



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

In dit nummer

1. Toolkit handhygiëne aangevuld
2. Verpleeghuizen kunnen infecties ook met de LPZ meten
3. Onderzoek naar gastro-enteritis uitbraken in verpleeghuizen
4. Uit de adviescommissie
5. Resultaten prevalentie meting april 2014
6. Resultaten incidentiemeting t/m week 23 2014



Figuur 1. 34 deelnemende verpleeghuizen aan de incidentie-meting (I) en 34 deelnemende huizen aan prevalentie-meting (P)

Nieuwsbrief

Jaargang 6 | nummer 2 | juni 2014

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. Wilt u ook deelnemen aan 1 van de modules?

Mail dan naar sniv@rivm.nl

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

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

SNIV 01

Toolkit handhygiëne aangevuld

De handen spelen een belangrijke rol bij de overdracht van micro-organismen. Daarom is handhygiëne de meest doeltreffende manier om transmissie van bacteriën en daarmee infecties te voorkomen. Jaarlijks lopen wereldwijd honderd miljoen mensen een zorggerelateerde infectie op. Zorggerelateerde infecties leveren een grote bijdrage aan de morbiditeit en mortaliteit in de Nederlandse verpleeghuizen. Naast het menselijk leed lopen de kosten voor de behandeling van een infectie hoog op. Denk hierbij aan uitbraken met MRSA of het norovirus. Veel onderzoeken naar hygiëne laten zien dat de handhygiënereregels vaak slecht worden nageleefd in verpleeghuizen.

Om de handhygiëne onder de aandacht te brengen van gezondheidsmedewerkers en de richtlijnnaleving te verbeteren heeft SNIV de toolkit '5 momenten voor handhygiëne' ontwikkeld (zie afbeelding 1; de 5 momenten voor handhygiëne). Als leidraad voor de ontwikkeling van de toolkit is er gebruik gemaakt van de toolkit voor ziekenhuizen afkomstig van de WHO. De WHO toolkit is vertaald in het Nederlands en aangepast aan de verpleeghuissituatie.

Er ontbraken echter nog een aantal tools, begin dit jaar is er een student van de studieroute Infection and contamination control van het Saxion in Enschede bezig geweest met het aanvullen van de toolkit.



Figuur 2: De 5 momenten voor handhygiëne.

Doel van de toolkit

De toolkit bestaan uit verschillende onderdelen die als handvaten dienen om medewerkers te instrueren op het gebied van handhygiëne. Het doel van de toolkit is om de nadelige gezondheids- en sociale gevolgen van onveilige gezondheidszorg door gebrek aan handhygiëne te verminderen. De toolkit bestaat uit de volgende onderdelen:

Tabel 1: De aandachtsgebieden van de toolkit met de bijhorende tools.

Aandachtsgebieden	Tools
Management ondersteuning en instellingsbrede samenwerking	Implementatiegids Promotie video
Ondersteunende voorzieningen	Evaluatie handhygiëne infra-structuur
Scholing en training	PowerPoint presentaties Instructie filmpjes Feiten blad Brochure handhygiëne
Reminders op de werkplek	Handhygiëne poster Pamflet handhygiëne richtlijn Screensaver
Evaluatie en Feedback	Observatie & Compliance tool Zeep/handalcohol consumptie meting Toets handhygiëne zorg-medewerkers

Uitvoering van het onderzoek

Er werd begonnen met een literatuuronderzoek naar de wetgeving omtrent verpleeghuizen, de gevolgen van onvoldoende handhygiëne en naar de Nederlandse richtlijnen waaraan de tools moeten voldoen. Vervolgens werden de tools van de WHO vertaald en aangepast aan de hand van het literatuuronderzoek.

Om de tools verder te toetsen werden er verschillende, aan SNIV deelnemende, verpleeghuizen bezocht om advies in te winnen over de inhoud van de tools door middel van een enquête. Na aanleiding van het advies van de verpleeghuizen werden de tools aangepast.

