

Inhoud

- 2 |** Preventie van nv-HAP: een (nieuwe) uitdaging voor Infection Prevention & Control teams
- 7 |** Mijn tinnen huwelijk bij de Belgische Vereniging van Verpleegkundigen Ziekenhuishygiënist (ABIHH)
- 15 |** Infectiepreventie zoals gezien door studenten verpleegkunde en infectiepreventie in de praktijk: Verschillen en gelijkenissen tussen theoretisch onderwijs en de praktijk.
- 19 |** MRSA-screening in een psychiatrisch ziekenhuis: een doordachte aanpak in een complexe setting
- 22 |** Multimodale strategie ter preventie van CAUTI in 4 Belgische ziekenhuizen
- 27 |** “Dierenbemiddeling” op de afdeling intensieve zorg voor kinderen en volwassenen in HUB. En wat met de hygiëne?
- 31 |** Nieuws van Sciensano
- 35 |** Websites
- 36 |** Wetenschappelijke agenda
- 37 |** Slotwoord
- 38 |** Redactie
Onze partners

Editoriaal



Beste lezeressen, beste lezers,

Met dit nummer sluiten we niet alleen het jaar af, maar ook een bijzonder hoofdstuk in onze geschiedenis. Het is namelijk het allerlaatste nummer van Noso-Info. Daarmee komt een einde aan een reeks van opeenvolgende engagementen, die zowel het tijdschrift Noso-Info als de infectiepreventie in België mee vorm hebben gegeven. Maar zoals bij elk einde, ontstaat er ruimte voor een nieuw begin: gevoed door ervaring, gedragen door expertise en ondersteund door een steeds sterker betrokken gemeenschap van professionals.

Dit nummer toont opnieuw de rijkdom en diversiteit van de uitdagingen die ons verbinden. Zo krijgt de preventie van nv-HAP - nog te weinig bestudeerd, maar cruciaal voor patiëntveiligheid - een prominente plaats. De getuigenis over het “tinnen jubileum” van de voorzitter van de ABIHH herinnert ons dan weer met kracht en nederigheid aan hoe vrijwillige inzet een beroep, een team en soms zelfs een volledige loopbaan kan veranderen.

De verschillende perspectieven van studenten, docenten en infectiepreventie professionals benadrukken een essentiële uitdaging: die van kennis en ervaringen overdragen, opleiden en begeleiden. Alleen zo kan de praktijk op het terrein aansluiten bij de theoretische vereisten en wordt infectiepreventie niet ervaren als een hindernis, maar als een vanzelfsprekende reflex in goede zorg.

Doorheen deze bijdragen ontvouwt zich een volledig ecosysteem: instellingen in beweging, samenwerkingen die groeien, professionals die innoveren, delen, zich vragen stellen en samen vooruitgaan. Dáár ligt de kracht van ons vakgebied: een collectieve dynamiek die de uitdagingen van vandaag omzet in de oplossingen van morgen.

Ik wil ieder van jullie bedanken — auteurs, proeflezers, leden van de redactieraad, IPC-teams, docenten, partners en trouwe lezers — voor jullie inzet, bijdragen en vertrouwen. Noso-Info kon alleen bestaan dankzij jullie en dankzij de gezamenlijke wil om de kwaliteit en veiligheid van zorg voortdurend te verbeteren.

Moge deze overgang - hopelijk naar een vernieuwde formule van Noso-Info - een stap zijn naar een nieuwe fase. Laten we infectiepreventie blijven uitdragen met nieuwsgierigheid, overtuiging en hoge standaarden. Laten we blijven bouwen aan netwerken die ons beroep vooruithelpen en onze patiënten beschermen.

Omdat ik besloten heb geen deel meer uit te maken van de toekomstige geschiedenis van Noso-Info, wil ik in het bijzonder diegenen bedanken die in mij geloofden en die mij al die jaren het vertrouwen gaven om de redactie te leiden.

Samen met de redactieraad wens ik u een inspirerende leeservaring en een betekenisvol nieuw jaar, rijk aan mooie projecten.

