



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

Registratieprotocol incidentiemeting Surveillance Netwerk Infectieziekten Verpleeghuizen (SNIV)

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 274 91 11
F 030 274 29 71
info@rivm.nl

Doel

Het doel van dit registratieprotocol is komen tot een eenduidige uitvoering van de surveillance van infectieziekten.

Voorwaarden

- De registratieweek loopt van maandag tot en met zondag.
- De data worden elektronisch aangeleverd aan SNIV via OSIRIS, een webapplicatie.
- De verpleeghuizen ontvangen de eigen gegevens in de vorm van een rapportage, de gegevens van de andere deelnemers zijn daarin geanonimiseerd.

Aandachtspunten met betrekking tot het eenduidig registreren

- Licht de disciplines die in het registratieproces van betekenis kunnen zijn in over de surveillance die uitgevoerd wordt in het verpleeghuis. Denk hierbij aan waarnemende verpleeghuisartsen, verplegend en verzorgend personeel.
- Vanwege de continuïteit voert 1 persoon de registratie uit op een afdeling, bij afwezigheid zorgt deze persoon voor een (vaste) vervanger.
- Indien iemand anders dan de verpleeghuisarts registreert, blijft de verpleeghuisarts die verantwoordelijk is voor een afdeling, de eindverantwoordelijke voor wat betreft de registratie op die afdeling.
- Het verzamelen van de registratieformulieren van alle afdelingen op 1 locatie gebeurt door 1 persoon. Spreek een vaste vervanger af indien deze persoon afwezig is.
Deze persoon:
 - is de eindverantwoordelijke en tevens contactpersoon met het RIVM.
 - is verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van de surveillance.
 - controleert of de formulieren voor alle deelnemende afdelingen zijn ingevuld en of de gegevens compleet zijn. Dat betekent dat bij het invullen door meerdere artsen afgesproken wordt wanneer de formulieren ingevuld en bij de versturende persoon ingeleverd moeten zijn.
- De gegevens van de registratieformulieren worden door de coördinerende contactpersoon ingevoerd in OSIRIS binnen een week na de laatste registratiedag van die week.
- Leg de afspraken binnen het verpleeghuis over de uitvoering van de surveillance (taken en verantwoordelijkheden) schriftelijk vast. Tevens is dit ook van belang voor de validiteit van de gegevensverzameling. Stuur dit naar/bespreek dit met alle betrokken disciplines.

Benodigheden

- Registratieformulier SNIV met invulinstructie.
- Computer met internetverbinding.
- Inlogcode en wachtwoord voor OSIRIS.
- Handleiding OSIRIS.

Uitvoering

- Vul wekelijks het registratieformulier in voor alle bewoners van elke afdeling die mee doet aan de surveillance op 1 locatie.
- Verzamel alle registratieformulieren van alle afdelingen op 1 locatie en voer het totale aantal gevallen per type infectieziekte in, in OSIRIS.
- Hanteer de volgende definities voor de te surveilleren infectieziekten:

Definities

Gastro-enteritis¹

- OF 3 of meer malen per dag dunne ontlasting, afwijkend van normaal voor deze persoon
 - OF dunne ontlasting en 2 van de volgende symptomen:
 - Koorts, braken, misselijkheid, buikpijn, buikkrampen, bloed of slijm bij de ontlasting
 - OF braken en 2 van de volgende symptomen:
 - Koorts, misselijkheid, buikpijn, buikkrampen, bloed of slijm bij de ontlasting
 - OF 3 maal braken binnen 24 uur (zonder verder bijkomende klachten EN indien braken niet samenhangt met medicijngebruik)
- ¹ non-infectieuze oorzaak uitgesloten

Influenza-achtig ziektebeeld

- Acut¹ begin van de symptomen²
- EN tenminste één van de volgende systemische symptomen:
 - koorts of koortsachtig gevoel, malaise, hoofdpijn, myalgie
- EN tenminste één van de volgende drie respiratoire symptomen:
 - Hoest, zere keel, benauwdheid/kortademigheid

