



Association Belge des Infirmier(ère)s en Hygiène Hospitalière
Belgische Vereniging van Verpleegkundigen in Ziekenhuihygiëne

BAPCOC
Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee



Belgian Infection Control Society
asbl/vzw

Trimestriël :

VOL. XVI n° 1
1^{ste} kwartaal 2012

Uitgifte kantoor :

België - Belgique
Brussel - Bruxelles X
P.B. 1/3542

Verantwoordelijke uitgever :

A. Simon
UCL - Ziekenhuihygiëne
Tour Franklin - 2 sud Mounierlaan
B – 1200 - BRUSSEL

INHOUD

- 2 Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische Ziekenhuizen
- 4 Gecontamineerde geïmpregneerde washandjes voor eenmalig gebruik
- 6 Evaluatie van de patiëntenfolder over handhygiëne in het UZA
- 9 4^e handhygiëncampagne – Betrokkenheid van de patiënten. Realiteit ? Evaluatie van een lokaal initiatief.
- 11 Resultaten bevraging campagnes en campagnemateriaal 2011
- 14 Surveillance van neonatale sepsis en meningitis, 2010
- 16 Voor u gelezen
- 20 Websites
- 21 Wetenschappelijke agenda
- 23 Richtlijnen voor de auteurs
- 24 Redactieraad. Abonnementen.

Met de steun van FOD
Volksgezondheid, Veiligheid van de
Voedselketen en Leefmilieu
Eurostation Blok II – 1^{ste} verdieping
Victor Hortaplein, 40/10
1060 Brussel

EDITORIAAL

Tijdens de vorige editie van de nationale campagne “U bent in goede handen”, en dit jaar opnieuw, is er heel wat ongerustheid gerezen in de ziekenhuizen omdat Test Aankoop het WIV en de FOD VVVL ertoe wou verplichten de individuele compliancecijfers openbaar te maken, net zoals de individuele cijfers van de surveillance van ziekenhuisinfecties.

Het WIV en de FOD VVVL hebben met de steun van het kabinet zich hertegen verzet en uiteindelijk werden deze cijfers niet openbaar gemaakt.

Wat de campagnes betreft heeft de Raad van State de weigeringsbeslissing van WIV en FOD VVVL wel vernietigd. Diezelfde Raad van State heeft in de andere zaak het WIV en de FOD VVVL wel gelijk gegeven omdat het recht op gezondheid voorrang heeft op het recht op openbaarheid. WIV en FOD VVVL zijn van mening dat dezelfde afweging van toepassing is op de campagnes en hebben daarom een nieuwe weigering gemotiveerd met dit argument.

Ondertussen heeft Test Aankoop aangegeven dat ze de administratieve procedure voorlopig opschorten, onder andere omwille van het feit dat momenteel werk wordt gemaakt van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuihygiëne. In deze set van indicatoren is immers ook sprake van enkele indicatoren die volgens de werkgroep wel geschikt zijn voor openbaarmaking. Maar dit geldt niet voor de individuele compliancecijfers die wij dus nog steeds NIET wensen openbaar te maken.

Alle ziekenhuizen die deel hebben genomen aan de vorige campagnes hebben prachtige resultaten behaald, waar we met zijn allen fier op mogen zijn.

Wij weten dat een dergelijke campagne aanzienlijke inspanningen vraagt van de lokale teams voor ziekenhuihygiëne en dat er sprake kan zijn van een zekere gewenning of zelfs campagnemoedheid bij de zorgverleners. Toch hopen wij ook dit jaar op uw deelname te mogen rekenen om een nieuw hoofdstuk te breien aan dit unieke succesverhaal.

In naam van de werkgroep « Campagne handhygiëne »

Anne Simon

N
O
S
O
I
N
F
O

ORIGINEEL ARTIKEL

Coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische Ziekenhuizen

Liesbeth Borgermans, Mark Etienne, Margareta Haelterman, Agnès Jacquerye, Stéphanie Maquoi, Peter Osten, Hilde Peleman, David Sauwens, Louiza Van Lerberghe

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, DG1, Cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid

Context

Na het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in 2006 m.b.t. de financiering van kwaliteit in ziekenhuizen, worden jaarlijkse contracten aangeboden aan de ziekenhuizen betreffende de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Ziekenhuizen participeren op vrijwillige basis. Aan elk deelnemend ziekenhuis wordt een budget toegekend op basis van het aantal erkende bedden. Kleinere instellingen tot 100 erkende bedden ontvangen een bedrag van 10.000 euro. In totaal werd voor het contractjaar 2009-2010 een budget van 7,2 miljoen euro besteed aan dit project. Het percentage deelnemende ziekenhuizen is voor het derde jaar op rij gestegen: 80 % in 2007, 90 % in 2008 en 91 % in 2009. Omgezet in functie van het aantal erkende bedden steeg de participatie van 91% in 2007 naar 98 % in 2009.

Een visie op langere termijn

De jaarlijkse contracten zijn gekaderd in het meerjarenplan kwaliteit en patiëntveiligheid (2007-2012) en zijn gebaseerd op 3 pijlers: structuur, proces en resultaat (cf. triade van Donabedian). Het meerjarenplan werd ontwikkeld om een duidelijker beeld te krijgen over de beoogde doelstellingen op langere termijn, zowel voor de ziekenhuizen als voor de Federale Overheid.

Daarnaast zijn kwaliteit en patiëntveiligheid thema's die, door hun complexiteit, een gefaseerde en planmatige aanpak vragen.

Drie pijlers

De eerste pijler gaat over het ontwikkelen van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS), de tweede pijler over zorgprocessen en de derde pijler over indicatoren. Per pijler worden jaarlijks nieuwe elementen aangeboden aan de ziekenhuizen en wordt verder gebouwd op de gevraagde activiteiten van het jaar

voordien, dit alles in functie van de beoogde einddoelstellingen per pijler tegen einde 2012.

In het derde contractjaar (2009-2010) werd, voor de eerste pijler (VMS), gevraagd een meld- en leerstelsel voor incidenten en bijna-incidenten te ontwikkelen en/of te omschrijven. Daarnaast werd gevraagd om 5 incidenten te analyseren volgens een retrospectieve analysemethode met de voorgestelde verbeteracties en de geformuleerde aanbevelingen die daaruit zijn voortgevloeid. Eveneens dienden de geanalyseerde incidenten geïnclassificeerd te worden volgens de *International Classification for Patient Safety* (taxonomie) van de WHO waarbij minstens de minimale dataset moest worden gehanteerd en gecodeerd. Tenslotte werd gevraagd om een blanco kopie van alle gehanteerde meldformulieren in bijlage toe te voegen.

De tweede pijler (processen) had als focus de procesmatige aanpak van een intramuraal verbeterproces, in casu een zorgproces, een intramuraal transferproces of een verbeterproces naar aanleiding van een retrospectief geanalyseerd incident uit pijler 1.

Voor pijler 3 (indicatoren) werd de cartografie van indicatoren, opgesteld door elk ziekenhuis in het tweede contractjaar, gestructureerd in 4 domeinen, teruggekoppeld met de ziekenhuizen. Voor het derde contractjaar werd dan gevraagd om, per indicator, na te gaan of deze nog werd gebruikt en, indien ja, waarvoor (kwaliteitsborging of monitoring en het opvolgen van verbeteracties).

Voor alle indicatoren die werden gebruikt voor het opvolgen van verbeteracties (streefcijfer niet behaald en/of probleem) werd vervolgens gevraagd om de indicator te definiëren of te omschrijven (teller, noemer), het streefcijfer op te geven, de verantwoordelijke (functie) voor elke indicator te specificeren, aan te duiden aan wie over de resultaten wordt gecommuniceerd en de frequentie van de formele communicatie aan te geven.

Resultaten

De resultaten van het derde contractjaar liggen in dezelfde lijn als de resultaten uit de voorgaande projectjaren. Het meten van de patiëntveiligheidscultuur waar verbeteracties aan gekoppeld worden, de positieve evolutie in het melden en analyseren van incidenten en bijna-incidenten en de toegenomen aandacht voor procesverbeteringen zijn belangrijke ontwikkelingen in de goede richting. Een groot verbeterpotentieel blijft echter aanwezig voor wat betreft de ontwikkeling en implementatie van patiëntgerichte zorg, het gebruik van multidimensionele indicatoren op de verschillende niveaus van het ziekenhuis alsook de uitbouw van transmurale zorg. Een belangrijk knelpunt blijft ook de betrokkenheid van directies, artsen en leidinggevenden wat door de overheid wordt beschouwd als een essentiële randvoorwaarde voor de realisatie van (verbeteringen in) kwaliteit en patiëntveiligheid. Directies, artsen en leidinggevenden zijn immers cruciale spelers in het definiëren en implementeren van een performant ziekenhuisbeleid zoals de overheid dit voorstaat.

Toekomst

In 2012, het laatste jaar van het eerste meerjarenplan, wil de overheid streven naar een integratie van alle informatiebronnen betreffende patiëntveiligheid waaronder bijvoorbeeld patiëntentevredenheidsmetingen en proactieve analysemethoden (pijler 1). Voor pijler 2 wordt de focus gelegd op transmurale zorg en wordt, op basis van de uitgevoerde SWOT-analyse (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and*

Threats), aan de ziekenhuizen gevraagd om het gekozen transmuraal proces te borgen tegen einde 2012. Voor pijler 3 (indicatoren) zal de Federale Overheid afstemmen met de ziekenhuiskoepels, de ziekenhuisnetwerken, de regio's en andere betrokken partijen. In het kader van het contract 2012 zal de focus van de Federale Overheid liggen op het ontwikkelen van een ondersteuningsplan m.b.t. indicatoren voor de ziekenhuizen en dit in samenwerking met de betrokken actoren.

Het tweede meerjarenplan (2013-2017) is in voorbereiding. De oorspronkelijke pijlers (structuur, proces en resultaat) blijven behouden maar worden thematisch geïntegreerd. De topics voor de komende jaren zullen, gezien de evolutie, rekening houden met de op gang komende accrediteringsbeweging in de ziekenhuizen. De federale overheid zal enkele topics die hiervoor belangrijk zijn, zoals bv. patiëntidentificatie, *safe surgery* en het voorkomen van ziekenhuisinfecties, integreren in het nieuwe meerjarenplan.

Feedback naar de ziekenhuizen

Elk jaar worden de geaggregeerde resultaten uit de rapporten in boekvorm aan de ziekenhuizen teruggekoppeld. De publicatie over het derde contractjaar: 'Kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen 2010' verschijnt in december. De uitgaven van de twee voorgaande contractjaren zijn beschikbaar op www.patient-safety.be.