Anne Simon

noso info

HOOFDARTIKEL

Preventie van nv-HAP: een (nieuwe) uitdaging voor Infection Prevention & Control teams

Guido Demaiter

Verpleegkundig ziekenhuishygiënist az groeninge Kortrijk, lid van de WIN (Werkgroep Infectiebeheersing Netwerk verpleegkunde)



Inleiding

Pneumonie is wereldwijd de meest frequent voorkomende zorginfectie (HAI) en wordt volgens Amerikaanse studies geassocieerd met een belangrijke morbiditeit, mortaliteit en kost ⁽¹⁻⁴⁾. In Europa is het impact van pneumonie als zorginfectie nauwelijks bestudeerd. Tot voor kort ging (in het beste geval) de aandacht van IPC teams uitsluitend naar de surveillance en preventie van ventilator-geassocieerde pneumonie (VAP). Dit is opmerkelijk want 2/3 van alle in het ziekenhuis verworven pneumonieën doen zich voor bij niet geventileerde patiënten ⁽⁵⁻⁶⁾.

Nationale programma's voor de preventie van niet-ventilatorgeassocieerde in het ziekenhuis verworven pneumonie (nv-HAP), al dan niet opgebouwd conform de WHO multimodale verbeterstrategie, ontbreken ⁷. De negatieve impact van nv-HAP voor patiënt en zorgsysteem is aanzienlijk 4,8. Niet voor niets werd door het ECRI (Emergency Care Research Institute) nv-HAP in 2022 opgenomen in de top 10 van belangrijkste werkpunten inzake patiëntveiligheid.

Niettemin staande vanuit diverse hoeken ^{7,9} een oproep tot actie werd geformuleerd is de opmaak van een multimodale verbeterstrategie voor de preventie van nv-HAP niet eenvoudig. In dit artikel worden een aantal knelpunten benoemd maar ook suggesties gedaan m.b.t. een mogelijke en haalbare aanpak.

Definitie van nv-HAP

Binnen Europese context lijkt het gebruik van de ECD definitie voor pneumonie aangewezen. Deze surveillance definitie wordt o.a. gebruikt in de Europese puntprevalentiestudies m.b.t. zorginfecties in acute ziekenhuizen en is tevens opgenomen in het Sciensano protocol m.b.t. nationale surveillance van nosocomiale infecties op intensieve zorgen (2004). De CDC/NHSN hanteert een soortgelijke definitie zij het met enkele nuances en andere subcategorisering van pneumonieën.

Fig.1 ECDC, CDC/NHSN definitie van nv-HAP 3,10

RX	Optreden van een suggestief beeld van een pneumonie in 2 of meerdere opeenvolgende thorax radiografieën of CT-scans bij patiënten met onderliggende cardiale of pulmonaire aandoeningen. Bij patiënten zonder onderliggende cardiale of pulmonaire aandoeningen volstaat één bevestigende thorax radiografie of CT-scan.
Symptomen	Tenminste één van de volgende - Koorts > 38 °C zonder ander oorzakelijk verband - Afwijkend aantal witte bloedcellen ≤4.000 of ≥12.000 ≥70 jaar & acute verwardheid zonder andere verklaring ^(enkel CDC/NHSN) En tenminste één van de volgende (of ten minste 2 bij 'slechts' een klinisch vermoeden en geen microbiologische bevestiging) - Optreden van etterig sputum of veranderingen in de karakteristieken van het sputum (kleur, geur, hoeveelheid, consistentie) - Hoest of dyspnoe of tachypnoe - Suggestieve auscultatie (crepitaties of bronchiaal ademgeruis), ronchi, wheezing - Verslechtering van de gasuitwisseling (bv. O2-desaturatie of toegenomen zuurstofbehoefte of toegenomen nood aan ventilatie)
Microbiologie	- Positieve kwantitatieve cultuur van BAL of endotracheaal aspiraats - Positieve hemocultuur niet gerelateerd aan andere oorzaak - Positieve cultuur pleuraal vocht - Positief histologisch onderzoek - Positieve PCR virale respiratoir pathogeen - Positieve antigeentest urine (Legionella) - Positieve niet kwantitatieve cultuur van sputum of luchtwegstaal - Geen positieve microbiologie

