee) het niet mogelijk om de kwantiteit en de kwaliteit van de uitgevoerde audits te evalueren. Ten slotte, verbeteringen op het gebied van de 'middelen' of de 'organisatie' moeten zich vertalen in een verbetering van de processen vooraleer zij een impact kunnen hebben op de resultaatsindicatoren.

De daling van de incidentie van nosocomiale MRSA-infecties, die nu al enkele jaren en ook in andere landen wordt waargenomen, kan niet worden toegeschreven aan een verbetering van de proces-indicatoren in het kader van het project 'kwaliteitsindicatoren'.

Slechts heel gedeeltelijke beoordeling van de kwaliteit van het programma ter preventie van infecties in ziekenhuizen

Dit project heeft niet tot doel om de kwaliteit op het gebied van de preventie van ziekenhuisinfecties op een exhaustieve manier te meten. De expliciete strategische keuze gemaakt door het federale platform voor ziekenhuishygiëne bestaat erin zich -ten minste in eerste instantie- te beperken tot de opdrachten van de hygiëneteamen. Dit sluit bijvoorbeeld alles wat het omzichtige gebruik van antibiotica betreft en de preventie van infecties onder het verzorgend personeel, uit. Het programma 'kwaliteitsindicatoren voor ZH' is eerst en vooral een middel ter verbetering, bijvoorbeeld om doelgerichte verbeteracties te sturen zoals de uitvoering van audits van goede praktijken.

Het aantal indicatoren verzameld in het kader van projecten is beperkt: de scores mogen dan ook niet worden geïnterpreteerd als een globale evaluatie van de kwaliteit van de ziekenhuishygiëne en nog minder van de globale kwaliteit van een ziekenhuis.

Zo bijvoorbeeld refereren alle indicatoren in de categorie 'organisatie' aan wettelijke plichten en bedraagt de gemiddelde score van de organisatie op nationaal niveau 93%. De indicatoren refererend aan wettelijke plichten vertegenwoordigen bijna de helft van de punten van de score in de categorie 'actie'. Er wordt aan deze plichten voldaan door meer dan 90% van de ziekenhuizen en de gemiddelde score voor actie bedraagt 82%. Deze hoge scores zouden kunnen doen vergeten dat een aantal elementen van de kwaliteit van de ziekenhuishygiëne niet in de cijfers zijn opgenomen.

4.3. STRATEGISCHE ORIËNTATIE VAN HET PROJECT EN VOLGENDE GEGEVENSVERZAMELING

Op de vergadering van het federale platform voor ziekenhuishygiëne en de vertegenwoordigers van het WIV op 2 december 2015 zijn de volgende strategische oriëntaties voorgesteld:

- Optie 1: het project 'kwaliteitsindicatoren' is een middel ter verbetering van specifieke doelgroepen
Wijzigingen aan het protocol gebruikt in 2013 beperken. Het doel bestaat erin het QI-programma te gebruiken als een middel ter verbetering van specifieke en relatief beperkte doelgroepen.
 - Voordelen:
 - Betere vergelijkbaarheid met de voorgaande resultaten;
 - Mogelijkheid om progressieve veranderingen te overwegen (bijvoorbeeld elk jaar een nieuw thema toevoegen);
 - Maakt het mogelijk om het programma bij te sturen in het licht van doelstellingen die prioritair worden geacht op basis van de vaststellingen van de verschillende structuren die betrokken zijn (federaal platform voor hygiëne, nationale surveillanceprogramma's, Hoge Gezondheidsraad, Belgian Infection Control Society).

- Nadelen:
 - Voor sommige teams kan het frustrerend zijn dat hun inspanningen op gebieden die niet zijn opgenomen in de berekening van de scores niet worden erkend en gevaloriseerd;
 - De kans bestaat dat men zich concentreert op het behalen van een goede score (dit is altijd het geval wanneer scores worden gebruikt maar des te meer wanneer het aantal indicatoren bijdragend tot de score beperkt is, zoals in het huidige project).
- Optie 2: het project kwaliteitsindicatoren heeft als doel een exhaustieve stand van zaken te bieden van de kwaliteit op het gebied van de preventie van infecties in het ziekenhuis

Het Franse programma '*Tableau de bord des infections nosocomiales*' heeft hiervoor geopteerd. Het doel bestaat erin een zo volledig mogelijke stand van zaken van de preventie van infecties in het ziekenhuis te bekomen. De ziekenhuizen beslissen zelf welke verbeteringen voor hen prioritair zijn.

- Voordelen:
 - globalere aanpak, de resultaten bieden een minder gedeeltelijke meting van de kwaliteit;
 - meer in de lijn van de doelstelling 'accountability,' zoals die is gedefinieerd.
- Nadelen:
 - Minder vergelijkbaar met voorgaande versies;
 - Grotere operationele complexiteit door de vermeerdering van de betrokken actoren.

Het federale platform voor ziekenhuishygiëne heeft –in een eerste fase- uitdrukkelijk voor optie 1 gekozen. Het is de bedoeling om in het begin van het jaar veranderingen aan het protocol voor te stellen opdat de hygiëneteams zich kunnen voorbereiden op de evaluatie van het volgende jaar. Deze herziening van het protocol vond echter niet plaats in 2016. De vragenlijst gebruikt in 2017 zal dus vergelijkbaar zijn met de vragenlijst die de voorgaande jaren is gebruikt.

4.4. FRAGMENTATIE VAN DE INITIATIEVEN 'KWALITEIT IN HET ZIEKENHUIS' IN BELGIË

Het programma 'kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne' evolueert parallel met tal van initiatieven 'kwaliteit in het ziekenhuis' in België, bijvoorbeeld het programma VIP2 van het Vlaamse Gewest (6), PAQS in de Franse Gemeenschap (7), verschillende initiatieven voor de accreditatie van ziekenhuizen, kwaliteitscontracten van de FOD enz. Deze ongecoördineerde initiatieven geven een gefragmenteerd beeld van de kwaliteit van de ziekenhuizen waarbij duplicaten en ontbrekende elementen in de meting van die kwaliteit worden gecombineerd.

