

Inhoud

- 2 |** Schoonmaakopleiding in virtual reality (VR)
- 4 |** Prevalentie en risicofactoren voor MRSA-dragerschap bij de opname in een geriatrie afdeling
- 9 |** Nieuws van Sciensano
- 14 |** Voor u gelezen
- 18 |** Infos-Nieuws
- 20 |** Websites
- 21 |** Wetenschappelijk agenda
- 23 |** XVIIIe Internationale Franstalige Bijeenkomst van de Verpleegkundigen gespecialiseerd in Hygiëne en Infectiepreventie
- 28 |** Redactie
Onze partners

Editoriaal



Een op zijn minst innovatieve aanpak!

Opleiding in virtual reality voor het schoonmaken van de operatiezalen: een innovatieve, ludieke aanpak die de jonge medewerkers ongetwijfeld beter op het lijf is geschreven!

Een belangrijke taak van de IPC-teams is het opleiden van het verzorgende en niet-verzorgende personeel in onze zorginstellingen. Sinds enige tijd hebben nieuwe technieken hun intrede gedaan en ook de Covid-pandemie heeft de afgelopen drie jaar wellicht een rol gespeeld hierin. Deze sector ondergaat grote veranderingen: Serious Game, e-learning, webinars, enz. Louder theoretische lessen zijn niet meer van deze tijd.

Bij deze nieuwe leermiddelen hoort ook virtual reality (VR), dat heel wat voordelen biedt. Het belooft een hoge mate van interactiviteit en een onderdompeling die de werkelijkheid zo dicht mogelijk benadert.

Tal van bedrijven bieden deze aanpak aan, die zeer aantrekkelijk is, ook voor de werkgevers. Een van de aanbieders, een Frans bedrijf genaamd 'd'un seul geste', beschrijft op zijn website zeer treffend de 5 voordelen van deze technologie, die bijzonder geschikt lijkt voor de opleidingen die we in onze sector herhaaldelijk inrichten (bijvoorbeeld over handhygiëne), met elk jaar een groot aantal nieuwe medewerkers. Ik citeer ze hier uitvoerig.

1e troef: De zeer realistische onderdompeling in situaties uit het echte leven die moeilijk na te bootsen zijn. Virtual reality maakt het mogelijk om werkomgevingen, objecten, machines en zelfs interacties tussen individuen na te bootsen. Het creëert een gesimuleerde omgeving die op de realiteit lijkt.

Wie de opleiding volgt, ervaart een 360°-wereld volledig in 3D. Als acteurs in het scenario moeten de deelnemers reageren op de gebeurtenissen en interacties waarmee ze worden geconfronteerd. Ze moeten keuzes maken en beslissingen nemen, soms snel, wat een actieve praktijk stimuleert.

2e troef: Betere memorisering van de vaardigheden. Neurowetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van virtual reality tijdens de opleiding helpt om informatie beter te onthouden en vast te houden.

De hersenen leren beter wanneer de informatie wordt gepresenteerd in een realistische context en wanneer de ervaringen stimulerend en boeiend zijn. Ondergedompeld in een omgeving die op de werkelijkheid lijkt, kunnen de deelnemers zich concentreren op hun taak. Met virtual reality kunnen we sterkere en duurzamere herinneringen creëren dan met de traditionele theoretische lessen.

Alle zintuigen worden aangesproken en de aandacht van de deelnemers is uitzonderlijk hoog. De concentratie is optimaal omdat de ervaring niet wordt onderbroken door telefoon, e-mails, collega's, enz. Er is geen ruimte voor afleiding (wie ooit een VR-headset heeft gedragen, weet precies wat we bedoelen).

3e troef: Herhaling, het recht om fouten te maken en het perspectief van de anderen. Virtual reality kan ook worden gebruikt om ervoor te zorgen dat een gebaar of vaardigheid voldoende wordt herhaald. Door de taak zo vaak als nodig te herhalen, zal de deelnemer geleidelijk vertrouwen krijgen in zijn vermogen om de taak uit te voeren en zijn knowhow (door oefening en herhaling) en interpersoonlijke vaardigheden (door succes) ontwikkelen.

Het gebruik van VR kan ook helpen om de stress en angst waarmee bepaalde vormen van leren gepaard gaan, te verminderen. Fouten die worden gemaakt in VR, hebben geen directe, echte gevolgen. Zo kunnen de deelnemers vooruitgang boeken zonder beoordeeld te worden door hun collega's of een groep. De geïndividualiseerde virtuele ruimte creëert een positieve, neutrale leeromgeving, waarin iedereen op zijn eigen tempo vooruitgang kan boeken.

4e troef: De kracht van het spel (gamification). Zowel voor kinderen als voor volwassenen is spelenderwijs leren een effectieve manier om de hersenen te stimuleren. Voortgangscursus in de vorm van challenges, de mogelijkheid om in teams te spelen, het activeren van checkpoints, het verdienen van badges en quiz-sessies: het zijn allemaal manieren om de medewerkers zin te geven om zichzelf te overtreffen en de opleiding tot het einde toe vol te houden.

5e troef: Het meten van de vaardigheden. Een verkeerde handeling stellen, verkeerde acties uitvoeren of verkeerde antwoorden geven: dit zijn allemaal gedragingen die kunnen helpen om informatie te onthouden, zolang ze meteen gecorrigeerd kunnen worden.

Met behulp van de gegevens die meteen worden doorgegeven via de headset of een geconnecteerd object, kunnen de VR-modules in realtime gerichte feedback geven. De deelnemer kan zijn acties meteen meten en aanpassen totdat ze juist zijn. Zo kan hij zichzelf corrigeren op basis van echte gegevens en niet enkel op basis van eigen indrukken of die van de opleider.

Daarnaast is het toekennen van een score of het aangeven van een marge voor vooruitgang een uitstekend startpunt voor de debriefing. Voor de opleiders en de opleidingsverantwoordelijken is individuele opvolging een niet te verwaarlozen voordeel.

Tot slot moeten we, ondanks al deze voordelen, onthouden dat VR slechts een hulpmiddel is en dat de kwaliteit van een opleiding in eerste instantie afhangt van de inhoud, de immersieve kwaliteit en de ervaring van de deelnemer. Aan de andere kant heeft VR zijn sporen verdiend en heeft het nog niet al zijn kwaliteiten voor de beroepsopleiding bewezen.

Wij hopen dat u een geweldige zomer hebt beleefd en klaar bent voor de nieuwe uitdagingen van het najaar.

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@helora.be



Schoonmaakopleiding in virtual reality (VR)

Brian Desplinter¹, Guido Demaiter², Marie-Anne Soete³

¹projectlead innovatie, ²verpleegkundige ziekenhuishygiënist, ³inscholingscoach schoonmaak AZ Groeninge Kortrijk



Schoonmaakmedewerkers voor het operatiekwartier zijn niet altijd makkelijk te vinden. Om de drempel te verlagen en een efficiënte opleiding te voorzien, rekent AZ Groeninge op een VR-toepassing.

In het operatiekwartier staat hygiëne voorop. Na elke ingreep komt een team langs voor een tussentijdse schoonmaakbeurt. En ook op het einde van werkdag is er stevast een grondige reiniging voorzien. Het poetsen van een operatiezaal verloopt via een strikt protocol bepaald door het comité voor ziekenhuishygiëne en is grotendeels gebaseerd op AORN richtlijnen van 2021 (1-2). Om de schoonmaak in een operatiezaal correct te kunnen uitvoeren, is een praktische opleiding onontbeerlijk.

Alleen is het niet altijd makkelijk om die opleiding ook effectief georganiseerd te krijgen. De operatiezalen van het ziekenhuis zijn immers de hele dag door in gebruik. Het zorgde ervoor dat de opleiding in het operatiekwartier enkel 's morgens heel

vroeg of 's avonds laat kon gebeuren wat niet zo handig was voor de kandidaten. Ook al wilde het ziekenhuis graag meer opleiding organiseren, in de praktijk kon dat niet altijd.

Aan de slag met VR

Tijdens een brainstormsessie met Proximus NXT kwam de uitdaging ter sprake. Het gesprek leidde ertoe dat we voor die specifieke opleiding een concept uitwerkten om met VR aan de slag te gaan. VR blijkt een heel geschikte technologie om kandidaat-schoonmakers vertrouwd te maken met de specifieke context van een operatiekwartier en hen stap voor stap het schoonmaakprotocol aan te leren.

Via de VR-bril krijgt de kandidaat-schoonmaker opleiding in een digital twin van het operatiekwartier.

Concreet bestaat de opleiding uit drie stappen. In het eerste luik leren de kandidaten omgaan met VR. Het tweede luik omvat de eigenlijke opleiding. Via de VR-bril bevindt de kandidaat zich in een digital twin van het operatiekwartier, met naast zich de schoonmaakkar met alle poetsmateriaal. Een stem legt stap voor stap uit welke acties de schoonmaker moet ondernemen. Na twee tot drie weken volgt de derde fase van de opleiding. De kandidaat-schoonmaker doorloopt dan opnieuw het hele schoonmaaktraject, dit keer zonder instructies.

Innovatie via co-creatie

De opleiding is het resultaat van een co-creatietraject van AZ Groeninge, Proximus NXT en OneBonsai, een Belgische ontwikkelaar van VR-toepassingen. De technische opzet is vrij eenvoudig. De kandidaat krijgt een Meta Quest VR-headset opgezet en heeft een virtuele horloge waarmee hij of zij de instructeur kan oproepen. Die instructeur volgt de opleiding mee op een tablet.

Realistisch beeld van de job

Momenteel heeft AZ Groeninge twee VR-brillen voorzien in het kader van de opleiding. De voordelen liggen voor de hand. We kunnen nu op elk moment kandidaten opleiden, los van de beschikbaarheid van een fysieke operatiezaal en zonder impact op de werking van het ziekenhuis.

Door de opleiding via VR aan te bieden, verlaagt AZ Groeninge ook de drempel voor een job in het operatiekwartier. We merken dat daar soms wat vooroordelen over bestaan. De VR-opleiding geeft een realistisch beeld van de taak, wat uiteindelijk tot meer aanwervingen leidt.

De VR-toepassing laat de kandidaten bovendien toe om heel gericht te oefenen op de specifieke onderdelen van het schoonmaakprotocol, met uitstekende opleidingsresultaten als resultaat. De opleiding is trouwens zowel geschikt voor nieuwkomers als ervaren medewerkers. Voor nieuwkomers is het een gedegen basis, terwijl het voor bestaande werknemers dient als periodieke herhaling. Zo worden de aangeleerde stappen een automatisme voor iedereen.

Verder blijkt de opleiding ook een pluspunt in het kader van de employer branding van het ziekenhuis. Dat is mooi meegenomen, gezien de arbeidskrapte waar de zorgsector mee te kampen heeft. Volop inzetten op opleiding en innovatie kan zelfs in een domein waar je het niet zou verwachten, zoals schoonmaak.

Bibliografie

1. Link (T.), Guidelines in Practice: Environmental Cleaning, AORN J 2021 May;113(5):487-499. doi: 10.1002/aorn.13376
2. Guideline for environmental cleaning. In: Guidelines for Perioperative Practice, AORN, 2021:145-176.



I Prevalentie en risicofactoren voor MRSA-dragerschap bij de opname in een geriatrische afdeling

Isaline Miesse¹, Arnaud Bruyneel²

¹ Verpleegkundige infectiepreventie en -beheersing, Hospital Outbreak Support Team, Helora-netwerk, België

² Docent in volksgezondheidswetenschappen, Onderzoekscentrum in gezondheidseconomie, management van de instellingen voor gezondheidszorg en wetenschappen in verpleegkunde, Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, België

Naar een artikel gepubliceerd in The Journal of Hospital Infection: « Prevalence and factors associated with methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) colonisation on admission to geriatric care units: impact on screening practices »

A. Bruyneel, I. Miesse, D. Mathieu, C. Djuidjé Yuemo, A. Simon



Inleiding

Hoewel de prevalentie volgens Sciensano (Latour, Goossens, Hallin, & Huang, 2020), de laatste jaren afneemt, blijft methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) verantwoordelijk voor tal van infecties met een hoge morbiditeit en mortaliteit (Dantes et al., 2013; Li et al., 2021). Deze infecties kunnen leiden tot een langere verblijfsduur, meer heropnames en meer nood aan specifieke behandelingen, die allemaal de kosten voor de sociale zekerheid en de ziekenhuizen verhogen (Andreassen et al., 2017; European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2009; Nelson et al., 2022). In onze regio zijn veel mensen asymptomatische dragers van MRSA. Naar schatting zal 9 tot 33% van hen ooit een MRSA-infectie melden (Popovich et al., 2023).

In de geriatrische populatie komen MRSA-besmettingen en MRSA-bacteriëmieën vaker voor dan in de algemene bevolking. De sterftcijfers na een MRSA-bacteriëmie zijn ook hoger bij oudere patiënten (Cuervo et al., 2016). Deze

populatie, met zijn specifieke kenmerken, vereist dus speciale aandacht als het gaat om MRSA. Momenteel bestaat er echter geen consensus over MRSA-screening bij de geriatrische populatie.

