



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

## Het doel van SNIV

Landelijk inzicht geven in het vóórkomen van infectieziekten in uw eigen verpleeghuis in vergelijking met dat van de andere deelnemende huizen. Uiteindelijk doel is het optimaliseren van de infectiepreventie in verpleeghuizen. Wilt u ook deelnemen aan 1 van de modules?

**Mail dan naar [sniv@rivm.nl](mailto:sniv@rivm.nl).**

We geven graag een presentatie over SNIV op uw locatie. Deelname is officieel wanneer het aanmeldformulier is ontvangen.

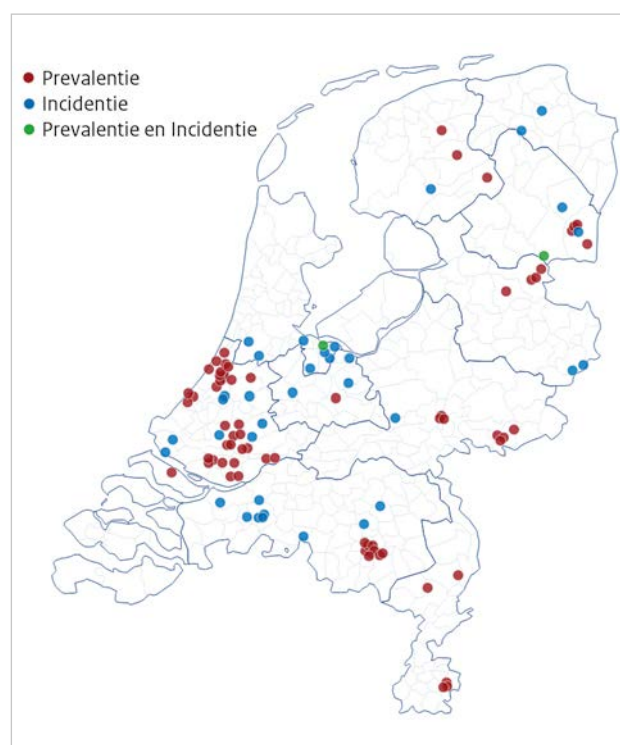
SNIV is binnen RIVM/Cib/EPI onderdeel van de projectgroep zorggerelateerde infecties en antimicrobiële resistentie.

# Nieuwsbrief SNIV 04

Jaargang 8 | nummer 4 | dec 2016

In dit nummer o.a.

1. Interview met Elly van Zanten, SO Opella, Bennekom
2. Wijzigingen protocol prevalentie onderzoek 2017
3. Referentiecijfers 5 jaar incidentie meting (2011-2015)
4. Griep epidemie van dit jaar treft mogelijk ouderen
5. Oproep voor delen ervaringen verzorgen BRMO dragers
6. Agenda: Startersdagen Prevalentie meting
7. Verzoek invullen algemene vragenlijst
8. Resultaten incidentiemeting t/m week 40 van 2016



**26 instellingen** nemen met **39 locaties** deel aan de incidentiemeting  
**25 instellingen** nemen met **85 locaties** deel aan de prevalentie meting

## Interview met Elly van Zanten werkzaam als Specialist Ouderengeneeskunde bij Opella

■ Voor deze nieuwsbrief hebben we een gesprek gehad met Elly van Zanten werkzaam als SO bij Opella. Opella is de meest recente deelnemer binnen het SNIV netwerk en gaat deelnemen aan de incidentiemodule.

*Wil je je zelf even voorstellen. Hoe lang ben je al werkzaam als SO en meer specifiek binnen dit verpleeghuis of binnen Opella en heb je speciale aandachtsgebieden binnen de groep SO.*

Mijn naam is Elly van Zanten. Ik ben 44 jaar en werk 12 jaar als specialist ouderengeneeskunde bij Opella. Ons artsenteam bestaat uit 7 vaste S.O.'s en 1 verpleegkundigspecialist en 1 of 2 artsen in opleiding. De laatste jaren verdelen we steeds meer de taken en aandachtsgebieden binnen ons team. Een aantal artsen hebben een kaderopleiding gedaan. Zelf heb ik afgelopen jaar de kaderopleiding psychogeriatric afgerond. Mijn aandachtsgebieden zijn PG bopz, en infectiepreventie. Juist in de PG is infectiepreventie lastig, vind ik. Enerzijds omdat de patiënten vaak zelf niet goed beseffen dat ze b.v. moeten handen wassen na toiletgang. Anderzijds willen we een huiselijk woonsfeer op de woongroepen en geen "steriele" ziekenhuisomgeving.