¹ Snel opkomend

² Andere waarschijnlijkheidsdiagnoses uitgesloten

Vermoedelijk pneumonie

- Cliënten met minimaal één van de onderstaande symptomen worden verdacht van een lage luchtweginfectie, vermoedelijk pneumonie, als deze optreden als verandering ten opzichte van de daarvoor bestaande situatie en andere waarschijnlijkheidsdiagnoses uitgesloten:
 - tachypnoe
 - malaise
 - verwardheid
 - kortademigheid
 - hoesten (productief of niet productief)
 - koorts > 38°C of koorts in de afgelopen 48 uur
 - pijn in de borst (bij ademhaling)
- EN met nieuwe focale (eenzijdige) afwijkingen bij auscultatie van de longen

Urineweginfectie

(gebaseerd op de Verenso-richtlijn)

- Er is sprake van een urineweginfectie wanneer er:
 - algemene dan wel mictie-gerelateerde klachten en/of verschijnselen bestaan EN
 - er bovendien tekenen van ontsteking zijn EN
 - er tevens een bacteriurie is.

Ad 1:

Pijnlijke, frequente mictie, onderbuiksklachten, anorexie, toegenomen verwardheid, sufheid, vermoeidheid, toegenomen incontinentie van urine en verminderde mobiliteit. Bij afwezigheid van een infectiebron elders.

Ad 2:

Ontsteking wordt vastgesteld met een leukocytenesterasetest of door microscopisch onderzoek van urinesediment.

Ad 3:

Bacteriurie wordt vastgesteld met nitrietest of urinekweek (niet van toepassing bij kathetergebruik).

Aanvullende gegevens, te registreren bij stellen diagnose

Gastro-enteritis

Is er vermoedelijk sprake van een outbreak: ja/nee

Zijn er monsters opgestuurd naar MML: ja/nee

Influenza-achtig ziektebeeld

Hoeveel cliënten zijn er behandeld met Tamiflu/antivirale middelen?

Is er vermoedelijk sprake van een outbreak: ja/nee

Zijn er monsters opgestuurd naar MML: ja/nee

Zijn er monsters opgestuurd naar RIVM: ja/nee

Vermoedelijk Pneumonie

Hoeveel monsters zijn er opgestuurd naar MML?

Hoeveel cliënten zijn er doorverwezen naar het ziekenhuis?

Urineweginfectie

Urethrakatheter gerelateerd ja / nee (ja, als er in de laatste 5 dagen voorafgaand aan de registratiedag een urethrakatheter is gebruikt)

Achtergrondinformatie

Het doel van SNIV is een netwerk van verpleeghuizen te vormen die functioneren als peilstations voor een landelijke surveillance van infectieziekten in verpleeghuizen. Het doel van de basissurveillance is inzicht krijgen in het vóórkomen van infectieziekten in verpleeghuizen en inzicht te krijgen in determinanten van transmissie waardoor infectiepreventie en -bestrijding onder verpleeghuisbewoners verbeterd kan worden en waardoor eventuele overdracht van infectieziekten naar/van de algemene bevolking en/of het ziekenhuis verminderd kan worden. Dit gebeurt middels registratie van het aantal gevallen van ziekte op basis van klinische verschijnselen. De betreffende infectieziekten zijn Gastro-enteritis, Influenza-achtig ziektebeeld en vermoedelijk Pneumonie. Tevens wordt de mortaliteit geregistreerd (niet-gerelateerd aan het aantal ziektegevallen).

Om dit registratieproces efficiënt en eenduidig uit te voeren is het beschrijven van de procedure, taken en verantwoordelijkheden in een werkplan of plan van aanpak aan te bevelen. Dit protocol kan u van dienst zijn bij de implementatie van het registratieproces. Het protocol over de werkwijze van de te registreren infectieziekten is tot stand gekomen na een kwalitatief onderzoek met verpleeghuisartsen die hebben deelgenomen aan twee pilot studies in registratie van infectieziekten in verpleeghuizen, waarbij de uitvoerbaarheid van de registratie werd geëvalueerd.

Waarom zijn Gastro-enteritis, Influenza-achtig ziektebeeld en vermoedelijk Pneumonie gekozen als te registreren infecties

Gastro-enteritis

Het wordt steeds duidelijker dat gastro-enteritis uitbraken, vooral veroorzaakt door norovirus, een probleem vormen in de verpleeghuizen, met name in de winter. Verpleeghuisbewoners zijn een risicogroep voor norovirus door de verzwakte gezondheid en omdat relatief veel mensen dicht op elkaar zitten waardoor verspreiding en besmetting makkelijk verloopt. Laboratoria gaan meer en meer zelf de diagnostiek naar norovirus uitvoeren, waardoor er minder zicht kan komen op het vóórkomen van uitbraken. Door monitoring van norovirus binnen een groep van verpleeghuizen kan zowel een beeld gevormd worden van de incidentie van norovirus-uitbraken in verpleeghuizen als ook van de mogelijke onderrapportage. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat er een verhoogde sterfte onder bewoners is na een norovirus-uitbraak. Dit is echter nog niet verder onderzocht. Door de meldingen van sterfte en norovirus-uitbraken te koppelen kan hier beter naar gekeken worden.