Een studie die recentelijk in Duitsland werd uitgevoerd, werd gepubliceerd in Nature (Raschpichler et al., 2020). Op basis van een systematische MRSA-screening bij patiënten die in de spoedgevallenafdeling werden opgenomen, konden 3 criteria aan het licht worden gebracht: de patiënt is al eerder drager van MRSA geweest, de patiënt heeft chronische zorg nodig en de patiënt wordt behandeld voor kanker. De screening van de patiënten op MRSA volgens deze criteria vermindert het aantal gescreende patiënten tot 25% van de opnames, met behoud van een goede sensitiviteit en specificiteit. Aangezien de studie werd uitgevoerd bij patiënten die werden opgenomen in de spoedgevallenafdeling, zijn de resultaten echter niet als dusdanig toepasbaar op geriatrische afdelingen.

Bijgevolg heeft deze studie als doel het bepalen van de prevalentie van MRSA bij de opname in de geriatrische

ziekenhuisafdelingen en het identificeren van de risicofactoren voor MRSA-dragerschap in deze context. Op basis van deze resultaten zal een screeningsmodel – op basis van de criteria die zijn afgeleid uit de risicofactoren - worden getest.

Methode

Het gaat om een case-controle studie (1: 1), uitgevoerd in de geriatrie afdelingen van zes ziekenhuissites van het netwerk Helora. Deze sites werden geselecteerd omdat de patiënten er systematisch worden gescreend op MRSA bij opname op de geriatrie afdeling via een gepoold uitstrijkje (neus-keel-perineum) en uitstrijkjes ter hoogte van wonden en lichaamsvreemd materiaal indien van toepassing. Bovendien worden de stalen die voor de MRSA-screening worden afgenomen, in alle geïncubeerde ziekenhuissites op dezelfde manier geanalyseerd. De retrospectieve studie werd uitgevoerd op basis van de dossiers van de patiënten die tussen 1 januari 2021 en 31 december 2022 in deze eenheden werden opgenomen.

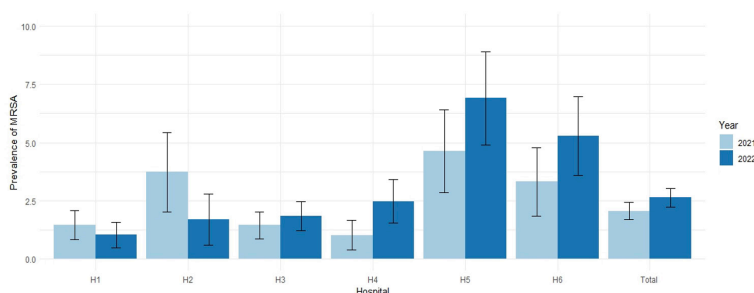
Een case wordt gedefinieerd als een patiënt die is opgenomen in één van de geïncubeerde geriatrie afdelingen, en bij wie binnen 48 uur na opname een MRSA-screening is uitgevoerd die positief werd bevonden. Een controle wordt gedefinieerd als een patiënt die in hetzelfde jaar als de case waarmee wordt vergeleken is opgenomen in één van de geïncubeerde geriatrie afdelingen, en die binnen 48 uur na opname werd gescreend op MRSA en bij wie de screening negatief werd bevonden.

De gegevens van de opgenomen patiënten werden verzameld op basis van hun elektronisch patiëntendossier. Het gaat om de plaats van MRSA-dragerschap voor de cases en, voor zowel de cases als de controlepatiënten, om de risicofactoren voor MRSA-dragerschap beschreven in de wetenschappelijke literatuur (Jans et al., 2013; Latour et al., 2019; Raschpichler et al., 2020; Roth et al., 2016). Deze gegevens werden eerst geanalyseerd met univariate methoden en daarna met een multivariate analyse methode, steeds met een foutenmarge van 5%.

Resultaten

Figuur 1 toont voor elke ziekenhuissite de jaarlijkse prevalentie van MRSA bij opname per 100 patiënten die werden opgenomen in een geriatrie ziekenhuisafdeling, met een betrouwbaarheidsinterval van 95%.

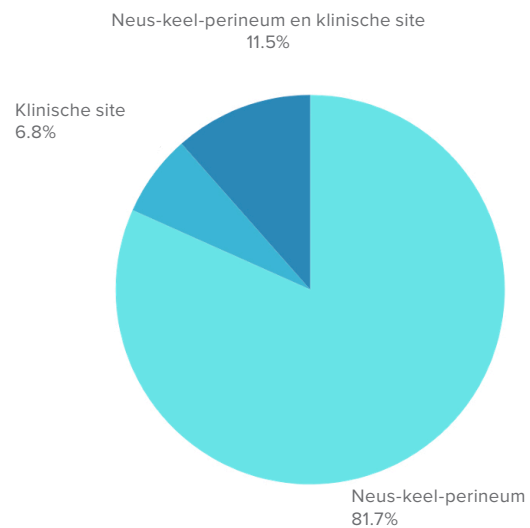
Figuur 1: Prevalentie van MRSA bij opname (uitgedrukt per 100 patiënten) in de verschillende ziekenhuissites (periode 2021-2022)



Hieruit blijkt dat de prevalentie van MRSA sterk varieert, zowel tussen de ziekenhuissites als van jaar tot jaar. De prevalenties zijn echter vergelijkbaar voor de ziekenhuissites van eenzelfde zorggebied (H1 en H3).

De plaatsen van MRSA-dragerschap bij de cases (neus-keel-perineum of klinische site) worden weergegeven in figuur 2.

Figuur 2: Verdeling van de cases volgens plaatsen van MRSA-dragerschap



In de meeste gevallen bevindt het MRSA-dragerschap zich in de neus, keel en/of perineum. In zeldzamere gevallen wordt gelijktijdig dragerschap gevonden ter hoogte van een klinische site (wonde, urine, lichaamsvreemd voorwerp) en in de neus, keel en/of perineum. Ten slotte zijn de klinische sites die gekoloniseerd of geïnfecteerd zijn met MRSA in combinatie met een negatieve screening ter hoogte van neus, keel en perineum zeer zeldzaam.

De sociodemografische beschrijving van de steekproef op het moment van opname in functie van de verschillende groepen wordt weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Sociodemografische kenmerken bij opname van cases en controles

Variabelen	Cases (n=278)	Controles (n=278)	p-waarde	Totaal (n=556)
Leeftijd	85 [79-90]	85 [81-90]	0,2528	85 [80-90]
Gekend MRSA-dragerschap	57 (20,9)	6 (2,2)	< 0,0001	63 (11,3)
Verblijf in een woonzorgcentrum	150 (54,0)	78 (28,1)	< 0,0001	228 (41,0)
Transfer vanuit een ander ziekenhuis	1 (0,4)	2 (0,7)	0,478	3 (0,5)
Ziekenhuisopname in de afgelopen 12 maanden	96 (34,5)	92 (33,1)	0,745	188 (33,8)
Chronische thuiszorg	77 (27,7)	103 (37,1)	0,010	180 (32,4)
Behandeling met maagzuurremmers	132 (47,5)	125 (45,0)	0,569	257 (46,2)
Antibioticatherapie afgelopen 3 maanden	55 (19,8)	36 (12,9)	0,033	91 (16,4)
Chronische huidlaesie	84 (30,2)	34 (12,2)	< 0,0001	118 (21,2)
Tracheotomie	2 (0,8)	1 (0,4)	0,522	3 (0,5)
Urinaire katheter	11 (4,0)	5 (1,8)	0,125	16 (2,9)
Gastrostomie	3 (1,1)	4 (1,4)	0,467	7 (1,3)
Lopende oncologische behandeling	11 (4,0)	11 (4,0)	0,556	22 (4,0)

Legende: absolute frequentie (relatieve frequentie); mediaan [p25 -p75].

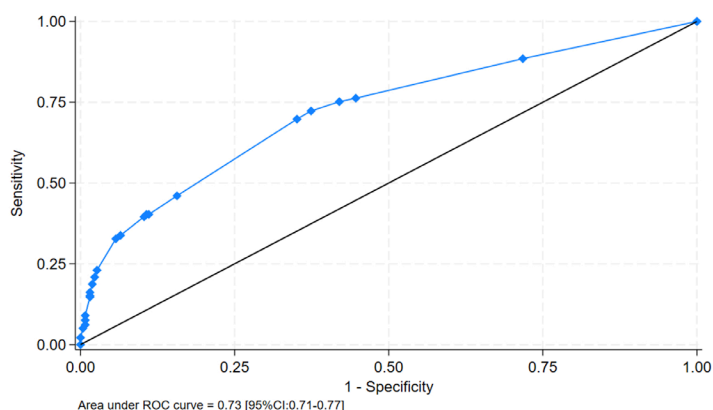
Volgens de resultaten van de univariate analysemethode is er een significant verschil tussen de cases en controles voor de volgende variabelen: gekend MRSA-dragerschap, verblijf in een woonzorgcentrum, chronische thuiszorg (frequent bij de controlepatiënten), antibioticabehandeling in de afgelopen 3 maanden en chronische huidlaesie. Deze variabelen werden vervolgens opgenomen in een multivariaat analysemodel waarvan de aangepaste odds ratio's en p-waarden worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2: Variabelen uit het multivariaat analysemodel met adjusted odds ratio en p-waarde

Variables	Odds ratio adjusted [95%CI]	p-valeur
Ancien portage de MRSA connu	8.96 [3.71-21.60]	< 0.0001
Résidence en maison de repos	2.82 [1.78-4.48]	< 0.0001
Soins à domicile chroniques	1.09 [0.68-1.75]	0.730
Antibiothérapie endéans les 3 mois	1.31 [0.79-2.20]	0.294
Lésion cutanée chronique	2.65 [1.64-4.30]	< 0.0001

Uit deze analyse blijkt dat de risicofactoren voor MRSA-dragerschap bij opname in een geriatrische afdeling de volgende zijn: gekend MRSA-dragerschap, verblijf in een woonzorgcentrum en de aanwezigheid van chronische huidlaesies. Door het toepassen van een MRSA-screeningsmodel gebaseerd op de aanwezigheid van één van deze drie criteria op onze steekproef, is het gebied onder de ROC-curve (figuur 3) 73%, terwijl de sensitiviteit en specificiteit van het model respectievelijk 72,3% (CI 95%: 69,8-75,7%) en 62,6% (CI 95%: 58,2-66,4%) bedragen. Bij gebruik van deze screeningscriteria in plaats van een systematische screening zou slechts 55% van de opgenomen patiënten gescreend worden.

Figuur 3: Gebied onder de ROC-curve voor het screeningsmodel op basis van 3 criteria



Legende: AUROC, area under the receiver operating characteristic

Bespreking

Deze studie heeft betrekking op de prevalentie en de risicofactoren voor MRSA-dragerschap bij opname in een geriatrische afdeling. De resultaten van dit onderzoek maken

verschillende vaststellingen mogelijk.

Ten eerste kan de prevalentie van MRSA-dragerschap bij opname in de bestudeerde afdelingen als laag worden beschouwd in vergelijking met de resultaten van verschillende studies over dit onderwerp, zowel in vergelijking met geriatrische afdelingen (Dulon et al., 2011; Nitti et al., 2023; Sax et al., 2005) als, meer in het algemeen, acute afdelingen (Dulon et al., 2011; Marzec en Bessesen, 2016; Roth et al., 2016). Bovendien kan de heterogeniteit van deze prevalentie tussen de verschillende ziekenhuissites - zeker gedeeltelijk - worden verklaard door de herkomst van veel patiënten uit 2 specifieke rusthuizen. Deze rusthuizen werden geïdentificeerd en hun verantwoordelijken en de regionale autoriteiten werden geïnformeerd over de mogelijk hoge prevalentie van MRSA bij hun bewoners.

Ten tweede zijn de risicofactoren voor MRSA-dragerschap die in deze studie aan het licht gebracht worden (gekend MRSA-dragerschap, verblijf in een woonzorgcentrum en aanwezigheid van een chronische wonde) al aangehaald door de auteurs van andere studies over dit onderwerp (Harbarth et al., 2006, 2008; Raschpichler et al., 2020; Tacconelli et al., 2009). Aan de andere kant kunnen bepaalde risicofactoren voor MRSA-dragerschap die in de wetenschappelijke literatuur worden vermeld, in deze studie niet als risicofactoren worden beschouwd. De artikels die risicofactoren presenteren die niet terug te vinden zijn in de resultaten van deze studie, richten zich echter niet op de specifieke kenmerken van de geriatrische populatie of zijn uitgevoerd in een tijdperk waarin de prevalentie van MRSA veel hoger was dan tegenwoordig (Sax et al., 2005).