5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Deze tweede gegevensverzameling op het gebied van de kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in 2015 bevestigt de sterke punten zoals de daling van de incidentie van de nosocomiale MRSA of de compliantie van de aanbevelingen inzake goede praktijken voor de handhygiëne. Zij heeft het mogelijk gemaakt om de grote vooruitgang geboekt in 2 jaar tijd met betrekking tot de zwakke punten geïdentificeerd in 2013 te meten, in het bijzonder wat de indicatoren van de audits betreft. Deze verbetering van de proces-indicatoren gaat echter niet gepaard met een verbetering van de resultaatindicatoren zoals de incidentie van ziekenhuisgerelateerde septicemieën of bloedstroominfecties geassocieerd met een centrale veneuze katheter die stabiel blijven. Men mag niet vergeten dat de scores slechts een heel gedeeltelijk beeld bieden van de kwaliteit op het vlak van de preventie van infecties in ziekenhuizen, en dat de afwezigheid van een externe kwaliteitscontrole de geloofwaardigheid van de resultaten schaadt.

Aanbevelingen

De actieprioriteiten en aanbevelingen zijn de volgende:

- voor de verantwoordelijke autoriteiten: een systeem invoeren voor een externe kwaliteitscontrole voor de gegevens verzameld in het kader van de kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne;
- voor alle actoren, inclusief het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid:
 - De ontwikkeling van procesaudits aanmoedigen en zo bijvoorbeeld:

Er een prioriteit van maken voor de platformen voor ziekenhuishygiëne, de vorming van hygiëneteams op het vlak van de invoering van procesaudits (wat, hoe, hoe vaak auditeren en de aanvaarding ervan verbeteren), zo eenvoudig mogelijke gestandaardiseerde protocollen ontwikkelen/identificeren.

- De deelname aan de surveillance van infecties op intensieve zorgeenheden en van postoperatieve wondinfecties aanmoedigen;

Ontwikkeling van vereenvoudigde surveillancetools gericht op het operationele nut voor het ziekenhuis zelf - de meerderheid van de ziekenhuizen vinden de huidige protocollen te ingewikkeld. De behoeften van de operationele hygiëneteams opnemen in het lastenboek van de nationale surveillancetools

- Overwegen om een bordtabel uit te werken die de verschillende initiatieven die bijdragen aan de strijd tegen zorggerelateerde infecties samenbrengt;

Meer bepaald het toevoegen van de indicatoren die ontwikkeld worden door de groep 'ziekenhuis geneeskunde' van BAPCOC. Deze groep coördineert de antibioticatherapie beleidsgroepen in ziekenhuizen.

- Op korte en middellange termijn overwegen om het programma uit te breiden naast de opdrachten van het hygiëneteam door indicatoren op de volgende vlakken toe te voegen:

Preventie van infecties onder het verzorgend personeel (accidenten met blootstelling aan bloed, vaccinatie), patiënten, families en bezoekers erbij betrekken ... (Dit vereist dat de structuren en functies belast met deze opdrachten in het project worden opgenomen: arbeidsartsen-preventieadviseurs, ...)

6. BIJLAGEN

6.1. FORMULIER

KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE ZIEKENHUISHYGIËNE ACUTE ZIEKENHUIZEN

Referentie jaar 2015 Ziekenhuis

zie [Lastenboek](#) voor definities, instructies en te bewaren bewijselementen.

Alle gegevens hebben betrekking op het referentiejaar (het jaar dat voorafgaat aan het jaar van deelname). OPGELET : Eén formulier per ziekenhuis fusie (erkenning nummer) ! Er dient slechts één formulier te worden ingevuld op fusieniveau dat betrekking heeft op het geheel van alle acute ziekenhuissites samen.

1 INDICATOREN : ORGANISATIE		
I.O.1.a	Algemeen strategisch plan op lange termijn (3-5 jaar) voor de ziekenhuishygiëne - goedgekeurd door het comité voor ziekenhuis hygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.1.b	Zo ja: geïntegreerd in het strategisch plan van het ziekenhuis	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.2	Aantal vergaderingen van het comité voor ziekenhuishygiëne	____
I.O.3	Gedetailleerd jaarlijks actieplan voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.4	Jaarverslag voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.5	Tenminste één verpleegkundige-ziekenhuishygiënist(e) is lid van het verpleegkundig middenkader	<i>O ja O nee O onbekend</i>
2 INDICATOREN : MIDDELEN		
I.M.1	Effectief aantal geneesheren-ziekenhuishygiënisten (voltijdse equivalenten -FTE) (in geval van fusie: voor het geheel van sites voor dezelfde fusie.)	____,____
I.M.2	Effectief aantal verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten (FTE) (in geval van fusie: voor het geheel van sites voor dezelfde fusie.)	____,____
I.M.3	Aanwezigheid van referenten in ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.M.4.a	Zo ja: aantal referenten in ziekenhuishygiëne in de eenheden voor intensieve zorgen	____
I.M.4.b	Aantal eenheden voor intensieve zorgen in het ziekenhuis	____
I.M.5.a	Totaal aantal referenten in ziekenhuishygiëne in de eenheden onder toezicht van een hoofdverpleegkundige (inclusief de eenheden voor intensieve zorgen)	____
I.M.5.b	Aantal eenheden onder toezicht van een hoofdverpleegkundige (inclusief de eenheden voor intensieve zorgen) in het ziekenhuis	____
I.M.6.a	Aantal uren/contacten voor opleidingen met betrekking tot ziekenhuishygiëne gegeven door het team voor ziekenhuishygiëne aan het personeel	____
I.M.6.b	Totaal aantal deelnemers aan deze opleidingen	____
3 INDICATOREN : ACTIES		
I.A.1	Deelname van de directie (ten minste één persoon met name de directeur, de hoofdgeneesheer of het hoofd van het verpleegkundig departement) aan elke vergadering van het comité voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.2	Deelname van het team voor ziekenhuishygiëne (ten minste één lid) aan elke vergadering van het regionaal samenwerkingsplatform voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
Lokaal systeem voor toezicht op...		
I.A.3.a	MRSA	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.3.b	Zo ja: deelname aan het nationale toezicht (NSIH)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.4.a	Septicemieën	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.4.b	Zo ja: deelname aan het nationale toezicht (NSIH)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.5.a	Multiresistente gramnegatieve bacteriën	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.5.b	Zo ja: deelname aan het nationale toezicht (NSIH)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
Lokaal systeem voor toezicht op...		

**KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE ZIEKENHUISHYGIËNE
ACUTE ZIEKENHUIZEN**

Referentie jaar 2015 Ziekenhuis

I.A.6	Toxinogene <i>Clostridium difficile</i> infecties	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.7	Infecties in eenheden voor intensieve zorgen	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.8	Postoperatieve wondinfecties	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.9	Vancomycine-resistente enterokokken	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.10.a	Een ander lokaal surveillancesysteem voor zorggerelateerde infecties/multiresistente bacteriën dan hierboven beschreven	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.10.b	Zo ja, welke:	
I.A.11	Systematische interactie tussen het laboratorium en het team voor ziekenhuishygiëne die het mogelijk maakt om de lijst van de micro-organismen waarvoor bijkomende voorzorgsmaatregelen nodig zijn snel en vlot te delen (alarmsysteem)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.12.a	Lokale audit op naleving van de aanbevolen procedures voor handhygiëne buiten de nationale campagne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.12.b	Zo ja, hoeveel opportuniteiten voor handhygiëne werden geobserveerd dit jaar	_ _ _ _
Lokale audit van processen met betrekking tot de kritieke punten in de zorg van of de preventie van...		
I.A.13	de centrale lijnen	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.14	de kunstmatige ventilatie	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.15	de urinewegkatheters	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.16	de postoperatieve infecties	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.17.a	andere zorgprocessen/infecties dan hierboven beschreven (met betrekking tot ziekenhuishygiëne)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.17.b	Zo ja, welke :	
Deelname aan het volgende initiatief (enkel van toepassing als in het desbetreffende jaar dit initiatief heeft plaatsgevonden)		
I.A.18	nationale campagne voor handhygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.19.	nationale prevalentiestudie met betrekking tot zorggerelateerde infecties (en antibioticagebruik)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
4 UITKOMSTINDICATOREN (zoals gedefinieerd door het protocol van het WIV) Deze gegevens zijn elders beschikbaar – hier invoeren niet nodig		
5 PROCESINDICATOREN		
II.R.3	Totale consumptie dit jaar (volume in liters) van handalcohol in de zorgeenheden van het ziekenhuis	_ _ _ _
6 ANDERE		
deno	Totaal aantal ligdagen in referentiejaar	_ _ _ _
III.V.1	Gegevens gelezen en goedgekeurd door de medische directeur	<i>O ja O nee O onbekend</i>
II.R.4	Commentaar op deze indicatoren (max: 250 woorden)	

6.2. NOMINATIEVE LIJST VAN DE ZIEKENHUIZEN MET HUN SCORE

Opgelet: de scores hebben slechts betrekking op een beperkt aantal indicatoren voor ziekenhuishygiëne en mogen in geen geval worden beschouwd als een globale meting van de kwaliteit van het ziekenhuis.

NB: in geval van gefuseerde ziekenhuizen is het normaal dat uitsluitend de fusienaam naast de postcode van de hoofzetel in de lijst staat.

	POST-CODE	COMMUNITY	NAME	POINTS GANISATION (max 6)	POINTS RESOURCES (max 7)	POINTS ACTIONS (max 20)
1	1000	BRUSSEL--1	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	6	6	17
2	1000	BRUXELLES--1	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST. PIERRE	6	7	18
3	1000	BRUXELLES--1	INSTITUT JULES BORDET	4	2	15
4	1020	BRUXELLES-2	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA (HUDERF)	6	6	16
5	1020	BRUXELLES--2	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	6	7	16
6	1040	BRUXELLES--4	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	1	6	13
7	1070	BRUXELLES--7	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES - HOPITAL ERASME	5	7	17
8	1070	BRUXELLES--7	CENTRE HOSPITALIER INTERREGIONAL EDITH CAVELL (SARE)	6	7	18
9	1090	BRUSSEL--9	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	6	7	18
10	1180	BRUSSEL-18	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	6	5	16
11	1180	BRUXELLES-18	C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL	6	5	18
12	1200	BRUXELLES-20	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	5	7	19
13	1340	OTTIGNIES	CLINIQUE SAINT PIERRE	5	7	18
14	1400	NIVELLES	CENTRE HOSPITALIER TUBIZE - NIVELLES	5	7	18
15	1500	HALLE	A.Z. SINT-MARIA	6	7	19
16	1800	VILVOORDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VILVOORDE	6	4	14
17	2060	ANTWERPEN-6	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	6	6	17
18	2100	DEURNE	A.Z. MONICA	6	7	13
19	2200	HERENTALS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HERENTALS	6	5	17
20	2300	TURNHOUT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	6	5	16
21	2390	MALLE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	6	7	18
22	2400	MOL	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	6	5	16
23	2440	GEEL	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	5	5	19
24	2500	LIER	HEILIG HART ZIEKENHUIS Vzw	6	2	15
25	2610	WILRIJK	GZA- ZIEKENHUIZEN	5	5	20
26	2650	EDEGEM	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	5	7	20
27	2800	MECHELEN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	6	5	14
28	2820	BONHEIDEN	IMELDA ZIEKENHUIS	6	6	18
29	2840	REET	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIGE FAMILIE	5	4	16
30	2880	BORNEM	SINT-JOZEFKLINIEK	6	4	15
31	2930	BRASSCHAAT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	5	7	19
32	3000	LEUVEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	6	6	15
33	3000	LEUVEN	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	6	6	20
34	3290	DIEST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	6	5	19
35	3300	TIENEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART TIENEN	6	5	13
36	3500	HASSELT	JESSAZIEKENHUIS	6	7	19
37	3550	HEUSDEN	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	6	6	14
38	3600	GENK	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	5	5	20
39	3680	MAASEIK	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	6	1	11
40	3700	TONGEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	6	5	17
41	3800	SINT-TRUIDEN	ST. TRUDO ZIEKENHUIS	5	7	15
42	3900	OVERPELT	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	6	7	14
43	4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	5	5	17
44	4000	LIEGE-1	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	6	7	18
45	4000	LIEGE-1 (SART-TILMAN)	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	6	7	18
46	4000	ROCOURT	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	6	7	17
47	4020	LIEGE	INTERCOM. DE SOINS SPECIALISES DE LIEGE	6	4	14
48	4040	HERSTAL	CLINIQUE ANDRE RENARD	5	5	16
49	4100	SERAING	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	6	5	14