Vervolgens werden de aangepaste tools beoordeeld op praktische toepasbaarheid door een ander aan SNIV deelnemend verpleeghuis. Aan de hand van de aanbevelingen van dit verpleeghuis werden de laatste aanpassingen aan de toolkit gedaan.

Op de website van SNIV, www.sniv.nl zullen binnenkort ook de nieuwe tools beschikbaar zijn.

Met dank aan alle verpleeghuizen die deelgenomen hebben aan de toetsing van de nieuwe tools.

Verpleeghuizen kunnen infecties ook met de LPZ meten

Naast het registreren van infecties middels de prevalentie-meting in SNIV kunt u dat ook doen met de LPZ. Dat is bijvoorbeeld een optie wanneer U al mee doet aan andere modules van de LPZ. Sinds twee jaar kunnen verpleeghuizen infecties ook via de landelijke prevalentie-meting zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht meten. De LPZ en het Surveillance Netwerk Infectieziekten in Verpleeghuizen (SNIV) gebruiken voor het meten van de infecties dezelfde definitie, zodat de resultaten met elkaar vergelijkbaar zijn. De LPZ meet jaarlijks het voorkomen van een aantal zorgproblemen in een groot aantal gezondheidszorginstellingen, zoals ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties. Behalve het voorkomen (outcome) worden ook de preventie en de behandeling van de zorgproblemen (proces) op cliëntniveau gemeten, terwijl op afdelings- en instellingsniveau een aantal kwaliteitsindicatoren (structuur) geregistreerd wordt. De LPZ vormt daarom bij uitstek een monitor van de kwaliteit van (basis)zorg voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Meting

Kenmerkend voor de LPZ is dat alle cliënten van de deelnemende afdelingen gemeten worden, en dat zij op één en dezelfde dag (eerste dinsdag van april, of een dinsdag in november) gemeten worden. Daarbij wordt elke cliënt door twee zorgverleners gemeten, één van de afdeling waar de cliënt verblijft en één van een andere afdeling. De gegevens worden deels verzameld bij de cliënt (bijvoorbeeld aanwezigheid van decubitus, gebruik preventieve maatregelen), deels op basis van het medisch en/of zorgdossier (bijvoorbeeld opname- datum, ziektebeeld), en deels vooraf geregistreerd gedurende een bepaalde periode (zoals vallen afgelopen maand, of vrijheid beperkende maatregelen in de afgelopen 7 dagen).

Zorgproblemen

Behalve de prevalentie-module infecties van SNIV kunnen met de LPZ de volgende zorgproblemen gemeten worden: decubitus, ondervoeding, incontinentie, smetten, complexe wonden, vallen en vrijheids- beperkende maatregelen. Instellingen kiezen vooraf welke zorgproblemen worden gemeten en ontvangen vervolgens alle materialen, inclusief de benodigde vragenlijsten, om de metingen uit te voeren.

Resultaten

De gegevens worden tijdens (met tablet) of na afloop (via schriftelijk vragenlijsten) van de meting door de instelling via een web-based programma ingevoerd. Na invoering van de gegevens krijgen de instellingen binnen enkele dagen hun resultaten weergegeven in dashboards en tevens in tabellen. Zodra alle instellingen de gegevens

hebben ingevoerd (na zes tot acht weken) krijgt men ook de landelijke gegevens van soortgelijke instellingen en de daarbij behorende soorten afdelingen, zodat vergelijking mogelijk is (benchmarking). Met behulp van beslisbomen krijgt men advies welke acties ondernomen kunnen worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit geldt niet voor de module infecties, omdat de resultaten hiervan verzorgd worden door SNIV.