Surveillance

Metten is weten maar het goed in kaart brengen van nv-HAP is niet alleen complex maar ook erg arbeidsintensief. In tegenstelling tot andere zorginfecties zijn vrijwel alle gehospitaliseerde patiënten at risk. In afwezigheid van automatische of semi-automatische surveillance is een doorlopende surveillance een onmogelijke taak rekening houdend met de huidige IPC bestaffing in ziekenhuizen. Om het probleem van tijdrovende en complexe surveillance te omzeilen wordt soms gebruik gemaakt van ICD-10 codes voor pneumonie ontstaan na 48u hospitalisatie en niet aanwezig bij opname. Deze werkwijze gaat gepaard met een lage sensitiviteit en specificiteit en wordt bijkomend beïnvloed door interhospital variabiliteit in ICD10 codering^{4,11,12}. Mueller et al. rapporteert bvb. een sensitiviteit van 53.7%¹². Minimale Ziekenhuis Gegevens gebruik wordt doorgaans niet aanbevolen als surveillance techniek en leidt vaak tot onderschatting. Binnen weliswaar een andere context komt een Belgische studie tot eenzelfde conclusie¹³.

Door het algemeen gebruik van elektronische patientendossiers biedt de invoering van (semi) automatische surveillance een veel belovende oplossing¹⁴⁻¹⁵. Bij automatische surveillance detecteert software (algoritmes of machine learning-systemen) nv-HAP op basis van gegevens uit elektronische patiëntendossiers (EPD), vitale parameters, laboratoriumuitslagen, RX-rapporten... Bij volledig geautomatiseerde surveillance is er geen handmatige bevestiging vereist van de gedetecteerde infectie casussen. Bij semi-automatische surveillance identificeert de software verdachte gevallen op basis van vastgelegde criteria. In een tweede tijd wordt manuele dossieranalyse uitgevoerd van de verdachte gevallen om uit te maken of het werkelijk om een nv-HAP gaat. Sensitiviteit, specificiteit en mogelijke werklastreductie van diverse algoritmes voor semi-automatische surveillance van nv-HAP werden in het UZ Zürich bestudeerd¹².

De mate waarin deze algoritmes bruikbaar zijn hangt af van lokale gebruiken en de wijze waarop alle nodige data gestructureerd vastgelegd zijn in het ziekenhuisinformatiesysteem. Veel belovende algoritmes gerapporteerd in een single center studie kunnen niet zomaar overgenomen worden. Validatie in andere centra is aangewezen¹⁶. Een hoge sensitiviteit is bij semi-automatische surveillance het belangrijkste, een min. van 90% is noodzakelijk¹⁷.

Hoewel de data van een single-center studie generalisering beperkt kunnen ze toch een goede inspiratiebron vormen om aan de slag te gaan. Een sensitiviteit van 99.3% werd bereikt met de combinatie "radiografische procedure thorax" en "koorts >38°C of afwijkend aantal witte bloedcellen"¹². Dit algoritme leidde tot een 91.1% werklastreductie¹². Wil men periodieke surveillance doen van nv-HAP en effect meten van genomen preventieve acties dan is een 90% sensitiviteit wellicht voldoende¹². Rekening houdend dat men best ook de hoogste werklastreductie nastreeft lijken 3 algoritmes interessant (zie figuur 2).

Fig.2. Veelbelovende algoritmes voor semi-automatische surveillance van nv-HAP 12

beeldvorming thorax	beeldvorming thorax met verslag	koorts >38°C	WBC <4000 of ≥ 12000	antimicrobiële middelen	Bacteriologie	virologie	CRP ≥ 20mg/l	LOS ziekenhuis >5 d	ICD-10 code voor HAP	verminderde oxygenatie	geen intubatie	sensitiviteit	specificiteit	werklastreductie	number needed to screen (aantal te screenen patiënten at risk om 1 nv-HAP casus te detecteren)
x	x of x	x	x	X						x	x	91,5%	96,6%	96,1%	6,6
x	x of x	x	x	X			x	x		x	x	90,6%	96,7%	96,2%	6,4
x	x of x	x	x	X		x	x	x	x	x	x	92,0%	96,7%	96,2%	6,4

Een haalbare oplossing kan erin bestaan gebruik te maken van semi-automatische surveillance al dan niet beperkt tot een aantal risico-diensten (bv. neurologie, oncologie/hematologie, geriatrie...) gedurende enkele maanden (bv. winterperiode). Deze aanpak laat tevens toe om het gebruikt algoritme te valideren.