■ = laag

■ = gemiddeld

■ = hoog

POST-CODE	COMMUNITY	NAME	POINTS GANISATION (max 6)	POINTS RESSOURCES (max 7)	POINTS ACTIONS (max 20)	
50	4500	HUY	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	6	4	13
51	4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	6	5	11
51	4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	6	5	11
52	4780	SANKT-VITH	KLINIK ST.-JOSEF	6	4	12
53	4800	VERVIERS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE VERVIERS	5	6	13
54	4960	MALMEDY	CLINIQUE REINE ASTRID	5	4	12
55	5000	NAMUR	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	4	6	19
56	5000	NAMUR	CHU UCL NAMUR	5	6	16
57	5004	BOUGE	CLINIQUE ST.-LUC	6	7	17
58	5060	AUVELAIS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL SAMBRE ET MEUSE	5	4	14
59	5500	DINANT	CHU UCL NAMUR	6	5	14
60	5530	MONT-GODINNE	CHU UCL NAMUR	6	7	17
61	6000	CHARLEROI	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	6	5	20
62	6041	GOSSELIES	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	6	6	16
63	6042	LODELINSART	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CHARLEROI	6	7	17
64	6110	MONTIGNY-LE-TILLEUL	C. H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	6	7	17
65	6460	CHIMAY	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	6	4	15
66	6700	ARLON	VIVALIA - CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	6	5	19
67	6800	LIBRAMONT	VIVALIA - CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	6	4	12
68	6900	MARCHE-EN-FAMENNE	VIVALIA - INSTITUT FAMENNE-ARDENNE-CONDROZ	6	7	17
69	7000	MONS	C.H.U. ET PSYCHIATRIE DE MONS-BORINAGE	6	6	14
70	7000	MONS	CHR MONS - HAINAUT	5	5	15
71	7060	SOIGNIES	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	5	6	14
72	7100	HAINE-SAINT-PAUL	CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT	5	6	18
73	7100	LA LOUVIERE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	4	7	17
74	7301	HORNU	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	5	7	16
75	7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	5	6	12
75	7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	5	6	12
76	7700	MOUSCRON	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	6	7	16
77	7800	ATH	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	5	7	16
78	8000	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	4	6	16
79	8300	KNOKKE-HEIST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ZENO	5	7	19
80	8310	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	5	7	15
81	8400	OOSTENDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	6	7	18
82	8500	KORTRIJK	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	6	7	19
83	8630	VEURNE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS	5	6	15
84	8700	TIELT	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	5	6	17
85	8790	WAREGEM	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	5	5	18
86	8800	ROESELARE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DELTA	5	4	16
87	8820	TORHOUT	ST.-REMBERTZIEKENHUIS V.Z.W.	6	3	16
88	8870	IZEGEM	ST.-JOZEFSKLINIEK Vzw	6	7	17
89	8900	IEPER	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	6	6	16
90	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	5	6	18
91	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	6	6	14
92	9000	GENT	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	6	7	15
93	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	5	5	18
94	9100	SINT-NIKLAAS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	6	5	18
95	9160	LOKEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	6	5	14
96	9200	DENDERMONDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	6	7	18
97	9300	AALST	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	5	6	16
98	9300	AALST	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	6	5	17
99	9600	RONSE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	6	6	17
100	9620	ZOTTEGEM	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	6	6	19
101	9700	OUDENAARDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENAARDE	6	5	18
102	9800	DEINZE	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	6	6	16
103	9900	EKLO	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	6	6	18

 = laag  = gemiddeld  = hoog

6.3. VRAAG: 'ANDER LOKAAL SURVEILLANCESYSTEEM VOOR ZORGERLATEERDE INFECTIES/MULTIRESISTENTE BACTERIËN DAN HIERBOVEN BESCHREVEN' – ZOALS GERAPPORTEERD

Hosp	A_10_b
6	Legionella pneumophila
9	TBC, CPE, <i>Enterobacter cloacae</i> , <i>Escherichia coli</i> en <i>Klebsiella pneumoniae</i> en multiresistente <i>Pseudomonas aeruginosa</i> en <i>Acinetobacter baumannii</i>
10	Infections liées aux soins avec <i>Acinetobacter baumannii</i> multi-résistant
12	rotavirus
17	In het elektronisch patientendossier kan een attentiecode ingegeven worden die wijst op een besmetting.
32	MDRO: CPE, Nonfermenters
37	NOROVIRUS
39	CPE + changement de cathéter de voies centrales au QO pour cause d'infection.
42	CPE
43	Suivi des infections d'accès vasculaires en hémodialyse (FAV, Goretex, cathéters)
49	MRSA-screening bij alle gehospitaliseerde patienten; CPE-screening bij alle patienten die uit een ander ziekenhuis komen; CPE-screening op alle urinestalen van geriatrische patienten
57	Norovirus
63	isolaties 2015
68	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multi R
76	Expositions professionnelles / viroses respiratoires hivernales
77	suivi CPE USI 1020 du 1/2 au 25/5/2015.
79	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> multirésistant -
87	CPE ESBL
96	CPE
97	Wekelijkse opvolging incidentie van een aantal geselecteerde kiemen om epidemische verheffing vroegtijdig te detecteren
99	Cauti, BRMO
102	urinewegsinfecties, centraal-veneuze katheter-gerelateerde infecties
103	BLSE CPE
104	Wekelijkse antibiotica toer op intensieve zorgen
110	RSV, Rota-virus, salmonella, Tuberculose, CPE
117	Influenza positieve patiënten
124	RSV/ rota/ adeno's
126	<i>Klebsiella pneumoniae</i> Amp_C
134	Excel bestand op server via labo en opvolging team ziekenhuishygiëne
140	1. MR <i>Acinetobacter baumannii</i> 2. MR <i>Pseudomonas aeruginosa</i> 3. Carbapenemase resistente <i>Enterobacteriaceae</i> 4. Vanco resistente <i>Enterococci</i> 5. Linezolid resistente <i>Enterococci</i> 6. urinewegsinfecties 7. kwaliteit hc
146	KPN BLSE
150	CPE
164	CPE
166	* <i>Pseudomonas aeruginosa</i> multi-R dont producteurs de carbapénémase type VIM * CPE * Suite et fin gestion <i>Citrobacter koseri</i> en C »ge néonatal
176	UWI - legionella - NORO/ROTA
217	CPE

