

Inhoud

- 2 |** Verpleegkundige-hygiënist in de psychiatrie: waar te beginnen?
- 8 |** Het IFIC en de sectorale functieomschrijving 6162 – verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: wat is nieuw?
- 10 |** Voor u gelezen
- 16 |** Infos-Nieuws
- 18 |** Websites
- 19 |** Wetenschappelijke agenda
- 20 |** Redactie
Onze partners

Editoriaal



Eindelijk een nummer waarin we het eens niet over COVID-19 zullen hebben maar in het editoriaal kunnen we het helaas niet helemaal links laten liggen!

Begin 2022 komt het nieuws over respiratoire virussen opnieuw tsunami-gewijs op ons af. Het is niet langer een golf, maar een ware vloedgolf die de hele Europese bevolking overspoelt met het risico op een volledige verlamming van de samenleving!

Onze ziekenhuizen lijken nochtans wel beschermd, hoewel ...

Er is weliswaar niet langer sprake van een overspoeling van onze diensten Intensive Zorgen met patiënten die ziek zijn als gevolg van COVID maar onze hospitalisatiediensten liggen wel vol met COVID+-patiënten. Patiënten die voor andere aandoeningen zijn opgenomen, blijken immers vaak positief en hun aantal is gelijk is aan dat van de bevolking.

We moeten er dus iets aan doen! Aan de lessen die we uit vorige golven hebben getrokken, hebben we bitter weinig! De situatie is zo anders en dwingt ons opnieuw creatief te zijn en onze procedures elke dag opnieuw uit te vinden (aan te passen). Persoonlijk vind ik dat erg verrijkend en zelf een beetje spannend!

We ondervinden aan den lijve de zeer positieve effecten van vaccinatie en de gevolgen van een meer overdraagbaar maar kennelijk minder virulent virus. Vergeleken met de situatie van begin 2020, zouden we er nu allemaal zorgeloos en ontspannen moeten bij lopen. En toch is het niet zo!

De infectiepreventie- en controleteams hebben het weer bijzonder druk en wij worden in de ogen van velen steeds onmisbaar, ook al zijn we niet helemaal 'incontournable'... De vragen die we van onze directies krijgen zijn steeds geraffineerder, vooral als gevolg van het personeelsverzuim en de grote toevloed van positieve patiënten met weinig of geen symptomen.

Kunnen we de isolatieduur van patiënten en de quarantaineduur verkorten? Kunnen we de uitstrijkjes na hoogrisicocontacten afschaffen, kunnen we een positieve drager laten werken als hij geen symptomen vertoont, enz. enz. Moeten we de «COVID»-afdelingen open houden of kan elke positieve patiënt terecht op de dienst of in de afdeling die aan zijn/haar pathologie is gewijd, om de zorg die hij/zij krijgt te optimaliseren? En kom me niet vertellen dat je niet met diezelfde vragen zit, ik geloof er geen woord van!

Gelukkig helpt Sciensano ons om een aantal van deze vragen te beantwoorden en kunnen we ons baseren op deze verslagen en publicaties. Probeer in die omstandigheden maar eens consequent te zijn!

En toch doen de infectiepreventie- en controleteams (IPCT's) het, en vooral dan de verpleegkundigen die op het terrein met vragen worden bestookt. Dit blijft niet langer beperkt tot de acute ziekenhuizen en betreft o.a. ook psychiatrische instellingen, zoals Medhi El Fassi er ons in dit nummer op wijst. Dat het IFIC, of het Instituut voor Functieclassificatie, op het terrein maar eens komt kijken naar de verantwoordelijkheden die de IPCT's dagelijks op zich nemen en de herziening van de classificatie zal snel geregeld zijn.

Samen met het redactiecomité wens ik jullie allen een ... ander 2022!

Anne Simon
noso info

Met de steun van :
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van
de Voedselketen en Leefmilieu

Eurostation Blok II – 1ste verdieping
Victor Hortaplein, 40/10
1060 Brussel

Verantwoordelijke uitgever :
A. Simon
anne.simon@jolimont.be



Verpleegkundige-hygiënist in de psychiatrie: waar te beginnen?

Mehdi El Fassi

Preventieadviseur niveau 1 en verpleegkundige-ziekenhuishygiënist in het neuropsychiatrisch centrum CNP Saint-Martin te Dave (Namen).



Om als verpleegkundige-ziekenhuishygiënist in een operationeel team voor ziekenhuishygiëne aan de slag te gaan is een duidelijke visie op de verwachtingen en de uit te voeren taken vereist.

De psychiatrische sector vormt daarop geen uitzondering. Door de uitdagingen maar vooral de omvang ervan, vroeg ik me als beginnend verpleegkundige-ziekenhuishygiënist het volgende af: «Waar moeten we in godsnaam beginnen?». Dit was de centrale vraag van mijn eindwerk voor het *Certificat interuniversitaire en Hygiène hospitalière*.

Het doel van dit artikel is de voornaamste conclusies te delen die zijn getrokken uit de initiële audit die in het CNP Saint-Martin is uitgevoerd. Het operationele doel is het belichten van de specifieke behoeften van infectiecontrole in de psychiatrie en van de belangrijkste prioriteiten die moeten worden aangepakt.

Een specifieke context vereist een specifieke aanpak ...

Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg hebben vele kenmerken die hen van andere zorginstellingen onderscheiden. De opleiding van het zorgpersoneel, hun interacties, het profiel van de patiënten, het ontwerp van de gebouwen, de zorgprojecten, de behandelingen en de isolatie/afzondering zijn factoren waarmee men rekening moet houden, wil men een plan voor infectiepreventie in een psychiatrische instelling uitrollen (Eveillard, 1999).

Zoals blijkt uit de prospectieve studie van IDEWE* die ¹ tussen 2001 en 2014 is uitgevoerd, hebben preventiemaatregelen een aanzienlijke impact op de prevalentie van zorginfecties en bewijzen ze de noodzaak van infectiebestrijding in de psychiatrie. De belangrijkste conclusies die we uit deze studie onthouden zijn het belang en de effectiviteit van handhygiëne en de identificatie van de belangrijkste infecties die zich in de psychiatrische setting voordoen (dermatitis, infecties van de bovenste en onderste luchtwegen) (Haenen, 2016).

¹ De groep IDEWE vzw is een externe dienst met expertise in milieu- en veiligheidszaken, die ijvert voor preventie en bescherming op het werk.

Ook het gebruik van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in de psychiatrische setting roept vragen op. Aangezien dit een vergelijking met acute ziekenhuizen impliceert is benchmarking complex. In België lopen verschillende initiatieven die zich richten op de algemene kwaliteit van de zorg in ziekenhuizen, gecoördineerd door de overheid of uitgevoerd door private organisaties zoals *Accreditation Canada International* (ACI) of de *Joint Commission International* (JCI). In de literatuur is er weinig bewijs voor te vinden dat het nastreven van een accreditatieprocedure tot betere resultaten voor de patiënt leidt. Het helpt wel om bepaalde kwaliteitsindicatoren op te volgen (Devkaran, 2015; Demaiter, 2018). Het te volgen kader is complex en niet erg bruikbaar in de psychiatrische setting. Toch kan het zorgen voor een betere opvolging en hopelijk ook voor een beter resultaat bij de patiënten.

Failing to plan is planning to fail...

Bewust van deze bijzonderheden, koos het CNP Saint-Martin bewust voor een door IDEWE en de KUL ontwikkelde klinische audit, om een eerste zicht te krijgen op het prioriteitenlijstje.

Deze klinische audit gaat op basis van de “bundel”-logica dieper in op de belangrijkste thema's met een impact op de ziekenhuishygiëne en heeft als voordeel een globaal overzicht te geven van de pijnpunten die prioritair moeten worden aangepakt.

In functie van de prioriteiten bepaalt de definitieve versie van het actieplan wie de actie uitvoert, en wat de transversale interacties zijn met de verschillende diensten en de valideringsinstanties.

Voornaamste discussies die uit deze aanpak voortvloeiden

Het doel van dit artikel is de resultaten en de heersende ideeën te delen. Dit artikel is geen opsomming van de bruto analyseresultaten, maar iedereen kan op basis ervan een analyse binnen het eigen ziekenhuis maken.

Binnen het beleid van de instelling lijkt het evident dat infectiepreventie een zaak van iedereen is. Een ketting is maar zo sterk als zijn zwakste schakel. De gezondheidscrisis toont ons elke dag hoe belangrijk het is, alle medewerkers binnen de instelling bij het proces te betrekken. De managers moeten dit als een prioriteit beschouwen.

Dit beleid moet ook in het arbeidsreglement verankerd zijn. Daarbij is een duidelijke taakverdeling, in het kader van een toekomstgericht beheer en een dagelijkse opvolging, essentieel.

Deze audit toont ook duidelijk aan dat alles begint met het opstellen van het strategisch infectiebestrijdingsplan.

Daarnaast zijn ook een opvolging van en toezicht op de toepassing van de procedures noodzakelijk. De opvolging van de toepassing en van de impact van de

infectiepreventiemaatregelen kan verbeterd worden. Deze controle, gekoppeld aan ondersteunende communicatie en een constructieve aanpak door uit fouten te leren, leidt tot een betere zorgkwaliteit op institutioneel niveau. «Toolbox²» -vergaderingen bijvoorbeeld zijn een handig middel om de samenhang tussen het voorgeschreven en het geleverde werk te waarborgen.

Zo is de beschikbaarheid van juiste informatie cruciaal. Het ziekenhuishygiëneteam moet daarom vlot en systematisch bereikbaar zijn en het hygiënepakket dient duidelijke en praktische informatie te bevatten. Dit punt onderstreept het belang van een doeltreffend documentenbeheer met zoekmachines die niet alleen zoeken maar ook nuttige informatie vinden.