Meer informatie is te bekomen bij het QS-team: qs@gezondheid.belgie.be

ORIGINEEL ARTIKEL

Gecontamineerde geïmpregneerde washandjes voor eenmalig gebruik

Frank Van Laer, Hilde Jansens, Emiel Goovaerts

Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Inleiding

Op 18/06/2009 en 07/07/2009 was bij twee consecutieve harttransplantatiepatiënten de sputumkweek positief voor *Pseudomonas aeruginosa* op de 2^{de} dag postoperatief (operatiedatum op respectievelijk 16/06/2009 en 05/07/2009). Daarnaast was de sputumkweek bij deze patiënten ook positief met *Serratia marcescens* op respectievelijk de 3^{de} en 2^{de} dag postoperatief.

Epidemiologisch onderzoek

Deze cluster van kolonisaties bij harttransplantatiepatiënten was aanleiding voor een onderzoek ter plaatse van de transplantatie-eenheid op de afdeling intensieve zorgen door de ziekenhuishygiënist. Gezien de problematiek van leidingwater⁽¹⁾ werd nagegaan of men bij deze patiënten leidingwater voor de verzorging gebruikte. Dit bleek niet het geval. Enkel voor de dagelijkse scheerbeurt bleek er onzekerheid of er al dan niet leidingwater was gebruikt. De straalbreker op het tappunt in de patiëntenkamer alsook de wastafel bleken in ieder geval droog te zijn bij controle op twee verschillende dagen. Omgevingskweken werden uitgevoerd op 10/07/2009: kiné-toestel (voor individueel gebruik), chloorhexidine mondspoeling, tandenborstel, sifon lavabo, straalbreker, huidreinigingsschuim en een geopend pak disposable geïmpregneerde washandjes.

Na 24 uur incubatie bleek de kweek van de washandjes positief voor *Pseudomonas aeruginosa*.

Ter controle werd op 13/07/2009 een ongeopend pak met 8 washandjes bemonsterd (lotnr. 04356, exp. 06/11), alsook een geopend pak (lotnr. 04356, exp. 05/11) met 7 washandjes, dat na hersluiten terug bij de algemene voorraad was gelegd en toevallig door de ziekenhuishygiënist werd ontdekt. In beide gevallen was de kweek positief met *Pseudomonas aeruginosa*.

Tenslotte werd een kweek genomen van een onge-

pend pak (lotnr. 04322, exp. 05/11) met een ander lotnummer; ook hiervan was de kweek positief met *Pseudomonas*.

Aangezien nog een ander type wasdoekje op de afdeling werd gebruikt, namelijk specifiek te gebruiken bij incontinentie en vochtletsels (perineale reinigingsdoekjes, eveneens verpakt per 8 stuks), werd ook hiervan een kweek genomen. De kweek hiervan was negatief.

Verbeteracties

Op basis van de kweekresultaten werd besloten het gebruik van de geïmpregneerde washandjes onmiddellijk stop te zetten. De voorraad op alle afdelingen in het ziekenhuis werd verzameld.

De producent werd ingelicht met vermelding van de lotnummers. Het incident werd tevens gemeld aan "Toezicht Volksgezondheid" van de provincie Antwerpen.

Voor de transplantatiepatiënten werden als alternatief wasdoekjes in gebruik genomen geïmpregneerd met chloorhexidine 2%.

Door de producent werden controlekweken uitgevoerd in een extern labo die de *Pseudomonas*-besmetting bevestigde.

In afwachting dat de fabrikant de oorzaak van de besmetting kon achterhalen, werden in opdracht van de producent de washandjes door middel van gammastralen gesteriliseerd. Nadat de ziekenhuishygiënist in het bezit waren van de gunstige analyserapporten van het externe labo en het certificaat van sterilisatie, werden de washandjes op 18/08/2009 opnieuw in gebruik genomen.

Aangezien het gebruik van geïmpregneerde washandjes vanaf eind 2009 ziekenhuisbreed werd geïmplementeerd in het kader van "verzorgend wassen" (of "wassen zonder water") werden bij een volgende prijsvraag expliciet kwaliteitsgaranties voor het product van de leveranciers gevraagd: naast de technische kenmerken (geur, aantal stuks

per pak,...) moet de fabrikant/leverancier minimum 2x/jaar de microbiologische kwaliteit van de washandjes door een onafhankelijk labo laten analyseren. De voor de analyse aangeboden washandjes hebben een ander lotnummer dan deze die in een vorige analyse werden aangeboden. Bovendien mag de vervaldatum bij aanbidding niet verstreken zijn. Bij kweek van pathogenen (bv. *Pseudomonas aeruginosa*) wordt dit onmiddellijk aan de afnemer gemeld. Normen: < 200 KVE/g voor aëroben en < 20 KVE/g voor anaëroben + vrij van pathogenen (*Pseudomonas* species, *S. aureus*, *Burkholderia cepacia*, Enterobacteriaceae...). Deze normen zijn deels gebaseerd op SCCNFP/0119/99 (2).

Minimum 2x/jaar wordt een kopie van het microbiologisch analyserapport aan het team ziekenhuishygiëne bezorgd.

Kweek van pathogenen moet onmiddellijk door de leverancier worden gemeld.

Bespreking en besluit

Hoewel de kolonisaties met *Pseudomonas aeruginosa* bij de transplantatiepatiënten niet met zekerheid kunnen worden toegeschreven aan de gecontamineerde washandjes, werden nochtans in de literatuur al wel outbreaks met dergelijke washandjes beschreven.

Een outbreak op zeven IZ-afdelingen en twee verpleegafdelingen in twee Duitse ziekenhuizen kon in verband gebracht worden met het gebruik van dergelijke geprefabriceerde washandjes die met *Burkholderia contaminans* waren gecontamineerd (3). Als gevolg van contaminatie van wasdoekjes voor perineale zorg was er een recall van deze doekjes in Canada

en de Verenigde Staten; ook deze doekjes waren met *Burkholderia (B. cepacia)* gecontamineerd (4).

Hoewel het gebruik van geïmpregneerde washandjes een aanvaardbare methode is om patiënten, inclusief kritisch zieke patiënten, mee te wassen (5), blijft het noodzakelijk om de microbiologische kwaliteit te bewaken.

Referenties

1. Jansens HAL, Van Laer F, Goovaerts E, Ieven M, Goossens H. Nosocomial infections caused by *Sphingomonas paucimobilis* in an intensive care unit associated with contaminated tap water. Abstract 06-A-266-SHEA. SHEA, Chicago, 2006.
2. The Scientific Committee on Cosmetic Products and Non-Food Products intended for consumers (SCCNFP). Notes of guidance for testing of cosmetic ingredients for their safety evaluation (third revision). Adopted by the SCCNFP during the plenary meeting of 23 June 1999.
3. Martin M, Christiansen B, Caspari G, et al. Hospital wide outbreak of *Burkholderia contaminans* caused by prefabricated moist washcloths. Journal of Hospital Infection, 77 (3): 267-270, 2011.
4. Wachter K. Bacterial contamination prompts recall of perineal wascloths. Internal Medicine News, 39(21): 47-47, 2006.
5. Larson EF, Ciliberti T, Chantler C, et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. Am J Crit Care, 2004;13:235-241.

ORIGINEEL ARTIKEL

Evaluatie van de patiëntenfolder over handhygiëne in het UZA

Frank Van Laer⁽¹⁾, Filip Bosschaerts⁽²⁾, Philippe Prosperi⁽²⁾, Ann Segers⁽³⁾, Hilde Jansens⁽¹⁾, Emiel Goovaerts⁽¹⁾.

(1) Team ziekenhuishygiëne, Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

(2) Afstudeerrichting Marketing, Karel de Grote-Hogeschool Antwerpen.

(3) Dienst Communicatie UZA

Inleiding

In de loop van de maand mei 2011 werd door de studenten van afstudeerrichting Marketing een kwalitatief onderzoek uitgevoerd over de externe gedrukte communicatie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Ook de patiëntenfolder over handhygiëne werd in het onderzoek betrokken (figuur 1). Deze folder is sinds medio 2008 in gebruik en werd ontwikkeld op basis van de patiëntenfolder van de eerste (2004-2005) nationale campagne handhygiëne. De folder maakt momenteel een onderdeel uit van het standaard informatiepakket dat elke patiënt bij opname in het ziekenhuis krijgt. In de loop van 2011 werd de folder herwerkt - opnieuw in het kader van de nationale campagne handhygiëne - rond het concept "patient empowerment". Zo werd een passage toegevoegd naar analogie met de nationale folder: *"Hoewel onze medewerkers de richtlijnen strikt toepassen, kunnen zij ook wel eens iets vergeten. Aarzel daarom niet om hen erop te wijzen als u zou merken dat ze de noodzakelijke handhygiëne vergeten. De medewerkers weten dat patiënten hen daaraan helpen herinneren en zullen u dankbaar zijn. Laat ook blijken dat u het waardeert wanneer ze handhygiëne toepassen. Zo vormt u onze partner in de handhygiëne in ons ziekenhuis"*.

Methode

Er werd bewust gekozen voor een kwalitatief onderzoek, omdat dit inzicht geeft over hoe mensen denken over een bepaald onderwerp. Bovendien zou een kwantitatief onderzoek te veel tijd en middelen in beslag genomen hebben, aangezien er dan een groot aantal respondenten zou moeten bevestigd worden. Het doel was om de huidige problemen in de gedrukte externe communicatie op te sporen, om zo in de toekomst de patiënten en hun verwanten beter te informeren.



Figuur 1: Folder handhygiëne

In totaal werden er 150 folders/brochures in het ziekenhuis geïnventariseerd die ook via intranet ("UZA-connect") kunnen opgevraagd worden.

Uit het grote aanbod aan folders en brochures werden er 12 onder de loep genomen, waaronder de handhygiënefolder.

Voor wat betreft de folder over handhygiëne werden 22 patiënten geïnterviewd in verschillende medische disciplines; hierbij werd ook telkens gevraagd of ze op de hoogte waren van het bestaan van de folder.

Resultaten

Algemeen

In het algemeen is de "tone of voice" in de folders en brochures naar het externe doelpubliek toe eerder formeel. Dat geldt ook voor de folder over handhygiëne. Er wordt altijd "gevousvoeerd". In het UZA-magazine ("magUZA") dat bedoeld is voor de patiënten,

is dit echter niet het geval, daar wordt er meestal 'je' gebruikt in plaats van de u-vorm.