Hosp	A_10_b
243	SARI (ernstige acute luchtweginfecties) en TBC
246	surveillance de l'émergence des CPE
264	CPE
265	overzichtslijsten vanuit van alle pt met een zorggerelateerde infectie/multiresistente bacterie met opvolging bij heropname Pediatrie: overzichtslijst van isolatie op basis klinische symptomen
290	surveillancescreening IZ en oncologie, MRSA/MMSA screening dialyse
300	Legionella, CAUTI's, bijzondere micro-organismen (influenza, varicella,...)
308	CAUTI
310	nosocomiale Aspergillus, legionella, virale infecties
314	urine­weginfecties, Katheterinfecties
322	zie jaarverslag UZLeuven
325	CPE
332	Entérobactérie, staph coag neg, BGN non fermentant, legionella, TBC
346	contamination des hémocultures - surveillance KPN BLSE
371	urine­weginfecties
378	Intern registratieprogramma
392	aantal isolaties aantal urine­weginfecties
395	TBC
396	CAUTI incidentiemeting
403	pyo VIM
406	pyo MDR acinetobacter legionellose tuberculose influenza infections nosocomiales C strepto beta hemolytique A ...
525	CPE
534	klebsiella pneumoniae oxa-48
536	TBC - HAV-CPE
550	Scabies
595	S. pyogenes, meropenem R Acinetobacter, S. pneumoniae, MR P. aeruginosa, RSV, Influenza, Rota, Stenotropomonas maltophilia op IC, peillaboratoria
670	CPE
682	Urine­weginfecties, Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae (CPE)
689	Glims : 1.Norovirus, 2.Streptococcus pyogenes, 3. Influenza A/B
707	TUBERCULOSE PULMONAIRE, GRIPPE
709	ESBL
710	VAP ratio, standaard screening MRSA en CPE op intensieve zorgen
712	Heelkunde 1 project Blaassondage opvolgen UWI
713	via Glims
714	meldingsplichtige infectieziekten
718	CPE
723	legionelle, enterobacter, tbc, staphylococcus, BGH

6.4. VRAAG: 'ANDERE ZORGPROCESSEN/ INFECTIES DAN HIERBOVEN BESCHREVEN' (MET BETREKKING TOT ZIEKENHUISHYGIËNE) - ZOALS GERAPPORTEERD

Hosp	A_17_b
6	Endoscopie digestive
9	Prikongevallen, griepvaccinatie medewerkers
10	Suivi des patients présents dans un service concerné par une épidémie de gale / Surveillance des syndrômes respiratoires aigus (SARI) pour Influenza (ISP).
12	-melkkeuken: afkoelingsproces en microbiologische veiligheid. -behandeling van ziekenhuislinnen -bacteriologische omgevingscontroles -werfbezoeken bij bouwen en verbouwen -tracers infectiepreventie
17	Rondgang in de 'nieuwbouw'; MRSA+CPE screening
20	Cathéters périphériques
23	Audit du respect des précautions additionnelles
39	Bactériémies post-hospit de 48H aux USI + gestion de pansements de voies périphériques aux USI et urgences
43	Dépistage et décontamination des patients MSSA en dialyse. Suivi de la couverture vaccinale des patients dialysés.
49	Staphylococcus aureus dragerschap op de neonatale intensieve zorgafdeling Audit op hemodialyse gevolgd door opleiding op maat op vlak van ZIB Wekelijks overleg ZIB-I-diensten met het oog op optimale infectiebeheersing
63	Partikelmetingen OK Cultuurafnames endoscopie cultuurafnames melkkeuken cultuurafnames grootkeuken audit handhygiëne audit isolaties audit melkkeuken
77	précautions additionnelles, support solution hydroalcoolique, port de bijoux
79	Conso SHA par unité ou service - Audit environnement hémato - Audit bijoux.
87	Programme infectio-hygiène bulletin épidémiologique et feuille du tour infectieux
96	cathtéters veineux périphériques
97	Toezicht op de toepassing van het screenen op MRSA volgens de intern voorgeschreven indicaties. Ook wekelijks toezicht op de juiste toepassing van isolatiemaatregelen.
110	Audits travaux, Audit cuisine et biberonnerie, Audits déchets
111	Contrôle légionnelle Contrôle eau piscine Contrôle particules air bloc opératoire
117	1. VRE op dialyse, D5, C5, D6 incl cohorte dienst ism Z&G. 2. Ebola opleiding, audit infrastructuur Spoeddiensten, patiëntenflow en omkleedprocedures
124	Oppervlakteculturen/ ABC/Rondgang afdeling veiligheidsrondes
126	Bijkomende voorzorgsmaatregelen (infecties/kolonisaties)
140	Endoscopie waterbeheersplan pediatrie interne mini audits, aspect zhh lucht, oppervlakken sepsis, urineweginfecties zorggerelateerde infecties/kolonisatie met resistente MO op iz powi na ingreep borst
143	Audit intensieve zorgen: standaardvoorzorgsmaatregelen en bijkomende voorzorgsmaatregelen
146	Mise en place des précautions additionnelles Audit annuel entretien endoscopes
152	Cathéter périphérique
158	Biberonnerie
166	* Actualisations procédures dont désinfections endoscopes souples * Audit bundle hygiène bloc opératoire ~ ttes chirurgies électives + orthopédiques prothétiques
168	CPE Carbapenemase
204	Interne audit op de afdeling Endoscopie
217	Reiniging en desinfectie van aerosol. Gebruik isolatiemateriaal bij patiënten met BRMO, HACCP controles, toediening antibiotica
243	zorgobservaties ziekenhuishygiëne (controle scheiding proper-vuil, enz.), basisvoorwaarden handhygiëne, legionella, reinigings- en desinfectieproces flexibele endoscopen, enz.
246	journée « audit » non port des bijoux et friction des mains