Het op elke eenheid aanstellen van een referentiepersoon ziekenhuishygiëne en een opleiding over alle procedures zijn prioritair. Samenwerking met de hoofdverpleegkundige is daarbij essentieel. Ook die persoon moet net zoals de referentiepersoon ziekenhuishygiëne van de eenheid een opleiding krijgen.

Instructies inzake patiëntspecifieke infectiebestrijdingsmaatregelen moeten zichtbaar en makkelijk toegankelijk zijn in het elektronisch patiëntendossier van de patiënt. Het ziekenhuishygiëneteam moet de klinische evolutie van de patiënt via gerichte, heldere en nauwkeurige overdrachten kunnen volgen.

De werkgever moet het aspect bescherming van aan biologische agentia blootgestelde werknemers, dat onderdeel is van het welzijn op het werk, opnemen in zijn algemeen preventieplan. Ook de vaccinatie van het personeel gebeurt, via de verplichte vaccinatiecampagnes, in overleg met de arbeidsgeneesheer. Dit geldt ook voor preventieve campagnes zoals de vaccinatie tegen griep of COVID-19. De risicoanalyse moet ook worden uitgebreid tot studenten, stagiairs en uitzendkrachten.

Handhygiëne: een eindeloos proces (van continue verbetering)

Standaardvoorzorgsmaatregelen vormen de basis om de overdracht van micro-organismen te vermijden. In dit verband blijft het toepassen van de strategie ter bevordering van handhygiëne prioritair (Haenen, 2016). Doorgaans bestaan er procedures, worden ze geactualiseerd en hangen er affiches op. De uitdaging bestaat er nu in te beoordelen in welke mate de procedures worden toegepast en de effecten ervan te meten. Deze opvolging is een voortdurend proces, in samenwerking met collega's, referentiepersonen, de hiërarchische lijn en het ziekenhuishygiëneteam. Het moet multidisciplinair zijn en niet alleen met gezondheidswerkers maar ook met niet-verzorgend personeel.

Dit actiepunt, dat een continu verbeteringsproces is, is gebaseerd op de vijf elementen van de strategie ter bevordering van handhygiëne van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), of “WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy”, met name: aanpassing van de systemen, opleiding en bijscholing, evaluatie en feedback, gebruik van reminders

² Met Toolbox-vergadering wordt bedoeld: een korte informatiesessie over een advies, een praktijk of feedback over een bepaalde situatie (gebruik van een nieuw product, herinnering aan de naleving van het ontsmetten van high touch oppervlakken, ...)

op het zorgpunt en een veiligheidscultuur binnen de gezondheidszorginstelling. (WHO, 2009).

De evolutie van de naleving van de handhygiëne in psychiatrische ziekenhuizen tijdens de afgelopen zes campagnes laat over het algemeen bemoedigende resultaten zien. Toch daalt het aantal deelnemende instellingen en de auteurs van een recente Belgische studie vermoeden dat ziekenhuizen met de laagste nalevingsscores afhaken (Shodu, 2020).

Om de communicatiestrategie te optimaliseren moeten de preventieboodschappen worden aangepast aan de verschillende doelgroepen van het ziekenhuis, afhankelijk van de manier waarop zij de bedreiging percipiëren. (Rosenstock, 1974).

Een opvolging van het verbruik van hydroalcoholische oplossingen (HAO) is ook buiten de nationale campagnes nodig, om het verbruik te kunnen evalueren en zo een beeld te krijgen van de trend inzake naleving van handhygiëne. Verschillende dienstverleners gebruiken in de handel verkrijgbare HAO, die aan kwaliteitscontrole ontsnappen en een vertekend beeld geven van het verbruik. De huidige gezondheids crisis heeft dit fenomeen nog versterkt en toont het belang aan van acceptatie door de gebruiker bij de keuze van producten op institutioneel niveau.

HAO-dispensers dienen zo dicht mogelijk bij de plaats van verzorging beschikbaar te zijn, rekening houdend met het risico op accidentele of vrijwillige inname door patiënten. Op de diensten waar dit risico aanwezig is, worden individuele flacons gebruikt, terwijl de dispensers zich in de zorglokalen bevinden. Om toegang te krijgen tot deze lokalen, is er een badge nodig.

Altijd maar weer die handen ... maar niet alleen ...

Er moeten meer faciliteiten komen zoals handenwasvoorzieningen of zeep- en handdoekdispensers, en het beheer van die uitrustingen moet beter.

Ook moet worden nagegaan of de instructies inzake het dragen van handschoenen, en de technieken voor het aan- en uittrekken ervan, correct worden opgevolgd. Het onjuist gebruik van handschoenen geeft immers een vals gevoel van veiligheid en houdt in dit geval een aanzienlijk besmettingsrisico in, zowel voor de patiënt als voor de zorgverlener.

Hoesthygiëne is het criterium dat sinds het begin van de gezondheids crisis de grootste vooruitgang heeft geboekt. Tot maart 2020 kreeg dit aspect nauwelijks aandacht. Sindsdien is hoesthygiëne één van de standaardvoorzorgsmaatregelen voor het voltallige personeel in psychiatrische ziekenhuizen.

Doorgaans wordt de schoonmaak van wasgoed uitbesteed aan een industriële wasserij. Toch worden verschillende van de in het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) beschreven stappen intern uitgevoerd en moeten die worden geëvalueerd. De bescherming van het personeel bij het hanteren van vuil linnengoed door het dragen van de vereiste persoonlijke beschermingsmiddelen en door het beperken

van manipulaties is essentieel. Bij de ontvangst moet schoon textiel met propere handen worden gehanteerd. Het beheer en de inzameling van gebruikte werkkledij gebeurt op een andere manier dan van ander textiel.

Het dragen van werkkleding in de psychiatrische setting is een hardnekkige bron van discussie. Vóór de gezondheids crisis was het dragen van zo'n uniform in de verzorgingseenheden eerder uitzonderlijk en was dit doorgaans enkel het geval op de technische dienst en in de keuken. Behalve op de dienst psychogeriatricie werkten de meeste zorgverstrekkers in burgerkleding. In het CNP Saint Martin volgt het dragen van werkkleding sinds maart 2020 een risicostratificatie per eenheid. Afhankelijk van de kwetsbaarheid van de patiënten en van de therapeutische relatie, is het aan te bevelen, of zelfs verplicht. De werklust van de externe wasserijen is aanzienlijk toegenomen. Om vertragingen bij de levering op te vangen en te vermijden dat werknemers hun werkkledij mee naar huis nemen, heeft het CNP Saint Martin zijn capaciteit tijdelijk verhoogd om de werkkledij ter plaatse te wassen.

De instelling voert een beleid ter bestrijding van antibioticaresistentie. Dit beleid moet worden opgevolgd en op basis van deze indicatoren kunnen onaangepaste voorschriften worden opgespoord en gecorrigeerd. De door de BAPCOC beschikbaar gestelde tools moeten worden gebruikt om deze aanpak te ondersteunen.

Volgens de classificatie van risicozones op basis van geografische zones, bevindt een psychiatrisch ziekenhuis zich op niveau 2 van een schaal van 4 niveaus, wat overeenkomt met middelgrote risico's.

Voor het onderhoud van psychiatrische ziekenhuizen zijn doorgaans procedures vastgelegd en verspreid. Die gelden voor elk type omgeving en oppervlak en voor elk type behandeling (reiniging en ontsmetting). Een aandachtspunt hierbij is de opvolging van de procedures inzake toezicht en controle. Gezien de betere kosteneffectiviteit moet de voorkeur gaan naar niet-bacteriologische controles op basis van structurele indicatoren. De leidinggevendenden moeten met de steun van het ziekenhuishygiëneteam de onderhoudsplannen en traceerbaarheidsfiches opvolgen.

De toewijzing van verantwoordelijkheden en een duidelijke afbakening van de reinigingstaken voor alle oppervlakken (wie doet wat?) zijn factoren die het succes bepalen van een infectiepreventie en -controlestrategie. De samenwerking tussen de drie belangrijkste betrokken actoren, met name de onderhoudsdienst, het ziekenhuishygiëneteam en de zorgverstrekkers, is dan ook van groot belang. Verwacht wordt dat extra of overgehevelde middelen nodig kunnen zijn om de doelstelling van «nul grijze zones» (oppervlakken waar de verantwoordelijkheid voor de reiniging en ontsmetting niet is toegewezen) te bereiken (MSSS, 2008), (Havill, 2013).

Voor een efficiënte opvolging is het belangrijk een onderscheid te maken tussen «clinical contact», «housekeeping» en «high touch» oppervlakken.

Om het beheer van medische hulpmiddelen te vereenvoudigen gebruikt het CNP Saint-Martin bijna uitsluitend hulpmiddelen voor eenmalig gebruik. Bij het vertrek van de patiënt of bewoner moet voor de reiniging en ontsmetting van het materiaal een procedure worden gevolgd die in de specifieke bijkomende voorzorgsmaatregelen aan bod komt, via de

ontsmettingsmatrix per geografische zone naar gelang van het besmettingsrisico.

Urinalen, wastafels en bedpannen zijn meestal individueel, maar het onderhoud ervan vereist een systematische behandeling, waarbij het gebruik van sproeiers wordt vermeden.

Zoals vele psychiatrische ziekenhuizen beschikt het CNP Saint-Martin over twee soorten vaatwasmachines: een industriële afwasmachine in de centrale keuken en huishoudelijke vaatwassers in sommige afdelingen. Deze audit heeft enkel betrekking op apparatuur die zich op de zorgeenheden bevindt.