De grote variabiliteit in surveillance methodiek zorgt voor het ontbreken van betrouwbare benchmarkdata. Informatie omtrent nv-HAP prevalentie of incidentie is schaars¹¹ (en steeds moet gekeken worden hoe de data zijn verzameld. Fig. 3 vermeldt enkele gerapporteerde incidentiecijfers.

Fig.3. Incidentie van nv-HAP

Giulano et al. 2018	3.63/1000 patiëntendagen	ICD-9 codering
Carey et al. 2022	1.26/1000 patiëntendagen	ICD-10 codering
Jones et al. 2023	0.96/1000 patiëntendagen	elektronische nv-HAP surveillance definitie
Wolfensberger et al. 2023	1.42/1000 patiëntendagen (pre-interventie)	semi-automatische surveillance cf. ECDC definitie

Preventiestrategieën

Preventiestrategieën

Robuuste data m.b.t. effectieve preventieve acties zijn beperkt. Veelal betreft het niet-gerandomiseerde studies en wordt er niet gerapporteerd over objectieve uitkomsten als verblijfsduur, mortaliteit of antibioticagebruik²¹.

Door verschillende surveillance definities en methodieken is de beoordeling van de gerapporteerde outcomes van gehanteerde preventiestrategieën eveneens moeilijk.

Op basis van inzicht in de risicofactoren voor het ontwikkelen van nv-HAP kunnen volgende preventiestrategieën gericht op beïnvloedbare risicofactoren genomen worden²¹⁻²³.

Dagelijkse mondverzorging bij alle patiënten.

Deze interventie is het meest bestudeerd en wordt vernoemd in before-and-after studies. Verlagen van de kolonisatiegraad van mondkeelholte door pathogene bacteriën wordt ermee beoogd. Wat die dagelijkse mondverzorging precies omvat is lang niet altijd even duidelijk omschreven²¹ maar groeiende evidentie beklemtoont het groot belang van het tandenpoetsen en standaard gebruik van een chloorhexidine bevattend mondwater wordt verlaten^{2,21,24-25}.

Mechanische reiniging van het gebit voorkomt vorming van tandplaque en biofilmvorming veel beter dan mondantiseptica. Een uitgeschreven evidence-based best practice m.b.t. mondzorg (vb. dit van American Dental Association) vormt idealiter de basis voor verpleegkundigen om dagelijkse zorg voor de patiënt op te nemen ²².

Slikscreening bij vermoeden van slikproblemen/aanpassing van voeding en vochtinname.

Deze interventie richt zich vnl. naar stroke patiënten maar ook geriatrische patiënten en bepaalde oncologische patiënten verdienen aandacht ²⁶⁻²⁷. Preventie van aspiratie wordt ermee beoogd. Deze preventiestrategie omhelst implementatie van een duidelijk bedside screeningsbeleid, gebruik van een of meerdere dysfagiescreeningtool(s) en de uitwerking van dysfagie menurichtlijnen waarbij consistentie van voeding en drankinname bepaald worden volgens mate van dysfagie. Het IDDSI (International Dysphagia Diet Standardization Initiative) raamwerk vormt hierbij een handige leidraad voor dieetkeuken en logopedie. De mate waarin elevatie van hoofdeinde bed o.a. tijdens maaltijden of enterale voeding (30°- 45°) een rol speelt in de preventie van nv-HAP is onvoldoende bestudeerd ²¹⁻²².

Vroegtijdige mobilisatie van patiënten

Het zo snel mogelijk na opname of operatie veilig laten bewegen heeft veel voordelen, zowel lichamelijk als mentaal en blijkt ook zinvol voor de preventie van nv-HAP ²⁹⁻³². Naast duidelijke fysiotherapieprogramma's voor specifieke patiëntengroepen is er nood aan een algemeen beleid (bvb. min. 2x per dag op rand van bed zitten of oplopen, maaltijden indien mogelijk nuttigen uit bed).

Multimodale interventies ter preventie van virale pneumonieën.