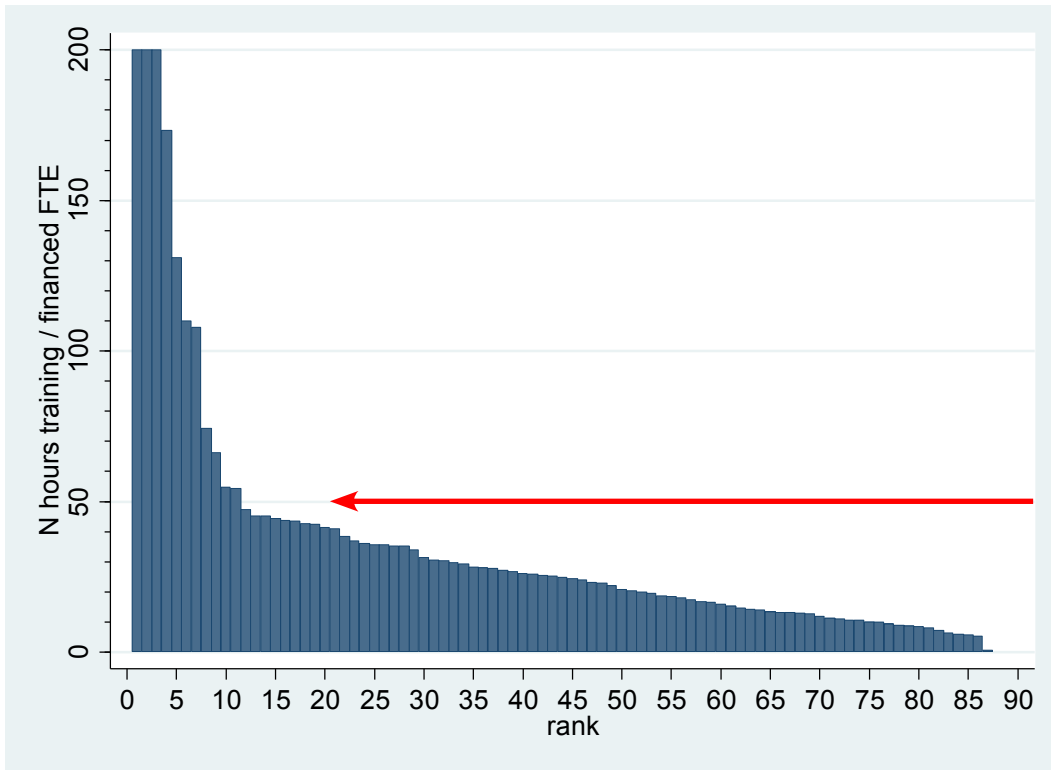
Hosp	A_17_b
247	consommation antibiotiques contrôle endoscopes Légionella et Aspergillus(eau, air, surface) plats cuisinés et biberons
249	Isolements et Chambres implantables
254	Hygiène et sécurité des denrées alimentaires Surveillance de Legionella dans l'eau de distribution
264	Gestion des pansements des KT périphériques aux USI et Urgences
265	controle basisvereisten handhygiëne. Kwantitatief onderzoek over kennis MRSA bij verpleegkundigen. Audit HACCP
266	Tenue du personnel au bloc CheckList sécurité au bloc check List sécurité en endoscopie digestive
290	vaataccessgerelateerde bacteriëmen op dialyse
300	longfunctietesten, stamceltransplantaties, endoscopieën, gebruik speelgoed, borst-en flesvoeding, voeding, schoonmaak,...
308	audit endoscopie, audit luchtkwaliteit operatiekwartier, tracers ZHH afdelingen en OK, controle voedingszorg afdelingen en melkkeuken
310	preventie van nosocomiale infecties m.b.t. gebruik van flexibele scopen
322	Aspergillus
332	Audit des pansements des KT (périph, CVC, RASC...), Hygiène préopératoire, HémoVigilance
346	surveillance microbiologique des endoscopes - frottis de dépistage USI et urgences - audit précautions additionnelles - frottis dépistage ortho
371	afdelings- en raadplegingstracers (endoscopie, OKA, ...)
392	kolonisaties MRK kennis handhygiëne aantal flessen handalcohol per afdeling, kwaliteit handalcohol, aanwezigheid lege flessenhandalcohol
396	legionella
397	Controles flexibele endoscopen, perifere lijnen, legionella en oppervlakken.
403	Audit entretien des brise-jets Audit dépistage des BMR
406	stratégies de dépistages, audit d'infrastructures, sous-traitants, etc
409	Protocole de surveillance des endoscopes + protocole de surveillance des paramètres de la piscine.
412	Précautions d'isolement - désinfection hygiénique des mains - mains dépourvues de bijoux
534	préparation préopératoire du patient
550	project afname hemoculturen
689	1.endoscopie 2.centrale keuken 3.afdelingskeukens 4.schoonmaak
706	Entretien
707	aerosoltherapie, precautions additionnelles, controles microbiologique des laves endoscopes
709	luchtweginfecties door hygiëne controle op de aerosolmaskers
712	observatie operatiekwartier tracers alle afdelingen observatie melkkeukens culturen verloskwartier, intensieve, N*, operatiekwartier, kwaliteitscontrole poets,
713	dienstkledij, basisvoorwaarden handhygiëne
715	HACCP audits en verbeterprogramma ikv voedsel gerelateerde infecties.
716	Audit endoscopie: « Reiniging en desinfectie van flexibele endoscopen » Audit: « Hygiène in de melkkeuken »
723	catheters (KTC,KTP) préparation sale operation, infections sonde hemog

6.5. NIET NOMINATIEVE RANGSCHIKKING (RANKING)

De onderstaande grafieken tonen voor bepaalde indicatoren, via een continue numerieke waarde, de gevonden waarden in dalende volgorde. Dit laat toe dat de individuele ziekenhuizen, voor de betreffende indicator, hun plaats in de rangschikking kunnen aanduiden door hun waarde in de figuur op te zoeken.