Het zorgproject binnen sommige eenheden streeft naar een grotere autonomie van de patiënten bij de dagdagelijkse activiteiten. Er worden workshops therapeutisch koken georganiseerd en hierbij worden huishoudelijke vaatwassers gebruikt. De HGR raadt het gebruik van huishoudelijke vaatwassers in zorginstellingen af. De temperatuur van een vaatwasser moet worden ingesteld op 60°C. In geval van besmettelijke ziekten moet een temperatuur van 60°C in acht worden genomen. Is dit niet mogelijk, dan moet worden gekozen voor wegwerpmateriaal en moeten de specifieke aanbevelingen van HGR 9277 (bv. in geval van MRSA, VRE, *Clostridioides difficile*, ESBL) worden opgevolgd.

Ook de watercontrole is een belangrijk punt. In oudere gebouwen zorgt de controle van dode einden vaak voor problemen. Dit is doorgaans de taak van de infrastructuurbeheerder, in samenwerking met externe firma's. Zij moeten de plannen voor de afstelling van de micrometrische kleppen optimaliseren en op steun kunnen rekenen voor andere afregelingen en/of dode einden.

Bij de uitvoering van werken moet het legionellabeheersplan absoluut rekening houden met de aanbevelingen van de HGR. De risico's op besmetting met *Legionella* en *Aspergillus* zijn veel groter. Zoals de HGR stelt, zijn de coördinatie tussen de belanghebbenden en de betrokkenheid van een ziekenhuishygiënist cruciaal. Op die basis werken we tijdens de verschillende fasen van renovatie- en bouwprojecten samen met de dienst infrastructuur en het ziekenhuishygiëneteam.

Accidentele bloedcontacten vereisen een dynamisch risicobeheer dat de registratie, analyse en evaluatie van de doeltreffendheid van de genomen maatregelen impliceert.

In het jaarverslag van de arbeidsongevallen van de afgelopen jaren wordt amper melding gemaakt van ongewenste voorvallen (OV's). Dit kan te maken hebben met het type verleende zorg in de psychiatrische setting, maar ook met een onderrapportage van ongevallen (WIV, 2008). Werknemers zijn wel vaker slachtoffer van agressie, vooral wanneer iemand in isolatie/afzondering wordt geplaatst. Deze ongevallen worden geregistreerd als "agressie" en niet als "OV's" om dubbels in de registraties te vermijden, wat de analyse zou vertekenen.

De bijzondere context van OV's na agressie of na de verzorging van patiënten met risicofactoren zoals sociale marginalisering en drugsverslaving, vereist een strengere registratieprocedure en een systematische betrokkenheid van de hiërarchische overste, maar ook het initiëren van een opvolging door de bedrijfsarts en het ziekenhuishygiëneteam.

Specifieke situaties vragen om specifieke maatregelen

Deze audit richt zich op de al dan niet aanwezigheid van de belangrijkste persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM's) en van een procedure in de ziekenhuishygiënapap.

De wetgeving voorziet in de terbeschikkingstelling ervan, maar bepaalt ook dat de PBM-inventaris de verstrekking van instructiefiches voor de werknemers omvat. Het ziekenhuishygiëneteam moet in samenwerking met de Interne dienst voor preventie en bescherming op het werk permanente opleiding geven m.b.t. het gebruik van specifieke PBM's in het kader van infectiepreventie.

De audit gaat dieper in op «isolaties». Deze term is niet goed gekozen en zorgt voor verwarring, die veel complexere gevolgen kan hebben, dan de louter semantische kwestie. Hetzelfde geldt voor de term «opsluiting».

De problematiek kan beter worden benaderd op basis van de drie types bijkomende voorzorgsmaatregelen die nodig zijn om de patiënt te beschermen door de overdracht op de patiënt, het personeel en de bezoekers te onderbreken op basis van de wijze van overdracht van infectieuze ziekteverwekkers, zoals aanbevolen in advies 9277 van de HGR. Het gaat om de preventie van contact-, druppel- en luchtoverdracht van ziektekiemen.

Vóór de huidige gezondheidscrisis werden deze bijkomende voorzorgsmaatregelen voornamelijk toegepast voor de preventie van contactoverdracht na gevallen van scabiës of pediculose.

De COVID-19-crisis heeft ook de impact aangetoond van architectonische beperkingen op diensten die de contacten en de socialisatie van patiënten willen bevorderen. Sommige patiënten zijn amper in staat instructies op te volgen en «isolatie» stelt hen bloot aan verergering van hun psychische pathologie. De crisis heeft ook aangetoond hoe belangrijk de rol van het ziekenhuishygiëneteam was bij elke «sanitaire isolatie» om de rechtvaardiging ervan te verduidelijken en verwarring met vrijheidsberoving om psychiatrische redenen te vermijden. Er zij op gewezen dat het soms ook nodig is isolatie om psychiatrische redenen te combineren met de toepassing van bijkomende voorzorgsmaatregelen om het infectierisico te beperken. Deze situatie bewijst hoe complex en risicovol het kan zijn voor zowel het personeel als de andere patiënten.

De audit staat ook stil bij de registratie van infecties. In tegenstelling tot de acute ziekenhuizen gebeurt dit in de psychiatrische setting doorgaans zeer weinig, met name wat MRSA betreft. Het lijkt dan ook wenselijk de registratie van de belangrijkste soorten infecties die in de psychiatrische setting voorkomen, op te volgen. In een studie bij gehospitaliseerde psychiatrische patiënten in België (een prospectieve dynamische cohortstudie tussen 2001-2014) waren de meest frequente infecties: infectieuze dermatitis en infecties van de bovenste en onderste luchtwegen (Haenen, 2016). De resultaten van deze studie brengt ons er ook toe de registratie van urineweginfecties, gastro-enteritis, hepatitis B of C, genitale infecties en conjunctivitis te overwegen. Momenteel worden de in het geautomatiseerde patiëntendossier geregistreerde gegevens echter nog niet gebruikt voor een continue monitoring van deze infecties.

Om het risico op overdracht van ziekteverwekkende kiemen te beperken, moeten ook ten aanzien van de diensten buiten de instelling maatregelen genomen worden. Transfers, zowel in- als uitgaande, vormen altijd een riskanter tijdvenster. Dit impliceert een zorgvuldige communicatie met de instellingen maar ook met de vervoersdiensten via de beschikbare HGR- en AViQ-fiches (Agence pour une Vie de Qualité).

Ook bij interne transfers is een correcte overdracht van informatie van belang, ter bescherming van de patiënt, de verschillende betrokkenen en de gemeenschap. Dit betreft zowel verplaatsingen tussen diensten voor een langdurig verblijf of «time out», als voor het uitvoeren van onderzoeken in de medisch-technische dienst.

De HGR stelt ook dat het ethisch ontoelaatbaar is om een patiënt op grond van zijn of haar besmettingsstatus de toegang te weigeren. Het ziekenhuis kan de opname uitstellen om regelingen te treffen, maar moet zich aanpassen en de nodige bijkomende voorzorgsmaatregelen voorzien.

De huidige gezondheidscrisis heeft gezorgd voor het versterken van de anamnese en de documentatie ervan in het patiëntendossier, en voor een grotere betrokkenheid van het ziekenhuishygiëneteam bij de voorbereiding van een opname van patiënten met een positieve PCR-test. In noodsituaties, zoals het in observatie plaatsen, werd besloten bij twijfel bijkomende voorzorgsmaatregelen in te stellen in afwachting van het advies van het ziekenhuishygiëneteam en van de resultaten van de staalname.

Kort samengevat

Het gebruik van een klinische audit biedt het voordeel zwakke punten en prioritaire acties op objectieve wijze te documenteren.

Het is duidelijk dat de middelen en procedures globaal genomen aanwezig zijn, maar dat er behoefte is aan toezicht op en evaluatie van de toepassing van de verschillende maatregelen en van de impact ervan op de begunstigden.

Het uitgangspunt voor de verschillende maatregelen is de vertaling van deze initiële audit in een actieplan met prioriteiten. Het ziekenhuishygiëneteam is een essentiële speler bij het opstellen en uitvoeren van dit plan. Dit vereist de steun van de directie, maar ook de betrokkenheid van het werkveld en transversaal binnen de instelling.

Beleidsmatig toont deze audit ook duidelijk aan dat alles begint met het opstellen van het strategisch infectiebestrijdingsplan. Dit plan moet het op termijn mogelijk maken infectiecontrole in de algemene strategie van de instelling te integreren. Dit omvat de omschrijving van de doelstellingen, de verdeling van de taken en het opzetten van een monitoringsysteem. Om ervoor te zorgen dat iedereen zich optimaal achter de procedures schaaft en die ook naleeft, is het noodzakelijk de actoren op het terrein hierin in ruime mate bij te betrekken, met de steun van de referentiepersonen en het ziekenhuishygiëneteam.

Wat de standaardvoorzorgsmaatregelen betreft, blijft het promoten van handhygiëne de absolute prioriteit. Net zo belangrijk is dat de instelling een standpunt inneemt tegenover

werkkledij en het beheer daarvan, en dat de onderhouds- en schoonmaakprocedures worden opgevolgd.

De registratie en het gebruik van gegevens over OV's, en de opleiding van het personeel moeten worden geoptimaliseerd om het optreden en het risico op herhaling ervan te beperken.

Het beleid inzake antibioticagebruik moet worden verspreid, besproken in medische vergaderingen en nageleefd.

Wat de specifieke voorzorgsmaatregelen betreft, is het beheer van de persoonlijke beschermingsmiddelen en de opleiding in het gebruik ervan bij de invoering van bijkomende voorzorgsmaatregelen eveneens een prioriteit. Bij het beheer van de inkomende en uitgaande transfers moet duidelijk rekening worden gehouden met het infectieuze aspect.

Een andere grote uitdaging zal erin bestaan patiënten met chronische pathologieën te responsabiliseren en bij deze aanpak te betrekken (patient empowerment) door het naleven van isolatiemaatregelen en handhygiëne (Aujoulat, 2007). Deze uitdaging alleen al is een specifieke studie waard.

Misschien een opportuniteit om behandeld te worden door een andere student van het 'Certificat interuniversitaire en Hygiène hospitalière'?