Daarnaast is het belangrijk om alle voor- en nadelen van de toepassing van een screeningsmodel op basis van de hier voorgestelde criteria te beoordelen. Vergeleken met een systematische screening van de opgenomen patiënten, kan de toepassing van een dergelijk model de kosten in verband met screening verlagen, de werkdruk voor het personeel in de gezondheidszorg verminderen en het comfort voor de patiënt verhogen. Bovendien lijkt gerichte screening op MRSA kosteneffectiever dan een systematische screening (Dymond et al., 2020; Joubert et al., 2022; Raschpichler et al., 2020). Een Canadese studie heeft aangetoond dat met een systematische screening weliswaar drie keer zoveel patiënten met MRSA geïdentificeerd konden worden, maar dat de nosocomiale verwervingen van MRSA hiermee niet verminderd konden worden (Roth et al., 2016). Er moet echter aandacht worden besteed aan een mogelijke toename van de kolonisatie van patiënten met MRSA, wat negatieve gevolgen kan hebben voor de patiënten. De toepassing van het geriatrische screeningsmodel volgens de 3 genoemde criteria zal echter niet leiden tot een grote toename van de transmissie van MRSA binnen de ziekenhuizen, aangezien de aanwezigheid van een huidwonde één van de screeningcriteria is. Verschillende onderzoeken hebben immers aangetoond dat patiënten die drager zijn van deze kiem in een chronische wonde, de grootste verspreiders van MRSA waren (Campbell et al., 2004; Peters et al., 2017). Met het voorgestelde model zouden deze verspreiders worden geïdentificeerd en zouden maatregelen genomen kunnen worden om het risico op besmetting van andere patiënten te beperken.

Ten slotte hebben de aanbevelingen voor een systematische screening van alle patiënten bij opname enkel betrekking op ziekenhuizen met een hoge MRSA-prevalentie bij opname

of op sporadische gevallen van plotselinge toename van de MRSA-incidentie.

Limieten

Deze studie heeft verschillende limieten. Ten eerste werd er geen weging toegekend aan de risicofactorendie leidde tot een screeningscore op basis van hun belang. De identificatie van een risicofactor voor screening, is echter gemakkelijker te gebruiken dan de berekening van een score op basis van risicofactoren.. Ten tweede lijkt de grootte van de steekproef beperkt in vergelijking met die van andere studies over dit onderwerp. Deze studie is echter multicentrisch en omvat de gegevens van twee jaren. Ten derde werden de geanalyseerde factoren geselecteerd op basis van de literatuur over risicofactoren voor MRSA-dragerschap, maar ook andere factoren hadden in het multivariate model opgenomen kunnen worden. Ten vierde is dit een observationele studie, wat kan leiden tot selectie- en observatiebias. Bovendien werden de gegevens verzameld op basis van patiëntendossiers. Sommige gegevens konden dus ontbreken. Ten slotte kon het percentage patiënten dat bij opname op MRSA werd getest, niet worden verzameld, wat als een selectiebias kan worden beschouwd.

Conclusies

De prevalentie van MRSA-dragerschap bij opname in de geriatrische afdelingen was laag in deze studie. Er werden echter significante verschillen in prevalentie waargenomen tussen de betrokken ziekenhuizen. Drie risicofactoren voor MRSA-dragerschap werden geïdentificeerd: gekend MRSA-dragerschap, de aanwezigheid van een chronische huidwonde en verblijf in een woonzorgcentrum. Het gebruik van deze risicofactoren als screeningscriteria in geriatrische afdelingen zou het aantal patiënten dat wordt gescreend op MRSA kunnen verminderen, terwijl de sensitiviteit en specificiteit aanvaardbaar blijven.

Bibliografie

1. Andreassen AES, Jacobsen CM, De Blasio B, et al. (2017) The impact of methicillin-resistant *S. aureus* on length of stay, readmissions and costs: a register based case-control study of patients hospitalized in Norway. *Antimicrobial Resistance & Infection Control* 6(1): 74. DOI: 10.1186/s13756-017-0232-x.
2. Barlow G, Duffy S, Monnet D, et al. (2017) Economic Evaluations of Interventions to Prevent Healthcare-Associated Infections Literature Review. Stockholm: ECDC.
3. Campbell KM, Vaughn AF, Russell KL, et al. (2004) Risk factors for community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in an outbreak of disease among military trainees in San Diego, California, in 2002.

Journal of Clinical Microbiology 42(9): 4050–4053. DOI: 10.1128/JCM.42.9.4050-4053.2004.

4. Carrington AM, Manuel DG, Fieguth PW, et al. (2023) Deep ROC Analysis and AUC as Balanced Average Accuracy, for Improved Classifier Selection, Audit and Explanation. *IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence* 45(1): 329–341. DOI: 10.1109/TPAMI.2022.3145392.
5. Chrétien L, Massicotte Josée and Pilon PA (2006) Mesures de prévention et de contrôle des infections à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) au Québec: guide de prévention et de contrôle à l'intention des établissements de soins. 2e ed., tussentijdse versie. Montreal: L'Institut : AMMIQ.
6. Cuervo G, Gasch O, Shaw E, et al. (2016) Clinical characteristics, treatment and outcomes of MRSA bacteraemia in the elderly. *Journal of Infection* 72(3): 309–316. DOI: 10.1016/j.jinf.2015.12.009.
7. Cuschieri S (2019) The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia* 13(Suppl 1): S31–S34. DOI: 10.4103/sja.SJA_543_18.
8. Dantes R, Mu Y, Belflower R, et al. (2013) National burden of invasive methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections, United States, 2011. *JAMA internal medicine* 173(21): 1970–1978. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.10423.
9. Denis O, Jans B, Deplano A, et al. (2009) Epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) among residents of nursing homes in Belgium. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 64(6): 1299–1306. DOI: 10.1093/jac/dkp345.
10. Dulon M, Haamann F, Peters C, et al. (2011) MRSA prevalence in european healthcare settings: a review. *BMC Infectious Diseases* 11(1): 138. DOI: 10.1186/1471-2334-11-138.
11. Dymond A, Davies H, Mealing S, et al. (2020) Genomic Surveillance of Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A Mathematical Early Modeling Study of Cost-effectiveness. *Clinical Infectious Diseases* 70(8): 1613–1619. DOI: 10.1093/cid/ciz480.
12. Elias J, Heuschmann PU, Schmitt C, et al. (2013) Prevalence dependent calibration of a predictive model for nasal carriage of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *BMC infectious diseases* 13: 111. DOI: 10.1186/1471-2334-13-111.
13. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (ed.) (2009) The Bacterial Challenge, Time to React: A Call to Narrow the Gap between Multidrug-Resistant Bacteria in the EU and the Development of New Antibacterial Agents. ECDC/ EMEA joint technical report. Stockholm: ECDC. DOI: 10.2900/2518.
14. Harbarth S, Sax H, Fankhauser-Rodriguez C, et al. (2006) Evaluating the probability of previously unknown carriage of MRSA at hospital admission. *The American Journal of Medicine* 119(3): 275.e15–23. DOI: 10.1016/j.amjmed.2005.04.042.
15. Harbarth S, Sax H, Uckay I, et al. (2008) A predictive model for identifying surgical patients at risk of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carriage on admission. *Journal of the American College of Surgeons* 207(5): 683–689. DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2008.05.023.

16. High Council for Health (2019) Recommendations for the prevention, control and management of patients carrying multidrug-resistant bacteria in healthcare settings (MDRO). Available at: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20200910_css-9277_mdرو_update_vweb.pdf (geraadpleegd op 8 augustus 2023).
17. Huang SS, Singh R, McKinnell JA, et al. (2019) Decolonization to Reduce Postdischarge Infection Risk among MRSA Carriers. *New England Journal of Medicine* 380(7): 638–650. DOI: 10.1056/NEJMod1716771.
18. Jans B, Schoevaerdts D, Huang T-D, et al. (2013) Epidemiology of Multidrug-Resistant Microorganisms among Nursing Home Residents in Belgium. *PLoS ONE* Kluytmans J (ed.) 8(5): e64908. DOI: 10.1371/journal.pone.0064908.
19. Joubert D, Cullati S, Briot P, et al. (2022) How to improve hospital admission screening for patients at risk of multidrug-resistant organism carriage: a before-and-after interventional study and cost-effectiveness analysis. *BMJ Open Quality* 11(2): e001699. DOI: 10.1136/bmjog-2021-001699.
20. Latour K, Huang T-D, Jans B, et al. (2019) Prevalence of multidrug-resistant organisms in nursing homes in Belgium in 2015. *PLOS ONE* Kluytmans J (ed.) 14(3): e0214327. DOI: 10.1371/journal.pone.0214327.
21. Latour K, Denis O, Goossens H, et al. (2022) Epidemiology and public health – Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance. ISSN: 2593-7073. *Sciensano*. Available at: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/surveillance-antimicrobienne-resistant-bacteria-belgian-hospitals-report-2019-2020> (geraadpleegd op 30 augustus 2023).
22. Latour K, Catry B, Devleeschauwer B, et al. (2022) Healthcare-associated infections and antimicrobial use in Belgian nursing homes: results of three point prevalence surveys between 2010 and 2016. *Archives of Public Health = Archives Belges De Sante Publique* 80(1): 58. DOI: 10.1186/s13690-022-00818-1.
23. Li Z, Zhuang H, Wang G, et al. (2021) Prevalence, predictors, and mortality of bloodstream infections due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in patients with malignancy: systemic review and meta-analysis. *BMC infectious diseases* 21(1): 74. DOI: 10.1186/s12879-021-05763-y.
24. Marzec NS and Bessesen MT (2016) Risk and outcomes of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bacteremia among patients admitted with and without MRSA nares colonization. *American Journal of Infection Control* 44(4): 405–408. DOI: 10.1016/j.ajic.2015.11.006.
25. Nelson RE, Hyun D, Jezek A, et al. (2022) Mortality, Length of Stay, and Healthcare Costs Associated With Multidrug-Resistant Bacterial Infections Among Elderly Hospitalized Patients in the United States. *Clinical Infectious Diseases* 74(6): 1070–1080. DOI: 10.1093/cid/ciab696.
26. Nitti MT, Sleghele F, Kaczor M, et al. (2023) Colonization of Residents and Staff of an Italian Long-Term Care Facility and an Adjacent Acute Care Hospital Geriatrics Unit by Multidrug-Resistant Bacteria. *Microbial Drug Resistance: mdr*.2023.0019. DOI: 10.1089/mdr.2023.0019.
27. Peters C, Dulon M, Kleinmüller O, et al. (2017) MRSA Prevalence and Risk Factors among Health Personnel and Residents in Nursing Homes in Hamburg, Germany - A Cross-Sectional Study. *PLoS One* 12(1): e0169425. DOI: 10.1371/journal.pone.0169425.
28. Popovich KJ, Aureden K, Ham DC, et al. (2023) SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation: Strategies to prevent methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission and infection in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 44(7): 1039–1067. DOI: 10.1017/ice.2023.102.
29. Raschpichler G, Raupach-Rosin H, Akmatov MK, et al. (2020) Development and external validation of a clinical prediction model for MRSA carriage at hospital admission in Southeast Lower Saxony, Germany. *Scientific Reports* 10(1): 17998. DOI: 10.1038/s41598-020-75094-6.
30. Roth VR, Longpre T, Coyle D, et al. (2016) Cost Analysis of Universal Screening vs. Risk Factor-Based Screening for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *PLOS ONE* Schildgen O (ed.) 11(7): e0159667. DOI: 10.1371/journal.pone.0159667.
31. Sasahara T, Ae R, Yoshimura A, et al. (2020) Association between length of residence and prevalence of MRSA colonization among residents in geriatric long-term care facilities. *BMC Geriatrics* 20(1): 481. DOI: 10.1186/s12877-020-01885-1.
32. Sax H, Harbarth S, Gavazzi G, et al. (2005) Prevalence and prediction of previously unknown MRSA carriage on admission to a geriatric hospital. *Age and Ageing* 34(5): 456–462. DOI: 10.1093/ageing/afi135.
33. Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, et al. (2012) Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 24(3): 230–238. DOI: 10.1093/intqhc/mzs009.
34. Suetens C, Niclaes L, Jans B, et al. (2006) Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Colonization Is Associated with Higher Mortality in Nursing Home Residents with Impaired Cognitive Status: MRSA: HIGHER MORTALITY IN NURSING HOMES. *Journal of the American Geriatrics Society* 54(12): 1854–1860. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00972.x.
35. Tacconelli E, De Angelis G, de Waure C, et al. (2009) Rapid screening tests for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* at hospital admission: systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Infectious Diseases* 9(9): 546–554. DOI: 10.1016/S1473-3099(09)70150-1.
36. Vincent J-L, Sakr Y, Singer M, et al. (2020) Prevalence and Outcomes of Infection Among Patients in Intensive Care Units in 2017. *JAMA* 323(15): 1478. DOI: 10.1001/jama.2020.2717.

ECDC puntprevalentiestudie van zorginfecties en antimicrobieel gebruik in acute ziekenhuizen 2022-2023

L. Cateau, K. Latour, M. Percy, B. Catry

Dienst Zorginfecties en antibioticaresistentie, Sciensano

Achtergrond

Zorginfecties en antimicrobiële resistentie zorgen wereldwijd voor aanzienlijke uitdagingen in zorginstellingen, resulterend in langere ziekenhuisverblijven, hogere kosten en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. De vorige puntprevalentiestudie (PPS) van het Europees centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), georganiseerd in 2016-2017, toonde een prevalentie van zorginfecties van 5.9% in Europese acute ziekenhuizen aan. Voor België werd een hogere prevalentie van zorginfecties (7.3%) gemeld in een voor ons land representatieve steekproef (N=47 ziekenhuissites). In datzelfde onderzoek werd voor België een ruwe prevalentie van 28.1% van patiënten met minstens één antimicrobieel middel op de dag van de studie gevonden. In 2022 werd de ECDC PPS herhaald in Belgische acute ziekenhuizen om zowel de prevalentie van zorginfecties als het gebruik van antimicrobiële middelen opnieuw te beoordelen.