6.5.1. Aantal uren vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne

Figuur 5 | Rangschikking van het aantal uren vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne, Belgische ziekenhuizen, 2015

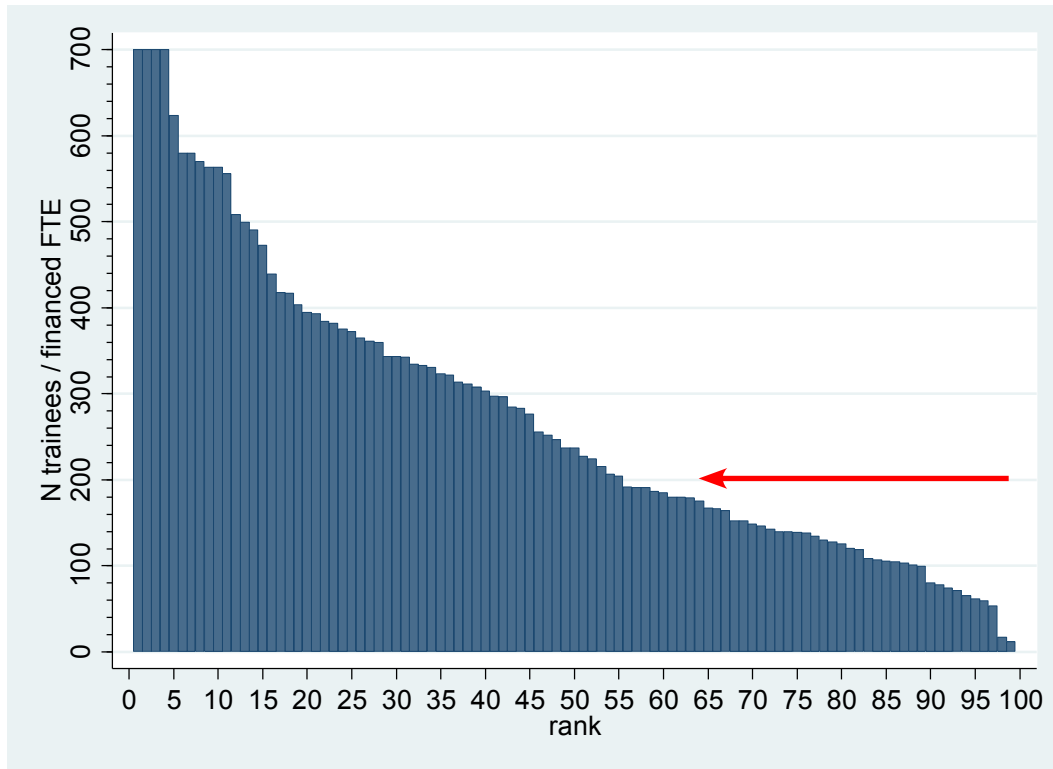


ETP: VTE (voltijdsequivalent). De figuur werd afgeroomd op 200; 36 ziekenhuizen rapporteerden meer dan 200 uur vorming voltijds equivalent in ziekenhuishygiëne.

Voorbeeld: 50 uur vorming per voltijds equivalent (VTE) stemt ongeveer overeen met de 14e plaats.

6.5.2. Aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne

Figuur 6 | Rangschikking van het aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijdsequivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne, Belgische ziekenhuizen, 2015

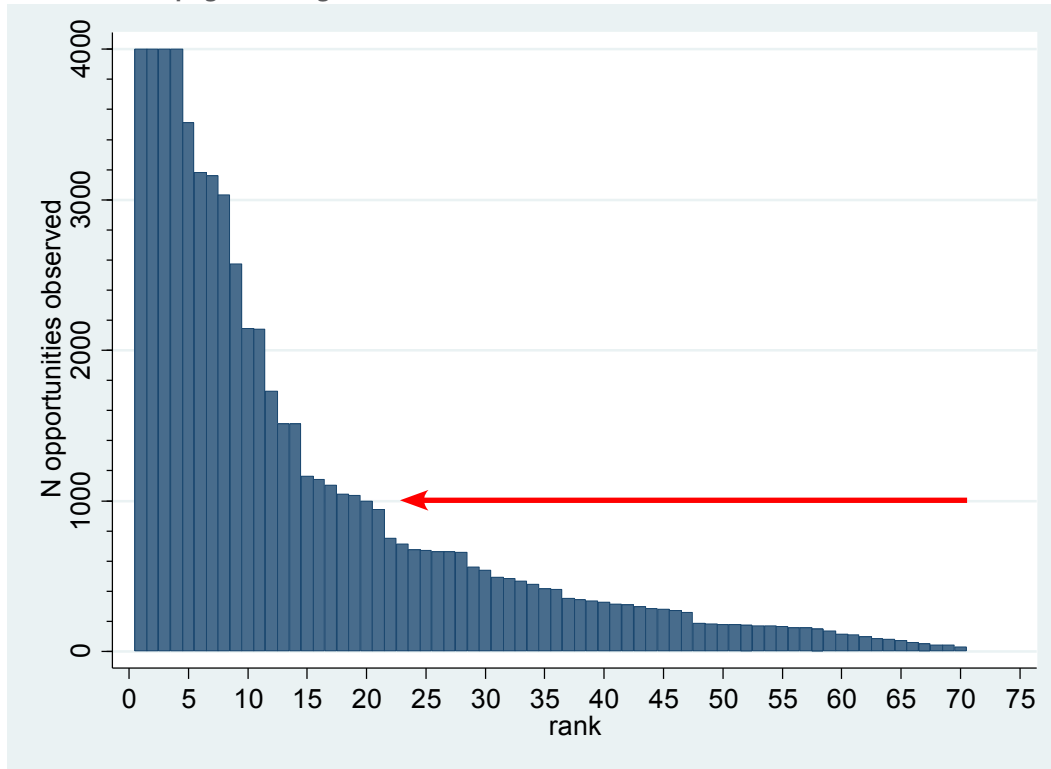


ETP: VTE (voltijdsequivalent). De figuur werd afgerond op 700; 4 ziekenhuizen rapporteerden meer dan 700 deelnemers

Voorbeeld: 200 deelnemers/VTE stemt ongeveer overeen met rang nummer 55.