Bibliografie

Aujoulat Isabelle, 2007, L'empowerment des patients atteints de maladie chronique, des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire, Thèse de doctorat en santé publique, Université Catholique de Louvain.

Agence pour une Vie de Qualité, 2020, Plan interne d'urgence adapté aux spécificités des structures d'hébergement des secteurs de la santé – à l'exception des hôpitaux –, du handicap et de l'action sociale afin d'aider les structures d'hébergement pour l'élaboration et la mise en œuvre de celui-ci, AViQ, Charleroi.

BAPCOC en Sciensano, 2019, "Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne. Lastenboek: definities, instructies voor het invullen en bewijselementen."

[URL : http://www.nsih.be/download/IQ/2018_cahier_des_charges_IQ.pdf geraadpleegd op 2 mei 2021 (Aangehaald in de bijlage bij het gedetailleerde actieplan)]

BeSWIC, Belgisch kenniscentrum over welzijn op het werk, 2021, "Aankoopprocedure", [URL : <https://www.beswic.be/nl/themas/beschermingsmiddelen/basisprincipes-van-cbm-en-pbm/aankoopprocedure> , geraadpleegd op 13 maart 2021].

Byl B., 2019, Plan stratégique, objectifs annuels, bilan, Support de cours certificat interuniversitaire en hygiène hospitalière 6ème édition, Université Libre de Bruxelles.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention, 2021, "Options for evaluating environmental cleaning", [URL: <https://www.cdc.gov/hai/toolkits/appendices-evaluating-environmental-cleaning.html>, geraadpleegd op 17 maart 2021].

CNP Saint-Martin, 2020, Plan d'urgence interne Covid-19, version 2.0, Namur
Codex over het welzijn op het werk Boek VI.- Chemische,

kankerverwekkende, mutagene en reprotoxische agentia Titel 1.- Chemische agentia

- 5109, Aanbevelingen inzake het beheer van medisch verzorgingsafval (2005)
- 8363, Aanbevelingen met betrekking tot de infectiebeheersing bij tandheelkundige zorgverlening (2011)
- 8364, Aanbevelingen inzake bacteriologische controles van de omgeving binnen de verzorgingsinstellingen (2010)
- 8429, Aanbevelingen betreffende de preventie van accidentele contacten met bloed en andere lichaamsvochten in de verzorgingsinstellingen. (2011)
- 8579, Aanbevelingen voor de preventie van besmetting met tuberculose in zorginstellingen. (2013)
- 8580, Aanbevelingen betreffende infectiebeheersing bij bouwen, verbouwen en technische werkzaamheden in zorginstellingen. (2013)
- 9256, Aanbevelingen voor sterilisatie van medische hulpmiddelen. (2017)
- 9277, Aanbevelingen inzake preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente bacteriën (MDRO) in zorginstellingen. (herziening 2020)
- 9344, Aanbevelingen inzake handhygiëne tijdens de zorgverlening. (herziening 2018)
- 9345, Aanbevelingen voor de beheersing en preventie van Clostridium difficile-infecties in zorginstellingen. (2017)
- 9444, Aanbevelingen inzake de behandeling van het textiel van zorginstellingen. (2018)

Devkaran Subashnie, O-Farell Patrick, 2015, The impact of hospital accreditation on quality measures: an interrupted time series analysis, BMC Health Services Research, 15:137.

Demaiter G., 2018, "Kritische reflectie op de set federale kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne", Samenvatting van de toespraak gehouden op de studiedag verpleegkundigen infectiebeheersing (44ste week van de verpleegkundigen en vroedvrouwen), 19 maart 2018, Oostende [URL : <http://www.nosoinfo.be/nosoinfos/kritische-reflectie-op-de-set-federale-kwaliteitsindicatoren-ziekenhuishygiene/?lang=nl> geraadpleegd op 8 april 2021].

ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control, 2017, "Puntprevalentiestudie van zorginfecties en antimicrobieel gebruik in Europese chronische zorginstellingen, Belgisch protocol - Psychiatrie", [URL : https://www.wiv-isp.be/nsih/download/LTCF/PSY/HALT3_PSY_Protocol_NL_V4.pdf, geraadpleegd op 8 april 2021.

Eveillard M, Manuel Ch, Mounier M, Sarnel M, Caer M, Bourlioux P, 1998, « Evaluation de l'efficacité de trois méthodes de surveillance des infections nosocomiales en psychiatrie », Médecine et Maladies Infectieuses, Volume 28, Issue 12, Pages 962-966, ISSN 0399-077X

Eveillard M., Manuel C., Caer M., Sarnel C., Bourlioux P., 1999, "Une équipe d'hygiène dans un établissement de santé mentale – Particularités du milieu psychiatrique et conséquences sur les mesures à mettre en place prioritairement", [URL : <https://www.hygienes.net/boutique/hygienes-2/une-equipe-dhygiene-dans-un-etablissement-de-sante-mentale-particularites-du-milieu-psychiatrique-et-consequences-sur-les-mesures-a-mettre-en-place-prioritairement/> geraadpleegd op 6 februari 2021.

Godin G., 1991, "L'éducation pour la santé : les fondements psychosociaux de la définition des messages éducatifs",

Sciences Sociales et Santé, vol.9, n^o1, [URL : https://www.irepspd.org/_docs/Fichier/2015/4-150318091015.pdf geraadpleegd op 19 mei 2021.

Haenen R., Vandenbroek S., 2016, "Effect van een preventiecampagne op de infectieprevalentie bij gehospitaliseerde psychiatrische patiënten in België: een dynamische prospectieve cohortstudie (2001-2014)", Nosoinfo, vol.10, nr. 3, [URL : <http://www.nosoinfo.be/nosoinfos/effect-van-een-preventiecampagne-op-de-infectieprevalentie-bij-gehospitaliseerde-psychiatrische-patienten-in-belgie-een-dynamische-prospectieve-cohortstudie-2001-2014/?lang=nl>, geraadpleegd op 6 februari 2020.

Havill Nancy L. 2013, "Best practices in disinfection of noncritical surfaces in the health care setting: creating a bundle for success", Am J Infect Control ;41(5 Suppl):S26-30

WIV - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2008, "Nationale studie van de niet-rapportering van accidentele bloedcontacten in de Belgische ziekenhuizen. Resultaten 2006-2007", EPI reports 2008/2505/012, Brussel.

WIV - Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid ,2008, "Surveillance van accidentele bloedcontacten in Belgische ziekenhuizen- resultaten 2003-2007", IPH/EPI reports 2008-004, Brussel.

Kirkpatrick D.L., Kirkpatrick J.D.,2009, Evaluating training programs, The Four Levels,Third edition.S.I: Berret-Koeher, p373.

MSSS, Ministère de de la Santé et des Services sociaux, 2008, Les zones grises, processus d'attribution des responsabilités, Québec, [URL : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-209-04.pdf> geraadpleegd op 10 april 2021.

Rosenstock I., 1974, "The Health Belief Model and Preventive Health Behavior", Health Education Monographs, vol.2 n^o4, pp.354-386.

Shodu N., Simon A., 2020, "Evolutie van de naleving van handhygiëne in psychiatrische instellingen" Nosoinfo, vol.14 nr. 3 [URL : <http://www.nosoinfo.be/nosoinfos/evolutie-van-de-naleving-van-handhygiene-in-psychiatrische-instellingen/?lang=nl> geraadpleegd op 13 maart 2021.

FOD Volksgezondheid, directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, 2007, "Nota Christiaan Dekoster van 19 juli 2007 inzake KB van 26 april 2007 tot wijziging van het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd", [URL:https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/belgische_commissie_voor_de_coordinatie_van_het_antibioticabeleid-fr/15174562_fr.pdf , geraadpleegd op 15/2/2021.

World Health Organization, 2009, Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is safer care, the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy, WHO, Genève, [URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144032/> geraadpleegd op 13 maart 2021.

I Het IFIC en de sectorale functieomschrijving 6162 – verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: wat is nieuw?

Thomas Snoeij

Verpleegkundige- ziekenhuishygiënist - AZ Sint Lucas Gent

Yves Velghe

Voorzitter Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière (ABIHH)



Inleiding

Op verzoek van de sociale partners werkt het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC vzw) aan de actualisering van de functieclassificatie voor de sectoren van het paritair comité 330. Hierbij worden de sectorale referentiefuncties onderverdeeld in categorieën, waaraan ook nieuwe loonbarema's gekoppeld zijn. Op 11 december 2017 ondertekenden de sociale partners voor dit paritair comité twee collectieve arbeidsovereenkomsten voor alle medewerkers in de federale en geregionaliseerde gezondheidsdiensten. De nieuwe functieclassificatie is sinds 1 januari 2018 van toepassing op de federale (privé)sectoren. In april 2018 hebben de werkgevers de individuele functietoewijzing meegedeeld aan de werknemers.

Chronologisch verloop en ondernomen acties

In april 2018 kregen alle medewerkers een functieclassificatie met een hieraan gekoppeld loonbarema voorgesteld, met inbegrip van de verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten in ziekenhuizen. Ze konden hier vrijblijvend op intekenen. Het functie- en competentieprofiel van het IFIC voor verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten werd voor 2018 opgesteld door consultants die door het IFIC zijn aangeduid en die daarvoor informatie hebben verkregen via een bevraging waarover geen verdere details beschikbaar zijn. De beroepsorganisaties NVKVV en ABIHH, het Federaal Platform

voor Ziekenhuishygiëne en de BAPCOC zijn destijds niet geconsulteerd. Het door de vier partijen gesteunde Belgische functie- en competentieprofiel voor verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten werd bijgevolg niet gebruikt als sjabloon om de functie te omschrijven binnen het IFIC-model. Medewerkers die in 2018 niet akkoord gingen met de functieclassificatie en het hieraan verbonden loonbarema konden via een intern beroep binnen de ziekenhuizen bezwaar aantekenen. De keuze voor het nieuwe barema werd opgeschort tot na de behandeling van het beroep. Een functieclassificatie wordt pas aangepast als 80%¹ van de zorginstellingen hierom verzoekt.