*Je hebt de eerste contacten gelegd naar het RIVM voor deelname aan SNIV. Zit je ook in de infectiecommissie. Kun je wat vertellen over de infectiecommissie binnen Opella, wie zitten daarin vanuit welke geledingen en maakt infectieregistratie deel uit van de vaste agenda van de commissie?*

Bij Opella hebben we ongeveer 15 jaar een commissie hygiëne en infectiepreventie. Deze commissie bestaat uit een beleidsmedewerker, 2 verpleegkundigen en 2 leidinggevenden van het zorgpersoneel en een arts. Aanvankelijk waren we gericht op intramuraal, dus echt binnen de muren van het verpleeghuis. Omdat we ook een thuiszorgpoot hebben, hebben we dit uitgebreid. We komen 4-6x per jaar bij elkaar en bespreken richtlijnen en

hoe het gaat met de hygiëne op de afdelingen. Als er infectie uitbraken zijn komen we vaker bij elkaar en vragen we hulp van de ziekenhuis-hygiënist of microbioloog of soms de GGD.

Enige tijd geleden hadden we een uitbraak van norovirus. Daarbij wilden we een goede registratie hebben om te volgen hoe actief het virus is en hoe het zich verspreidt. Dit bleek erg lastig. We wilden graag digitaal overzicht over alle afdelingen van zowel bewoners als personeel, maar dat lukte toen niet. Uiteindelijk hadden we per afdeling een papieren lijst waar de ziektegevallen opgeschreven werden. Infectieregistratie kunnen we in het dossier registreren maar daarmee is er nog geen overzicht hoe dit Opella breed is. Hier kan deelname aan SNIV bij helpen. Medicatie wordt wel digitaal voorgeschreven zodat we eenvoudig kunnen zien hoeveel antibioticakuren worden voorgeschreven.

*Jullie gaan nu mee doen met drie locaties.*

*Kun je wat vertellen hoe dat idee om aan SNIV mee te doen binnen jullie instelling tot stand is gekomen? Was er een concrete aanleiding?*

We wisten al vanaf 2013 dat het SNIV bestaat. Destijds hebben we overwogen om deel te nemen, maar er toen niet voor gekozen. Met name ik als arts zag een hoop werk op me af komen. Een collega in een andere instelling deed wel mee en gaf aan dat ze elke week achter de cijfers aan moest van haar collega's. Tussen 2013 en nu zijn we overgestapt op een digitaal dossier en digitaal voorschrijven. Dat maakte dat ik meedoen meer zag zitten. Daarnaast hebben we in die periode een MRSA uitbraak gehad en signaleerden we dat



Elly van Zanten

er wel heel veel UWI bij ons op de PG zijn (c.q. mensen hiervoor worden behandeld). Om te kunnen vergelijken met andere PG instellingen leek deelname aan het SNIV een meerwaarde te hebben.

*Op welke manier hebben jullie helder proberen te krijgen wat meedoen zou gaan inhouden?*

Om helder te krijgen wat meedoen precies inhoud en wat er van ons als artsenteam en Commissie Hygiëne en Infectiepreventie (CHIP) wordt verwacht hebben we een presentatie van een medewerker van SNIV op locatie gehad.

*Wat waren de drempels om mee te gaan doen aan SNIV. Was iedereen direct enthousiast, welke hobbels waren er te nemen. Was er ondersteuning van het management.*

Na de presentatie was het artsenteam en de CHIP overtuigd dat meedoen met het SNIV ons inzicht geeft in het voorkomen van infecties en het ons bewust maakt wanneer we een antibioticakuur voorschrijven. Daarbij hopen we op termijn te kunnen

vergelijken met andere huizen tav het voorkomen van infecties en het AB gebruik. Prettig was te horen dat niet de hele instelling mee hoeft te doen, maar dat ook een aantal afdelingen mee kunnen doen. De meest enthousiaste artsen hebben zich gemeld en daarom hebben we voor 3 locatie gekozen waar deze artsen werken. Waarvan 1 PG afdeling, 1 gemengde somatiek en PG afdeling en 1 revalidatie afdeling. Het management was snel overtuigd, we moesten het nut en de tijdsinvestering aangeven en straks de resultaten doorgeven.