6.5.3. Opportuniteiten handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2013.

Figuur 7 | Rangschikking van het aantal opportuniteiten handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2015

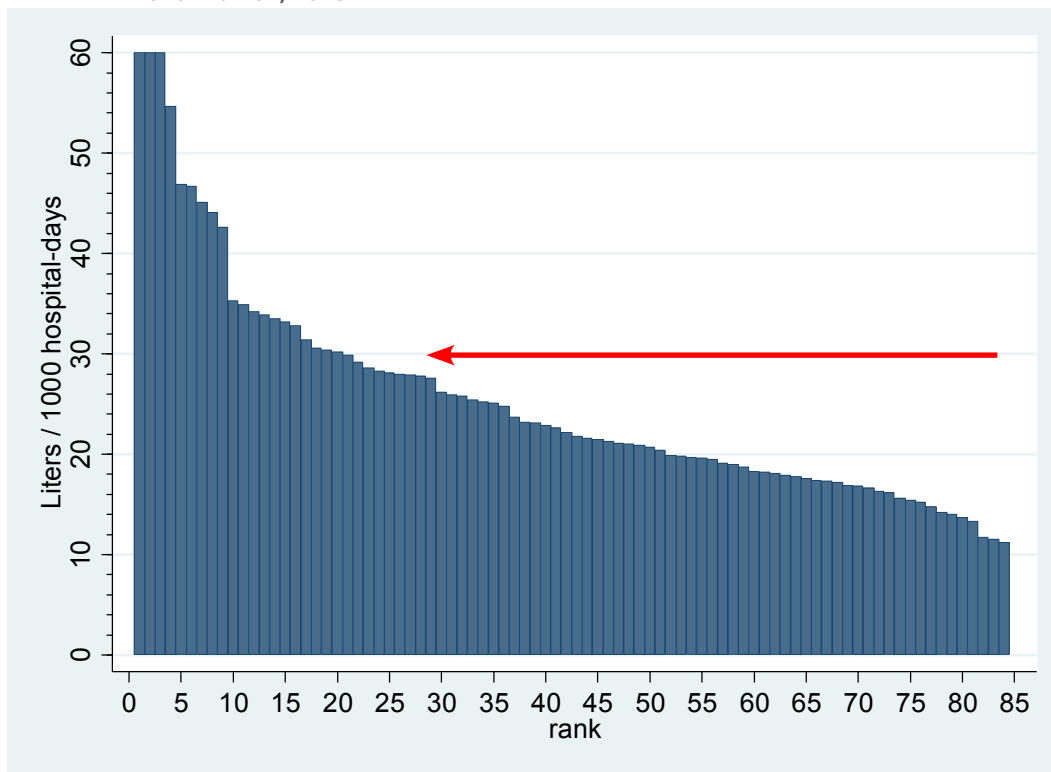


De figuur werd afgeroomd op 4000; 4 ziekenhuizen rapporteerden meer dan 4000 opportuniteiten.

Voorbeeld: 1000 observaties van opportuniteiten voor handhygiëne (buiten campagne) stemt ongeveer overeen met rang nummer 20.

6.5.4. Aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen

Figuur 8 | Rangschikking van het aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen, voor Belgische ziekenhuizen, 2015



De figuur werd afgeroomd op 60 L.

Voorbeeld: 30 L/1000 ligdagen stemt ongeveer overeen met een rangschikking op de 22e plaats.

7. REFERENTIES

- (1) C-2015/24034, Moniteur Belge - Belgisch Staatsblad 27.01.2015, Article 5, §2
<http://www.nsih.be/download/CDIF/Arrete%20Royal%202015.xps>
- (2) Viseur N, Lambert M. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen. Eindrapport. Bruxelles: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2011D/2011/2505/38.
http://www.nsih.be/download/IQ/IQ_eindrapport_NL_aanpassing%20na%20opmerkingen%20RPs%20_vs3.pdf
- (3) Fonguh S, Catry B. Nationale resultaten, zesde handhygiëne campagne (2015). Brussels, Belgium: 2015
http://www.nsih.be/surv_hh/inleiding_nl.asp
- (4) Jans B, Glupczynsk Y, Goossens H, Denis O. Surveillance van antibioticaresistente bacteriën in Belgische ziekenhuizen - 2015 (**under press**). Brussels, Belgium: Scientific institute for Public Health, 2016
http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_nl.asp
- (5) Duysburgh E., Lambert ML. Surveillance bloedstroominfecties in Belgische ziekenhuizen Jaarrapport 2016 (gegevens 2015). Brussels, Belgium: Scientific Institute for Public health, 2016
http://www.nsih.be/surv_sep/result_nl.asp
- (6) Vlaams Indicatorenproject - 2 (VIP2)
<https://ww.zorg-en-gezondheid.be/indicatoren-vip2-az-per-domein> accessed on 9-22-2016
- (7) PAQS: Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients
<http://www.paqs.be/fr-BE/A-propos.aspx> accessed on 9-22-2016

© Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
OPERATIONELE DIRECTIE
VOLKSGEZONDHEID EN SURVEILLANCE
Juliette Wytsmanstraat 14
1050 Brussel | België
www.wiv-isp.be