Op 14 mei 2018 vernamen het NVKVV en de ABIHH dat de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist zal worden meegenomen in de onderhoudsfase en dat de aangepaste functiekaart zal worden bekeken bij het herzien van het functie- en competentieprofiel. Dit naar aanleiding van de talrijke aangetekende beroepen vanuit de sector en een gezamenlijke brief van het NVKVV WIN, de ABIHH en de BAPCOC (zie noso-info artikel vol XXIII N°1 -2019).

Volgens deze organisaties schiet de functiekaart van het IFIC op drie vlakken tekort:

1. Het juridische statuut (van het KB van 1 april 2007) wordt niet nageleefd.
2. De wettelijke verplichtingen zijn niet opgenomen in de functiekaart. Het actiegebied van de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist is namelijk veel ruimer dan de door het IFIC omschreven inhoudelijke taken.
3. Tot slot stemt de functie-inhoud niet overeen met het

Belgische beroepscompetentieprofiel voor de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de huidige praktijken van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten.

Begin 2021 werd door IFIC de start van de onderhoudsprocedure gecommuniceerd voor de functie verpleegkundig ziekenhuishygiënist, samen met tien andere functies².

In de aanloop van de onderhoudsprocedure hebben het NVKVV en de ABIHH een aangepaste functiekaart uitgeschreven, die op het sjabloon van het IFIC aansluit en die door de BAPCOC en het Federaal Platform voor Ziekenhuishygiëne is gevalideerd. We hebben duidelijk gemaakt dat we vanuit de werkgroep bereid zijn om met de IFIC-commissie tot een juiste en volledige beschrijving van de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist te komen.

Vervolgens heeft het IFIC in maart 2021 een online enquête over onze functie verstuurd naar de ziekenhuisinstellingen die zich hiervoor hadden opgegeven om een nauwkeurig beeld te krijgen van de totaliteit van de functie. Met dit onderzoek wilde het IFIC informatie verzamelen over de dagelijkse taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten. Het IFIC enquêteerde ook andere werknemers met vergelijkbare rollen in andere organisaties. De beroepsverenigingen kunnen echter niet nagaan hoe representatief die bevraging is in vergelijking met de nationale enquête van 2017 omtrent de huidige praktijken van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten in België, waaraan 125 verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten hebben deelgenomen.

Om een grote representativiteit van sectorale functies te garanderen, organiseerde het IFIC in mei 2021 individuele en collectieve bijeenkomsten met andere woordvoerders van de functie (2021). Zo vonden er twee rondetafelgesprekken plaats, één met de beroepsorganisaties en één met een op heden onbekend aantal verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten, waarbij enkel de functie-inhoud en niet de inschaling in categorie 17 werd besproken.

Het verslag werd op heden overgemaakt en is bijzonder bedroevend. In het verslag worden namelijk louter semantische en geen inhoudelijke aanpassingen doorgevoerd.

Op basis van de informatie die tijdens deze verschillende bijeenkomsten werd verzameld, heeft het IFIC een sectorale beschrijving van onze functie opgesteld. Met andere woorden, een beschrijving die onze functie een relevant imago geeft op sectoraal niveau. Daarom zou het kunnen dat sommige specifieke taken niet zijn opgenomen in de uiteindelijke beschrijving. De definitieve ontwerpbeschrijving zal dan ook worden besproken in een technische werkgroep en vervolgens worden onderzocht en gevalideerd door de sociale partners.

Het opstellen van een functiebeschrijving is een lang en nauwgezet proces, met als doel om alle actoren in het veld te bereiken.

Zodra de stuurgroep alle bijgewerkte beschrijvingen heeft gevalideerd, moeten ze worden goedgekeurd in het paritair comité 330 en worden geformaliseerd door collectieve arbeidsovereenkomsten. Het streefdoel is om het juridische gesprek af te ronden voor de lancering van fase 2.

¹ <https://www.if-ic.org/nl>

² <https://www.if-ic.org/nl/lijst-van-de-functies-die-opgenomen-zijn-in-de-eerste-fase-van-de-onderhoudsprocedure>

Conclusie van de discussie

Het IFIC heeft een rondetafelgesprek georganiseerd om de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist te laten doorstromen doorheen de onderhoudsprocedure. Er werden echter geen aanpassingen behouden die een impact hebben op de verantwoordelijkheden van deze verpleegkundigen. Behalve enkele terminologische wijzigingen werden er geen aanpassingen doorgevoerd. Kunnen we stellen dat de onderhoudsprocedure van het IFIC haar doel heeft gemist? Wanneer kunnen we stellen dat de procedure correct verlopen is en wie controleert dit?

Het IFIC geeft aan dat de opmerkingen van de beroepsorganisaties in het kader van het rondetafelgesprek worden vastgelegd. Dit betekent niet dat ze worden opgenomen zoals in de beschrijving van de sectorale referentiefuncties. Ze worden grondig onderzocht en behandeld na overleg met de sociale partners. Het IFIC geeft aan dat het belangrijk is om een evenwicht te vinden tussen het integreren van de relevante elementen voor een nauwkeurige beschrijving van de functie en het respecteren van de IFIC-methodologie (logica van sectorclassificatie, grootste gemene noemer, enz.). Het is dus niet gegarandeerd dat de definitieve versie rekening zal houden met alle elementen die op 23 maart 2021 zijn meegedeeld.

We verwijzen ook naar de websitepagina van de werkgroep WIN VPK-ZHH van het NVKVV, waar veel informatie en documenten terug te vinden zijn.

<https://www.nvkvv.be/page?orl=113882&ssn=&lng=1&pge=555&are=1728>

<https://www.nvkvv.be/page?orl=113882&ssn=&lng=1&pge=555&are=1728>

U kan het schema van de nieuwe procedure hieronder terugvinden:



I Voor u gelezen

Hieronder volgen de samenvattingen van een reeks recente artikels uit de internationale wetenschappelijke literatuur over de COVID-19 pandemie. Deze selectie heeft betrekking op de socio-culturele en ethische aspecten die aan de basis liggen van de acceptatie van COVID-19 vaccinatiestrategieën in de algemene bevolking.

De meeste gegevens zijn ontleend aan de ervaringen in het Verenigd Koninkrijk en Israël, de twee belangrijkste pioniers op gebied van massale vaccinatiecampagnes. In deze beide landen konden behalve de beperkingen van de uitgerolde strategieën op vlak van screening en onder controle houden van de epidemie, ook de overdraagbaarheid van nieuwe varianten (met name de SARS-CoV-2-variant van de B.1.1.7-lijn), de impact ervan op het beschermende effect van de vaccinatie en de gevolgen voor de gezondheid en de economie worden bestudeerd. Op basis van de retrospectief verkregen gegevens konden modellen van overdracht van COVID-19-infectie worden opgesteld volgens verschillende scenario's. Deze modellen bieden vooruitzichten op een betere beheersing van de overdracht in de toekomst, alsook op een preciezere targeting van risicosubgroepen in de bevolking die op grond van demografische en socio-culturele risicofactoren weigerachtig staan tegenover vaccinatie.

Williams L.,* Flowers P., McLeod J., Young D., Rollins L., and The CATALYST Project Team.

Social Patterning and Stability of Intention to Accept a COVID-19 Vaccine in Scotland: Will Those Most at Risk Accept a Vaccine?

Vaccines (Basel). 2021 Jan; 9(1): 17. Published online 2021 Jan 4. doi: 10.3390/vaccines9010017

ABSTRACT

Vaccination is central to controlling COVID-19. Its success relies on having safe and effective vaccines and also on high levels of uptake by the public over time. Addressing questions of population-level acceptability, stability of acceptance, and sub-population variation in acceptability are imperative. Using a prospective design, a repeated measures two-wave online survey was conducted to assess key sociodemographic variables and intention to accept a COVID-19 vaccine. The first survey (Time 1) was completed by 3436 people during the period of national lockdown in Scotland and the second survey (n = 2016) was completed two months later (Time 2) when restrictions had been eased. In the first survey, 74% reported being willing to receive a COVID-19 vaccine. Logistic regression analyses showed that there were clear sociodemographic differences in intention to accept a vaccine for COVID-19 with intention being higher in participants of white ethnicity as compared with Black, Asian, and minority ethnic (BAME) groups, and in those with higher income levels and higher education levels. Intention was also higher in those who had "shielding" status due to underlying medical conditions. Our results suggest that future interventions, such as mass media and social marketing, need to be targeted at a range of sub-populations and diverse communities.

Intention to accept a COVID-19 vaccine is currently high in Scotland and our findings suggest that intention to receive the vaccine did not fall in the context of lower infection rates and fewer restrictions. However, the data also point to a sizeable minority of the public who are hesitant about receiving a future COVID-19 vaccine. Of note, intention was higher in participants of white ethnicity as compared with those from BAME groups, and in those with higher levels of income and education. Our findings and those from other studies suggest that future interventions need to be targeted at a range of sub-populations and diverse communities. To do so, we need to better understand the barriers to vaccination in these groups so that we can collectively be better prepared to deliver appropriate evidence-based culturally and community-appropriate messaging aimed at maximising COVID-19 vaccine uptake.

Davies N. G., Abbott S., Barnard R. C., Jarvis C. I., Kucharski A. J., Munday J. D., Pearson C.A.B, et al.

Surveillance for Azole-Resistant Aspergillus fumigatus in a Centralized Diagnostic Mycology Service, London, United Kingdom, 1998-2017.