Internationalisering

Met de LPZ wordt veel aandacht voor de afzonderlijke zorgproblemen binnen en buiten de instellingen gecreëerd, waardoor de prevalentie van die zorgproblemen afneemt. Vandaar dat ook in het buitenland interesse ontstaan is voor de LPZ. Momenteel worden via de LPZ metingen verricht in diverse andere landen, zoals Oostenrijk, Zwitserland, Nieuw-Zeeland, en Indonesië. In Zwitserland zijn de ziekenhuizen zelfs verplicht door het landelijke kwaliteitsinstituut om met de LPZ mee te doen. Omdat in elk land hetzelfde meetinstrument en dezelfde meetprocedure toegepast worden, vormt dit een ideale basis om gegevens tussen landen te vergelijken. De LPZ is nu beschikbaar in 9 talen: Nederlands, Engels (Nieuw-Zeeland), Duits (versie Duitsland, versie Oostenrijk, en versie Zwitserland), Italiaans (voor Zwitserland), Frans (voor Zwitserland), Portugees (Brazilië), en Indonesisch.

Een uitgebreidere beschrijving van de LPZ is te vinden in het artikel:

Halfens, R.J., E. Meesterberends, J.M. Meijers, N.C. van Nie en J.M. Schols (2013). Basiszorg in het verpleeghuis: longitudinale weergave van zorgproblemen gemeten door de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie; 44(6): 242-52.

Meer informatie is ook te verkrijgen via de website van de LPZ: www.lpz-um.eu.

Uit de adviescommissie

Op 26 mei j.l kwam de adviescommissie van SNIV weer bijeen. De commissie is aangevuld met twee nieuwe leden vanwege de uitbreiding van SNIV met de prevalentie module en de verdiepende surveillance. Vanwege de uitbreiding was ook het gegevensreglement van SNIV aan een herziening toe. De adviescommissie heeft met een paar kleine aanpassingen het reglement goedgekeurd. Het nieuwe reglement zal binnenkort te vinden zijn op de website van SNIV, www.sniv.nl

Onderzoek naar gastro-enteritis uitbraken in verpleeghuizen

Afgelopen maanden heeft een stagiaire bij het SNIV-project, Kim Stenvers, onderzoek gedaan naar gastro-enteritis (GE) uitbraken in de SNIV-verpleeghuizen. Eén van de vragen waar we antwoord op wilden is of de GE-uitbrakenmeldingen in SNIV ook in de registratie van de GGD voorkomen. Aan de hand van deze vergelijking kunnen we conclusies trekken over hoe dekkend beide registraties zijn. Indien deze beide systemen elkaar volledig overlappen, dan zouden we de surveillance-last voor verpleeghuizen kunnen verlichten door deze uitbraak-vraag in SNIV weg te laten. Het onderzoek van Kim Stenvers is intussen afgerond, en de samenvatting ervan wordt hieronder gegeven. Indien u geïnteresseerd bent in het volledige rapport, dan kunt u dit opvragen via sniv@rivm.nl. We danken de deelnemende verpleeghuizen en GGD'en hartelijk voor hun medewerking!

Achtergrond

Uitbraken van gastro-enteritis (GE) komen regelmatig voor in verpleeghuizen. Aangezien een GE bij ouderen vaker ernstig verloopt zijn deze uitbraken verantwoordelijk voor een hoge ziektelast. Dit is een van de redenen voor de meldingsplicht van clusters van GE in verpleeghuizen. Meldingen worden gedaan bij de GGD, maar ook binnen SNIV. Omdat deze 2 meldingssystemen naast elkaar bestaan en dubbele meld-last met zich meebrengt voor deelnemende verpleeghuizen, leek het ons van belang te kijken naar de mate waarin de SNIV-meldingen ook geregistreerd zijn bij de GGD, en of er indicatoren te vinden zijn voor het al dan niet melden van deze uitbraken bij de GGD.