Methoden

Alle Belgische acute ziekenhuizen werden uitgenodigd om deel te nemen aan de ECDC PPS 2022. Een representatieve, willekeurige geselecteerde (at random) subset van ziekenhuizen ontving ook individuele uitnodigingen. Vormingssessies werden in september 2022 voor alle deelnemende instellingen georganiseerd. De gegevensverzameling vond plaats tussen september en november 2022. Data werden verzameld op niveau van het ziekenhuis, de afdeling en de patiënt. Alle patiënten die op de dag van de PPS om 8h00 's morgens aanwezig waren en het ziekenhuis op het moment van de studie niet hadden verlaten, dienden te worden geïnccludeerd. De dataverzameling moest in één afdeling op eenzelfde dag afgewerkt worden, met een maximum van twee tot drie weken voor het ganse ziekenhuis.

Resultaten

Aan de puntprevalentiestudie van 2022 namen in totaal 56 Belgische acute ziekenhuissites deel (35 fusieziekenhuizen waarvan 25 primaire, 7 secundaire en 3 tertiaire ziekenhuizen, nationale participatiegraad: 34.3%), met in totaal 10142 patiënten. De studie toonde aan dat bij 29.3% (95% betrouwbaarheidsinterval (BI): 28.4-30.2%) van de patiënten minstens één antimicrobieel middel was voorgeschreven, met een hogere prevalentie bij patiënten ouder dan 65 jaar (31.1%). In totaal werden 3549 antimicrobiële middelen voorgeschreven (waarvan 93.6% J01 antibacteriële middelen voor systemisch gebruik). De meest

voorkomende indicaties voor antimicrobiële behandeling waren infecties verworven in de gemeenschap (48.6%) en zorginfecties (26.1%). De indicatie chirurgische profylaxe werd voor 12.4% van de voorgeschreven antimicrobiële middelen gerapporteerd. Opmerkelijk was dat 22.7% van de behandelingen voor chirurgische profylaxe langer dan één dag duurde. De drie meest voorgeschreven antimicrobiële middelen waren amoxicilline in combinatie met een beta-lactamase inhibitor (J01CR02; 20.0%), cefazoline (J01DB04; 9.8%), en piperacilline in combinatie met een beta-lactamase inhibitor (J01CR05; 9.6%). In geval van medische behandeling met antimicrobiële middelen (79.0%) waren de meest geregistreerde diagnoses pneumonie (24.6%) en symptomatische infectie van de lage urinewegen (10.6%). De reden voor het antimicrobieel gebruik werd in 80.0% van de patiëntendossiers vermeld. De studie onthulde verder dat 9.2% (95% BI: 8.7-9.8%) van de patiënten ten minste één zorginfectie op de dag van de studie had. Wanneer de zorginfecties verworven in chronische zorginstellingen werden uitgesloten uit de analyses (niet opgenomen in de 2017 ECDC PPS), daalde de prevalentie tot 8,5% (95% BI: 7.5% tot 9.5%). De voornaamste zorginfecties omvatten pneumonieën en andere infecties van de lage luchtwegen (32,8%, waarvan 8.5% COVID-19-infecties), urineweginfecties (18.5%) en postoperatieve wondinfecties (13.6%). Microbiologische resultaten waren positief voor 65,6% van de zorginfecties, waarbij *Escherichia coli* (16.8%), *Staphylococcus aureus* (10.8%) en *Klebsiella* spp. (10.2%) de frequentst geïsoleerde pathogenen waren.

Conclusions

De bevindingen benadrukken de aanhoudende uitdagingen die zorginfecties en het gebruik van antimicrobiële middelen vormen in Belgische acute ziekenhuizen. Krachtige maatregelen ter preventie en controle van infecties, gekoppeld aan gerichte programma's voor antibioticabeleid (antimicrobial stewardship), zijn essentieel om deze uitdagingen effectief aan te pakken. Continue surveillance- en onderzoeksinspanningen zijn cruciaal om trends te begrijpen, verbeteringspunten te identificeren en op bewijs gebaseerde interventies te implementeren teneinde de veiligheid van patiënten te verbeteren en de effectiviteit van antimicrobiële therapieën te behouden..

Om meer over te weten :

Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – 2022-2023 (europa.eu)

■ Surveillance of antimicrobial resistant bacteria in Belgian hospitals: national report including data up to 2022

M. Houben, L. Vaes, K. Matthys, B. Catry

Sciensano

Antibiotica zijn één van de belangrijkste levensreddende geneesmiddelen, maar onnodig en onjuist gebruik vermindert hun vermogen om infecties te behandelen. Sommige bacteriën zijn tolerant geworden voor bepaalde antibiotica of hebben manieren gevonden om ze af te breken. Dit wordt verworven antimicrobiële resistentie (AMR) genoemd. De Wereldgezondheidsorganisatie beschouwt AMR als één van de tien grootste bedreigingen voor de volksgezondheid.

Om de nationale evolutie van het resistentiepercentage en de incidentie van multidrug resistente organismen (MDRO) in Belgische ziekenhuizen op te volgen, verzamelt en analyseert Sciensano surveillancegegevens over AMR. Bij Koninklijk Besluit moeten alle Belgische acute ziekenhuizen verplicht deelnemen aan de surveillance van meticilline resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) en van multiresistente Gram-negatieve bacillen (MRGN). De surveillance van vancomycine resistente enterokokken (VRE) is één van de vier aanvullende programma's waaruit ziekenhuizen er één voor deelname moeten kiezen.

Het huidige rapport toont de resultaten voor 2021 en 2022 met betrekking tot de drie surveillanceprogramma's en beschrijft trends in AMR in Belgische acute en/of chronische ziekenhuizen.

Om meer over te weten :

Surveillance of antimicrobial resistant bacteria in Belgian hospitals: national report including data up to 2022 | sciensano.be

Een nieuw en praktisch instrument voor het maken van een epi-curve

Kat Matthys¹, Valentina Mazzanti¹, Isabelle Uwera Mpalirwa¹, Hanna Masson², Caroline Broucke², An Merchie², Elise Vanhoucke², Gert Bellen², Michèle Gailly³, Emilie Coppens⁴, Cédric Malache⁵

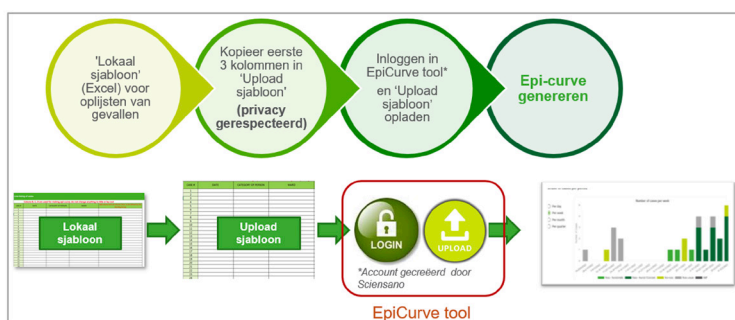
Sciensano NSIH service ¹, Departement Zorg ², AVIQ ³, Vivalis ⁴, Sciensano IT ⁵

Een epidemische curve (of epi-curve) is een belangrijke informatiebron bij onderzoek en beleid van een uitbraak. Het laat toe om het aantal nieuwe gevallen duidelijk te visualiseren en op te volgen in de tijd. Idealiter wordt een eerste curve opgesteld van zodra in een zorginstelling een uitbraak wordt vermoed en screening wordt gestart. Nieuwe gevallen worden systematisch toegevoegd.

In het kader van een goede opvolging van MDRO¹ uitbraken wilden de OST² experts van de regionale gezondheidsagentschappen en Sciensano³ een eenvoudig instrument aanbieden aan de zorginstellingen die hier nood aan hebben. We werkten samen met Sciensano IT om dit voor u te kunnen realiseren en stellen we met plezier nu de EpiCurve tool aan u voor.

Het betreft een webapplicatie die zorginstellingen (ziekenhuizen, chronische zorginstellingen) die te maken hebben met een MDRO uitbraak (of een andere pathogeen), kunnen gebruiken om vlot een epi-curve te maken. Het concept is eenvoudig (Figuur 1) en vertrekt van Excel omdat iedereen hiermee vertrouwd is.

Figuur 1: Concept van de EpiCurve tool



Als eerste en logische stap moet er een lijst gemaakt worden van alle gevallen. Daartoe werd een gestandaardiseerd Excel-sjabloon ontworpen, aangeduid als 'Lokaal sjabloon' (Figuur 2). Daarin zijn kolommen voorzien voor de essentiële informatie (datum, type casus en afdeling) maar ook kan alle gewenste casus-gerelateerde informatie (patiëntnamen, kamernummers, laboresultaat enzovoort) toegevoegd worden, want dit Excel bestand wordt lokaal bij u bewaard.

Figuur 2: Lokaal sjabloon met 3 kolommen voorzien voor de essentiële informatie (datum, type casus en afdeling). Eigen informatie kan desgewenst toegevoegd worden.e.

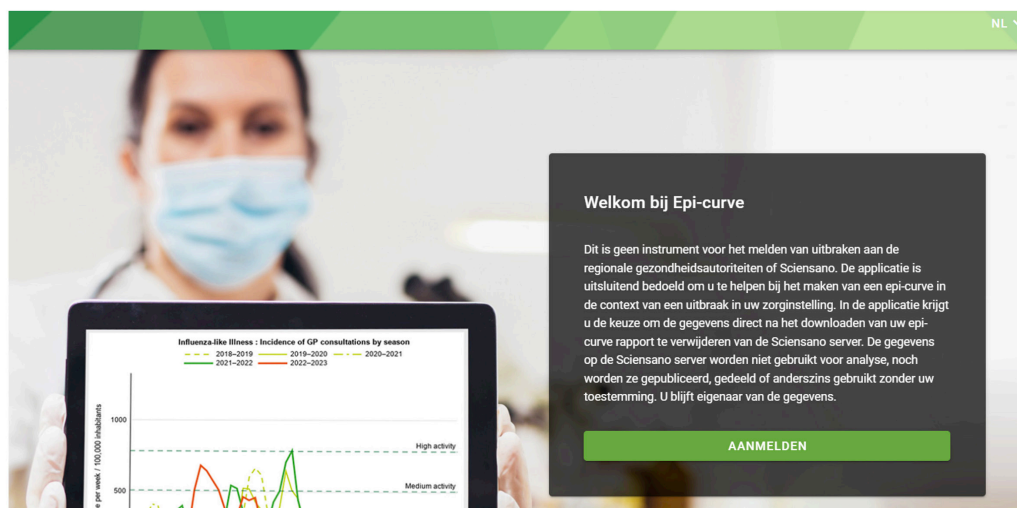
A	B	C	D	E	F	G	H	I
Lijst van gevallen								
Gegevens van Kolommen B, C en D worden gebruikt voor het maken van de epi-curve, en moeten worden gekopieerd in het Sciensano Upload Sjabloon				Voeg kolommen toe zoals gewenst				
CASUS #	DATUM	TYPE CASUS	DIENT	TITEL	TITEL	TITEL	TITEL	TITEL
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

In een tweede stap dient de essentiële informatie die nodig is voor de epi-curve te worden gekopieerd in het 'Upload sjabloon Sciensano' (Figuur 3), dat er ongeveer hetzelfde uitziet maar enkel die gegevens kan bevatten die nodig zijn voor de curve (eenvoudig kopiëren/plakken van het ene Excel-bestand naar het andere). Door de ingestelde restricties in de Upload sjabloon én in de IT applicatie zelf is er geen gevaar dat per ongeluk andere gegevens zouden meegaan. Zodoende is de privacy van de patiënten volledig beschermd.

Figuur 3: Upload sjabloon met dezelfde 3 kolommen. Andere informatie toevoegen is niet mogelijk door de ingestelde restricties.

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Lijst van gevallen ENKEL voor overnemen van geselecteerde informatie uit de Lokale Sjabloon								
CASE #	DATE	TYPE OF CASE	WARD					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

Dan is het nu tijd om in te loggen in de EpiCurve tool (<https://epicurve.sciensano.be/>). Rechts bovenaan kan u uw taal selecteren:



De applicatie draait op de Sciensano server maar de disclaimer maakt nogmaals duidelijk dat het hier geen notificatie of registratie betreft, maar enkel een instrument dat u ter beschikking wordt gesteld om vlot een epi-curve te maken. In de applicatie krijgt u trouwens de mogelijkheid om uw gegevens te verwijderen van de Sciensano server indien gewenst. Al is dit niet nodig omdat de gegevens op geen enkele manier worden gebruikt door derden voor analyse, publicatie of wat dan ook; u blijft eigenaar van de gegevens. En zoals eerder aangegeven

is ook de privacy van de patiënten volledig beschermd door de ingebouwde restricties die voorkomen dat per ongeluk GDPR-beschermde patiëntgegevens opgeslagen worden.