*Veel huizen zien erg op tegen de tijdsinvestering die de registratie kost en soms is dat een onoverkomelijk struikelblok. Is dit binnen Opella ook zo geweest en hoe kijken jullie daar tegenaan. Zijn er berekeningen gemaakt om die tijdsinvestering in kaart te brengen.*

De tijdsinvestering was inderdaad het belangrijkste struikelblok. Daar hebben we over gesproken. Nu er 3 afdelingen zijn verwachten we een ½ uur per week per afdeling werk te hebben. De artsen die deelnemen

zagen dit zitten. De praktijk zal uitwijzen of het reëel is. Voordeel is dat we ook tijdelijk deel kunnen nemen aan het SNIV. Als na een jaar blijkt dat het qua tijd niet haalbaar is kunnen we kiezen voor een andere afdeling/arts of te stoppen met deelname.

*Is er een plan geschreven hoe de registratie in de praktijk gaat werken, dus wie voert welke taken uit en is er een persoon aangesteld die de regie heeft en mensen kan aanspreken als taken niet zijn uitgevoerd of als er achterstand is in de registratie?* Een plan is een groot woord, we hebben wel werkafspraken gemaakt. Ik als arts van de CHIP ben het centrale aanspreekpunt. De artsen van de afdelingen die meedoen zijn zelf verantwoordelijk. Als die arts ziek/afwezig is zal de waarnemer de registratie oppakken.

*Hoe was het contact met het RIVM. Kunnen zij je voldoende ondersteunen bij het op poten zetten van een registratie van infecties binnen het verpleeghuis?* Het contact met het RIVM was goed. Via de mail hebben we afspraken

gemaakt en is er een presentatie op locatie geweest. Via een internetpagina kunnen we registreren. We hoeven dus geen eigen apart registratiesysteem te maken hiervoor.

*Met de cijfers van SNIV moet je ook iets als ze eenmaal zijn, meten om het meten kan niet de bedoeling zijn. Als er straks cijfers binnenkomen is er al een plan gemaakt hoe deze worden besproken en binnen welke geledingen binnen de organisatie.*

De cijfers zullen worden besproken in het artsteam en in de CHIP. Ook wil het management een overzicht van de cijfers. We zullen kijken naar opvallende dingen en verschillen en zo nodig een plan van aanpak maken voor een locatie om de hygiëne te verbeteren en het aantal infectie terug te dringen. "Meten is weten" zegt onze medisch coördinator altijd. Met de cijfers van het SNIV in de hand kunnen we meten of onze inzet om de hygiëne te verbeteren zin heeft. We zijn benieuwd naar de uitkomsten!

We bedanken Elly voor dit interview en wensen haar veel succes bij de registratie.

---

## Wijzigingen protocol prevalentie onderzoek 2017

In 2017 is het protocol voor het prevalentie onderzoek gewijzigd, omdat SNIV deelneemt aan het Europese prevalentie onderzoek (HALT). Door deelname aan HALT wordt een Europese vergelijking van prevalentiecijfers mogelijk, het is daarvoor wel nodig geweest het protocol op een aantal punten te wijzigen. We hebben de wijzigingen zodanig gemaakt dat vergelijking in

Europa mogelijk wordt maar ook zo dat vergelijking met de data van voorgaande jaren mogelijk blijft. Daarnaast hebben we vanuit de praktijk verzoeken gekregen om punten te verbeteren en/of aan te vullen. De belangrijkste wijziging is de inclusie van de cliënten. In 2017 worden alle cliënten, met uitzondering van cliënten waarvoor de opnamedatum dezelfde is

als de datum van registratie (na 12 uur 's nachts opgenomen), geregistreerd. Andere wijzigingen zijn dat er verschillende risicofactoren voor infectie toegevoegd zijn, maar ook opnameduur, operatie in de afgelopen 30 dagen, gebruik centraal veneuze katheter, huidinfecties en zorginfecties bij opname. Voor een totaal overzicht van de wijzigingen zie [Protocol 2017 pagina 3](#).