Methode

Van de 29 SNIV-verpleeghuizen waren er 17 die GE uitbraken gemeld hebben binnen SNIV en deze werden om die reden geselecteerd voor deelname. Deze 17 verpleeghuizen, alsook de 12 corresponderende GGD 'en in 5 provincies, gaven allemaal toestemming voor deelname aan deze studie. Uitbraken binnen SNIV worden per week gerapporteerd, waardoor het begin en eind niet als zodanig gerapporteerd zijn. Om deze reden is de volgende uitbraakdefinitie gehanteerd binnen SNIV: de eerste uitbraakvrije week wordt gezien als het einde van een uitbraak, en daarmee wordt de eerste melding van een uitbraak na minimaal een uitbraak-vrije week als het begin van een nieuwe uitbraak

gedefinieerd. Bij de GGD werd telefonisch nagegaan of de door verpleeghuis x bij de GGD gemelde uitbraken overeen kwamen qua tijd met de uitbraak zoals gerapporteerd in SNIV door dat verpleeghuis.

In een logistische regressie werd bekeken welke factoren, zoals gevraagd in de algemene vragenlijst, het al dan niet rapporteren van een uitbraak beïnvloeden.

Resultaten

Van de 68 GE uitbraken gemeld binnen SNIV, waren er 23 (34%) ook geregistreerd bij de GGD. Uitbraken werden minder snel gemeld bij GGD naarmate het aantal nieuwe cases binnen 1 week hoger was, het aantal bedden van het verpleeghuis hoger was, naarmate er minder wisseling was van personeel tussen afdelingen en naarmate er meer mensen een eigen kamer of een eigen toilet hebben.

Conclusie

Beide registratiesystemen komen niet overeen, aangezien slechts 1/3 van de uitbraken bekend binnen SNIV ook bij de GGD geregistreerd staan. Hoewel dit een sterke onderrapportage lijkt, is het mogelijk dat de ruimere definitie van uitbraken binnen SNIV hieraan (deels) ten grondslag ligt. Meer onderzoek, inclusief kwalitatief onderzoek, is nodig naar de onderliggende redenen van de verschillen binnen deze 2 registratiesystemen. Vooral nog zal de vraag naar uitbraken van GE binnen de SNIV-surveillance dus blijven zoals deze momenteel is.

Signaleringsoverleg

U kunt zich aanmelden bij signaleringsoverleg@rivm.nl om het verslag van het signaleringsoverleg te ontvangen. Als u een mail stuurt krijgt u een link teruggestuurd waar u zich kunt registreren. Als u geregistreerd bent heeft u ook toegang tot de site waarop u alle signalen kunt terugvinden. U kunt dan zoeken op verwekker en krijgt dan een overzicht van alle nationale en internationale signalen.