Influenza-achtig ziektebeeld

Surveillance van IAZ onder verpleeghuisbewoners is van belang omdat verpleeghuisbewoners door hun leeftijd en comorbiditeit een risicogroep zijn voor IAZ en influenzavirus-infectie, waar we momenteel weinig zicht op hebben. Met de surveillance beogen we meer zicht te krijgen op: de ziektelast van IAZ onder verpleeghuisbewoners, wat de veroorzakers hiervan zijn in de verpleeghuispopulatie en in hoeverre epidemiologische en virologische trends in verpleeghuizen overeenkomen met die in de huisartsenpopulaties (algemene bevolking). Daarnaast is het ook van

belang om de karakteristieken van influenza virussen uit beide populaties te analyseren omdat verschillen in karakteristieken (type, subtype, antigene variant) een mogelijke verklaring kunnen geven voor verschillen in de ernst van de ziekte en de attack rate tussen beide populaties. Het includeren van onderzoek naar antivirale gevoeligheid van influenzavirussen is van belang omdat de NVVA duidelijke richtlijnen heeft voor toepassen van antivirale therapie, maar het nog onduidelijk is hoe snel en hoe vaak behandeling en profylaxe met de nieuwe antivirale middelen leiden tot resistentie en eventueel overdracht van resistent virus leiden. De verpleeghuispopulatie is daar bij uitstek geschikt voor ivm de specifieke regelgeving in dezen.

Lage luchtweginfectie - vermoedelijk pneumonie

Volgens de richtlijnen van o.a. de SWAB ref moet het klinische beeld van pneumonie bevestigd worden door de aanwezigheid van een nieuw infiltraat op de röntgenfoto. In verpleeghuizen daarentegen zal, net als in de eerste lijn, de diagnose pneumonie voornamelijk gesteld worden op grond van klinische criteria (zie NHG standaard 'Acuut hoesten' M78, aug. 2003). Het is daarom waarschijnlijk nauwkeuriger te spreken van een lage luchtweginfectie - vermoedelijk pneumonie.

Bij pneumonie bij patiënten in een verpleeghuis is er vaak sprake van een atypische presentatie. Deze patiënten hebben over het algemeen minder symptomen dan jongere volwassenen. Daarnaast is bekend dat ouderen een lagere baseline lichaamstemperatuur kunnen hebben en bovendien een lagere piektemperatuur response op een infectie.

Pneumonie is één van de voornaamste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit onder patiënten in verpleeghuizen. Door de toenemende vergrijzing is te verwachten dat het aantal bewoners in verpleeghuizen zal toenemen en daarmee samenhangend ook het aantal infecties. Tot nu toe is er echter slechts beperkte informatie over het voorkomen van pneumonie in deze specifieke populatie. De surveillance van pneumonie in verpleeghuizen vormt een aanvulling op de reeds bestaande pneumonie surveillance in de eerste en tweede lijn.

Daarnaast is pneumonie één van de belangrijkste complicaties van influenza. Surveillance van IAZ en pneumonie in dezelfde patiëntenpopulatie zal het inzicht in beide ziektebeelden vergroten.

Voor de legionella pneumonie is er mogelijk een grotere mate van onderdiagnostiek / onderrapportage in de oudere leeftijdsgroepen dan overige leeftijdsgroepen. Dit vermoeden komt voor uit vergelijking van de leeftijdsverdeling van Nederlandse patiënten met legionella pneumonie met de Europese gegevens. De prognose van een legionella-pneumonie wordt sterk beïnvloed door de snelheid van instellen van de juiste therapie. De initiële therapie van een pneumonie met onbekende verwekker (SWAB richtlijnen) omvat echter niet het middel van eerste keus voor de behandeling van Legionella-pneumonie (fluorochinolonen), zodat optimale therapie vaak meer dan 48 uur later start.