Eenmaal aangemeld kan u een uitbraak 'creëren' (naam geven, pathogeen aanduiden), en dan kan u met 1 druk op de knop de casussen van het Upload sjabloon binnenhalen. In een laatste stap kan u dan de epi-curve genereren, en indien gewenst downloaden als Word of pdf-document (Figuur 4).

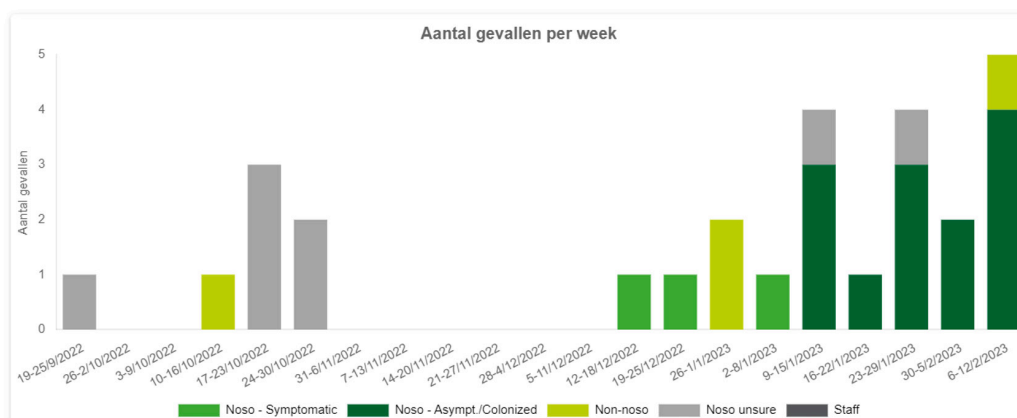
Figuur 4: Twee types van epi-curve worden gegenereerd: de eerste toont het type gevallen, de tweede toont de betrokken diensten.

Aantal gevallen per periode

Periode staalafnames: 19/09/2022 tot 09/02/2023

Totaal aantal gevallen: 28

- ☐ Per dag
- ☒ Per week
- ☐ Per maand
- ☐ Per kwartaal



Aantal gevallen per afdeling per periode

Periode staalafnames: 19/09/2022 tot 09/02/2023

Totaal aantal gevallen: 28

Totaal aantal positieve Ward A: 8

Totaal aantal positieve Ward E: 1

Totaal aantal positieve Ward H: 1

Totaal aantal positieve Ward B: 12

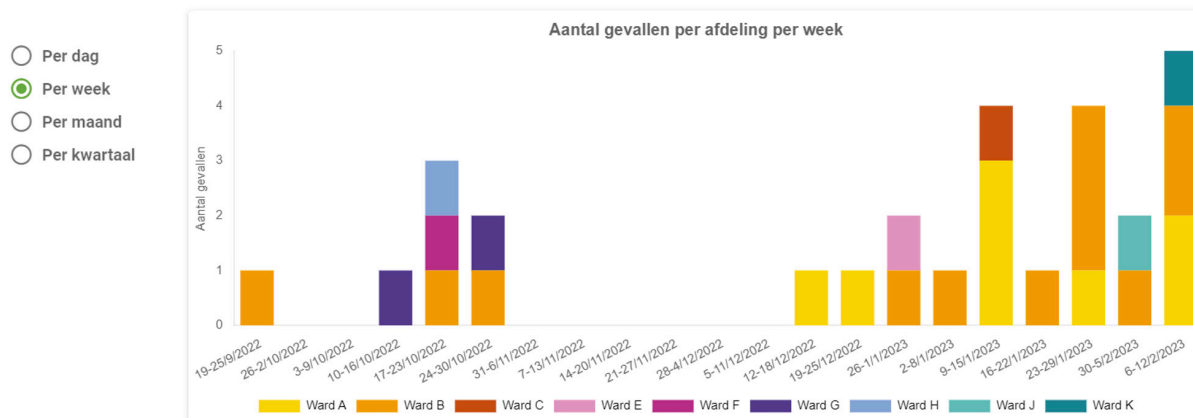
Totaal aantal positieve Ward F: 1

Totaal aantal positieve Ward J: 1

Totaal aantal positieve Ward C: 1

Totaal aantal positieve Ward G: 2

Totaal aantal positieve Ward K: 1



Voor volledige instructies verwijzen we u graag naar de OST-webpagina van Sciensano (<https://www.sciensano.be/en/projects/outbreak-support-team>). Een account aanvragen doet u via mdro_ost@sciensano.be.

Met dank aan de ziekenhuizen die meewerkten bij de ontwikkeling en deelnamen aan het pilootproject

¹ MDRO : multidrug-resistente organismen

² OST : outbreak support team

³ zie Protocolakkoord Nationale Plan MDRO (https://etaamb.openjustice.be/nl/protocol_n2013024362)

! Belangrijke herinnering!

Uitbraken van multi-drug-resistente organismen in zorginstellingen staan op de lijst van meldingsplichtige ziekten. U dient deze te melden aan uw regionale gezondheidsautoriteit.

De contactinformatie vindt u op de respectievelijke websites en ook op de OST-webpagina van Sciensano.

(<https://www.sciensano.be/nl/projecten/uitbraak-ondersteuningsteam-outbreak-support-team>)

Voor u gelezen

FMV Groven, SMG Zwakhalen, G Odekerken-Schröder, EJT Joosten, JPH Hamers

How does washing without water perform compared to the traditional bed bath: a systematic review

BMC Geriatrics 2017, 17: 31

Abstract

Background

For immobile patients, a body wash in bed is sometimes the only bathing option. Traditionally, the bed bath is performed with water and soap. However, alternatives are increasingly used in health care. Washing without water is one such alternative that has been claimed to offer several advantages, such as improved hygiene and skin condition. This systematic review aims to provide a comprehensive overview of the evidence on outcomes of the washing without water concept compared to the traditional bed bath.

Methods

Controlled trials about washing without water outcomes published after 1994 were collected by means of a systematic literature search in CINAHL, Embase, MEDLINE, and PUBMED at the 25th of February, 2016.

Additionally, references and citations were searched and experts contacted. Studies were eligible if (1) the study designs included outcomes of washing without water products developed for the full body wash compared to the traditional bed bath, and (2) they were controlled trials. Two researchers independently used a standardized quality checklist to assess the methodological quality of the eligible studies. Finally, outcomes were categorized in (1) physiological outcomes related to hygiene and skin condition, (2) stakeholder-related outcomes, and (3) organizational outcomes in the data synthesis.

Results

Out of 33 potentially relevant articles subjected to full text screening, six studies met the eligibility criteria. Only two studies (of the same research group) were considered of high quality. The results of these high quality studies show that washing without water performed better than the traditional bed bath regarding skin abnormalities and bathing completeness. No differences between washing without water and the traditional bed bath were found for outcomes related to significant skin lesions, resistance during bathing and costs in the studies of high quality.

Conclusions

There is limited moderate to high quality evidence that washing without water is not inferior to the traditional bed bath. Future research on washing without water is needed and should pay special attention to costs, hygiene, and to stakeholder-related outcomes, such as experiences and value perceptions of patients, nursing staff and family.

C Pallotto, M Fiorio, V De Angelis, A Ripoli, E Franciosini, L Quondam Girolamo, F Volpi, P Lorio, D Francisci, C.Tascini, F Baldelli

Daily bathing with 4% chlorhexidine gluconate in intensive caresettings: a randomized controlled trial

Clinical Microbiology and Infection 2019, 25 : 705-710

Objectives

To investigate whether daily bathing with a soap-like solution of 4% chlorhexidine (CHG) followed by water rinsing (CHGwr) would decrease the incidence of hospital-acquired infections (HAI) in intensive care settings.

Methods

Randomized, controlled trial; infectious diseases specialists were blinded to the intervention status. All patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) and to the Post-operative Cardiosurgical Intensive Care Unit (PC-ICU) of the University Hospital of Perugia were enrolled and randomized to the intervention arm (daily bathing with 4% CHGwr) or to the control arm (daily bathing with standard soap). The incidence rate of acquisition of HAI was compared between the two arms as primary outcome. We also evaluated the incidence of bloodstream infections (BSI), central-line-associated BSI (CLABSI), ventilator-associated pneumonia (VAP) and catheter-associated urinary tract infections (CAUTI), and 4% CHGwr safety.

Results

In all, 449 individuals were enrolled, 226 in treatment arm and 223 in control arm. Thirty-four individuals of the 226 (15%) and 57 (25.6%) suffered from at least an HAI in the intervention and control arms, respectively (p 0.008); 23.2 and 40.9 infections/1000 patient-days were detected in the intervention arm and control arm, respectively (p 0.037). The incidence of all bloodstream infections (BSI plus CLABSI) was significantly reduced in the intervention arm (9.2 versus 22.6 infections/1000 patient-days, p0.027); no differences were observed in the mortality between the two arms.

Conclusions

Daily bathing with 4% CHGwr significantly reduced HAI incidence in intensive care settings.

FMV Groven, SMG. Zwakhalen, G Odekerken-Schröder, F Tan, JPH Hamers

The effect of washing without water versus water and soap in nursing students

J Clin Nurs 2021, 30 : 2234–2245,

Abstract

Aims and objectives

To compare the washing without water method with the water and soap method regarding comfort perceptions of the bed bath.

Background

Bathing affects nurses' and care recipients' comfort. Bedridden care recipients can be bathed in bed with water and soap or with washing without water products. Little is known about the differences between these two bed bath methods regarding comfort perceptions among care recipients and nurses.

Design

Crossover randomised laboratory-controlled trial, conducted from March 2018–November 2019, according to the CONSORT guidelines.

Methods

Nursing students were randomly allocated roles as a patient (who received both types of bed baths) or a nurse (who provided both types of bed baths). Also, the order in which the bed baths were received/provided was randomised. A total of 97 students were included in the analysis. Student patients filled out the Patient Evaluation of Emotional Comfort Experienced (PEECE) scale to measure emotional comfort and a single-item

question on physical comfort after each bed bath. Student nurses filled out the Physical Demands scale after each bed bath to measure their physical comfort perceptions.

Results

No differences were found between the two bed bathing methods regarding student patients' emotional or physical comfort levels. Among student nurses, the washing without water method was less physically demanding than the water and soap method.

Conclusions

Taking into account time-efficiency and physical comfort for nurses, washing without water seems to be a valuable alternative to water and soap from a care recipient comfort perspective, which should be assessed in a clinical setting in future research.

Relevance to clinical practice

The washing without water method is less physically demanding for nurses and takes less time. It does not have a detrimental effect on care recipients' emotional and physical comfort

L Schoonhoven, BGI Van Gaal, S Teerenstra, E Adang, C van der Vleuten, Th van Achterberg

Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial

International Journal of Nursing Studies 2015, 52 : 112–120

Abstract

Background

No-rinse disposable wash gloves are increasingly implemented in health care to replace traditional soap and water bed baths without proper evaluation of (cost) effectiveness.

Objectives

To compare bed baths for effects on skin integrity and resistance against bathing and costs. Design: Cluster randomized trial.

Setting

Fifty six nursing home wards in the Netherlands.

Participants

Five hundred adult care-dependent residents and 275 nurses from nursing home wards.

Methods The experimental condition ‘washing without water’ consists of a bed bath with disposable wash gloves made of non-woven waffled fibers, saturated with a no-rinse, quickly vaporizing skin cleaning and caring lotion. The control condition is a traditional bed bath using soap, water, washcloths and towels. Both conditions were continued for 6 weeks. Outcome measures were prevalence of skin damage distinguished in two levels of severity: any skin abnormality/lesion and significant skin lesions. Additional outcomes: resistance during bed baths, costs.

Results Any skin abnormalities/lesions over time decreased slightly in the experimental group, and increased slightly in the control group, resulting in 72.7% vs 77.6% of residents having any skin abnormalities/lesions after 6 weeks, respectively ($p = 0.04$). There were no differences in significant skin lesions or resistance after 6 weeks. Mean costs for bed baths during 6 weeks per resident were estimated at s218.30 (95%CI 150.52–286.08) in the experimental group and s232.20 (95%CI: 203.80–260.60) in the control group (difference s13.90 (95%CI: 25.61–53.42).

D D'alessandro, P Tedesco, A Rebecchi, S Capolongo

Water use and water saving in Italian hospitals. A preliminary investigation.

Ann Ist Super Sanita 2016, 52 (1) : 56-62

Abstract

Aim

The aim of this work is to investigate about water use, wastage, saving and reuse in hospitals.

Methods

An anonymous ad hoc questionnaire was tested in a sample of 36 public hospitals in Lombardy region (21% of total public hospitals). Daily water consumption reported is on average equal to 481m³, ranging from 30 to 2280 m³. There is a strong correlation between water consumption and number of hospital beds ($p < 0.005$). In 33 hospitals (92%) water consumption is measured and, among them, in about 48% more than one flow meter is installed : 86% consider "important" the reduction of water consumption and about 55% recognized that wastewater could be minimized within the structures.

Discussion

There is a consensus about the need to train health personnel and to implement technical measures to improve the water resources management, but initiatives to raise knowledge and awareness of health personnel have been promoted only in 10% of hospitals.