Qua lay-out, foto's en lettertype zijn de patiënten over het algemeen tevreden. Het lettertype is voor zo goed als alle bevroegde patiënten duidelijk leesbaar, zelfs op diensten zoals oogheelkunde en cardiologie met een patiëntenpopulatie met gemiddeld een hoge leeftijd. De nieuwe huisstijl valt ook zeer in de smaak. Het geeft een kleurrijke indruk en door de foto's en de witruimtes worden de folders ook overzichtelijk. De foto's zijn ook telkens geslaagd, waarheidsgetrouw en mooi.

De patiënten zijn positief wat betreft het formaat van de folders/brochures en de hoeveelheid aangeboden informatie. Omdat er geen vakjargon wordt gebruikt is ook de inhoud steeds duidelijk. Enkel voor de vrij talrijke Nederlandse patiënten, blijkt er soms een taalkundig probleem te zijn.

Over online informatie zijn de meningen verdeeld. Er zijn patiënten die zeker geïnteresseerd zijn in online informatie, maar vaak is dit in een ondersteunende rol. Weinig mensen zien de folder graag wegvallen. Een online FAQ-lijst lijkt voor de meeste pro-internet-patiënten wel een interessante optie.

Folder handhygiëne

Van alle patiëntenfolders had het tweeluik over handhygiëne "U bent in goede handen" de grootste oplage met 16700 exemplaren en drie herdrukken van telkens 5000 exemplaren. Helaas werd geconstateerd dat de patiënten deze zeer zelden tegenkomen, laat staan lezen. Dit komt omdat de folder als het ware verstopt zit in de onthaalbrochure en verloren gaat in de andere folders en brochures.

Aan 22 opgenomen patiënten werd gevraagd of de folder van handhygiëne bekend was. Slechts 2 patiënten (op dagziekenhuis) waren op de hoogte van het bestaan van de folder, waarbij 1 patiënt de folder eerder toevallig ontdekte doordat deze uit de onthaalbrochure viel.

Interviews met opdrachtgevers (= artsen en verpleegkundigen)

Nadat het idee ontstaan is en het basisconcept is opgesteld, laat een dienst zijn folder/brochure nooit beoordelen door de patiënten. Enkel de dienst ziekenhuishygiëne heeft ooit de folder over MRSA door patiënten eerst laten beoordelen op verstaanbaarheid. Nochtans bleek dat alle diensten zeer geïnteresseerd waren in de resultaten van het huidige onderzoek. Ook zij willen weten wat de patiënt nu precies van

hun folder of brochure denkt. Feedback wordt niet gevraagd en daardoor blijven de diensten in het duister tasten.

In het interview werd ook gepeild naar de samenwerking met de dienst communicatie. Doordat de samenwerking in het verleden minder goed verliep grepen de diensten sneller terug naar eigen makelij. Nu verloopt de samenwerking vlot en werkt men graag samen met de communicatiedienst. Men vindt het positief dat vanuit de communicatie wordt voorgesteld om een folder/brochure te hernieuwen. Op de vraag van de opdrachtgever zelf om een folder te vernieuwen, zoals recent de handhygiëne-folder, wordt vrij snel gereageerd.

Conclusies en aanbevelingen

Er is een behoefte bij sommige patiënten om brochures/folders digitaal te raadplegen. Het medium, de gedrukte vorm, is echter zeker nog niet voorbijgestreefd en zal nog lang het belangrijkste communicatiemiddel blijven. Een folder of brochure heeft enkele voordelen die het internet nooit zal hebben: je neemt het sneller terug vast, je kan er gemakkelijk notities in nemen en alles staat op één plaats.

Online-communicatie is goed voor een ondersteunende rol. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer er een taalkundig probleem is bij gebruik van vakjargon. Een woordenlijst die digitaal kan geraadpleegd worden zou dan een hulpmiddel kunnen betekenen.

Het effect van de folder handhygiëne ondanks de grote oplage is minimaal. Het medium om deze boodschap over te brengen is volgens de onderzoekers verkeerd gekozen, waardoor de nuttige tips op deze manier verloren gaan. De folder gaat verloren in de onthaalbrochure en de andere brochures en folders die de patiënt krijgt. Een ander medium zou deze problematiek zeker verhelpen zoals posters of flyers op de badkamers en toiletten. De boodschap wordt dan ook overgebracht op het moment dat deze belangrijk is. Het is een te algemeen thema voor de patiënten, dus moeten deze geïnformeerd worden op een moment dat er geen andere input is. De badkamer en de wc zijn daarvoor perfect geschikte plaatsen. Naast deze aanbevelingen van de onderzoekers werd ondertussen in het comité voor ziekenhuishygiëne beslist om informatie over handhygiëne onder de vorm van een kleine poster ook in de patiëntenkamer naast de handalcohol-dispenser te hangen. Via deze poster wordt de patiënt gevraagd om de gezondheidswerkers er aan te herinneren om handhygiëne uit te voeren zodat meteen ook aan "patient empowerment"

wordt gedaan (figuur 2).

De folder zelf zou een pagina kunnen krijgen in de onthaalbrochure, waardoor ze al significant meer zou gelezen worden.

Hoewel in de folder over handhygiëne weinig vakjargon voorkomt, is het bij de opmaak van een folder aangewezen om deze eerst "uit te testen" bij patiënten alvorens op grote oplage te verspreiden.

De nieuwe huisstijl van het UZA is een absolute voltreffer. De kleuren, de witruimtes en de vele foto's geven de patiënt een overzichtelijk geheel. De foto's vallen ook in de smaak.

Naast het gebruik van de je-vorm wordt aangeraden om **vetgedrukte** of onderlijnde kernwoorden te gebruiken. Dit kan zeer doeltreffend zijn, maar mag uiteraard niet te veel gebruikt worden. Als dit wel het geval is, dan zou dat eerder storend zijn en zou het effect verloren gaan.

Hoewel de u-vorm de algemene standaard is in de externe communicatie van het UZA, creëren de folders/brochures (vooral in de nieuwe huisstijl) een geruststellend en familiair gevoel. Ze willen de patiënt ook iets bijleren, maar komen ook niet belerend over. De patiënt staat duidelijk centraal en het is de bedoeling dat hij alles begrijpt en zich goed voelt bij zijn behandeling en in het UZA in het algemeen.

Referenties

1. Communicatiedienst en team ziekenhuishygiëne UZA. U bent in goede handen. Handhygiëne in het UZA. Informatiefolder patiënten. UZA, januari 2011.
2. Filip Bosschaerts en Philippe Prospero. Marktonderzoek van de gedrukte externe communicatie in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Stageverslag afstudeerrichting Marketing van de Karel de Grote-Hogeschool te Antwerpen, juni 2011.



Figuur 2 : Poster "patient empowerment" naast handalcoholdispenser

ORIGINEEL ARTIKEL

4^e handhygiëncampagne – Betrokkenheid van de patiënten. Realiteit ? Evaluatie van een lokaal initiatief.

Martine Doyen. Verpleegkundige-ziekenhuishygiënist. Kliniek Sint-Jan – Brussel.

Inleiding

Patiënten betrekken bij de promotie van handhygiëne getuigt van een proactieve aanpak wat volgens ons een extra troef is. Het leek ons dan ook interessant daar wat dieper op in te gaan.

De methodologie die we hebben gevolgd is die van de nationale handhygiëncampagne en we hebben gebruik gemaakt van het didactische materiaal waarover we beschikten: affiches in de inkomhal en in alle zorgeenheden, een ondertekend handvest dat in de verschillende diensten uithangt, het uitdelen van “magneten” en badgehouders.

De dienst opnames bezorgt de patiënten systematisch een folder; patiënten die via de spoed worden opgenomen ontvangen die evenwel niet.

We hebben gekozen voor een persoonlijke benadering door de patiënten op een meer rechtstreekse manier aan te spreken.

We wilden ook weten of de 4de handhygiëncampagne voor de patiënten al dan niet zichtbaar genoeg was.

Lokaal initiatief: het personeel van de zorgeenheid heeft tijdens de campagne onder de patiënten een kaartje verspreid waarop het volgende te lezen stond: « 4^e Campagne d'hygiène des mains. Nous participons activement à la campagne. Pour que vous soyez encore dans de meilleures mains, participez-y avec nous. N'hésitez pas à nous rappeler de nous désinfecter les mains. Conforme aux directives de l'OMS et du Conseil Supérieur de la Santé » (“4^{de} Handhygiëncampagne. We nemen actief aan de campagne deel. Doe het samen met ons, zo bent u in nog betere handen. Wijs ons er vooral op dat we onze handen ontsmetten, net zoals de WHO en de Hoge Gezondheidsraad het voorschrijven.”) De eerste dag lag het kaartje op de maaltijdplateau, daarna op het nachtkastje van de patiënt. Later kreeg de patiënt zo'n kaartje bij opname in de eenheid.

Op die manier wil de zorgverlener de patiënt de “toelating geven” hem te wijzen op het belang van handhygiëne, voor het geval hij dat vergeet, en wil hij de patiënt als partner bij de zorgverlening betrekken.

Doelstellingen

- De visibiliteit van de campagne evalueren bij gehospitaliseerde patiënten.
- Een dialoog zorgverlener-patiënt tot stand brengen rond handhygiëne.
- Naar een positieve aanpak streven door het per-

soneel te sensibiliseren rond het initiatief “betrokkenheid van de patiënten”.

- Een vergetelheid mag bij het personeel geen schuldgevoel teweeg te brengen; er moet vermeden worden dat het verzorgend personeel de betrokkenheid van de patiënten als een strafmaatregel gaat beschouwen.
- Mogelijke agressie voorkomen (het personeel mag een verzoek van een patiënt om de handen te ontsmetten niet slecht opvatten).

Methodologie

De evaluatie van dit initiatief liep over een periode van 7 dagen na het einde van de handhygiëncampagne.

De door de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist opgestelde vragenlijst werd onder de vorm van een interview afgenomen door 2de- en 3de-jaarsstudenten verpleegkunde.

Vooraf was het akkoord van de scholen en van de studenten gevraagd. De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist stond in voor de opleiding van de studenten.

De hoofdverpleegkundige van de eenheid heeft de 10 patiënten uitgekozen die konden worden geïnterviewd, om er zeker van te zijn dat ze wel in staat waren aan het interview deel te nemen.

Om niet voor nodeloze onrust bij de patiënt te zorgen, of het vertrouwen in de zorgverlener niet te ondermijnen, werd de term “infectie” vermeden. Enkel de ontsmetting van de handen als handeling kwam ter sprake.