## Referentiecijfers 5 jaar incidentie meting (2011-2015)

■ De nieuwe rapportage van de referentiecijfers van de incidentiemeting is te vinden op de website. Deze versie heeft een tijdje op zich laten wachten, maar we hebben dan ook de opzet van de rapportage grondig herzien. We hopen dat deze versie u bevalt, en dat het nu beter leesbaar is en aansluit bij de dagelijkse praktijk. We ontvangen daarover graag uw feedback!

### Wat hebben we allemaal veranderd?

De opzet is nu afgestemd op de wijze waarop ook de referentiecijfers van de prevalentie meting gepresenteerd worden, zodat er meer '1 lijn' gevolgd wordt binnen SNIV. Om die reden gaat het nu om de cijfers van de 5-jaars-periode 2011-2015. Daarnaast is het nu een Nederlandstalige rapportage, en wat kernachtiger, omdat wij een selectie hebben gemaakt van tabellen waarvan wij denken dat deze bruikbaar zijn voor de praktijk. Ook presenteren we de gegevens nu met betrouwbaarheidsintervallen, waardoor statistisch significante verschillen inzichtelijker worden. Bij de tabellen en figuren staat wat meer uitleg gegeven, om de leesbaarheid te vergroten. Ook om die reden hebben we de definities en het rekenvoorbeeld ondergebracht in een bijlage.

### Samenvatting referentiecijfers

De gegevens verzameld in 2015 worden vergeleken met de gegevens verzameld in de voorgaande jaren 2011-2014. In 2015 deden 24 verpleeghuizen mee aan de incidentiemeting van SNIV. Samen hebben zij 3062 bewoners, waarvoor 143.503 bewoner-weken zijn geregistreerd. Tot vorig jaar zagen wij een afname in het gemiddelde aantal bedden per verpleeghuis, maar deze afname is in 2015 niet langer te zien. Dit komt waarschijnlijk door de nieuwe deelname van enkele grote verpleeghuizen, want de afname in het gemiddeld aantal bedden is nog wel te zien in de huizen die langer meedoen aan SNIV. In 87% van de deelnemende verpleeghuizen had meer dan de helft van de bewoners een eenpersoonskamer. Dit is meer dan in de voorgaande jaren. Het aantal bewoners met een eigen badkamer is wat lager maar is ook toegenomen van 24% in 2011 naar 33% in 2015.

### Incidentie van infecties en mortaliteit per 1000 bewoner-weken

Urineweginfecties waren in 2015 met 10,3 (9,8-10,8) per 1000 bewoner-weken de meest voorkomende geregistreerde infectie. Een incidentie van 10,3 komt neer op 1 bewoner per week in een huis van 100 bewoners. Hiermee zijn urineweginfecties al sinds de start van deze registratie in 2011 de meest gerapporteerde infectie binnen het SNIV netwerk. Vermoedelijke pneumonie was in 2015 met een incidentie van 3,8 (3,5-4,2) per 1000 bewoner-weken de tweede meest gerapporteerde infectie, evenals in voor-

gaande jaren. De incidentie van gastro-enteritis met 2,2 (2,0-2,5) in influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) met 0,9 (0,8-1,1) waren in 2015 lager dan in voorgaande jaren. Het aantal sterfgevallen was met 5,7 (5,3-6,1) per 1000 bewoner-weken vergelijkbaar met voorgaande jaren. Seizoensgebonden fluctuaties met pieken in de wintermaanden zijn te zien voor de incidentie van gastro-enteritis, influenza-achtig ziektebeeld, en in mindere mate ook voor vermoedelijke pneumonie en mortaliteit.

### Bevindingen ingestuurde swabs

Bij SNIV bestaat ook de mogelijkheid monsters van patiëntmateriaal (namelijk neuswat en/of keelwat) in te sturen afgenomen bij bewoners met influenza-achtige klachten. Van deze mogelijkheid werd in 2015, evenals in 2014, weinig gebruik gemaakt door de SNIV deelnemers. In totaal werden in 2015 16 monsters ontvangen, dit is van slechts 12% van de 132 gerapporteerde gevallen met influenza-achtig ziektebeeld. Van deze 16 monsters waren er 6 positief voor influenza, 2 voor Rhinovirus en 2 voor RSV; in de overige 6 monsters kon geen virus aangetoond worden.