Results

Results show not only a lack of awareness regarding water use and saving among the personnel in general, but also among heads of the hospitals technical office and energy managers as well. For this reason, it will be of interest to carry out this investigation at national level and also to develop recommendations to support and promote a save reuse of water in all the hospitals.

JWM Agar, A Perkins, A Tjipto

Solar-Assisted Hemodialysis

Clin J Am Soc Nephrol 2012, 7 (2) : 310 – 314

Background and objectives

Hemodialysis resource use—especially water and power, smarter processing and reuse of postdialysis waste, and improved ecosensitive building design, insulation, and space use—all need much closer attention. Regarding power, as supply diminishes and costs rise, alternative power augmentation for dialysis services becomes attractive. The first 12 months of a solar-assisted dialysis program in southeastern Australia is reported.

Design, setting, participants, & measurements

A 24-m², 3-kWh rated solar array and inverter—total cost of A\$16,219—has solar-assisted the dialysis-related power needs of a four-chair home hemodialysis training service. All array-created, grid-donated power and all grid-drawn power to the four hemodialysis machines and minireverse osmosis plant pairings are separately metered. After the grid-drawn and array-generated kilowatt hours have been billed and reimbursed at their respective commercial rates, financial viability, including capital repayment, can be assessed.

Results

From July of 2010 to July of 2011, the four combined equipment pairings used 4166.5 kWh, 9% more than the array-generated 3811.0 kWh. Power consumption at 26.7 c/kWh cost A\$1145.79. Array-generated power reimbursements at 23.5 c/kWh were A\$895.59. Power costs were, thus, reduced by 76.5%. As new reimbursement rates (60 c/kWh) take effect, system reimbursements will more than double, allowing both free power and potential capital pay down over 7.7 years. With expected array life of 30 years, free power and an income stream should accrue in the second and third operative decades.

Conclusions

Solar-assisted power is feasible and cost-effective. Dialysis services should assess their local solar conditions and determine whether this ecosensitive power option might suit their circumstance.

MB Hmida, T Mechichi, GB Piccoli, M Ksibi

Water implications in dialysis therapy, treats and opportunities to reduce water consumption : a call for the planet

Kidney International 2023, 104 : 46 – 52

Water is a dwindling natural resource and potable water is wrongly considered as a limited resource. Dialysis, particularly hemodialysis, is a water hungry treatment that impacts the environment. The global annual water use of hemodialysis is approximately 265 million m³/yr. In this reference estimate, two-thirds of this water is represented by reverse osmosis reject water discharged into the drain. In this review, we would like to draw attention to the complexity and importance of water saving in hemodialysis. We propose that circular water management may comply with the "3R" concept : **reduce** (reduce dialysis need, reduce dialysate flow, and optimize reverse osmosis performance), **reuse** (reuse wastewater as potable water), and **recycle** (dialysis effluence for agriculture and aquaponic use).

Awareness and sustainability should be integrated to create positive behaviors. Effective communication is crucial for water savings because local perspectives may lead to global opportunities. Besides the positive environmental impacts, planet friendly alternative may have significant financial returns. Innovative policies based on the transition of linear to circular water management may lead to a paradigm shift and establish a sustainable water management model. This review seeks to support policymakers in making informed decisions about water use, avoiding wasting, and finding solutions that may be planet friendly and patient friendly in dialysis, especially in hemodialysis treatments.



Van hygiëne tot infectiepreventie - Handboek voor verpleegkundigen en vroedvrouwen

Mia Vande Putte,
stafmedewerker op de dienst Ziekenhuishygiëne van UZ Leuven

Promotekst

Hygiëne en infectiepreventie zijn basiskennmerken van professionele zorgverlening. Een goed inzicht in alle mogelijke infectiebronnen en overdrachtswegen is dan ook cruciaal om besmettingen te voorkomen en te beperken.

Dit referentiehandboek voor verpleegkundigen en vroedvrouwen zet alle aspecten van hygiëne en infectiepreventie op didactische wijze uiteen, voor zowel de basiszorg als gespecialiseerde handelingen, en dat in de acute, de chronische en de thuiszorg. Bij elk onderwerp komen verschillende pijlers van kwaliteitszorg aan bod, zoals geschikte materiële voorzieningen en correcte procedures.

Het gekoppelde online Sofia-platform biedt een waaier aan digitale verrijking bij de vele onderwerpen die worden behandeld: zorginfecties; handhygiëne; reiniging, ontsmetting en sterilisatie van oppervlakken, materiaal, instrumenten en levende weefsels; algemene voorzorgsmaatregelen en isolatiemaatregelen, in

het bijzonder voor MRSA en Bijzonder Resistente Micro-Organismen, Clostridioides difficile en Covid-19; urineweginfecties; wondinfecties; bloedbaaninfecties; luchtweginfecties; voeding; linnen; afvalverwijdering; registratie van ziekenhuisinfecties, zorgbundels, patiëntveiligheid en FONA; veiligheids- en gezondheidsdiensten in zorginstellingen.

De casuïstiek op het online Sofia-platform verhoogt de verwijzing naar de praktijk. De oefeningen en het film- en beeldmateriaal op het Sofia-platform ondersteunen de lezer bij de verwerking van meer gedetailleerde kennis.

Mia Vande Putte is stafmedewerker op de dienst Ziekenhuishygiëne van UZ Leuven en verzorgt opleidingen over de preventie van ziekenhuisinfecties aan de KU Leuven. Als expert bij de Hoge Gezondheidsraad van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu werkt ze mee aan de nationale aanbevelingen voor infectiepreventie in de gezondheidszorg.

Om meer over te weten : <https://shop.acco.be/nl-be/items/9789464674552/De-l-hygi-ne---la-pr-vention-des-infections>

**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

I Informatie - Nieuws

Vaccinatiestrategie tegen seizoensgebonden griep Advies 9831

Winterseizoen 2024-2025

In dit jaarlijks terugkerende advies buigt de Hoge Gezondheidsraad zich over de vaccinatiestrategie tegen seizoensgebonden griep voor het aankomende winterseizoen. De groepen die gebaat zijn bij een jaarlijkse griepspuit blijven ongewijzigd

- alle personen vanaf 65 jaar,
- alle patiënten vanaf de leeftijd van 6 maanden die lijden aan :
 - o een onderliggende chronische aandoening van de longen (inclusief ernstige astma), het hart (uitgezonderd hoge bloeddruk), de lever of de nieren,
 - o een metabole aandoening (inclusief diabetes),
 - o een neuromusculaire aandoening,
 - o of een immuniteitsstoornis,
- alle personen met een BMI boven de 40,
- personen die in een instelling verblijven,
- alle zwangere vrouwen,
- kinderen vanaf 6 maanden tot 18 jaar die een langdurige aspirinetherapie ondergaan,
- alle personen die met een kind jonger dan 6 maanden of een kwetsbaar persoon samenwonen (cocoenvaccinatiestrategie),
- alle personen die werken in de gezondheidssector, binnen én buiten zorginstellingen.

Ook qua timing blijft de Hoge Gezondheidsraad bij zijn aanbeveling om de campagne te starten vanaf midden oktober. Een combinatieprik tegen COVID-19 is eventueel mogelijk.

Om meer over te weten :

[DBrCE9xJ4fdODuOwtwCqqmkJSza06e1IP4xPhS58isl3d.pdf](https://hgr-css.be/DBrCE9xJ4fdODuOwtwCqqmkJSza06e1IP4xPhS58isl3d.pdf) (hgr-css.be)



Nieuw van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) Hoge Gezondheidsraad (HGR) – Advies 9575

Aanbevelingen voor de diagnose, preventie en beheer van *Candida auris* infecties

Résumé



Candida auris, geïdentificeerd in 2009, vormt een bedreiging voor kwetsbare patiënten in ziekenhuizen. Deze gist kan ernstige bloedinfecties veroorzaken en is vaak resistent tegen de conventionele antifungale behandelingen. Ze kan lang overleven op de huid en op verschillende oppervlakken, wat de overdracht vergemakkelijkt. Sinds de ontdekking zijn er gevallen gemeld in meer dan 50 landen, waardoor het wereldwijd een ernstige gezondheidsbedreiging is geworden.

In dit advies presenteert de Hoge Gezondheidsraad een overzicht van de verspreiding van *Candida auris* op mondiaal, Europees en Belgisch niveau alsook aanbevelingen om de verspreiding van deze gist te beheersen, zoals :

- laboratoriumrichtlijnen voor analyses,
- de aanpak bij detectie van een gekoloniseerde of geïnfecteerde patiënt,
- de aanpak van een mogelijke nosocomiale overdracht,
- en aanbevelingen voor specifieke settings.

De Raad biedt bovendien een praktische fiche aan voor zorgverstrekkers die de richtlijnen samen

Om meer over te weten :

<https://www.hgr-css.be/nl/advies/9575/candida-auris>

WEBSITES

■ Websites om nooit te vergeten

- ABIHH - AUVB Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
<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://belgianinfectioncontrolsociety.com>
- 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 Belgique :
<https://www.nosoinfo.be>
- 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://shea-online.org>
- WIN, Werkgroep Infectiebeheersing netwerk verpleegkundige
<https://www.netwerkverpleegkunde.be>
- World Health Organization (WHO)
<https://www.who.int/gpsc/en>

WETENSCHAPPELIJKE AGENDA

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

- **23 - 25 SEPTEMBER 2024**
16th Annual Infection Prevention Society Conference: Infection Prevention 2024
 Locatie: Birmingham, United Kingdom
 Inlichtingen: <https://ip2024conference.com>
- **30 SEPTEMBER tot 1 OKTOBER 2024**
De 50ste Week van de Verpleegkundigen
 Studiedag infectiepreventie
 Locatie: Oostende, België
 Inlichtingen: <https://www.sf2h.net/congres/congres-sf2h-nancy-2024.html>
- **16 - 20 OKTOBER 2024**
SHEA ID week. A joint meeting of IDSA, SHEA, HIVMA, PIDS and SIDP
 Locatie: Los Angeles, Californie, USA
 Inlichtingen: info@shea.online.org
- **17 OKTOBER 2024**
Opleiding referentieverpleegkundige in de infectiepreventie 2024-2025
 Locatie: Erasmus Hoge School, campus Jette, Brussel
 Inlichtingen: <https://www.erasmushogeschool.be/nl/opleidingen/referentieverpleegkundige-de-infectiepreventie>

XVIIe Internationale Franstalige Bijeenkomst van de Verpleegkundigen gespecialiseerd in Hygiëne en Infectiepreventie

Hôtel Martin's, Louvain-La-Neuve, België

Y. Velghe

Voorzitter ABIHH, Adjunct-directeur Verpleegkundig en Paramedisch Departement UVC Brugmann – Brussel



Op 16 en 17 mei 2024 heeft de 'Association belge des infirmiers en hygiène hospitalière' (ABIHH, Belgische Vereniging voor de Verpleegkundige-ziekenhuishygiënist) de 18de internationale Franstalige bijeenkomst van de verpleegkundigen gespecialiseerd in hygiëne en infectiepreventie georganiseerd.

Dit evenement heeft 110 professionals op het gebied van infectiepreventie en -beheersing samengebracht, in samenwerking met de Luxemburgse vereniging URSIL, sectie PCI, de Zwitserse vereniging SIPI, de Franse vereniging SF2H en de Canadese vereniging AIPI, die helaas niet aanwezig kon zijn.

Deze bijeenkomst stond in het teken van het thema 'De verpleegkundige infectiepreventie en -beheersing: solidaire of solitaire?' Termen die op het eerste zicht volledig tegenstrijdig lijken, maar die al snel complementair worden. Dat is wat werd vastgesteld tijdens het verloop van het congres, met uiteenzettingen over onderwerpen zoals surveillance van de

infecties, opleiding, een stap terug doen en tal van andere originele initiatieven.

De eregaste, Justine Henin, heeft deze 2 daagse ingeleid met een uiteenzetting over de moeilijkheden die ze tijdens haar carrière heeft ervaren, alleen op de tennisbaan en omringd door een team. Ze heeft ook een aantal sleutels tot succes aangereikt, waarmee het publiek zich kon identificeren bij de uitdagingen op hun terrein.

Vervolgens hebben tal van hoogstaande presentaties elkaar opgevolgd, waarvan sommige uitdagend waren voor de beginnelingen in het vakgebied. Hieronder volgen enkele korte samenvattingen.

Een interdisciplinair en solidair strategisch plan - Revalidatiecentrum Colpach (L) - Laurence AERNOUITS

Het revalidatiecentrum van het kasteel van Colpach (Centre de Réhabilitation du Château de Colpach of CRCC) maakt deel uit van het nationale netwerk voor revalidatiezorg en vervolledigt het ziekenhuisaanbod in Luxemburg. Deze ziekenhuisstatus en het accreditatieproces dat de instelling heeft aangevat, vereiste de invoering van een functie verpleegkundige infectiepreventie. Voor deze nieuwe functie werd een strategisch plan opgesteld, met een uiteenzetting van de missie, de visie en de uit te voeren acties, gegroepeerd volgens 6 strategische pijlers. Er werd een stand van zaken opgemaakt bij de medewerkers. De hoeksteen van deze strategie, die een revalidatie van hoge kwaliteit wil garanderen voor elke patiënt, ongeacht zijn infectiestatus, is om iedereen aan boord te krijgen door de validatie en de betrokkenheid van al het personeel en door afstemming van het plan op dat van de directie.