De studenten moesten zich eerst voorstellen en de patiënt vragen of hij een paar vraagjes wou beantwoorden. Ze moesten de vragen stellen zonder er commentaar bij te geven en tijdens het interview zo neutraal mogelijk blijven. De patiënt kon kiezen of hij in het Frans of het Nederlands werd bevestigd.

Wanneer over een document naar de mening van de patiënt werd gevraagd, dan toonde de student de patiënt het document waarvan sprake.

De interviews werden achteraf in een enveloppe gestoken, die vervolgens aan de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist werd overhandigd.

De adjunct-directeur van de verpleegkundige dienst heeft het initiatief in alle eenheden bekendgemaakt.

Resultaten

Alle studenten en patiënten wiens deelname was gevraagd, hadden ermee ingestemd aan het interview

deel te nemen.

De studenten vonden de pedagogische aanpak interessant en stelden dat ze daardoor ook persoonlijk rond handhygiëne zijn gesensibiliseerd.

Veertien zorgeenheden (geneeskunde, chirurgie, materniteit, geriatrie, revalidatie) hebben eraan deelgenomen en 103 patiënten werden bevestigd.

Op de deelnemende zorgeenheden waarin minder dan 10 vragenlijsten zijn ingevuld, lagen patiënten wiens gezondheidstoestand een interview onmogelijk maakte (vooral in geriatrie).

Interview en antwoorden van de patiënten

- Was u ervan op de hoogte dat er momenteel een handhygiëne campagne in de ziekenhuizen loopt?
JA: 48 %
- Zo JA, hoe bent u dat te weten gekomen?
Sint-Jan: 41 % TV: 16% Kranten: 7 % Omgeving: 10% Andere: 26%
- Neemt de Kliniek Sint-Jan volgens u deel aan die handhygiëne campagne? JA: 60%
- Heeft u in de Kliniek Sint-Jan affiches gezien over handhygiëne? JA: 46%
- Kreeg u van de dienst bij opname een brochure over de handhygiëne campagne?
JA: 19 %*

*Deze score valt enerzijds te verklaren door het feit dat het personeel op de dienst opnames problemen vreesde met het personeel tijdens de bedplanning. De verspreiding van de campagne folder werd dus opnieuw besproken en de opdracht van het personeel op de dienst opnames in een juist kader geplaatst. Dit moest de onrust bij het personeel wegnemen en de verspreiding van de folder bevorderen. Anderzijds hadden we niet voorzien de patiënt de vraag voor te leggen, of hij via de dienst opnames, of via de spoed was opgenomen.

- Kreeg u bij opname in de eenheid een kaartje over de handhygiëne campagne?
JA: 34%
- Wie heeft u dat kaartje overhandigd?
Student: 24% Verpleegkundige: 25% Vrijwilliger 30% Andere: 15% Geen idee: 6%
- Lag er op uw nachtkastje een kaartje over handhygiëne? JA: 27 %
- Kreeg u uitleg over deze handhygiëne campagne?
JA: 26 %
- Heeft men u uitgelegd wat u kon doen om het personeel te helpen de handen te ontsmetten?
JA: 26%
- Heeft u commentaar?
32% van de bevestigde patiënten heeft er commentaar aan toegevoegd.
 - De patiënten observeren de zorgverleners. De meesten erkennen de kwaliteit van de zorgverlening, een aantal formuleert echter ook kritiek en suggesties.
 - Anderen hebben er alle vertrouwen in en gaan ervan uit dat de beschikbare ontsmettingsmid-

delen worden gebruikt, of handhygiëne “maakt hen niet bepaald ongerust” omdat het personeel handschoenen draagt ...

- Sommige patiënten vonden dat het niet aan hen was om het personeel op handhygiëne te wijzen.
- Andere zijn zich niet bewust van de potentiële impact van handhygiëne op de gezondheid.
- Een aantal patiënten zei ons dat ze bij een volgende opname de documenten die ze ontvangen aandachtiger zouden doornemen.
- Eén patiënt vond handhygiëne promotie een slim idee en zei ons dat hij het in zijn bedrijf ging toepassen.

Een aantal suggesties van patiënten waren de volgende :

- Handhygiëne promoten bij bezoekers om te vermijden dat ze “bacteriën van buitenaf mee zouden brengen”.
- Affiches rond handhygiëne ophangen in de publieke toiletten.
- Meer affiches in het ziekenhuis ophangen.
- Zodra een verpleegkundige de computer aanzet om een verpleegkundig dossier te openen, systematisch een bericht weergeven dat wijst op het belang van handhygiëne. Het team dat het geïnformatiseerd verpleegkundig dossiers beheert heeft die suggestie intussen al in de praktijk gebracht.

Discussie

Het personeel staat nogal terughoudend tegenover het betrekken van de patiënt als partner bij de zorgverlening en schaart zich dan ook niet volledig achter deze aanpak.

De dialoog met de patiënt over handhygiëne blijft moeilijk en zal vermoedelijk vlotter verlopen eens het personeel zelf de handhygiëne compliance beter zal naleven (de beoogde 70% in het ziekenhuis is nog niet gehaald).

Het personeel aanvaardt makkelijker dat de patiënt hem erop wijst dat hij een geneesmiddel is vergeten geven, dan dat hij hem vraagt z'n handen te ontsmetten. Dit wordt nog altijd niet als “standaard” procedure beschouwd.

Conclusies en vooruitzichten

Het initiatief moet bij een volgende campagne zeker worden voortgezet, rekening houdend met de verzoeken van zowel patiënten als personeel.

Een werkgroep moet de visibiliteit van de HH campagne bij patiënten verhogen om beter te informeren. Tegelijk moet rekening worden gehouden met de ervaringen van het personeel om het idee van de “betrokkenheid van de patiënten” makkelijker ingang te doen vinden.

Veranderingen doorvoeren kost tijd en vereist samenwerking op alle niveaus.

Wordt vervolgd ...

BAPCOC NIEUWS

Resultaten bevraging campagnes en campagnemateriaal 2011

De Handhygiëne Campagne Werkgroep

Begin dit jaar vond opnieuw een informatiesessie “U bent in goede handen” plaats te Brussel. Op deze informatiesessie werden, naar goede gewoonte, de nieuwigheden van de meest recente campagne in primair aan de deelnemende ziekenhuizen voorgesteld. Na afloop werden alle aanwezigen verzocht om

deel te nemen aan een eenvoudige bevraging die peilt naar de tevredenheid en bruikbaarheid van het bestaande materiaal alsook naar nieuwe wensen en ideeën. In totaal vulden 118 aanwezigen de vragenlijst in, waarvan 60 Franstaligen en 58 Nederlandstaligen.

VRAGENLIJST

Informatiesessie “U bent in goede handen”

20 januari 2011, Brussel, UCL St.-Luc – Auditorium Roi Baudouin C

	Zeervrededen	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Zeervrededen
V1. Bent u <u>globaal</u> tevreden over het voorgestelde materiaal voor deze 4 ^e campagne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V2. Hoe bruikbaar vindt u volgend specifiek <u>campagnemateriaal</u> :	Zeervrededen	Bruikbaar	Neutraal	Minder bruikbaar	Weinig of niet bruikbaar
a. Affiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Powerpoint presentatie artsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Powerpoint presentatie zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Patiëntenbrochure / folder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Gadgets (bv. kleine handjes,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Videoclip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Quiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V3. Welk <u>bijkomend campagnemateriaal</u> zou u kunnen helpen bij de promotie van handhygiëne binnen uw zorginstelling?					
V4. Wat zou volgens u de <u>centrale boodschap</u> van de volgende (= vijfde) campagne moeten zijn?					
V5. De artsen zijn de uitverkoren doelgroep in deze vierde campagne. <u>Welke doelgroep verdient volgens u extra aandacht</u> in de volgende campagne (zonder daarbij de andere zorgverleners te verwaarlozen)?					
V6. Heeft u misschien nog enkele suggesties mbt <u>mogelijke gadgets</u> voor onze volgende campagne?					
a. Gadget voor de patiënt:	_____				
b. Gadget voor de zorgverlener:	_____				

Van harte bedankt voor uw medewerking !

Dit zijn de resultaten :

Vraag 1 peilde naar **de globale tevredenheid van het voorgestelde materiaal voor de 4e campagne**. 13% antwoordde 'zeer tevreden', 68% was 'tevreden', 16% eerder 'neutraal' en slechts 3% was ontevreden. Er waren geen aanwezigen die 'zeer ontevreden' waren met het campagnemateriaal.

Vraag 2 peilde naar de **bruikbaarheid van de ontwikkelde materialen**, gaande van de klassieke affiches tot de quiz. Slechts een klein deel van de materialen werd beschouwd als weinig of minder bruikbaar. Videomateriaal en clips werden beschouwd als het meest bruikbare (92% vindt dit bruikbaar tot zeer bruikbaar materiaal), op de voet gevolgd door 'affiches' en de online 'quiz'. Daarop volgen de

'Powerpoint presentatie voor zorgverleners' en de handhygiëne 'gadgets'. De 'Powerpoint presentatie voor artsen' en de 'patiëntenfolder' werden het laagst gescoord doch nog steeds beduidend positief (= meer dan 70% vindt dit materiaal bruikbaar tot zeer bruikbaar).

Vraag 3 peilde naar eventueel **nuttig bijkomende materiaal ter promotie van handhygiëne** voor gebruik binnen de zorginstellingen. Aangezien dit een open vraag is, zijn de antwoorden erg uiteenlopend en... verrassend. Meer dan een kwart (27%) vernoemt de 'staander met handalcohol en folders', eventueel in een nieuwe (kleinere) versie. Op de tweede plaats vinden we 'hand-uurwerkjes' (7%) en op de derde plaats 'stickers' (6%). Gezien de creativiteit van de aanwezigen geven we u graag de rest van de lijst mee. Dit zijn ze :

Video, YouTube, humoristische clip (clown), spandoeken, sky banners, pocketflesje handalcohol (+clip), UV-lamp (+fluo-oplossing), meer folders, samen met loonbrief (+kortingsbon?), memo-kaartje, geheugensteuntje, steekkaartje, stylo, latje, meer ingaan op correct gebruik handschoenen in quiz en PPT verplegers, (transparante) klevende affiches voor op glazen wanden/deuren, films eerder dans PPT voor artsen en verplegers, audio (voor slechthorenden, voor in wachtzaal), screensaver, meer richten naar psychiatrie, grotere posters, muismat, kalender, computerprogramma voor staande registratie, tweetalige posters, petriplaatjes ("kweek je eigen bacterie"), wobblers voor op de handalcoholflessen, stripverhalen met gekende figuren /Bookie, credit card/Post-it met slogan, USB-stick met alle campagnemateriaal, seminarie rond leadership om invloed op de werkvloer te optimaliseren, krant, poster-houder, een kopie van Anne Simon met haar talent voor communicatie, geschenkjes voor het personeel met nette handen, compliantierooster voor handhygiëne, evaluatieformulier HH in bijlage met de evaluatieformulier bij het verlaten van het ziekenhuis.