20-40% van nv-HAP zijn viraal van oorsprong ²¹. De covid-19 pandemie heeft in ons land de aanzet gegeven tot opstellen van een winterplan luchtweginfecties ³³ waarbij diverse maatregelen voorgesteld worden i.f.v. mate waarin virale respiratoire pathogenen rondcirculeren. Een nieuwe versie hiervan wordt in najaar 2025 verwacht. Gebruik van mondneusmaskers, virale testing van symptomatische patiënten, isolatie, ventilatie en vormen hierin belangrijke onderdelen. Een adequate covid-19, RSV en seizoensgriepvaccinatie bij hoogrisicogroepen volgens de HGR draagt eveneens bij tot preventie van nv-HAP. Vaccinatie kan niet enkel bijdragen tot preventie van virale pneumonieën. Bij specifieke risicogroepen is toediening van een pneumococcenvaccin eveneens aangewezen ³⁴.

Hoewel soms vernoemd in zorgbundels is een associatie van stressulcera preventie met nv-HAP onduidelijk ^{21,23}. Geen enkele studie toont aan dat stressulcera preventie nuttig is in de preventie van nv-HAP.

Een beperkt aantal publicaties rapporteren over het gebruik van een effectieve zorgbundel.

Fig.4 geeft hiervan een overzicht ²³. Geïncorporeerde zorgbundelelementen variëren en zijn zelden in detail omschreven.

Fig. 4 zorgbundels voor preventie van nv-HAP

Kazaure et al. 2014 ³⁵	- pre- & postop ademhalingskiné (hoesten/diepe ademhalen met gebruik van spirometer) - mondhygiëne met chloorhexidine 2x pd - mobilisatie met goede pijncontrole - hoofdeinde bed min. 30° - opzitten voor maaltijden
Lacema et al. 2020 ³⁶	- snelle mobilisatie - maaltijdinname rechtopzittend - screening op slikproblemen - reductie van sedatie - hoofdeinde bed min. 30° - mondhygiëne - verzorging voedingssonde
de Assis et al. 2021 ³⁷	- RX controle juiste positionering enterale sonde voor toedienen van eerste sondevoeding - hoofdeinde bed 30° tijdens toedienen van sondevoeding - mondhygiëne 3x pd - dagelijks neushygiëne - dagelijkse controle fixatie voedingssonde
Rosario et al. 2021 ²⁶	- hoofdeinde bed min. 30° - routinescreening op dysfagie - bovenop gebitsreiniging mond spoelen of gorgelen met chloorhexidine 0.2% - vaccinatie voor seizoensgriep en pneumococci
Wolfensberger et al. 2023 ¹⁸	- mondhygiëne - screening op dysfagie - mobilisatie - geen PPI of antacida zonder indicatie - Ademhalingskiné
Sopena et al. 2023 ³⁸	- Handhygiëne - screening op dysfagie bij hoogrisicopatiënten - hoofdeinde bed min. 30° - reductie of stopzetting sedativa bij veranderende mentale status of verwardheid - mondhygiëne - gebruik van steriel water respiratoire zorg, flessenwater voor spoelen van enterale sonde en tandprothese

Besluit

Op heden is België nog niet klaar voor een goede geautomatiseerde surveillances van nv-HAP. Een duidelijk surveillanceprogramma ontbreekt. Nationale evidence-based aanbevelingen voor de preventie voor nv-HAP zijn er evenmin. Dit geldt eigenlijk voor geheel Europa.

Relatief eenvoudige maatregelen³⁹⁻⁴⁰ kunnen nv-HAP voorkomen maar een voldoende ziekenhuisbrede zorgbundelcompliance halen is geen makkelijke opdracht. Alleen al de implementatie van een adequate mondzorg 2x per dag bij alle patiënten vormt een grote uitdaging ². Theoretisch zou een zorgbundelcompliance meting makkelijk moeten kunnen gebeuren met behulp van data uit het elektronisch patiëntendossier maar de praktijk laat zien dat dit lang niet zo eenvoudig is. Ook daar moet over nagedacht worden.