Science. 2021 Apr 9; 372(6538): eabg3055. Published online 2021 Mar 3. doi: 10.1126/science.abg3055

ABSTRACT

A severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) variant, VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7), emerged in southeast England in September 2020 and is rapidly spreading toward fixation. Using a variety of statistical and dynamic modeling approaches, we estimate that this variant has a 43 to 90% (range of 95% credible intervals, 38 to 130%) higher reproduction number than preexisting variants. A fitted two-strain dynamic transmission model shows that VOC 202012/01 will lead to large resurgences of COVID-19 cases. Without stringent control measures, including limited closure of educational institutions and a greatly accelerated vaccine rollout, COVID-19 hospitalizations and deaths across England in the first 6 months of 2021 were projected to exceed those in 2020. VOC 202012/01 has spread globally and exhibits a similar transmission increase (59 to 74%) in Denmark, Switzerland, and the United States.

In December 2020, evidence began to emerge that a severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) variant, Variant of Concern 202012/01 (lineage B.1.1.7, henceforth VOC 202012/01), was rapidly outcompeting preexisting variants in southeast England (1). The variant increased in incidence during the second national lockdown in November 2020, which was

mandated in response to a previous and unrelated surge in COVID-19 cases, and continued to spread after the lockdown despite ongoing restrictions in many of the most affected areas. Concern over this variant led the UK government to enact stronger restrictions in these regions on 20 December 2020 and eventually to impose a third national lockdown on 5 January 2021. As of 29 March 2021, VOC 202012/01 comprises roughly 95% of new SARS-CoV-2 infections in England and has now been identified in at least 114 countries (2). Our current understanding of effective pharmaceutical and nonpharmaceutical control of SARS-CoV-2 does not reflect the epidemiological and clinical characteristics of VOC 202012/01. Estimates of the growth rate, disease severity, and impact of this novel variant are crucial for informing rapid policy responses to this potential threat.

Mass Testing With Contact Tracing Compared to Test and Trace for the Effective Suppression of COVID-19 in the United Kingdom: Systematic Review

JMIRx Med. 2021 Apr-Mbwogge M. JMIRx Med. 2021 Apr-Jun; 2(2): e27254. Published online 2021 Apr 12. doi: 10.2196/27254.

ABSTRACT

Background

Making testing available to everyone and tracing contacts might be the gold standard to control COVID-19. Many countries including the United Kingdom have relied on the symptom-based test and trace strategy in bringing the COVID-19 pandemic under control. The effectiveness of a test and trace strategy based on symptoms has been questionable and has failed to meet testing and tracing needs. This is further exacerbated by it not being delivered at the point of care, leading to rising cases and deaths. Increases in COVID-19 cases and deaths in the United Kingdom despite performing the highest number of tests in Europe suggest that symptom-based testing and contact tracing might not be effective as a control strategy. An alternative strategy is making testing available to all.

Objective

The primary objective of this review was to compare mass testing and contact tracing with the conventional test and trace method in the suppression of SARS-CoV-2 infections. The secondary objective was to determine the proportion of asymptomatic COVID-19 cases reported during mass testing interventions.

Methods

Literature in English was searched from September through December 2020 in Google Scholar, ScienceDirect, Mendeley, and PubMed. Search terms included “mass testing,” “test and trace,” “contact tracing,” “COVID-19,” “SARS-CoV-2,” “effectiveness,” “asymptomatic,” “symptomatic,” “community screening,” “UK,” and “2020.” Search results were synthesized without meta-analysis using the direction of effect as the standardized metric and vote counting as the synthesis metric. A statistical synthesis was performed using Stata 14.2. Tabular and graphical methods were used to present findings.

Results

The literature search yielded 286 articles from Google Scholar, 20 from ScienceDirect, 14 from Mendeley, 27 from PubMed, and 15 through manual search. A total of 35 articles were included in the review, with a sample size of nearly 1 million participants. We found a 76.9% (10/13, 95% CI 46.2%-95.0%; $P=.09$) majority vote in favor of the intervention under the primary objective. The overall proportion of asymptomatic cases among those who tested positive and in the tested sample populations under the secondary objective was 40.7% (1084/2661, 95% CI 38.9%-42.6%) and 0.0% (1084/9,942,878, 95% CI 0.0%-0.0%), respectively.

Conclusions

There was low-level but promising evidence that mass testing and contact tracing could be more effective in bringing the virus under control and even more effective if combined with social distancing and face coverings. The conventional test and trace method should be superseded by decentralized and regular mass rapid testing and contact tracing, championed by general practitioner surgeries and low-cost community services.

Sandmann F.G., Davies N.G., Vassall A., Edmunds W.J., Mark Jit and Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 working group.

The potential health and economic value of SARS-CoV-2 vaccination alongside physical distancing in the UK: a transmission model-based future scenario analysis and economic evaluation

Lancet Infect Dis. 2021 Jul; 21(7): 962–974. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00079-7.

ABSTRACT

Background

In response to the COVID-19 pandemic, the UK first adopted physical distancing measures in March, 2020. Vaccines against SARS-CoV-2 became available in December, 2020. We explored the health and economic value of introducing SARS-CoV-2 immunisation alongside physical distancing in the UK to gain insights about possible future scenarios in a post-vaccination era.

Methods

We used an age-structured dynamic transmission and economic model to explore different scenarios of UK mass immunisation programmes over 10 years. We compared vaccinating 75% of individuals aged 15 years or older (and annually revaccinating 50% of individuals aged 15–64 years and 75% of individuals aged 65 years or older) to no vaccination. We assumed either 50% vaccine efficacy against disease and 45-week protection (worst-case scenario) or 95% vaccine efficacy against infection

and 3-year protection (best-case scenario). Natural immunity was assumed to wane within 45 weeks. We also explored the additional impact of physical distancing on vaccination by assuming either an initial lockdown followed by voluntary physical distancing, or an initial lockdown followed by increased physical distancing mandated above a certain threshold of incident daily infections. We considered benefits in terms of quality-adjusted life-years (QALYs) and costs, both to the health-care payer and the national economy. We discounted future costs and QALYs at 3.5% annually and assumed a monetary value per QALY of £20 000 and a conservative long-run cost per vaccine dose of £15. We explored and varied these parameters in sensitivity analyses. We expressed the health and economic benefits of each scenario with the net monetary value: QALYs × (monetary value per QALY) – costs.

Findings

Our model findings highlight the substantial health and economic value of introducing SARS-CoV-2 vaccination. Smaller outbreaks could continue even with vaccines, but population-wide implementation of increased physical distancing might no longer be justifiable. Our study provides early insights about possible future post-vaccination scenarios from an economic and epidemiological perspective.

de Figueiredo A., Larson H.J., Reicher S.D. E

The potential health and economic value of SARS-CoV-2 vaccination alongside physical distancing in the UK: a transmission model-based future scenario analysis and economic evaluation

ClinicalMedicine. 2021 Sep 9 : 101109. doi: 10.1016/j.eclinm.2021.101109 [Epub ahead of print]

ABSTRACT

Background

The UK Government is considering the introduction of vaccine passports for domestic use and to facilitate international travel for UK residents. Although vaccine incentivisation has been cited as a motivating factor for vaccine passports, it is unclear whether vaccine passports are likely to increase inclination to accept a COVID-19 vaccine.

Methods

We conducted a large-scale national survey in the UK of 17,611 adults between 9 and 27 April 2021. Bayesian multilevel regression and poststratification is used to provide unbiased national-level estimates of the impact of the introduction of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccines and identify the differential impact of passports on uptake inclination across socio-demographic groups.

Findings

We find that a large minority of respondents report that vaccination passports for domestic use (46.5%) or international travel (42.0%) would make them no more or less inclined to accept a COVID-19 vaccine and a sizeable minority of respondents also state that they would 'definitely' accept a COVID-19 vaccine and that vaccine passports would make them more inclined to vaccinate (48.8% for domestic use and 42.9% for international travel). However, we find that the introduction of vaccine passports will likely lower inclination to accept a COVID-19 vaccine once baseline vaccination intent has been adjusted for. This decrease is larger if passports were required for domestic use rather than for facilitating international travel. Being male (OR 0.87, 0.76 to 0.99) and having degree qualifications (OR 0.84, 0.72 to 0.94) is associated with a decreased inclination to vaccinate if passports were required for domestic use (while accounting for baseline vaccination intent), while Christians (OR 1.23, 1.08 to 1.41) have an increased inclination over atheists or agnostics. Change in inclination is strongly connected to stated vaccination intent and will therefore unlikely shift attitudes among Black or Black British respondents, younger age groups, and non-English speakers.

Interpretation

Our findings should be interpreted in light of sub-national trends in uptake rates across the UK, as our results suggest that passports may be viewed less positively among socio-demographic groups that cluster in large urban areas. We call for further evidence on the impact of vaccine certification and the potential fallout for routine immunization programmes in both the UK and in wider global settings, especially those with low overall trust in vaccinations.

Goldman R.D. Yan T.D, Seiler M., Cotanda C.P., Brown J.C, Klein E.J., Hoeffe J., et al. and For the International COVID-19 Parental Attitude Study (COVIPAS) Group.

Caregiver willingness to vaccinate their children against COVID-19: Cross sectional survey

Vaccine. 2020 Nov 10; 38(48): 7668–7673. Published online 2020 Oct 10. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.084

ABSTRACT

Background

More than 100 COVID-19 vaccine candidates are in development since the SARS-CoV-2 genetic sequence was published in January 2020. The uptake of a COVID-19 vaccine among children will be instrumental in limiting the spread of the disease as herd immunity may require vaccine coverage of up to 80% of the population. Prior history of pandemic vaccine coverage was as low as 40% among children in the United States during the 2009 H1N1 influenza pandemic.

Methods

An international cross sectional survey of 1541 caregivers arriving with their children to 16 pediatric Emergency Departments (ED) across six countries from March 26 to May 31, 2020.