Vraag 4 peilde naar wat volgens de aanwezigen de **centrale boodschap** zou moeten zijn van de volgende (= vijfde) campagne.

“69% compliance: Yes We Can... do it better”
“Nog meer hygiëne”
“En wat indien het over u / uw moeder / uw kind zou gaan?”
“Handhygiëne in het ziekenhuis: overal!”
“Nadruk leggen op de juiste techniek”
“Ik neem mijn tijd (30 seconden, alstublieft)”
“Handhygiëne belangt iedereen aan, de ganse wereld”
“Geen handschoenen ter vervanging van handhygiëne!”
“Geen gsm op zak tijdens de verzorging”
“Basisvereisten voor een goede handhygiëne: geen juwelen, korte mouwen, korte nagels”
“Bescherm uw patiënt!”
“U bent verantwoordelijk voor de reputatie van uw ziekenhuis”
“Handhygiëne na het toiletbezoek, in het bijzonder door de patiënt”
“Opgepast voor de zorgverlener die juwelen of een horloge draagt!”
“Handhygiëne belangt ons allen aan”
“U bent verantwoordelijk!”

Vraag 5 peilde naar **welke ‘doelgroep’ die extra aandacht zou mogen krijgen** in de volgende campagne, zonder daarbij de andere zorgverleners te verwaarlozen. Hier koos ruim 22% voor het ‘poets-, onderhouds- en keukenpersoneel’, gevolgd door ‘paramedici’ (19%). Elf procent vernoemde ‘artsen en chirurgen’, 8% ‘medisch-technisch personeel’. De ‘patiënt’ volgde pas op de vijfde plaats (5%), gevolgd door ‘studenten’ (5%) en ‘vrijwilligers’ (4%).

Vraag 6 peilde naar **suggesties met betrekking tot mogelijke gadgets voor de volgende campagne(-s)**.

Ook hier ontbrak het de aanwezigen niet aan inspiratie: meer dan 30 ideeën werden aangereikt, gaande van snoepjes over juwelen tot zelfs bedrukt toiletpapier. Ook voor onze patiënten/cliënten werden enkele leuke gadgets voorgesteld: een tafelset/placemat, bedrukte zakdoekjes, medaille uit te reiken aan een zorgverlener die het goede voorbeeld geeft, kruiswoordraadsels, enz...

Benieuwd naar onze voorkeur en uiteindelijke keuze? We houden de spanning er graag nog even in...

Heel erg bedankt voor jullie medewerking!

WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID (WIV)

Surveillance van neonatale sepsis en meningitis, 2010

G. Ducoffre

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, OD Volksgezondheid en Surveillance, Dienst Infectieziekten in de algemene populatie

Inleiding

Sinds 1983 coördineert de Dienst 'Infectieziekten in de Algemene Populatie' van de operationele directie (OD) Volksgezondheid en Surveillance, de surveillance van infectieziekten via een netwerk van laboratoria voor microbiologie, ook wel peillaboratoria genaamd.

Dit netwerk streeft ernaar om jaar na jaar en in de loop van het jaar, de epidemiologische tendensen van geregistreerde micro-organismen op te volgen. Die worden dan overgemaakt aan de bevoegde overheden en instellingen en vervolgens in binnen- en buitenland verspreid.

Methode

In 2010 hebben 101 peillaboratoria deelgenomen aan het surveillancenetwerk, goed voor 58% (101/174) van alle in 2010 voor microbiologie erkende laboratoria. Hiervan waren 77% ziekenhuislaboratoria, en 23% private. Neonatale sepsis en meningitis heeft

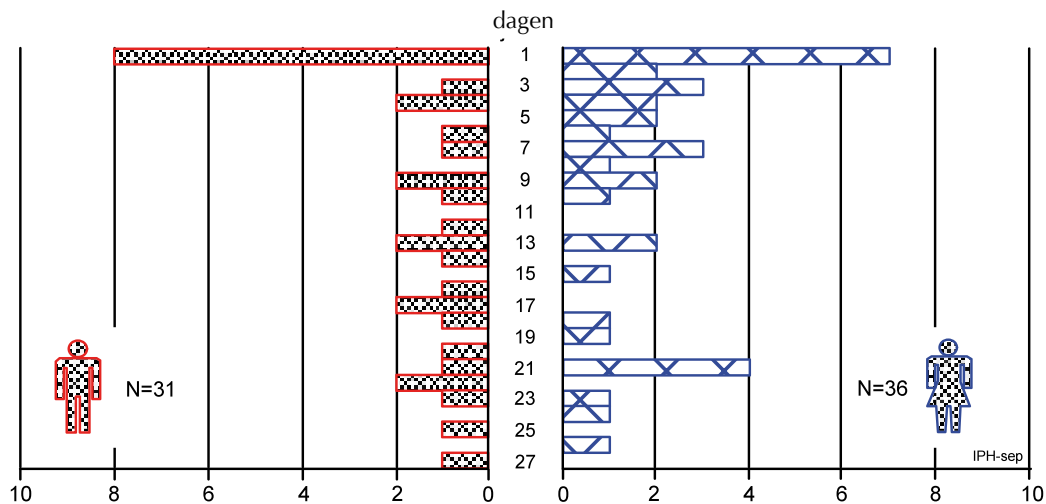
betrekking op alle uit bloed of cerebrospinaal vocht (C.S.V.) geïsoleerde stammen van kinderen jonger dan 28 dagen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen ziektegevallen die vroegtijdig beginnen (vóór de vijfde dag) en ziektegevallen die laattijdig beginnen (vanaf de vijfde dag).

De registratie gebeurt wekelijks op een papieren formulier of via elektronische weg. Voor de sepsis wordt, aan het begin van het volgende jaar, een retrospectief onderzoek verricht om een maximum aantal gediagnosticeerde gevallen tijdens het bewuste jaar te recupereren. De geregistreerde variabelen zijn de kiem, de leeftijd, en het geslacht van de pasgeborenen.

Resultaten

In 2010 werden door 10 ziekenhuislaboratoria 71 gevallen gemeld. Het ging om 31 jongens en 36 meisjes (4 leeftijden onbekend). Achtentwintig gevallen waren infecties die vroegtijdig waren begonnen, 43 laattijdig (afbeelding 1).

Afbeelding 1: verdeling per geslacht en per leeftijd van neonatale meningitis en sepsis (N =67, 2010)



Volgende kiemen werden het vaakst vermeld: *Escherichia coli* (N=14, 20%), *Staphylococcus epidermidis* (N=12, 17%) en *Streptococcus*

agalactiae (N=7, 10%; tabel). De verdeling van de in 2010 geregistreerde kiemen sluit aan bij die van de voorgaande jaren (www.wiv-isp.be/epidemo/lab0).

Tabel 1: verdeling van de kiemen (N=71, 2010)

<i>Kiem</i>	N
<i>coagulase negatieve stafylokokken</i>	22
<i>Escherichia coli</i>	14
<i>Streptococcus agalactiae</i>	7
<i>Staphylococcus aureus</i>	5
<i>Enterobacter cloacae</i>	4
<i>Enterococcus faecalis</i>	4
<i>Corynebacterium</i>	3
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	2
<i>Listeria monocytogenes</i>	2
<i>Streptococcus mitis</i>	2
<i>Candida albicans</i>	1
<i>Haemophilis influenzae</i>	1
<i>Lactobacillus</i>	1
<i>Pantoea agglomerans</i>	1
<i>Proteus mirabilis</i>	1
<i>Streptococcus salivarius</i>	1
<i>Total</i>	71

Conclusie

Deze surveillance is belangrijk voor het verder opvolgen van de evolutie van kiemen die verantwoordelijk zijn voor sepsis en neonatale meningitis. Makkelijk

is dit niet, omdat het heel wat onderzoekswerk vergt om het hele jaar door de gediagnosticeerde gevallen terug te vinden. We danken alle laboratoria die aan deze registratie hebben meegewerkt.

VOOR U GELEZEN

Het eerste internationaal Franstalig congres over infectiepreventie vond in juni 2011 plaats in Genève. Wie de uiterst interessante debatten en leerrijke ontmoetingen heeft moeten missen, vindt via volgende link als souvenir alle abstracts: <http://www.biomedcentral.com/1753-6561/5/S6/O1>

K Fillion, KS Kukanich, B Chapman, MK Hardigree, DA Powell.

Observation-based evaluation of hand hygiene practices and the effects of an intervention at a public hospital cafeteria.

American Journal of Infection Control, 39 (6) : 464 - 470, august 2011

Handhygiëne vóór de maaltijd is belangrijk, zeker in de cafeteria van het ziekenhuis waar de gebruikelijke bezoekers soms in aanraking komen met besmettelijke agentia. Weinig initiatieven ter bevordering van handhygiëne hebben een meetbaar succes. Deze studie maakt gebruik van een poster voor een betere handhygiëne bij gezondheidsprofessionals (HCWs) en bezoekers (HVs) aan de ingang van de ziekenhuiscafeteria. Vijf weken lang moet een poster en een installatie voor het ontsmetten van de handen, voor een betere handhygiëne in de ziekenhuiscafeteria zorgen. De waargenomen afhankelijke variabele was de intentie tot handhygiëne. De studiefases bestonden uit een basislijn, de interventie en een opvolgfase. Elk daarvan omvatte een 3 uur

durende observatie op 3 lukraak uitgekozen dagen op het ogenblik van de lunchpauze. Tijdens de 27 uur durende observatie werden 5 551 deelnemers waargenomen en de algemene handhygiënefrequentie bedroeg 4,79 %. HCWs ondernamen vaker dan HVs ($P=0,0008$) een poging tot handhygiëne, en vrouwen ook meer dan mannen ($P= 0,0281$). Pogingen tot handhygiëne komen vaker voor na het aanplakken van de poster, dan bij de basislijn ($P= 0,0050$). Deze toename is te danken aan de hogere handhygiënefrequentie bij HVs, meer dan bij de HCWs. Het aanplakken van een poster, met een makkelijk toegankelijke ontsmettingsvoorziening, kan de algemene handhygiëne in een ziekenhuiscafeteria in de VS sterk verbeteren.