In de nieuwe federale kwaliteitsindicatorenset CHIPS (Check Hospital Infection Prevention Status) die vanaf 2026 loopt wordt de preventie van nv-HAP expliciet opgenomen. Een multimodale verbeterstrategie bestaande uit procedures, training en educatie, zorgbundel(meting) en surveillance worden verwacht in een tijdspanne van 3 jaar. In afwezigheid van een nationaal programma wordt dit voor vele ziekenhuizen nog een hele opdracht.

Referenties

1. Mitchell (B.) et al., Strategies to reduce non-ventilator associated hospital-acquired pneumonia: a systematic review, *Infect Dis Health*, 2019, nov 24(4):229-239.
2. Munro (S.), Baker (D.), Reducing missed oral care opportunities to prevent non-ventilator associated hospital acquired pneumonia at the Department of veterans Affairs, *Applied Nursing Research*, 2018, 44, 48-53.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024.
4. Baker (D.) et al., Impact of hospital-acquired pneumonia on the Medicare program, *Infect Control & Hosp Epidemiol*, 2024, 45, 316-321.
5. Magill (S.) et al., Changes in prevalence of healthcare-associated infections in US hospitals, *N Engl J Med*, 2018, 379, 13.
6. Jones (B.E.) et al., Incidence and outcomes of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in 284 US hospitals using electronic surveillance criteria, *JAMA Network open*, 2023, 6(5):e2314185.
7. Munro (S.) et al., Nonventilator hospital-acquired pneumonia: a call to action, *Infect Control & Hosp Epidemiol*, 2021, 42(8), 991-996
8. Ji (W.) et al., Development and assessment of objective surveillance definitions for nonventilator hospital-acquired pneumonia, *JAMA Netw open*, 2019, 2 (10) , e913674
9. The Joint Commission, Preventing nonventilator hospital-acquired pneumonia, *Quick Safety*, issue 61, sept 2021.
10. NHSN, Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event, january 2025, p.10.
11. Wolfensberger (A.) et al., Development and validation of a semi-automated surveillance system- lowering the fruit for non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia (nvHAP) prevention, *Clinical Microbiology and Infection*, 2019, 25, 1428.e7-1428.e13.
12. Mueller (A.) et al., Development and validation of selection algorithms for a non-ventilator hospital-acquired semi-automated surveillance system, *Clinical Microbiology and Infection*, 2025, 31:582-587.
13. Martens (A.), Vermijdbare ziekenhuisinfecties Resultaten validatie-oefening: Vergelijken van Sciensano surveillance gegevens en Minimale Ziekenhuisgegevens voor bloedstroominfecties en Clostridioides difficile-darmwandinfecties, Sciensano maart 2025.
14. Wolfensberger (A.), Scherrer (A.), Sax (H.), Automated surveillance of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia (nvHAP): a systematic literature review, *ARIC*, 2024 13:30.
15. Manzoor (F.), Rhee (C.), Klompas (M.), Semi-automated versus fully automated surveillance for non-ventilator hospital-acquired pneumonia: going for the gold when bronze is all there is, *Clinical Microbiology and Infection*, 2025, 31, 500-502.
16. Stern (S.E.) et al., Electronic surveillance criteria for non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia: assessment of reliability and validity, *Infect Control & Hosp Epidemiol* 2023, 44, 1769-1775.
17. Van Mourik (M.) et al., PRAISE: Providing a roadmap for automated infection surveillance in Europe, *Clin Microbiol Infect*, 2021, 27:S3-19.
18. Giuliano (K.) et al., The epidemiology of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States, *Am J Infect Control*, 2018, vol. 46, nr. 3, 322-327.
19. Carey (E.) et al., Non-ventilator associated hospital acquired pneumonia incidence and health outcomes among US veterans from 2016-2020. *Am J Infect Control*, 2022, 520, 116-119.
20. Wolfensberger (A.) et al., Prevention of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in Switzerland: a type 2 hybrid effectiveness-implementation trial, *Lancet Infect Dis*, 2023, 23:836-846.
21. Klompas (M.) et al., Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute care hospitals: 2022 update, *Infect Control & Hosp Epidemiol*, 2022, 43, 687-713.
22. Quinn (B.) et al., Non-ventilator healthcare-associated pneumonia (nvHAP): best practices for prevention of nv-HAP, *Am J Infect Control*, 2020, 48, A23-A27.
23. Livesey (A.) et al., Practices to prevent non-ventilator hospital acquired pneumonia: a narrative review, *J Hosp Infect*, 2024, 151, 201-212.
24. Ehrenzeller (S.), Klompas (M.), Association between daily toothbrushing and hospital-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis, *JAMA Internal Medicine*, 2024, 184(2), 131-142
25. Crist (M.) et al., Oral care in non-ventilated hospitalized patients, *Am J Infect Control*, 2025, 53, 277-288
26. Rosario (B.) et al., Evaluation of multi-component interventions for prevention of nosocomial pneumonia in older adults: a randomized, controlled trial, *European Geriatric Medicine*, 2021, 12, 1045-1055.
27. Green (L.), Non-ventilator healthcare associated pneumonia (nvHAP): oncology, *Am J Infect Control*, 2020, 48, A20-22.
28. Passaro (L.), Harbarth (S.), Landelle (C.), Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients, *ARIC*, 2016, 5:43.
29. Boden (I.) et al., Preoperative physiotherapy for the prevention of respiratory complications after upper abdominal surgery: pragmatic, double blinded multicentre randomised controlled trial, *BMJ* 2018;360:j5916.
30. Cuesy (P.) et al., Reduction in the incidence of poststroke nosocomial pneumonia by using the turn-mob program, *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2010;19(1)23-8.
31. Stolbrink (M.) et al., The early mobility bundle: a simple enhancement of therapy which may reduce incidence of hospital-acquired pneumonia and length of stay, *J Hosp Infect* 2014;88(1)34-39.
32. Qi (W.) et al., Association between daily average of mobility achieving during therapy sessions and hospital-acquired or ventilator associated pneumonia among critically ill patients, *J Intensive Care Med*, 2023, 38(5), 418-424.
33. RMG, Seizoensplan respiratoire pathogenen/winterplan luchtweginfecties, 2024.
34. -, Vaccinatie tegen pneumokokken (volwassenen), HGR nr. 9674, september 2022.
35. Kazaure (H.) et al., Long-term results of a postoperative pneumonia prevention program for the inpatient surgical ward, *JAMA Surg*, 2014, 149(9), 914-918.
36. Lacerna (C.) et al., A successful program preventing nonventilator hospital acquired pneumonia in a large hospital, *Infect Control & Hosp Epidemiol*, 2020, 41, 547-552.
37. de Asis (M.) et al., The impact of a bundle to prevent hospital-acquired pneumonia in a cohort of nonventilated patients on enteral nutrition, *Infect Control & Hosp Epidemiol.*, 2021, 42, 100-102.
38. Sopena (N.) et al., Intervention to reduce the incidence of non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia: a pilot study, *Am J Infect Control*, 2023, 51, 1324-1328.