Oproep insturen monsters IAZ –ook in zomerperiode

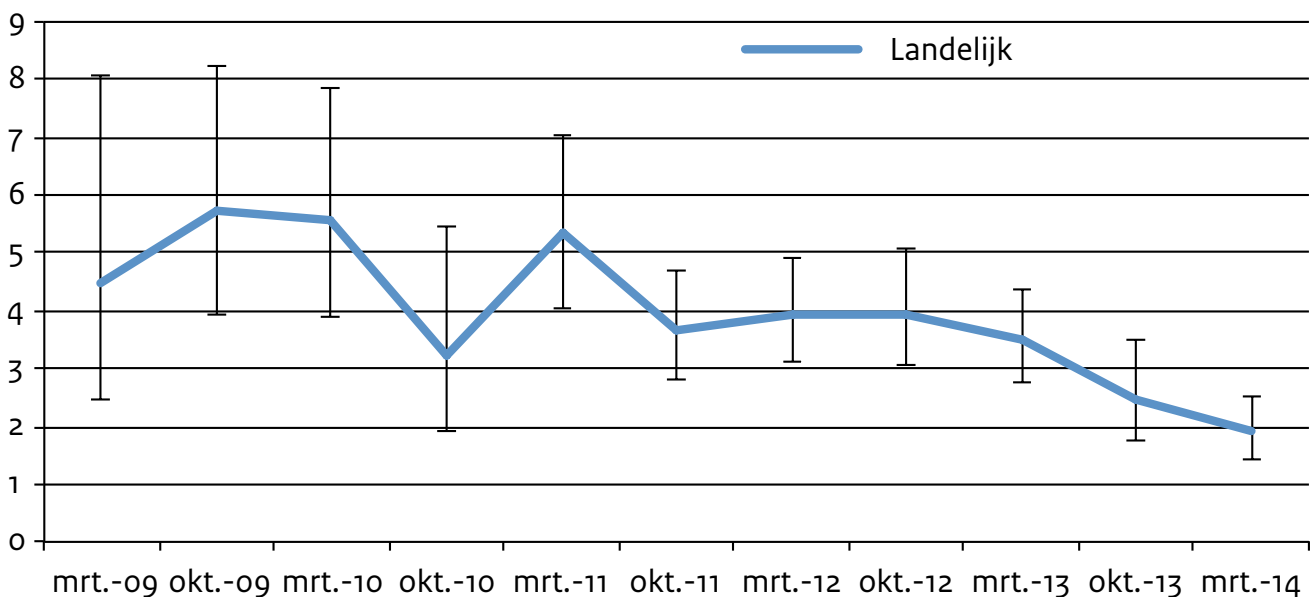
Graag willen we de deelnemende verpleeghuizen er op attenderen dat ook de komende periode, per week een keel en neus monster afgenomen kan worden van twee bewoners met influenza-achtig ziektebeeld (IAZ). Deze worden ook de komende zomerperiode weer getest op rhino- en enterovirussen. Als er geen bewoners zijn met IAZ zijn dan kunt u ook monsters van twee bewoners met een andere acute respiratoire infectie (ARI) insturen.

Prevalentie Onderzoek

In april 2014 is het prevalentie onderzoek voor de elfde maal uitgevoerd. In totaal hebben er 29 verpleeghuizen deelgenomen. In totaal zijn er 46 zorg gerelateerde infecties vastgesteld, wat een prevalentie geeft van 1,9% (95% BI 1,4 – 2,5). Er lijkt een lichte daling te zijn van de prevalentie van zorg gerelateerde infecties (niet significant, zie figuur 1). De meest voorkomende infecties blijven urineweginfecties, met een prevalentie van 1,3%. Het antibiotica gebruik blijft met 4,5% van de bewoners stabiel.

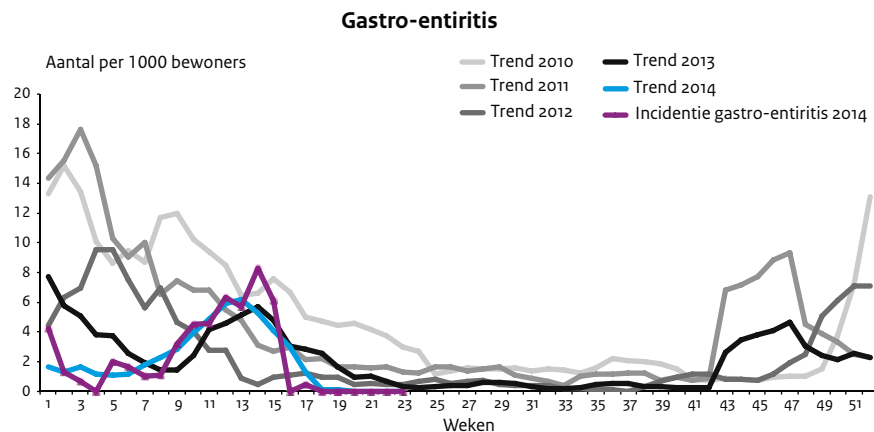
De huizen die een terugrapportage hebben ontvangen en vragen hebben daarover kunnen contact opnemen met SNIV via sniv@rivm.nl