### Verpleeghuis karakteristieken

Grotere verpleeghuizen, i.e. van 130 of meer bedden, hadden in 2015 een significant hogere incidentie van gastro-enteritis en influenza-achtig ziektebeeld. Verpleeghuizen met minder zorgenheden hadden een significant hogere incidentie van vermoedelijke longontsteking. Verpleeghuizen waar minder dan de helft van de bewoners een eigen kamer heeft, hadden een significant hogere incidentie van urineweginfecties. Een hypothese is dat in deze verpleeghuizen vaker meer mensen bij elkaar in één ruimte verblijven, de algemene voorzorgsmaatregelen daarbij van bewoner naar bewoner minder goed in acht worden genomen waardoor transmissie mogelijk is.

### Vaccinatiegraad

De influenzavaccinatiegraad van personeel blijft laag (mediaan 15%), en het is de vraag of dit voldoende is om het gewenste effect te kunnen hebben. Toch werden in 2015 geen significante verschillen gezien in de incidentie van IAZ in huizen met een lage vaccinatiegraad in vergelijking tot verpleeghuizen met een hogere vaccinatiegraad. In 2012 en 2014 was dit wel het geval: IAZ, vermoedelijke pneumonie en mortaliteit werden in die jaren significant vaker gerapporteerd in verpleeghuizen met lagere vaccinatiegraad.

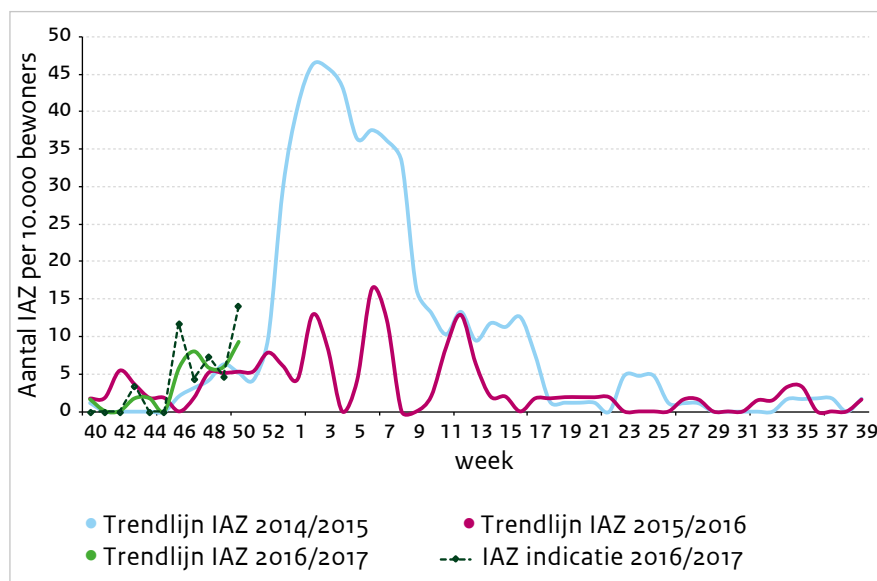
## Griep epidemie van dit jaar treft mogelijk ouderen

■ Sinds 28 november is er sprake van een griep epidemie in Nederland. Tot op heden is subtype A(H3N2) het dominante influenzavirus wat aangetoond wordt in de monsters van patiënten met een griepachtig ziektebeeld. Het is bekend dat ook ouderen in grote aantallen ziek worden door infectie met dit subtype. Daarom is het belangrijk om inzicht te hebben hoe vaak verpleeghuisbewoners besmet zijn met dit subtype virus. Het aantal gemelde gevallen van influenza-achtig ziektebeeld is op dit moment nog vergelijkbaar met voorgaande jaren (zie figuur), maar we weten nu niet welk deel veroorzaakt wordt door influenzavirus



infectie. Echter, in het 2014/2015 seizoen, wat gedomineerd werd door subtype A(H3N2) influenzavirus, was er een behoorlijke piek in influenza-achtige ziektebeelden (zie figuur). We hopen dan ook dat u weer monsters wilt gaan afnemen bij verpleeghuisbewoners met griep-

achtige klachten of een andere acute respiratoire infectie en deze wilt opsturen naar het RIVM voor laboratorium onderzoek. Met deze informatie kunnen we ons een beter beeld vormen van de gehele impact van de griep epidemie op de Nederlandse bevolking.