Results

65% (n = 1005) of caregivers reported that they intend to vaccinate their child against COVID-19, once a vaccine is available. A univariate and subsequent multivariate analysis found that increased intended uptake was associated with children that were older, children with no chronic illness, when fathers completed the survey, children up-to-date on their vaccination schedule, recent history of vaccination against influenza, and caregivers concerned their child had COVID-19 at the time of survey completion in the ED. The most common reason reported by caregivers intending to vaccinate was to protect their child (62%), and the most common reason reported by caregivers refusing vaccination was the vaccine's novelty (52%).

Conclusions

The majority of caregivers intend to vaccinate their children against COVID-19, though uptake will likely be associated with specific factors such as child and caregiver demographics and vaccination history. Public health strategies need to address barriers to uptake by providing evidence about an upcoming COVID-19 vaccine's safety and efficacy, highlighting the risks and consequences of infection in children, and educating caregivers on the role of vaccination.

Green M.S., Abdullah R., Vered S., Nitzan D.

A study of ethnic, gender and educational differences in attitudes toward COVID-19 vaccines in Israel – implications for vaccination implementation policies.

Isr J Health Policy Res. 2021; 10: 26. Published online 2021 Mar 19. doi: 10.1186/s13584-021-00458-w

ABSTRACT

Background

Vaccines for COVID-19 are currently available for the public in Israel. The compliance with vaccination has differed between sectors in Israel and the uptake has been substantially lower in the Arab compared with the Jewish population.

Aim

To assess ethnic and socio-demographic factors in Israel associated with attitudes towards COVID-19 vaccines prior to their introduction.

Methods

A national cross-sectional survey was carried out in Israel during October 2020 using an internet panel of around 100,000 people, supplemented by snowball sampling. A sample of 957 adults aged 30 and over were recruited of whom 606 were Jews (49% males) and 351 were Arabs (38% males).

Results

The sample of Arabs was younger than for the Jewish respondents. Among the men, 27.3% of the Jewish and 23.1% of the Arab respondents wanted to be vaccinated immediately, compared with only 13.6% of Jewish women and 12.0% of Arab women. An affirmative answer to the question as to whether they would refuse the vaccine at any stage was given by 7.7% of Jewish men and 29.9% of Arab men, and 17.2% of Jewish women and 41.0% of Arab women. Higher education was associated with less vaccine hesitancy. In multiple logistic regression analysis, the ethnic and gender differences persisted after controlling for age and education. Other factors associated with vaccine hesitancy were the belief that the government restrictions were too lenient and the frequency of socializing prior to the pandemic.

Conclusions

The study revealed a relatively high percentage reported would be reluctant to get vaccinated, prior to the introduction of the vaccine. This was more marked so for Arabs than Jews, and more so for women within the ethnic groups. While this was not a true random sample, the findings are consistent with the large ethnic differences in compliance with the vaccine, currently encountered and reinforce the policy implications for developing effective communication to increase vaccine adherence. Government policies directed at controlling the pandemic should include sector-specific information campaigns, which are tailored to ensure community engagement, using targeted messages to the suspected vaccine hesitant groups. Government ministries, health service providers and local authorities should join hands with civil society organizations to promote vaccine promotion campaigns

Haas E.J., McLaughlin J.M., Khan F., Angulo F.J., Anis E., Lipsitch M., Singer S.R., et al.

Infections, hospitalisations, and deaths averted via a nationwide vaccination campaign using the Pfizer–BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in Israel: a retrospective surveillance study.

Lancet Infect Dis. 2021 Sep 22 doi: 10.1016/S1473-3099(21)00566-1 [Epub ahead of print]

ABSTRACT

Background

On Dec 20, 2020, Israel initiated a nationwide COVID-19 vaccination campaign for people aged 16 years and older and exclusively used the Pfizer–BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine (tozinameran). We provide estimates of the number of SARS-CoV-2 infections and COVID-19-related admissions to hospital (ie, hospitalisations) and deaths averted by the nationwide vaccination campaign.

Methods

In this retrospective surveillance study, we used national surveillance data routinely collected by the Israeli Ministry of Health from the first 112 days (Dec 20, 2020, up to our data cutoff of April 10, 2021) of Israel's vaccination campaign to estimate the averted burden of four outcomes: SARS-CoV-2 infections and COVID-19-related hospitalisations, severe or critical hospitalisations, and deaths. As part of the campaign, all individuals aged 16 years and older were eligible for inoculation with the BNT162b2 vaccine in a two-dose schedule 21 days apart. We estimated the direct effects of the immunisation programme for all susceptible individuals (ie, with no previous evidence of laboratory-confirmed SARS-CoV-2 infection) who were at least partly vaccinated (at least one dose and at least 14 days of follow-up after the first dose). We estimated the number of SARS-CoV-2 infection-related outcomes averted on the basis of cumulative daily, age-specific rate differences, comparing rates among unvaccinated individuals with those of at least partly vaccinated individuals for each of the four outcomes and the (age-specific) size of the susceptible population and proportion that was at least partly vaccinated.

Findings

We estimated that Israel's vaccination campaign averted 158 665 (95% CI 144 640–172 690) SARS-CoV-2 infections, 24 597 (18 942–30 252) hospitalisations, 17 432 (12 770–22 094) severe or critical hospitalisations, and 5532 (3085–7982) deaths. 16 213 (65.9%) of 24 597 hospitalisations and 5035 (91.0%) of 5532 of deaths averted were estimated to be among those aged 65 years and older. We estimated 116 000 (73.1%) SARS-CoV-2 infections, 19 467 (79.1%) COVID-19-related hospitalisations, and 4351 (79%) deaths averted were accounted for by the fully vaccinated population.

Interpretation

Without the national vaccination campaign, Israel probably would have had triple the number of hospitalisations and deaths compared with what actually occurred during its largest wave of the pandemic to date, and the health-care system might have become overwhelmed. Indirect effects and long-term benefits of the programme, which could be substantial, were not included in these estimates and warrant future research.

Rosen B, Waitzberg R., Israeli A., Hartal M.,¹ Davidovitch N.

Addressing vaccine hesitancy and access barriers to achieve persistent progress in Israel's COVID-19 vaccination program.

Isr J Health Policy Res. 2021; 10: 43. Published online 2021 Aug 2. doi: 10.1186/s13584-021-00481-x

ABSTRACT

As of March 31, 2021, Israel had administered 116 doses of vaccine for COVID-19 per 100 population (of any age) – far more than any other OECD country. It was also ahead of other OECD countries in terms of the share of the population that had received at least one vaccination (61%) and the share that had been fully vaccinated (55%). Among Israelis aged 16 and over, the comparable figures were 81 and 74%, respectively. In light of this, the objectives of this article are:

1. To describe and analyze the vaccination uptake through the end of March 2021
2. To identify behavioral and other barriers that likely affected desire or ability to be vaccinated
3. To describe the efforts undertaken to overcome those barriers

Israel's vaccination campaign was launched on December 20, and within 2.5 weeks, 20% of Israelis had received their first dose. Afterwards, the pace slowed. It took an additional 4 weeks to increase from 20 to 40% and yet another 6 weeks to increase from 40 to 60%. Initially, uptake was low among young adults, and two religious/cultural minority groups - ultra-Orthodox Jews and Israeli Arabs, but their uptake increased markedly over time.

In the first quarter of 2021, Israel had to enhance access to the vaccine, address a moderate amount of vaccine hesitancy in its general population, and also address more intense pockets of vaccine hesitancy among young adults and religious/cultural minority groups. A continued high rate of infection during the months of February and March, despite broad vaccination coverage at the time, created confusion about vaccine effectiveness, which in turn contributed to vaccine hesitancy. Among Israeli Arabs, some residents of smaller villages encountered difficulties in reaching vaccination sites, and that also slowed the rate of vaccination.

The challenges were addressed via a mix of messaging, incentives, extensions to the initial vaccine delivery system, and other measures. Many of the measures addressed the general population, while others were targeted at subgroups with below-average vaccination rates. Once the early adopters had been vaccinated, it took hard, creative work to increase population coverage from 40 to 60% and beyond.

Significantly, some of the capacities and strategies that helped Israel address vaccine hesitancy and geographic access barriers are different from those that enabled it to procure, distribute and administer the vaccines. Some of these strategies are likely to be relevant to other countries as they progress from the challenges of securing an adequate vaccine supply and streamlining distribution to the challenge of encouraging vaccine uptake.

Giubilini A., Savulescu J., Wilkinson D.

Queue questions: Ethics of COVID-19 vaccine prioritization

Bioethics. 2021 Feb 8 : 10.1111/bioe.12858. doi: 10.1111/bioe.12858 [Epub ahead of print]

ABSTRACT

The rapid development of vaccines against COVID-19 represents a huge achievement, and offers hope of ending the global pandemic. At least three COVID-19 vaccines have been approved or are about to be approved for distribution in many countries. However, with very limited initial availability, only a minority of the population will be able to receive vaccines this winter. Urgent decisions will have to be made about who should receive priority for access. Current policy in the UK appears to take the view that those who are most vulnerable to COVID-19 should get the vaccine first. While this is intuitively attractive, we argue that there are other possible values and criteria that need to be considered. These include both intrinsic and instrumental values. The former are numbers of lives saved, years of life saved, quality of the lives saved, quality-adjusted life-years (QALYs), and possibly others including age. Instrumental values include protecting healthcare systems and other broader societal interests, which might require prioritizing key worker status and having dependants. The challenge from an ethical point of view is to strike the right balance among these values. It also depends on effectiveness of different vaccines on different population groups and on modelling around cost-effectiveness of different strategies. It is a mistake to simply assume that prioritizing the most vulnerable is the best strategy. Although that could end up being the best approach, whether it is or not requires careful ethical and empirical analysis.

Alanezi F., Aljahdali A., Alyousef S.M., Alrashed H., Mushcab H., AlThani B., Alghamedy F., et al.