Dankzij overleg met de medewerkers konden de sterke punten geïdentificeerd worden die hefbomen zullen worden, evenals de zwakke punten, bedreigingen en opportuniteiten die ontwikkeld moeten worden. Door hen vanaf het begin te betrekken, werd gemerkt dat ze geïnteresseerd waren en een actieve rol wilden spelen in het programma, waardoor de interdisciplinariteit gestimuleerd kon worden.

Vele factoren beïnvloeden het risico op infectie en een totaalaanpak is aanbevolen. Het afstemmen van de plannen is essentieel voor een geïntegreerde aanpak om de IPC-strategie te ondersteunen.

Duurzame ontwikkeling in het operatiekwartier: Welzijn, Kwaliteit en Duurzaamheid in het CHU VAN LUIK (B) - Deborah MERTENS

Een nieuw standpunt aansluitend bij de tijdgeest

De druk op het gezondheidszorgsysteem tijdens de pandemie heeft tot een grote crisis in het gebruik van materialen geleid en heeft de kwetsbaarheid van de bevoorradingsketens aangetoond. Bovendien heeft het beheer van ziekenhuisafval tijdens de COVID-crisis voor meer vervuiling van de oceanen gezorgd, terwijl de klimaatverandering een mondiale prioriteit is voor de volksgezondheid. De gezondheidszorg, met name in het operatiekwartier, genereert een aanzienlijke uitstoot van broeikasgassen. Er konden geen significante verbanden worden vastgesteld tussen het welzijn enerzijds en het wegwerpmateriaal vóór de interventie anderzijds. Deze verspilling werd echter wel objectief gekwantificeerd en geraamd in kg CO₂, in reëel gewicht en in euro.

Om de ecologische en economische voetafdruk van wegwerpmateriaal te verminderen, moeten redelijke en toegankelijke alternatieven worden overwogen.

Een mooie bewustmaking rond milieubescherming.

Resultaat van een effectieve samenwerking in de campagne tegen griep tussen de eenheid HPCI Vaud en EMS - Kantoneenheid HPCI Vaud (CH) - Patricia CUINA IGLESIAS

Eén van de taken van de kantoneenheid HPCI (Hygiëne - Infectiepreventie en -beheersing) Vaud is het ondersteunen van de instellingen voor chronische zorgverlening in het kanton Vaud. Door een nauwe samenwerking van de respondenten van het HPC (IPC-referenten) of kaderleden van de EMS-instellingen (medisch-sociale instellingen) met de eenheid HPCI Vaud kan informatie worden verkregen over de vaccinatiegraad, het aantal griepgevallen en -uitbraken (Zwitserse term voor een stijging van het aantal gevallen) en kunnen gepersonaliseerde

aanbevelingen worden gedaan.

Ondanks de beperkte omvang van de steekproef lijkt deelname aan de griepvaccinatiecampagne een gunstig effect te hebben gehad op beide indicatoren. De epidemiologische gegevens die zijn verzameld dankzij de samenwerking tussen de HPCI-respondenten van de EMS-eenheden (referentiecontacten) en de eenheid HPCI Vaud, bieden een meerwaarde voor deelname aan de campagne en de inzameling van de gegevens.

De analyse van de beroepspraktijken (PPA) of hoe (opnieuw) aanknopen met zijn netwerk - CPias Nouvelle-Aquitaine (F) - Laurence ROUSSEAUD

De medische en niet-medische professionals die werkzaam zijn op het gebied van infectiepreventie en -beheersing (IPC), voeren transversale opdrachten uit die naast de vereiste wetenschappelijke en methodologische kennis ook een hoog niveau van interpersoonlijke vaardigheden vereisen.

Om hen ruimte en tijd te bieden om hun professionele ervaring onder woorden te brengen, zijn er Opleidingsgroepen voor en door de Analyse van Beroepspraktijken (GFAPP) opgezet. Hun doel bestaat erin om individuele en collectieve strategieën aan te leren en te ontwikkelen om unieke en complexe situaties «te leren analyseren» om soortgelijke situaties beter te kunnen begrijpen. Deze PPA-workshops konden op veel belangstelling rekenen bij de hygiënisten.

De interpersoonlijke vaardigheden, die de kern vormen van de transversale opdrachten van de hygiënisten, moeten op dezelfde manier ontwikkeld kunnen worden als hun wetenschappelijke vaardigheden. Dankzij de PPA-benadering stelt reflectie mensen in staat om een stap terug te zetten ten aanzien van hun professionele ervaring en biedt het een passend antwoord op de behoeften aan opleiding en cohesie van deze groepen.

De aansluiting bij een GFAPP kan zodoende veranderingen teweegbrengen in de professionele praktijken en eenieders houding, terwijl het de solidariteit tussen collega's versterkt..

Student-verpleegkundigen van het operatiekwartier op stage in een operationeel hygiëneteam, een opportuniteit? - CHU Rijsel (F) - Cécile MONTSIMERT

De operatiezalen en interventiezalen zijn sites die afgesloten zijn door 'douanes'. De hypergespecialiseerde professionals die in deze technische platforms werkzaam zijn, hebben soms niet de reflex om beroep te doen op de vaardigheden van het OTH (Operationele Team voor Hygiëne). Hun beeld van de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist blijft nog steeds erg karikaturaal. Het CHU van Rijsel organiseert in alle operatiezalen opleidingen en audits om het bewustzijn rond infectierisico's te verhogen bij de studenten verpleegkunde in de operatiezalen. Tijdens hun stage worden ze uitgenodigd om deel te nemen aan deze acties.

Dankzij hun positie en hun betrokkenheid helpen deze studenten het OTH om de preventie van het infectierisico te promoten in deze sectoren en om uitwisselingen over de problemen die ze tegenkomen, te vergemakkelijken. Door hun investering en hun betrokkenheid worden ze ideale contactpersonen. Deze professionals kunnen een belangrijke bijdrage leveren bij de opdrachten van de OTH's binnen de technische platformen.

Hoe de praktijken op het vlak van Infectiepreventie en -beheersing (IPC) van een ziekenhuis in volle herstructurering verbeteren?: Ontwikkeling van opleidingen in alle onafhankelijkheid om de hygiënepraktijken in ziekenhuizen te verbeteren - HUmani hôpital van Chimay (B) - Adeline MOREL

Als nieuwe IPC-verpleegkundige in een ziekenhuis dat geïntegreerd wordt in een zorgnetwerk, moest ze hulpmiddelen vinden om de basisprincipes van ziekenhuishygiëne opnieuw te definiëren, de teams te motiveren en praktijken te verbeteren die verzwakt waren door de Covid19-pandemie, en dat allemaal terwijl er gedurende enkele maanden geen IPC-team was. Ze heeft de kennis van ziekenhuishygiëne versterkt met behulp van een innovatieve, leuke opleidingstool... de virtual reality error room.

Dit soort opleiding werd goed onthaald door de zorgverleners en lijkt een nuttig hulpmiddel om hen aan te moedigen om hun werkwijzen bij te stellen.

Implementatie van een professionele referent voor infectiepreventie en -beheersing in de extramurale sector (L) - Angélique JODEL

Na de COVID19-gezondheids crisis en in het kader van een nieuwe wet werd een opleiding ontwikkeld voor referenten op het vlak van infectiepreventie en -bestrijding. Het doel is om kaderpersoneel in de Luxemburgse extramurale sector op dit gebied op te leiden en het belang van infectiepreventie en -beheersing in de sector te vergroten.

Een wedstrijd om handhygiëne te verbeteren - Hôpital Saint Antoine Paris (F) - Gil DHENIN

Ontsmetten van de handen met een hydro-alcoholische oplossing helpt om kruisoverdracht van micro-organismen te beperken, maar wordt niet steeds optimaal toegepast in de praktijk. De afgelopen 3 jaar heeft de 'Unité de Prévention du Risque Infectieux' (UPRI) van het ziekenhuis een wedstrijd georganiseerd over handhygiëne (HH) voor de zorgprofessionals.

Het doel van de wedstrijd was om de kennis te evalueren en mensen te herinneren aan de goede praktijken op het vlak van HH, tijdens een gezellig moment met de zorgverleners. Het doel van dit werk was om de kwalitatieve en kwantitatieve impact van deze aanpak in het ziekenhuis te analyseren. Zo konden de praktijken op het vlak van HH worden geëvalueerd en de evolutie ervan in de loop van de tijd worden opgevolgd.

Katheterinfectie op de afdeling dialyse; een heel verhaal! - CHU Jolimont (B) - Natacha HOUDART

In 2021 heeft het dialyseteam contact opgenomen met het Team Infectiepreventie en -controle (TIPC) omdat ze het gevoel hadden dat het aantal katheterinfecties steeg. Om dat aantal te verminderen werden een reeks maatregelen genomen, met behulp van de multimodale strategie van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WGO). De hoofdverpleegkundigen hebben het TIPC om hulp gevraagd bij het opzetten van infectiepreventiemaatregelen voor het gehele patiëntentrajec, d.w.z. de plaatsing van de dialysekatheter, de onmiddellijke postoperatieve aanpak en de aanpak tijdens de hemodialyse. In elke fase van het proces werd ook aandacht besteed aan het gedrag van de patiënt. Het TIPC is tussengekomen, voornamelijk voor het nemen van maatregelen zoals het gebruik van een instrument dat werd ontwikkeld door de teams voor infectiepreventie in Frankrijk in het programma

SPIADI. Dit instrument heeft het mogelijk gemaakt om de plaatsing van de katheters, de postoperatieve aanpak en de hemodialysepraktijken te auditeren. Het inadequate gedrag van de patiënt wordt gerapporteerd in de software voor het rapporteren van ongewenste voorvallen. Een snelle identificatie van verschillende mogelijkheden voor verbetering in de organisatie en de praktijk van de handhygiëne werd mogelijk gemaakt.

Voorstelling van een origineel filmfragment om de boodschap over te brengen.

Verbetering van de praktijken voor afname van hemoculturen bij volwassenen op de dienst Spoedgevallen: het belang van samenwerking tussen het IPC-team en de teams op het terrein - HOST Helora (B) - Isaline MIESSE

Bijbesmetting van bloedkweken heeft nefaste gevolgen voor zowel patiënten als ziekenhuizen. Op de dienst Spoedgevallen wordt het grootst aantal hemocultuurmonsters afgenomen.

Het doel om de frequentie van hemocultuurbijbesmetting op de dienst Spoedgevallen te verlagen kon worden bereikt dankzij de invoering van een multimodale strategie:

- Actualisering van de afnameprocedure
- Opvolging van de bijbesmettingspercentages + vragenlijst om de werkwijze van de verpleegkundigen te evalueren (vóór en na implementatie van de procedure)
- Communicatie met de dienst Spoedgevallen + opleiding over de nieuwe procedure

Het succes van het project varieerde van ziekenhuis tot ziekenhuis, net zoals de interesse van de hoofdverpleegkundige op de dienst Spoedgevallen voor het project.

Stand van zaken om de plaatsing van perifere veneuze katheters te optimaliseren op een dienst Spoedgevallen - CHD Vendée (F) - Magali FRONT

De perifere veneuze katheter (PVK) wordt vaak gebruikt in ziekenhuizen, vooral op de dienst Spoedgevallen. PVK is gemeengoed geworden, ondanks het bestaan van complicaties, vooral infecties.

Het doel van deze studie is om de praktijken en kennis over de plaatsing en opbouw van PVK's op de dienst Spoedgevallen te inventariseren en om het risico te meten dat de zorgverleners ervaren bij het gebruik van dit medisch hulpmiddel, teneinde het gebruik ervan te optimaliseren en de veiligheid voor de patiënt te verhogen.

Er werd een multidisciplinaire werkgroep opgericht om de plaatsing van PVK's en de keuze van de meest geschikte opbouw van de infuusleidingen te optimaliseren en om de modaliteiten voor opleiding en bewustmaking van de teams op de dienst Spoedgevallen te definiëren.

Evaluatie van het zorgtraject thuis voor een patiënt met Picc-Line: Patiënt-tracker-methode - CHU Nantes (F) - Blandine GUILLEY - LERONDEAU

Een Picc-Line is een intravasculair systeem (IVS) dat geschikt is voor verschillende zorgtrajecten, zowel in het ziekenhuis als thuis. Dit IVS biedt echte voordelen voor de behandeling van patiënten, maar kan ook leiden tot complicaties, met name infecties. Het katheterteam van het ziekenhuis centraliseert de plaatsing van IVS en coördineert - samen met het Operationeel Team voor Hygiëne (OTH) - de follow-up ervan binnen het ziekenhuis. Er bestaat echter geen follow-up van deze IVS in de thuissituatie. Het OTH heeft dus verkennende werkzaamheden

uitgevoerd om de overdracht van informatie met betrekking tot IVS en de veiligheid van de geboden zorgverlening te beoordelen, met als doel de samenwerking tussen de verschillende professionals gedurende het zorgtraject van een patiënt met een PICC te evalueren (methode van de patiënt-tracker van de HAS (Haute Autorité de Santé), gebaseerd op de ervaring van de patiënt en de professionals gedurende de gehele behandeling).