Het griepseizoen 2016/2017 is van start gegaan op 3 oktober 2016. Er zijn vanaf toen tot en met 11 december 2016 zeven verpleeghuisbewoner gemeld met griepachtige klachten of een acute luchtweginfectie.

## Oproep voor delen ervaringen verzorgen BRMO dragers

Wilt u uw ervaringen met het verzorgen van een drager van een multiresistente bacterie delen met het RIVM? Het RIVM is een onderzoek gestart naar de maatschappelijke impact van antibioticaresistente en wil graag in

gesprek met zorgmedewerkers die ervaring hebben met het verzorgen van dragers. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Renske Eilers via [renske.eilers@rivm.nl](mailto:renske.eilers@rivm.nl) of 030-2743688.

## Algemene vragenlijsten

Deelnemers aan SNIV wordt gevraagd om de algemene vragenlijsten van 2016, voor zover nog niet gedaan, af te ronden door ontbrekende gegevens in te vullen en op "gereed: naar RIVM" te zetten in OSIRIS.

## Agenda: Startersdagen Prevalentie meting

24 januari 2017 van 14 – 16 uur  
12 september 2017 van 14 – 16 uur

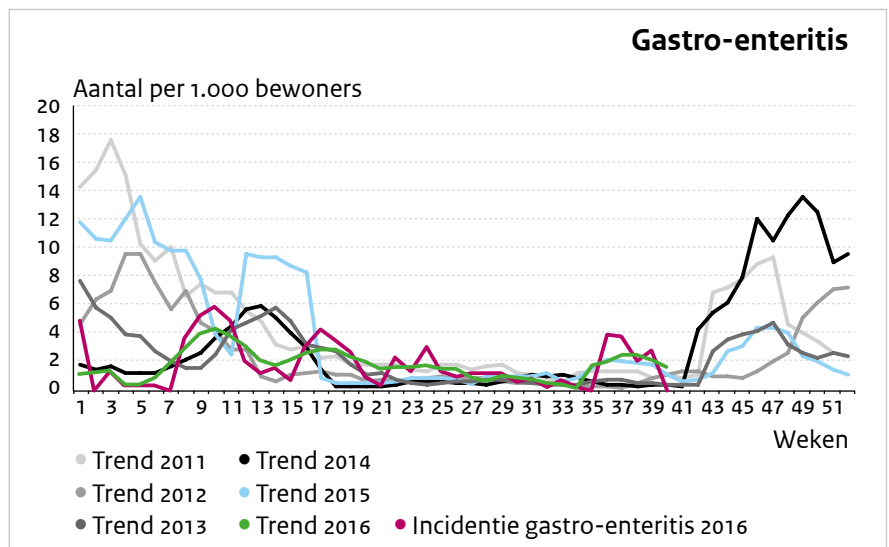
Beide dagen vinden plaats bij het RIVM te Bilthoven.

## Resultaten incidentiemeting t/m week 40 van 2016

■ De incidentie van het huidige jaar 2016 is weergegeven in paars, het bijbehorende 5-wekelijkse lopend gemiddelde (trend) in groen, de trend van 2015 in het blauw, de trend van 2014 in zwart, 2013 in het donkergrijs, 2012 in het grijs en de trend van 2011 in lichtgrijs.