R Caserta Eid, F Domingues, JK Silva Barreto, AR Marra, C Vallone Silva, A Tavares Paes, OF Pavão dos Santos, MB Edmond.

Successful prevention of tracheostomy associated pneumonia in step-down units

American Journal of Infection Control, 39 (6) : 500 - 505, august 2011

Zorggerelateerde infectiepreventie werd goed beschreven in de intensieve zorgeenheden. Over de surveillance in step down units, SDU (medium care) zorgeenheden van patiënten die mechanische ventilatie nodig hebben op twee drukniveaus via een tracheotomie is veel minder bekend. In een SDU werd een quasi-experimenteel, in de tijd gespreid, onderzoek uitgevoerd. We hebben de efficiëntie beoordeeld van preventieve maatregelen in de SDU, tijdens 2 verschillende periodes op de ventilatorgeassocieerde pneumonie (mechanische ventilatie op 2 niveaus). Van januari tot oktober 2007 (fase I) werden door de "Centers for Disease Control and Prevention" aanbevolen praktijken geïmplementeerd en de eenheid

epidemiologie heeft een surveillance uitgevoerd van de tracheotomie-geassocieerde pneumonie. Van november 2007 tot augustus 2008 (fase II) werden niet alleen diezelfde door de "Centers for Disease Control and Prevention" aanbevolen praktijken gevolgd, we zijn eveneens begonnen met de evaluatie van die interventies aan het bed van de patiënt en in termen van procedures. De gemiddelde incidentiedensiteit van tracheotomie-geassocieerde pneumonie per 1000 dagen tracheotomie in de SDU bedroeg 6,0 in fase I en 0,7 in fase II, $P= 0,002$. Het verminderen van de tracheotomie-geassocieerde pneumonie vergt een doorlopend multidisciplinair proces dat verschillende prestatiecriteria meet.

H Hitoto, A Kouatchet, L Dubé, C Lemarié, M Kempf, A Mercat, ML Joly-Guillou, M Eveillard.

Impact of screening and identifying methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriers on hand hygiene compliance in 4 intensive care units.

American Journal of Infection Control, 39 (7) : 571- 576, September 2011

Ons streefdoel was de impact te evalueren van de screening en de identificatie van dragers van methicilline resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) als eenvoudige maatregel in 4 intensieve zorgeenheden (ICUs). Er werd een prospectieve evaluatie uitgevoerd, gespreid over 2 periodes van 6 maanden. Voor de meting werden 2 indicatoren inzake handhygiënecompliance (HHC) gebruikt voor de contacten met de MRSA-dragers tegenover de contacten met niet-dragers (vergelijking C1, belangrijkste doelstelling) en voor een periode zonder identificatie (P1) tegenover een periode met identificatie (P2) (vergelijking C2) en kruisbesmetting door MRSA (P1 tegenover P2) (vergelijking C3). In totaal hebben we 1326 handhygiëne-

opportunities waargenomen. Wat C1 betreft bedroeg de HHC voor de contacten met de MRSA-dragers 42,5 % tegenover 43,1 % voor de contacten met de niet-dragers (niet-significant). Dit verschil werd geregistreerd, ongeacht de specialiteit van de ICU, de personeelscategorie en de aard van het contact. Wat C2 betreft, bedroeg de HHC 44,8 % in P1 tegenover 48,5 % in P2 (niet-significant). Wat C3 betreft, werd er geen significant verschil tussen de 2 periodes geïdentificeerd. Er werd geen enkel voordeel vastgesteld door het gebruik van de screening en de identificatie van de dragers in de 4 ICUs waar geen enkele specifieke strategie werd toegepast voor extra meting van contacten met MRSA-dragers.

JD Ricard, M Eveillard, Y Martin, G Barnaud, C Branger, D Dreyfus.

Influence of tracheal suctioning systems on health care workers' gloves and equipment contamination : a comparison of closed and open systems.

American Journal of Infection Control, 39 (7) : 605-607, September 2011

De impact van tracheale aspiratie werd vergeleken met een open ten opzichte van een gesloten systeem op de besmetting van uitrusting en van het verzorgend personeel met multiresistente pathogenen. Enkel het gesloten

systeem beperkte besmetting van handen en uitrusting bij tracheale aspiratie. Deze uitrusting zou systematisch moeten worden gebruikt om het risico op kruisbesmetting in de intensieve zorgeenheid te beperken.

M Eveillard, V Guilloteau, M Kempf, B Lefrancq, MT Pradelle, F Raymond, ML Joly-Guillou, PP Brunel.

Impact of improving glove usage on the hand hygiene compliance.

American Journal of Infection Control, 39 (7) : 608-610, September 2011

In een multicentrische studie met 9 chronische verzorgingsinstellingen werd de impact geëvalueerd van het bevorderen van handschoengebruik op de handhygiënecompliance. De handschoenen werden tijdens de evaluatie correct gebruikt. De algemene handhygiënecompliance

na contact met de patiënten of de omgeving bleek echter amper van 66,3 % tot 68,7 % te zijn toegenomen. Deze geringe impact doet vermoeden dat het bevorderen van handschoengebruik op zich, geen alternatieve strategie is voor betere handhygiënecompliance.

TJ Secker, R Hervé, CW Keevil

Adsorption of prion and tissue proteins to surgical stainless steel surfaces and the efficacy of decontamination following dry and wet storage conditions.

Journal of Hospital Infection, 78 : 251-255, 2011

De iatrogene overdracht van het PrPSc-eiwit is een potentieel gevaar, gelet op de resistentie ervan tegen vele chemische en enzymatische ontsmettingssystemen en zijn zeer sterk klevende eigenschappen aan roestvrij staal. De omstandigheden waarin chirurgisch materiaal voor en na de interventie wordt gemanipuleerd kunnen het aantal weefsel-eiwitten, de aanhechting van prion en de efficiëntie van latere ontsmettingsprocedures sterk beïnvloeden. Deze studie bestudeerde de aanhechting van weefsel-eiwitten en van de priongeassocieerde amyloïde substantie aan chirurgisch materiaal in roestvrij staal. Daarbij werd rekening gehouden met de tijd en met de omstandigheden waarin het materiaal werd opgeslagen. De studie bestudeerde daarnaast ook de invloed op de efficiëntie van enzymatische schoonmaakproducten. De oppervlaktes

waren besmet met geïnfecteerd hersenhomogenaat van muizen (ME7) en tussen de 0 en 120 minuten te drogen gelegd in omgevingstemperatuur, of tijdens 24 uur hetzij in droge dan wel vochtige omstandigheden. De sporen van restbesmetting vóór en na schoonmaak werden via fluorescerende visualisatie en via microscopie met interferentiecontrast zichtbaar gemaakt. Een lange droogtijd versterkte de absorptie van zowel het eiwit als het prion en de effectiviteit van de geteste schoonmaakproducten werd aangetast. Een vochtige omgeving na de besmetting beperkte aanzienlijk de aanhechting van het eiwit en van het prion aan chirurgische oppervlaktes in roestvrij staal. Vochtige omstandigheden kunnen de latere ontsmetting van herbruikbare chirurgische instrumenten verhogen en op die manier de procedurekosten en -tijd beperken

A Hautemaniere, T Remen, L Mathieu, M Deloge-Abarkan, P Hartemann, D Zmirou-Navier

Pontiac fever among retirement home nurses associated with airborne *legionella*

Journal of Hospital Infection, 78 : 269-273

Deze studie wil het voorkomen van symptomen die geassocieerd worden met de Pontiac-koorts (PF) en de associatie ervan met de blootstelling aan de *Legionella* bacterie evalueren bij verpleegpersoneel in rusthuizen die bewoners helpen bij het douchen. Tijdens een niet-epidemische periode werden 104 verpleegsters in 19 rusthuizen 4 maanden lang gevolgd. Elke deelnemer verzamelde dagelijks de gegevens over de symptomen, het aantal en de lokalisatie van de douches die ze gebruikten. Op het einde van de opvolging werden het water en de kwaliteit van de aerosol die bacteriën bevat gekenmerkt

en daarbij werd gebruik gemaakt van kweek- en hybridatietechnieken in situ. Van de 11 episodes die leken op de Pontiac-koorts, beantwoordden 8 gevallen aan de definities van de PF-studie. De concentraties *Legionella* >1000 KVE (kolonie vormende eenheden) per liter worden geassocieerd met een verhoogd risico op PF met dosis-respons karakter. Een verband tussen de aerosolconcentratie *Legionella* en de PF-episodes hebben we niet kunnen vaststellen. In het kader van de arbeidsbescherming geldt een drempelwaarde van 10000 KVE *Legionella* per liter water in een aan *Legionella* blootgestelde omgeving.

S Speight, A Moy, R Chinis, PN Hoffman, A Davies, A Bennet, JT Walker

Evaluation of the sporicidal activity of different chemical disinfectants used in hospitals against *Clostridium difficile*

Journal of Hospital Infection, 79 : 18-22, 2011

Ontsmetting van oppervlaktes en van het medisch materiaal maken deel uit van het toezicht op de overdracht van *Clostridium difficile*. Heel wat producten beweren deze bacterie op een efficiënte manier te inactiveren. Er werden 32 ontsmettingsmiddelen uitgetest op in suspensie gebrachte sporen van *Clostridium difficile* in een testoplossing gebaseerd op de Europese norm BS EN 1374:2002 met contacttijden tussen 1 en 60 min in simulaties van propere (0,3 % albumine) en vuile (3 %

albumine) omstandigheden. Een extra contacttijd van 1 min leek een meer realistische of meer waarschijnlijke simulatie in gemodelleerde werkomstandigheden, in vergelijking met een blootstelling van 60 min zoals bepaald in de norm. We hebben de minimale concentraties van het product getest, zoals aanbevolen door de fabrikant. Zestien producten haalden een vermindering van de levensvatbaarheid met > 103 met een blootstelling van 60 min (vroegere criterium voor de norm) in propere

en vuile omstandigheden. Slechts 8 producten hebben een vermindering van de levensvatbaarheid >103 gehaald met een blootstellingstijd van 1 min in vuile omstandigheden. 3 producten zijn er in geen enkele van de testomstandigheden in geslaagd de levensvatbaarheid van *Clostridium difficile* sporen te verminderen met factor 103. Deze studie heeft aangetoond dat het gebruik van

ontsmettingsmiddelen die een sporendodende werking beweren te hebben op zich geen wondermiddel is bij de controle van *Clostridium difficile* in de omgeving maar dat een doordachte keuze van de ontsmettingsmiddelen van de omgeving deel kan uitmaken van een breder pakket aan maatregelen, die ook een aantal goed uitgekiende schoonmaakstrategieën bevatten.