Deze aanpak is een eerste stand van zaken van de aanpak thuis-ziekenhuis voor een patiënt met IVS. Het belicht een aantal positieve punten, maar verbeteringen zijn noodzakelijk om de gehele zorg te waarborgen en veilig te stellen.

Beheersing van een epidemie met vancomycineresistente enterokokken in de Cliniques universitaires Saint-Luc te Brussel (B) - Emilian DUMITREASA

De opkomst van vancomycineresistente enterokokken (VRE) is een groot probleem in de gezondheidszorg.

Tijdens een outbreak is het essentieel om te kiezen voor een multidisciplinaire aanpak, waarbij alle professionals rondom de patiënt worden betrokken teneinde VRE effectief te bestrijden, de epidemie in te dijken en de gevolgen ervan zoveel mogelijk te beperken.

Het coachen van personeel dat de VRE-positieve patiënten verzorgt, en het uitvoeren van audits waren cruciale elementen om ervoor te zorgen dat IPC-aanbevelingen worden geïmplementeerd in de verzorging van deze patiënten en om de epidemie in te dijken.

Nooit alleen! GHC-HCL Lyon (F) - Florence DEPAIX

Een dienst voor niertransplantatie is getroffen door een epidemie met opkomende hoogresistente bacteriën (oHRB). Er werden tal van corrigerende maatregelen ingevoerd: opleiding, risico-analyse bezoek, oppervlaktebemonsteringen, enz.

Deze verschillende acties werden aangevuld met een onderzoek naar de modaliteiten voor het beheer van het materiaal van de onderhoudsfirma van de gebouwen, om een mogelijk verband te kunnen vaststellen tussen de epidemie en het materiaal dat wordt gebruikt voor de bioreiniging. Het reactievermogen van de verschillende spelers die bij dit onderzoek betrokken waren, heeft een positieve impact gehad op alle diensten. Deze situatie heeft ons in staat gesteld om een band op te bouwen met de dienstverlenende firma en de directie die belast is met deze opdracht. De betrokkenheid van de leden van het operationeel team infectiepreventie (OTH) en de samenwerking met de directies van de instelling en de dienstverlenende firma zijn één van de sleutels tot succes in de opdrachten van het OTH bij de preventie van het infectierisico.

Centrale rol in het hart van een uniek onderzoek - Hôpital Pitié Salpêtrière Paris (F) - Nathalie LEGROS

Eén van de belangrijkste opdrachten van de IPC-verpleegkundige is het onderzoeken van clusters. Dit werk kenmerkt zich door solitaire maar ook solidaire aspecten. Ten gevolge van een ongepubliceerde epidemie werd een ongewone gist geïdentificeerd. Deze alomtegenwoordige gist, *Trichosporon inkin*, is niet goed gekend en zijn gebruikelijke biootoop is de menselijke huid en huidschilfers. Bij het rapporteren van dit onderzoek werd de IPC-verpleegkundige geconfronteerd met een solitaire centrale rol in de analyse van de gegevens en het formuleren van hypothesen. Dankzij haar expertise en acties, is ze een belangrijke tussenpersoon voor de samenwerkingsverbanden op het terrein. Dat geeft haar

een belangrijke solidaire rol binnen het IPC-team, waarbinnen de belangen gemeenschappelijk zijn: het voorkomen en controleren van het infectierisico voor de patiënt.

De rol van EPIAS in het verminderen van het infectierisico bij digestieve endoscopie - Hôpital du Jura (CH) - Coralie BARNIER

Zorginfecties die verband houden met endoscopen gebruikt tijdens endoscopische cholangiopancreatografie, zijn problemen die de afgelopen decennia in de literatuur werden gemeld. Het is een wereldwijd probleem voor de volksgezondheid en het betreft vooral overdrachten van Carbapenemase producerende Enterobacteriaceae (CPE), te wijten aan een tekortkoming in het reinigings- en desinfectieproces van de endoscopen. Deze vermijdbare overdrachten zijn het directe gevolg van een gebrek aan opleiding van het endoscopiepersoneel over het infectierisico. Een multidisciplinaire aanpak en nauwe samenwerking met de dienst Infectiepreventie en -beheersing, gebaseerd op structurele evaluaties, hebben ons in staat gesteld om te voldoen aan internationale en nationale aanbevelingen door het meten van post-interventieresultaten die helpen om het risico op zorginfecties bij digestieve endoscopie te beperken. Originele presentatie door middel van storytelling aan de hand van een filmfragment.

Optimalisatie van de aanpak van MDRO in het Hôpital de la Citadelle: Ontwikkeling van een innovatieve IT-applicatie en aanvullende initiatieven - CHU Luik (B) - Zoé CROKART

Dit werk heeft zich toegespitst op het verbeteren van de protocollen voor de aanpak van multiresistente micro-organismen (MDRO's) en ziektekiemen met epidemische connotaties in het Hôpital de la Citadelle. Via een systematische aanpak werden bestaande lacunes in de huidige praktijken geïdentificeerd en strategieën uitgewerkt om de doeltreffendheid van de protocollen te verbeteren.

Naast de tastbare verbeteringen van de protocollen en de waarneembare resultaten, heeft dit werk ook het fundamentele belang van de concepten 'solitaire' en 'solidaire' in de ziekenhuiscontext belicht.

Door deze twee aspecten te combineren, beperkt het werk zich niet tot het optimaliseren van de processen, maar geeft het ook vorm aan een allesomvattende, geïntegreerde en humane bestrijding van de infecties in het Hôpital de la Citadelle. Dit initiatief vormt niet alleen een wetenschappelijke en operationele vooruitgang, maar levert ook een belangrijke bijdrage aan de collectieve gezondheid en de solidariteit binnen de ziekenhuisgemeenschap.

Multidisciplinaire samenwerking bij de implementatie van een surveillance van postoperatieve wondinfecties - Academisch ziekenhuis Genève (CH) - Isabelle SOULAKE

Sinds oktober 2021 heeft het Zwitserse programma voor surveillance van postoperatieve wondinfecties (Swissnoso) vaatchirurgie van de onderste ledematen opgenomen. De invoering van deze nieuwe surveillance in de universitaire ziekenhuizen van Genève heeft de deelname en opleiding van personen uit verschillende vakgebieden vereist.

Voor het verzamelen van gestandaardiseerde en geautomatiseerde gegevens was een nauwe samenwerking tussen verschillende professionals noodzakelijk.

De verpleegkundige infectiepreventie en -beheersing: Zoals Gilbert al zong ... Eenzaamheid bestaat niet? - UVC Brugmann (B) - Albertine METANGO

Zorginfecties (ZI) en de opkomst van nieuwe infectierisico's (SARS, MDRO, Prionen, virussen, enz.) hebben impact op de mortaliteit en morbiditeit van patiënten. Als gevolg hiervan speelt het team voor infectiepreventie en -beheersing een cruciale rol door te waken over de invoering van de processen om de veiligheid van iedereen intra en extra muros te garanderen, met inachtneming van de aanbevelingen en kwaliteitsindicatoren voor hygiëne van de Hoge Gezondheidsraad.

Dit werk is een objectieve heroverweging van de dagelijkse praktijk en van de rol van de IPC-verpleegkundige. In de post-pandemische context blijkt de IPC-verpleegkundige een belangrijke schakel te zijn in het IPC-team en binnen de instelling, door haar aanwezigheid op het terrein, haar actieve, collaboratieve en multidisciplinaire aanpak en haar vermogen om zichzelf in vraag te stellen.

Naar een nieuwe procedure met aanvullende voorzorgsmaatregelen voor de respiratoire virussen - ZOL Genk (B) - Caroline WELTJENS

Nieuwe procedure met betrekking tot de bijkomende voorzorgsmaatregelen voor respiratoire infecties. Als reactie op de SARS-CoV-2-pandemie zijn talloze nationale en internationale richtlijnen beschikbaar. Deze zijn vaak verwarrend en niet altijd gebaseerd op wetenschappelijk bewijs.

Het huidige beleid van het ziekenhuis met betrekking tot respiratoire virussen omvat veel verschillende maatregelen. Dit maakt het complex voor de zorgverleners.

Het doel van het project was om de aanpak voor alle respiratoire virussen te standaardiseren door een duidelijk beleid en haalbare maatregelen in te voeren, zoals de installatie van luchtzuiveringstoestellen voor patiënten met bijkomende voorzorgsmaatregelen voor een respiratoir virus. Daarnaast zullen handschoenen en schorten niet langer deel uitmaken van de standaard isolatiemaatregelen en enkel op indicatie van toepassing zijn (zoals voor alle patiënten). De verplichting om handschoenen en een schort aan te trekken alvorens een isolatiekamer te betreden is een gekende barrière, waarvan de afschaffing een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorgverlening (handhygiëne) en die de eenzaamheid van patiënten met bijkomende voorzorgsmaatregelen kan verminderen.

Leuk weetje: Deelname van een Nederlandstalige collega, die perfect tweetalig is en lid is van ABIHH.

Handhygiëne, een dagelijkse uitdaging: Kom en doe mee aan de challenge! - CHRU VAN NANCY (F) - Marina LEONARD

Handhygiëne is een middel om zorginfecties te bestrijden. Dit jaar heeft het Centre Régional Hospitalier Universitaire (CHRU) voor de Wereld Handhygiëne Dag ervoor gekozen om de sociale netwerken te gebruiken om het bewustzijn bij de zorgverleners te vergroten.

De nieuwe communicatiemethoden en -middelen maken het mogelijk om een breed publiek (zorggebruikers en zorgverstrekkers) te bereiken, nieuwsgierigheid, maar ook uitwisselingen op te wekken, de codes te veranderen en een ander imago te geven aan hygiëne.

Ontwikkeling van een escape game in CHUV van Lausanne als onderdeel van de campagne ter bevordering van de handhygiëne 2023 - CHUV Lausanne (CH) - Auriane LACOT

Escape games zijn erkend als effectieve pedagogische instrumenten. Ze worden echter niet veel gebruikt op het gebied van hygiëne, infectiepreventie en -beheersing (HIPC).

Een escape game is leuk, meeslepend en gemakkelijk te gebruiken en daardoor zeker een interessant en innovatief pedagogisch instrument. De aanpasbare en evolutieve inhoud maakt het mogelijk om verschillende beroeps categorieën te bereiken met zeer positieve feedback.

Rondetafelgesprek over de uitdagingen van morgen

Tijdens een rondetafelgesprek kon elke beroepsvereniging de situatie van de IPC-verpleegkundige in zijn land presenteren, in termen van hun academisch parcours, de erkenning en de toekomst.

Gezien de verschillende situaties is er nog een lange weg te gaan voordat we tot een gemeenschappelijke opleiding en diploma komen binnen de Europese Gemeenschap en Zwitserland.

Bovendien hebben België en Zwitserland nog een andere moeilijkheid, aangezien het onderwijs in deze 2 landen een bevoegdheid van de gemeenschappen is.

Toch is het door het enthousiasme en de motivatie van de verschillende leden dat elke beroepsvereniging zich verder zal kunnen ontwikkelen, misschien niet onmiddellijk op Europees niveau, maar al wel in eigen land.

Kortom, de XVIIIe internationale Franstalige bijeenkomst van de verpleegkundigen gespecialiseerd in hygiëne en infectiepreventie was een succes!

De introductie van Justine Henin, de kwaliteit en diversiteit van de uiteenzettingen, de vlekkeloze organisatie, de aanwezigheid van de bedrijven en de gezellige sfeer hebben allemaal bijgedragen aan het succes van dit evenement, dat bij velen dierbare herinneringen zal achterlaten.

Het was ook een gelegenheid om de 50ste verjaardag van onze beroepsvereniging te vieren.

De volgende bijeenkomst is gepland op 1 en 2 oktober 2026 in Arcachon. <https://www.sf2h.net/actualites/rencontres-internationales-francophones-des-infirmiers-en-pci-2026.html> [sf2h.net]



I Redactie

Redactie

G. Demaiter, T. De Beer, Y. Glupczynski, K. Matthys
A. Simon, A. Spettante, Y. Velghe, N. Verbraeken.

Redactiecoördinator

A. Simon

Redactiesecretariaat

A. Simon

Email : anne.simon@helora.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

www.sciensano.be/nl
info@sciensano.be



Dienst Zorginfecties & Antibioticumresistentie
www.nsih.be
nsih-info@sciensano.be

Netwerk verpleegkunde

Werkgroep Infectiebeheersing Netwerk
verpleegkunde (WIN)

Mevr. Camelia Bogaert

Tel: 02/737.97.83

Email: administratie@netwerkverpleegkunde.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 :

Universitair Ziekenhuis Erasmus,

Lennikslaan, 808,

1070 Bruxelles.

Tel: 02/555.67.46

Fax: 02/555.85.44

Email: elise.brisart@ulb.ac.be

www.belgianinfectioncontrolsociety.com



LIDGELD BICS :

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen 30 €

Artsen 70 €

Artsen in opleiding 30 €

Anderen 55 €

> via www.belgianinfectioncontrolsociety.be

noso info

is ook beschikbaar op internet :
www.nosoinfo.be