A Comparative Study on the Strategies Adopted by the United Kingdom, India, China, Italy, and Saudi Arabia to Contain the Spread of the COVID-19 Pandemic.

J Healthc Leadersh. 2020; 12: 117–131. Published online 2020 Oct 30. doi: 10.2147/JHL.S266491

ABSTRACT

Purpose

The objective of this study was to compare the strategies adopted by the United Kingdom, Italy, China, India, and Saudi Arabia to contain the spread of the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods

A review of the literature was carried out to collect data on the strategies used by China, Italy, India, the United Kingdom, and Saudi Arabia to contain the spread of the COVID-19 virus. The global analysis of 65 published literature references allowed observing the effectiveness and efficiency of the strategies used by these countries to control the spread of the COVID-19 virus.

Results

Both mitigation and suppression strategies were adopted by the United Kingdom, India, Italy, China, and Saudi Arabia to control the spread of the COVID-19 pandemic. It was observed that China has achieved a greater success in flattening the curve compared to the other countries. In China, few new daily cases have occurred since March, and it has been the only country that has managed to keep the COVID-19 pandemic under control. On the other hand, reductions in the number of daily cases (since May 2020) were detected in the United Kingdom, Italy, and Saudi Arabia (since July 2020). Also, during the last 3 months (June, July and August) India has shown the highest growth in the total number of confirmed cases and in the number of new daily cases, compared to the mentioned countries.

Conclusion

The review of the strategies adopted by China, India, the United Kingdom, Italy and Saudi Arabia to combat the COVID-19 pandemic can guide countries in the design and development of mitigation and suppression approaches to control the spread of the COVID-19 virus. Containment strategies such as lockdowns cannot continue in the long term. Therefore, countries must adopt mitigation and prevention strategies to protect people from infection and learn to live with the virus.

Iftekhar E.N., Priesemann V., Balling R., Bauer S., Beutels P., Valdez A.C., Cuschieri S., et al.

A look into the future of the COVID-19 pandemic in Europe: an expert consultation

Lancet Reg Health Eur. 2021 Sep; 8: 100185. Published online 2021 Jul 30. doi: 10.1016/j.lanepe.2021.100185

ABSTRACT

How will the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic develop in the coming months and years? Based on an expert survey, we examine key aspects that are likely to influence the COVID-19 pandemic in Europe. The challenges and developments will strongly depend on the progress of national and global vaccination programs, the emergence and spread of variants of concern (VOCs), and public responses to non-pharmaceutical interventions (NPIs). In the short term, many people remain unvaccinated, VOCs continue to emerge and spread, and mobility and population mixing are expected to increase. Therefore, lifting restrictions too much and too early risk another damaging wave. This challenge remains despite the reduced opportunities for transmission given vaccination progress and reduced indoor mixing in summer 2021. In autumn 2021, increased indoor activity might accelerate the spread again, whilst a necessary reintroduction of NPIs might be too slow. The incidence may strongly rise again, possibly filling intensive care units, if vaccination levels are not high enough. A moderate, adaptive level of NPIs will thus remain necessary. These epidemiological aspects combined with economic, social, and health-related consequences provide a more holistic perspective on the future of the COVID-19 pandemic.

**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

Infos - Nieuws



Lancering van het nieuwe platform voor gegevensverzameling over de naleving van de handhygiënevoorschriften - HD4DP 2.0 beta 1

Epidemiologie en volksgezondheid • Zorginfecties en antibioticaresistentie

Betreft: Lancering van het nieuwe platform voor gegevensverzameling over de naleving van de handhygiënevoorschriften - HD4DP 2.0 beta 1

Geachte heer, geachte mevrouw,
Beste collega's,

We zijn verheugd om vandaag, samen met het team van Healthdata, ons nieuwe gegevensverzamelingsplatform voor handhygiëneaudits HD4DP 2.0 beta 1 te lanceren.

HD4DP 2.0 wordt 'beta 1' genoemd omdat het platform mettertijd zal evolueren om zo goed mogelijk aan uw behoeften te voldoen. Daarom ontvangen wij graag per e-mail al uw opmerkingen zodat we dit platform nog kunnen verbeteren.

Hier vindt u hoe u HD4DP 2.0 beta 1 kan gebruiken. Bij technische problemen kan u contact opnemen met de Healthdata Support Service via e-mail naar support.healthdata@sciensano.be of telefonisch op +32 2 793 01 42. Voor alle andere vragen kan u mailen naar nathalie.shodu@sciensano.be of bellen naar +32 2 642 57 45.

Deze lancering zou niet mogelijk geweest zijn zonder u. Wij danken u voor al het werk dat u presteert en zijn heel erg blij met uw waardevolle medewerking.

Met vriendelijke groeten,

In naam van het Handhygiëneteam van de dienst NSIH van Sciensano

Nathalie Shodu
Tel. : +32 2 642 57 45
E-mail : nathalie.shodu@sciensano.be

WEBSITES

■ Websites om nooit te vergeten

- ABIHH - AUVB Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
[https:// www. abihh.be](https://www.abihh.be)
- Agentschap Zorg en Gezondheid, Corona richtlijnen voor zorgprofessionals :
<https://www.zorg-en-gezondheid.be/corona-richtlijnen-voor-zorgprofessionals#ouderenzorg>
- Adviezen en aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad:
<https://www.health.belgium.be/nl/hoge-gezondheidsraad>
- BAPCOC :
<https://www.health.fgov.be/antibiotics>
- Belgian Infection Control Society (BICS) :
<https://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- CDC/HICPAC :
<https://www.cdc.gov/hicpac/index.html>
- Healthcare Infection Society (HIS) :
<https://www.his.org.uk/>
- Infect Control and Hospital Epidemiology (ICHE) :
<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology>
- Journal of Hospital Infection (JHI) :
<https://www.journalofhospitalinfection.com>
- Noso Suisse :
<https://www.swissnoso.ch/fr/>
- Noso-info België :
<http://www.nosoinfo.be/nosoinfos/?lang=nl>
- Sciensano procedures Covid-19 :
<https://covid-19.sciensano.be/nl/procedures/home>
- Sciensano :
<https://www.sciensano.be>
- The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) :
[https:// https://shea-online.org](https://shea-online.org)
- WIN, Werkgroep Infectiebeheersing NVKVV
<https://www.nvkvv.be>
- World Health Organization (WHO of WGO) :
<https://www.who.int/gpsc/en>

WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

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

• 16-18 MAART 2022

7th World Congress on Vascular Acces (WOCOVA)

Locatie: Athene, Griekenland

Inlichtingen: <https://www.wocova.com/>

• 12-14 APRIL 2022

The Society for Healthcare Epidemiology of America - IDWeek

Locatie: Colorado Springs, USA

Inlichtingen: info@shea-online.org / <https://shea-online.org>

• 23-26 APRIL 2022

ECCMID

32nd European Congress of Clinical Microbiology & Infectious Diseases

Locatie: Lissabon, Portugal

Inlichtingen: www.eccmid.org

• 1-3 JUNI 2022

32ste Congres van SF2H (Société Française Risques infectieux et soins)

Locatie: Lyon, Frankrijk

Inlichtingen: <https://www.sf2h.net/congres-sf2h-lyon-2022>

• 03 OCTOBER 2022

Studiedag verpleegkundigen Infectiebeheersing NVKVV

Locatie: Kursaal Oostende

Inlichtingen: administratie@nvkvv.be

• 27-28 OCTOBER 2022

Réunion des Infirmiers francophones.

De l'hospitalier à l'extra-hospitalier. La pandémie sous toutes ses coutures

Locatie: Alvisse Parc Hotel Dommeldange, Grand-Duché de Luxembourg

Inlichtingen: Yves.VELGHE@chu-brugmann.be

• 17-20 NOVEMBER 2022

International Society for Infectious Diseases (ISID)

19th International Congress on Infectious Diseases

Locatie: Kuala Lumpur, Malaisie

Inlichtingen: info@isid.org

I Redactie

Redactie

G. Demaiter, T. De Beer, Y. Glupczynski, N. Shodu,
A. Simon, A. Spettante, F. Van Laer, Y. Velghe,
N. Verbraeken.

Ereleden : M. Zumofen, J. J. Haxhe

Redactiecoördinator

A. Simon

Redactiesecretariaat

A. Simon

Email : anne.simon@jolimont.be

Nosoinfo publiceert artikels, overzichten en correspondenties met betrekking tot infectiepreventie en -beheersing. Deze worden geselecteerd door de redactie en gepubliceerd in het Frans en het Nederlands (vertaling door het tijdschrift). De inhoud van de publicaties blijft uitsluitend onder de verantwoordelijkheid van hun auteurs.

I Onze partners

Voor inlichtingen over Sciensano

Juliette Wytsmanstraat 14
1050 Brussel

www.sciensano.be/nl

info@sciensano.be



Dienst Zorginfecties & Antibioticumresistentie

www.nsih.be

nsih-info@sciensano.be

NVKVV - Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Voedvrouwen

Werkgroep ziekenhuishygiëne NVKVV (WIN)

Mevr. V. Blomme,

Mevr. L. Cattoor, voorzitters

Tel: 02/737.97.83

Email: administratie@nvkvv.be



ABIHH

Voor inlichtingen over ABIHH

Franstalige verpleegkundigen groep

Mr Yves Velghe

Tel: 02/477.25.43

Email: info@abhh.be

www.ABIHH.be



BICS – Belgian Infection Control Society

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

Elise Brisart

Universitair Ziekenhuis Erasmus,

Lennikslaan, 808,

1070 Bruxelles.

Tel: 02/555.67.46

Fax: 02/555.85.44

Email : elise.brisart@ulb.ac.be



LIDGELD BICS :

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen 25 €

Artsen 60 €

Artsen in opleiding 25 €

> via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

noso info

is ook beschikbaar op internet :
www.nosoinfo.be