E Illingworth, E Taborn, D Fielding, J Cheesbrough, PJ Diggle, D ORr Is closure of entire wards necessary to control norovirus outbreaks in hospital ? Comparing the effectiveness of two infection control strategies.

Journal of Hospital Infection, 79 : 32-37, 2011

De standaard aanpak voor de controle van het Norovirus in Britse ziekenhuizen, zoals beschreven in de aanbevelingen van het Agentschap voor de Bescherming van de Gezondheid en reeds ingevoerd in de universitaire ziekenhuizen van Lancashire, voorziet in een snelle sluiting van de getroffen eenheden.

Door het verlies van bedden zorgt deze ingreep echter voor een vertraging in de opnames. In 2008 werd in het testziekenhuis een nieuwe strategie toegepast met als belangrijkste maatregelen de sluiting van kamers (en niet langer de eenheid), plaatsing van een sas, grondigere schoonmaak, een snelle interne moleculaire test en extra personeel voor het ziekenhuishygiëneteam. De impact van die maatregelen werd beoordeeld door een vergelijking van de twee seizoenen Norovirus (2007-2008 en 2009-2010), vóór en na de implementatie van de nieuwe strategie. Het verschil tussen beide

seizoenen werd weergegeven door een ratio (r) van het in beide seizoenen verwachte aantal. Er is een significante daling vastgesteld in de ratio van bevestigde ziekenhuisepidemieën, vergeleken met de epidemieën in de bevolking ($r = 0,317$, $P = 0,025$), en in het aantal verloren ziekenhuisdagen per epidemie ($r = 0,344$, $P < 0,001$). Toch was er geen significante wijziging in het aantal patiënten dat een ziekenhuisepidemie had opgelopen ($r = 1,080$, $P = 0,517$) of in het aantal personeelsleden van het ziekenhuis dat door de epidemie was getroffen ($r = 0,651$, $P = 0,105$). Sluiting van de volledige eenheid tijdens een Norovirusepidemie is niet altijd noodzakelijk. De wijzigingen die in de studie zijn aangebracht wijzen op een significante vermindering van het aantal verloren ziekenhuisdagen per epidemie. Samen met een geringere frequentie van de epidemieën, zorgt dit voor een gunstige financiële impact.

AG Venier, D Gruson, T Lavigne, P Jarno, F L'Hériteau, B Coignard, A Savey, AM Rogues and the REA-RAISIN group Identifying new risk factors for *Pseudomonas aeruginosa* pneumonia in intensive care units : experience of the french national surveillance, REA-RAISIN

Journal of Hospital Infection, 79 : 44-48, 2011

Pseudomonas aeruginosa is een belangrijk pathogeen in het kader van de complexe pneumonieën op intensieve zorgeenheden (IZE). In deze studie werden de met de patiënt en zorgeenheid gerelateerde factoren bepaald, die het risico op een zorggerelateerde pneumonie door *Pseudomonas aeruginosa* in een IZE verhogen. Als basis hebben we de gegevens van de prospectieve Franse nationale surveillance over de zorggerelateerde infectie 2004-2006 in de IZE (REA-RAISIN) gebruikt. Die omvatten patiënten die voor meer dan 48 uur in de IZE zijn opgenomen en die een zorggerelateerde pneumonie hebben opgelopen. Enkel de eerste pneumonie veroorzaakt door *Pseudomonas aeruginosa* of door een ander micro-organisme werd als pneumonie beschouwd en geregistreerd. Er werd een logistiek regressiemodel op verschillende niveaus ontwikkeld (de patiënt als eerste niveau en de zorgeenheid als tweede) met *Pseudomonas aeruginosa* als resul-

taat. Slechts 3837 geïncludeerde patiënten uit 201 verschillende eenheden, hetzij 25 %, liepen een pneumonie op veroorzaakt door *Pseudomonas aeruginosa*. *Pseudomonas aeruginosa* kwam veel vaker voor bij late onset pneumonieën. Factoren die een hoge probabiliteit op pneumonie veroorzaakt door *Pseudomonas aeruginosa* in de hand werken, waren een hogere leeftijd en de duur van de mechanische ventilatie, een antibioticatherapie bij opname, de transfer van een andere eenheid of IZE, en opname in een eenheid waar de incidentie van *Pseudomonas aeruginosa* bij patiënten hoog was. Een geringere probabiliteit om *Pseudomonas aeruginosa* op te lopen had te maken met een trauma en opname in een eenheid met een snelle turn-over van patiënten. Onze analyses identificeren een patiëntenprofiel en bepaalde elementen van de eenheid die op *Pseudomonas aeruginosa* kunnen wijzen in geval van zorggerelateerde pneumonie.

WEBSITE

Adressen om niet te vergeten

- BAPCOG : www.health.fgov.be/antibiotics
- Congrès : <http://nosobase.chu-lyon.fr/congres/congres.htm>
- Congressen : <http://www.wip.nl/congress.htm>
- CDC/HICPAC : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/index.html>
- Belgian Infection Control Society - (BICS) : <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- Journal of Hospital Infection (JHI) : <http://www.harcourt-international.com/journals/jhin>
- Nosobase : <http://nosobase.chu-lyon.fr>
- Noso-info : <http://www.noso-info.be>
- World health organization (WHO) : <http://www.who.int/gpsc/en/>
- Swiss Noso : <http://www.chuv.ch/swiss-noso/f122cl.htm>
- Infect Control and hospital Epidemiology (ICHE) : <http://www.journals.uchicago.edu/ICHE/home.html>
- "Tuesday seminars", afdeling Volksgezondheid en Surveillance, WIV-ISP
<http://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/agenda.htm>
- Advies en Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) : http://www.health.fgov.be/HGR_CSS
- Verschillende brochures van het HGR : http://www.health.fgov.be/HGR_CSS/brochures
- Federale Platform voor Ziekenhuishygiëne (HIC = Hospital Infection Control) website van de verschillende regionale platformen : <http://www.hicplatform.be>
- "Clean care is safer care" : <http://www.who.int/gpsc/en/index.html>
- The Infection Prevention Working Party (WIP) (Nederland)
<http://www.wip.nl/UK/contentbrowser/onderwerpsort.asp>
- ABIHH : Association Belge des Infermiers en Hygiène Hospitalière : <http://www.abhh.be>

Nieuwe adressen

- <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/norovirus/Norovirus-Guideline-2011.pdf>
Guideline for the prevention and control of norovirus gastroenteritis outbreaks in healthcare settings

Nosomail : privé-discussieforum (inschrijving is volgens selectie maar niet gemodereerd). U kan zich in-uitschrijven door een bericht met email, naam en voornaam, diploma te versturen naar : anne.simon@uclouvain.be. Eens ingeschreven, kan u uw berichten naar nosomail@iph.fgov.be te versturen

Uw ervaringen interesseren ons, want ze kunnen nuttig zijn voor anderen.

Hierbij kan Noso-info de link zijn.

Vertel ons over uw epidemieën: aantal gevallen, welk proces werd op punt gezet, de bekomen resultaten, kosten

WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

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

5 APRIL 2012

8^{ste} CONGRESS "BIOLOGIE EN ZIEKEKENHUISHYGIËNE".

Locatie : Parijs, Frankrijk.

Inlichtingen : Email : hygiene.hospitaliere@encpb.org. - Website : <http://biohygieniste.leforum.eu/portal.php?pid=40>

4 - 5 APRIL 2012

34^{èmes} JOURNÉES NATIONALES D'ETUDES SUR LA STÉRILISATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

Locatie : Lyon, Frankrijk

Inlichtingen : Joëlle Vanbesien. Tel : 05 65 23 06 01, Fax : 05 65 23 06 09.

Email : vanbesiencefh@wanadoo.fr – Website : http://www.cefh-ceps.com/actualite/frames_jns.htm

13 - 16 APRIL 2012

SHEA SPRING 2012 CONFERENCE : Advancing Healthcare Epidemiology and Antimicrobial Stewardship.

Locatie : Jacksonville (USA).-

Inlichtingen : Website : <http://www.shea-online.org/Education/SHEASpring2012.aspx>

DINSDAG 17 APRIL 2012

KLINISCHE INFECTIOLOGIE EN MICROBIOLOGIE: BIJENKOMST VAN NAAMSE ZIEKENHUIZEN

«Nationale observatie van de epidemiologie van bacteriële antibioticaresistentie (ONERBA) in Frankrijk: Bilan van 15 jaar globale surveillance van de resistentie bij mens en dier». Prof. MH Nicolas-Chanoine, Microbiologie, Hôpital Beaujon, AP-HP, Clichy, Université Paris 7 Denis Diderot Inserm U 773)

Locatie : CHU Mont-Godinne, Auditorium B, 12u30-14u00 ((broodjes en drank zijn voorzien)

Inlichtingen : C. Baude. Tel : 081 42.32.14 - Fax : 081 42.32.04 - Email : cedric.baude@uclouvain.be

17 - 20 APRIL 2012

INTERNATIONAL FORUM ON QUALITY AND SAFETY IN HEALTH CARE.

Locatie : Parijs, Frankrijk

Inlichtingen : BMJ Publishing Group. Tel : +44 20 7383 6241, Fax : +44 20 7554 6997.

Email : events@bmjgroup.com – website : <http://internationalforum.bmj.com>

15 MEI 2012

KLINISCHE INFECTIOLOGIE EN MICROBIOLOGIE: BIJENKOMST VAN NAAMSE ZIEKENHUIZEN

«Vancomycine resistente enterokokken: een opkomend probleem in Europa ?»

Prof. Roland Leclercq, Microbiologie laboratorium en CNR

Locatie : CHU Mont-Godinne, Auditorium B, 12u30 -14u00 (broodjes en drank zijn voorzien)

Inlichtingen : C. Baude. Tel : 081 42.32.14 - Fax : 081 42.32.04 - Email : cedric.baude@uclouvain.be

15 - 17 MEI 2012

34^{èmes} JOURNÉES SCIENTIFIQUES DE L'AIFI (ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES EN PRÉVENTION DES INFECTIONS)

Locatie : Gatieneau (Québec).

Inlichtingen : Ch. Soucy, Tél : +011 514 528 24 poste 3362.

Email : csoucy@santepub-mtl.qc.ca. Website : <http://www.aipi.qc.ca>

21 – 24 MEI 2012

V^e CONGRÈS MONDIAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS FRANCOPHONES (SIDIIIF).