Infectieprevalentie per periode



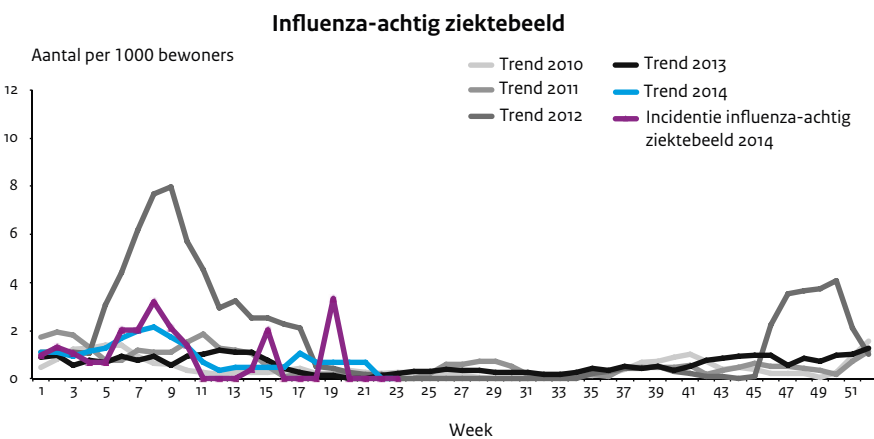
Incidentiemeting 2014, resultaten t/m week 23

De incidentie van het huidige jaar 2014 is weergegeven in paars, het bijbehorende 5-wekelijkse lopend gemiddelde (trend) in blauw, de trend van 2013 in zwart, 2012 in het donkergrijs, 2011 in het grijs en de trend van 2010 in lichtgrijs.



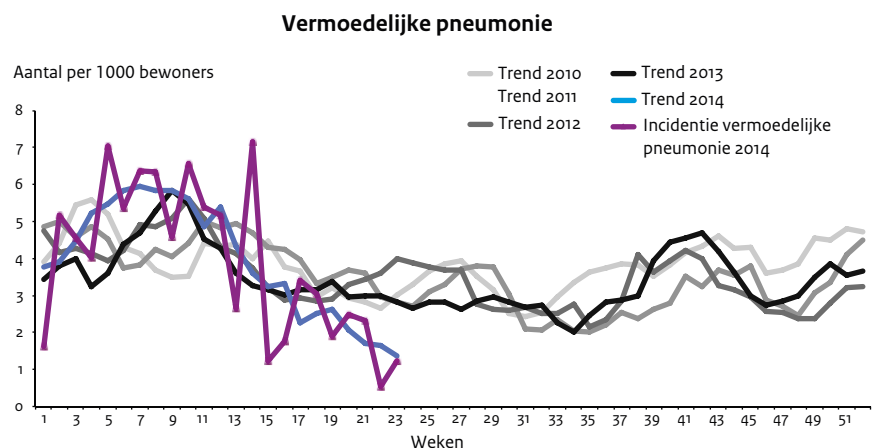
Gastro-enteritis

De trend in de gastro-enteritis incidentie 2014 liet tot aan week 9 een lagere incidentie zien dan voorgaande jaren. Vanaf week 9 volgde een piek die vergelijkbaar is met de incidentie die in 2013 werd geregistreerd in dezelfde periode. In totaal werden sinds week 1 (2014) 140 episodes van gastro-enteritis geregistreerd door de deelnemende huizen.