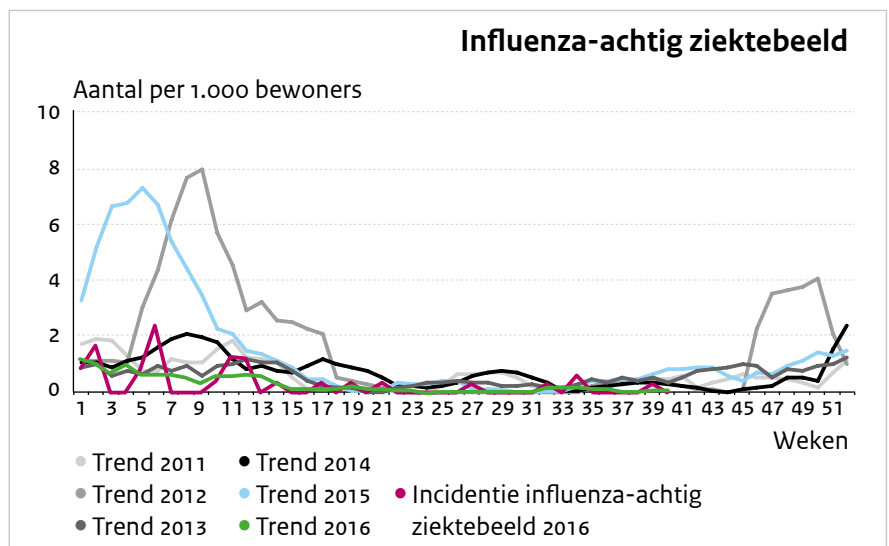
### Gastro-enteritis

In totaal werden sinds week 1 (2016) 208 gastro-enteritis geregistreerd. De trendlijn van het 5-wekelijks gemiddelde loopt vrijwel gelijk met die van 2015.



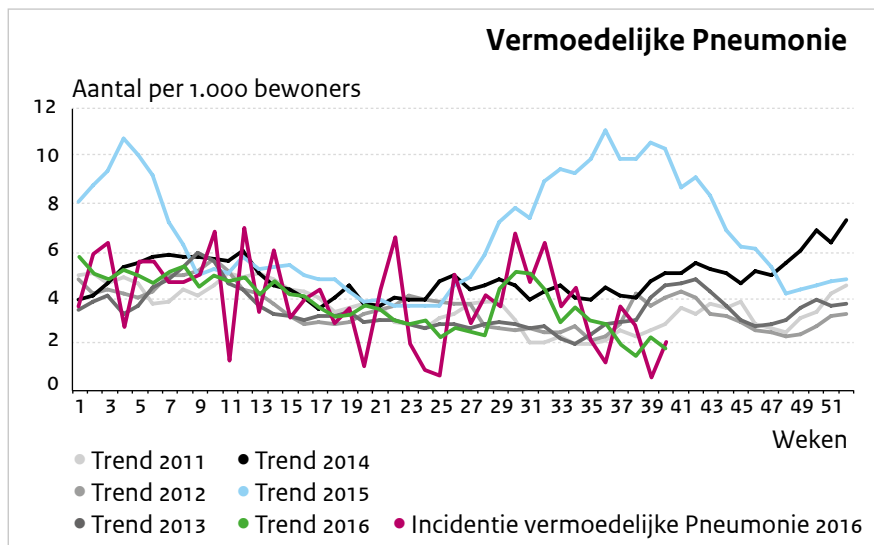
### Influenza-achtig ziektebeeld

Tot en met week 40 van 2016 werd 30 maal een influenza-achtig ziektebeeld gerapporteerd. De trendlijn, het 5-wekelijks gemiddelde blijft onder de 1. Week 40 is net voor de start van het griepseizoen.