Locatie : Genève (Suisse).-

Inlichtingen : <http://www.sidiief2012.org/web/outils/appel-communications/>

22 MEI 2012

DE DINSDAGMIDDAGEN OVER INFECTIOLOGIE – CHU Luik

«**Klinische casus – Infecties met *Brucella melitensis***»

Dr. P. Léonard, Dr. C. Meex, Microbiologie – CHU

Locatie : CHU Luik, salle des colloques B, centraal gebouw +2 (12u30 – 14u00)

Inlichtingen : Secretariaat. Tel : 04/366 74 95 – 04/366 24 39

4 – 6 JUNI 2012

ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY (APIC), "Infection Prevention: Improving Outcomes, Saving Lives".

Locatie : San Antonio (USA).

Inlichtingen : APIC. Website : <http://www.apic.org>

5 JUNI 2012

DE DINSDAGMIDDAGEN OVER INFECTIOLOGIE – CHU LUIK

«**Klinische casus – Systemische infectie met *Acanthamoeba*** »

Dr M. Lejeune, Dr. J. Descy, Microbiologie – CHU

Locatie: CHU Luik, salle des colloques B, bloc centraal gebouw +2 (12u30 – 14u00)

Inlichtingen : Secretariaat. Tel : 04/366 74 95 – 04/366 24 39

6 - 8 JUNI 2012

23^{ème} CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH).

Locatie : Rijsel, Frankrijk

Inlichtingen : <http://www.sf2h.net/congres-sf2h.html>

13 - 16 JUNI 2012

15th ICID (INTERNATIONAL CONGRESS ON INFECTIOUS DISEASES)

Locatie : Bangkok, Thailande

Inlichtingen : tel. +1 617 277 0551 – Fax. +1 617 278 9113 - Email : info@isid.org -

Website : www.isid.org

13 - 16 JUNI 2012

25th EUROPEAN CONGRESS ON SURGICAL INFECTION (SIS).

Locatie : Lund (Sweden).

Inlichtingen : <http://www.sis-e.org/>

14 JUNI 2012

SYMPOSIUM BICS

«**Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae (CPE)**

Locatie : Museum van Geneeskunde. Campus Erasmus, ULB

Inlichtingen : Elise Brisart. Email : Elise.Brisart@erasme.ulb.ac.be

19 JUNI 2012

KLINISCHE INFECTIOLOGIE EN MICROBIOLOGIE: BIJEENKOMST VAN NAAMSE ZIEKENHUIZEN

«**Bijdrage van serologie en PCR voor de diagnose van pneumokokkenpneumonie**

bij kinderen: resultaten van een multicenter studie»

Dr. David Tuerlinckx, woordvoerder van de werkgroep 3P, Kindergeneeskunde, CHU-Mont-Godinne

Locatie : CHU Mont-Godinne, Auditorium B, 12u30-14u00 ((broodjes en drank zijn voorzien)

Inlichtingen : C. Baude. Tel : 081 42.32.14 - Fax : 081 42.32.04 - Email : cedric.baude@uclouvain.be

21 – 23 JUNI 2012

OSAP (ORGANISATION FOR SAFETY, ASEPSIS AND PREVENTION) ANNUAL SYMPOSIUM.-

Locatie : .Atlanta (Etats-Unis).

Inlichtingen : website : <http://www.osap.org>

9 -12 SEPTEMBER 2012**52nd ICAAC**

Locatie : San Francisco, USA

Inlichtingen : <http://www.icaac.org>**17- 21 OCTOBER 2012****INFECTIOUS DISEASES SOCIETY OF AMERICA (IDSA)**

Locatie : San Diego, California, USA

Inlichtingen : info@idweek.org**22 - 23 NOVEMBER 2012****RÉUNION INTERDISCIPLINAIRE DE CHIMIOTHÉRAPIE ANTI-INFECTIEUSE (RICAI)**

Locatie : La Défense, Parijs, Frankrijk

Inlichtingen : <http://www.ricai.org>**RICHTLIJNEN VOOR DE AUTEURS**

1. **Noso-info** is het officiële tijdschrift van de Belgische Vereniging voor Ziekenhuishygiëne (BVZH) en de BICS (Belgian Infection Control Society). Dit tijdschrift wordt uitgegeven dank zij de steun van de federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en van Milieu

2. **Noso-info** publiceert artikels, reviews, commentaar, informatie met betrekking tot **ziekenhuishygiëne**. Het verschijnt elke drie maand in het Frans en het Nederlands. Het heeft tot doel de verpleegkundigen, artsen, apothekers en andere ziekenhuispractici over dit domein te informeren. Het gepubliceerd materiaal kan bestaan uit originele bijdragen of uit reeds elders gepubliceerde informatie. In dit geval wordt de auteur verondersteld de toelating tot publiceren aan de redactieraad van **Noso-info** aan te vragen, en eveneens aan het originele tijdschrift.

3. **Taal**. De artikels zullen in het Frans of het Nederlands voorgelegd worden, of uitzonderlijk in het Engels. Het tijdschrift kan zelf voor de vertaling Frans<->Nederlands zorgen. Indien hij de vertaalde versie van het manuscript wenst te herlezen of na te zien, wordt de hoofdauteur verzocht dit schriftelijk aan de redactie te melden.

4. **Aanvaarding**. De artikels worden ter goedkeuring aan de redactieraad van het tijdschrift voorgelegd. De redactieraad beslist souverain over het aanvaarden of het verwerpen van een artikel. Hij kan eventueel aanpassingen voorstellen, die aan het voorgelegde document aangebracht moeten worden. Wanneer deze wijzigingen beperkt zijn (spellingsfouten ...) kan de redactie die zelf aanbrengen (na telefonisch overleg met de hoofdauteur).

5. **Formaat van de zending**. De teksten en tabellen dienen via elektronische post (Word document) opgestuurd te worden aan het E-mail adres van redactiesecretariaat : anne.simon@uclouvain.be

6. De **lengte** van de voorgelegde teksten is onbeperkt, maar men wordt verzocht de 10 gedrukte bladzijden niet te overschrijden

(dubbele interlinies, karaktertype groter dan 10 cpi). De klassieke structuur: "inleiding, materiaal en methoden, uitslagen, bespreking, besluit, bibliografie" zal bij voorkeur voor studies gebruikt worden. In het geval van overzichtartikels zullen titels van hoofdstukken de tekst op een duidelijke wijze onderverdelen.

7. **Tabellen** zullen bij voorkeur deel uitmaken van de voorgelegde tekst. Zij zullen een nummer dragen (Romeinse cijfers). **Figuren** kunnen ook ingelast worden in de tekst die per E-mail opgestuurd werd.

8. **De referenties** zullen in de tekst aangeduid staan, door middel van een cijfer tussen rechte haken [], en zullen naargelang de alfabetische orde van de eerste auteur genummerd worden. In de bibliografie zullen ze volgens het hieronder beschreven systeem vermeld staan:

- **Tijdschriften** : Naam en initialen van alle auteurs (indien meer dan 6 auteurs, de eerste 3 vermelden, gevolgd door *et al*). Titel van het artikel. Tijdschrift (afkortingen van de *Index Medicus*). Jaargang, volume: eerste pagina-laatste pagina. Voorbeeld: Kernodle DS, Kaiser AB. Antibiotic prophylaxis in surgery. *Cur Opin Infect Dis* 1995; **8**:275-279.

- **Boeken** : (zoals in het voorbeeld:) Altemeier WA, Burke JF, Pruitt BA, Sandusky (eds). Manual on control of infection in surgical patients, 2nd ed. Philadelphia: JB Lipincott, 1984.

- **Hoofdstukken van boeken** : (zoals in het voorbeeld:) Trilla A, Mensa J. Perioperative antibiotic prophylaxis. In: Wenzel RP, ed. Prevention and control of nosocomial infections, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993: 665-682.

9. **Het genus** en de species van microorganismen zullen in cursief gedrukt worden. Merknamen (stoffen, geneesmiddelen en materiaal) zullen in de tekst vermeden worden. Voor geneesmiddelen zal men de generische naam gebruiken. Het merk van stoffen, geneesmiddelen en materiaal mag als annotatie op het einde van de tekst vermeld staan.

10. **De inhoud** van de artikels staat alleen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs.

Redactieraad

REDACTIERAAD

B. Catry, K. Claeys, A. Deschuymere, C. Potvliege,
A. Simon, A. Spettante, E. Van Gastel, F. Van Laer,
I. Wybo.

Ereleden : M. Zumofen, J.J. Haxhe

REDACTIE COORDINATOR

A. Simon

REDACTIESECRETARIAAT

Simon A.

UCL – Ziekenhuishygiëne

Mounierlaan,

Tour Franklin, - 2 Sud

1200 Brussel

Tel : 02/764.67.33

Email : anne.simon@uclouvain.be of

liliane.degrees@gmail.com

Noso-*info* publiceert artikels, briefwisseling en overzichten met betrekking tot ziekenhuishygiëne.

Ze worden door de redactieraad uitgekozen en verschijnen in het Frans en het Nederlands (vertaling verzekerd door het tijdschrift). De inhoud van de artikels staat alleen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Voor inlichtingen over het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)

J. Wytsmansstraat, 14

1050 Brussel

<http://www.wiv-isp.be> & www.nsih.be

Voor inlichtingen over NVKVV

Vlaamse Werkgroep Ziekenhuishygiëne

Mevr. K. Claeys, voorzitter

Mevr. G. De Mey, stafmedewerker

Tel : 02/737.97.85

Fax : 02/734.84.60

Email : navorming@nvkvv.be

Abonnementen en lidgeld 2012

Voor inlichtingen over het abonnement (en de betaling) op *NOSO-info*, gelieve zich te richten tot de schatbewaarder van *NOSO-info* :

Simon A.

UCL – Ziekenhuishygiëne

Mounierlaan,

Tour Franklin, - 2 Sud

1200 Brussel

Tel : 02/764.67.33

Email : anne.simon@uclouvain.be of

liliane.degrees@gmail.com

Inschrijving als lid van BICS

(zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen : 25 €

Artsen : 50 €

Artsen in opleiding : 25 €

Via <http://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>

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

Dr O. Denis

Hôpital Erasmus, Lenniklaan, 808,

1070 Brussel.

Tel.: 02/555.6643-4541 - Fax : 02/555.3912

Email : odenis@ulb.ac.be

Voor inlichtingen over ABIHH

Franstalige verpleegkundigen groep

M. Ch. Barbier

Tel : 04/366.28.79

Fax : 04/366.24.40

Email : info@abh.be

<http://www.abhh.be>