Influenza-achtig ziektebeeld

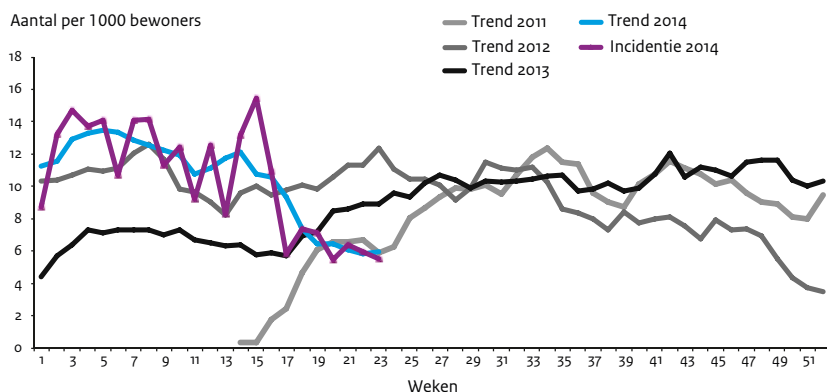
Sinds week 1 van 2014 werden in totaal 36 bewoners geregistreerd met een IAZ. De trendlijn ligt net als in de jaren 2009 t/m 2011 en 2013 lager dan 2012. In totaal werden vanaf week 40 (2013) t/m week 22 (2014), 22 keel- en neusmonsters voor diagnostiek ingestuurd. Drie monsters werden ingestuurd van bewoners met een Influenza achtig ziektebeeld, in geen van de monsters werd het influenza virus aangetoond. In 1 monster werd wel het rhinovirus aangetoond. Er werden 19 monsters ingestuurd van cliënten met een acute respiratoire infectie, hierin werd geen influenza virus of RSV aangetoond maar in 5 monsters werd wel het rhinovirus gevonden.



Vermoedelijke Pneumonie

De trend in de pneumonie incidentie is in 2014 vergelijkbaar met wat voorgaande jaren geregistreerd is. De wekelijkse incidentie ligt tussen 1 en 9 per 1000 bewoners. Sinds week 1 in 2014 werden in 107 totaal bewoners geregistreerd met een vermoedelijke pneumonie.

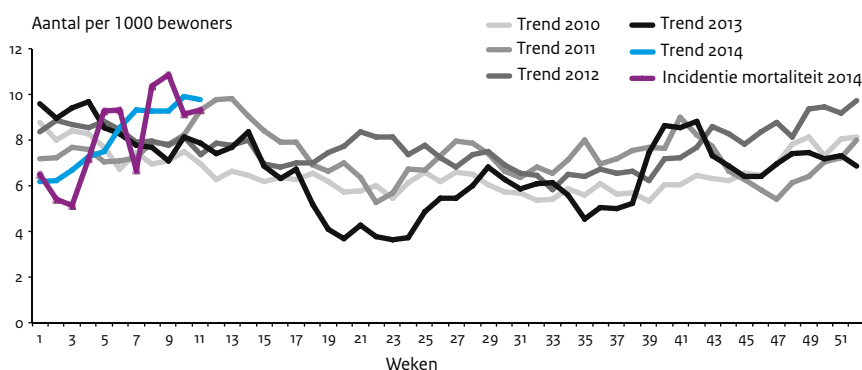
Urineweginfecties



UWI

UWI worden geregistreerd vanaf april 2011. Vanaf week 1 2014 werden 639 bewoners met een UWI geregistreerd. UWI zijn daarmee ook in 2014 weer de meest voorkomende geregistreerde infectie al daalt de trend in 2014 vanaf week 16.

Mortaliteit



Sterfte

Sinds week 1 in 2014 werden 332 overlijdens geregistreerd. De trendlijn ligt daarmee in 2014 iets lager dan de voorgaande jaren.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

juli 2014

Colofon

Projectteam SNIV

Dr. Linda Verhoef, epidemioloog,
030-2742233
Dr. Marie-José Veldman,
epidemioloog, 030-2742233
Drs. Emma Smid, epidemioloog,
030 - 2742865

KatiHalonen, deskundige
infectiepreventie, 030 - 2743561
Ing. Anja Haenen, deskundige
infectiepreventie, 030 - 274 43 33
Ing. Jeroen Alblas, datamanager,
030 - 274 40 50

RIVM

Epidemiologie & Surveillance
Postbus 1, Interne postbak 75
3720 BA Bilthoven
Tel. 030 - 274 2445?
Fax 030 - 274 4409?
E-mail sniv@rivm.nl
Website <http://www.sniv.nl>

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