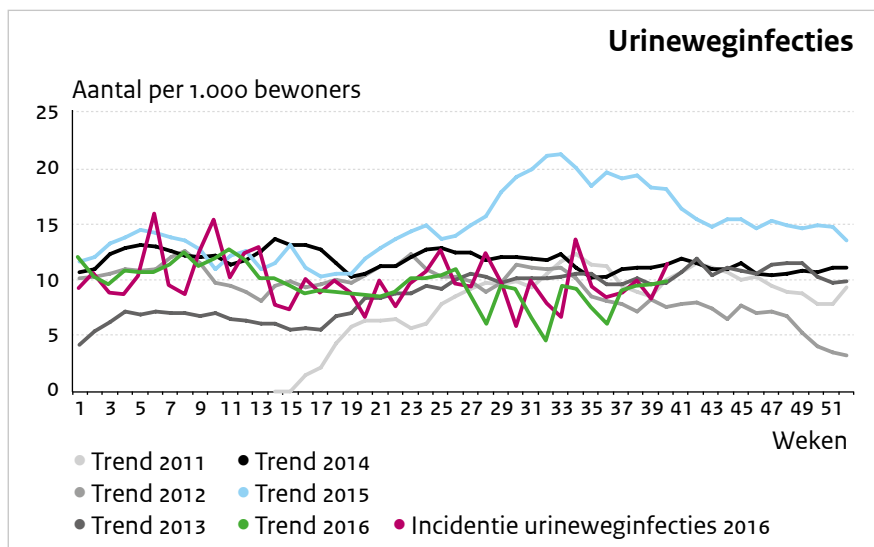
## Vermoedelijke Pneumonie

In 2016 volgt de trendlijn van vermoedelijke pneumonie de trendlijn van de jaren voor 2015. Na een lichte stijging rond week 30 is er de laatste weken een trend die lager is dan alle voorgaande jaren.



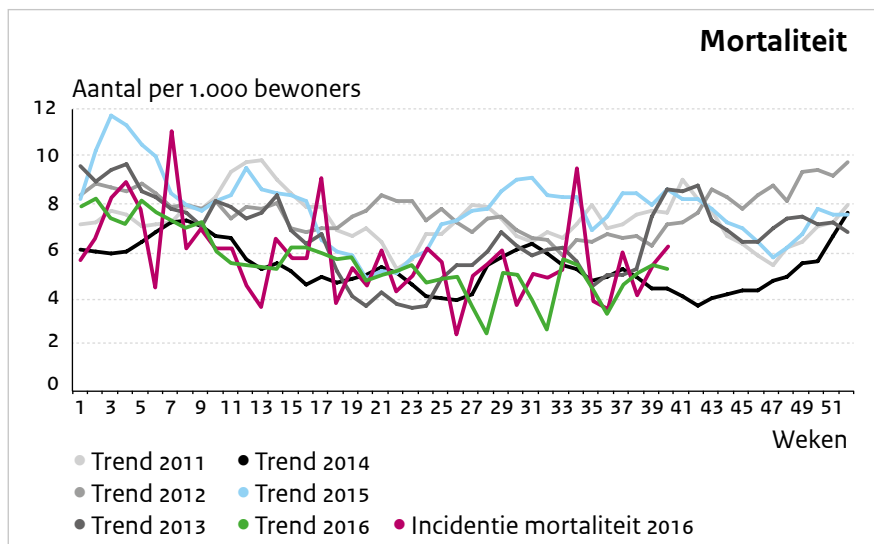
## Urineweginfecties

Er werden vanaf week 1 2016, 1147 bewoners met een UWI geregistreerd. De trendlijn 2016 is vergelijkbaar met voorgaande jaren, alleen is er een duidelijke afname in vergelijking met 2015.



## Sterfte

Sinds week 1 in 2016 werden 645 overlijdens geregistreerd. De trendlijn is vergelijkbaar met andere jaren.



## Projectteam SNIV

**Dr. Linda Verhoef**  
epidemioloog | 030 - 274 2233

**Drs. Emma Smid**  
epidemioloog | 030 - 274 2865

**Kati Halonen**  
deskundige infectiepreventie | 030 - 274 3561

**Ing. Anja Haenen**  
deskundige infectiepreventie | 030 - 274 4333

**Ing. Jeroen Alblas**  
datamanager | 030 - 274 4050

**Paul Bergervoet**  
deskundige infectiepreventie | 030 - 274 3217

**Rudy Hertroys**  
datamanager | 030 - 274 8665

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Epidemiologie & Surveillance  
Postbus 1  
Interne postbak 75  
3720 BA Bilthoven  
T 030 - 274 2445 | F 030 - 274 4409  
E [sniv@rivm.nl](mailto:sniv@rivm.nl) | W <http://www.sniv.nl>

december 2016

SNIV is binnen RIVM/Cib/EPI onderdeel van de afdeling Zorggerelateerde Infecties en Antimicrobiële resistentie (ZIA).  
Afdelingshoofd: Dr. Ir. Sabine de Greeff  
Diagnostiek binnen SNIV wordt uitgevoerd door het IDS.

*De zorg voor morgen begint vandaag*