39.Davilla (S.), Non-ventilator healthcare associated pneumonia (nv-HAP): taking action to improve nv-HAP outcomes, Am J Infect Control, 2020, 48, A28-A35.

40.Patient Safety Movement Foundation, Non-ventilator Hospital-acquired Pneumonia (nv-HAP) actionable patient safety solutions, 2022.

ORIGINEEL ARTIKEL

Mijn tinnen huwelijk bij de Belgische Vereniging van Verpleegkundigen-Ziekenhuishygiënisten (ABIHH)

Yves Velghe

Adjunct-directeur van het verpleegkundig en paramedisch departement van het UMC Brugmann (Brussel) -
Hoofdverpleegkundige van de dienst ziekenhuishygiëne/infectiepreventie en -controle - Voorzitter van de
ABIHH 2015-2025



Inleiding

Ik zal in dit artikel niet alle wetgevingen betreffende de taken van het comité voor ziekenhuishygiëne en de arts- en verpleegkundige-ziekenhuishygiënist behandelen, noch de financiering op basis van het Budget Financiële Middelen (BMF), noch de specifieke wetgeving of de structuur van het verpleegkundig departement.

Het doel van dit artikel is om mijn ervaring en belevenissen als voorzitter van de ABIHH gedurende 10 jaar met u te delen. De Belgische Vereniging van Verpleegkundigen-Ziekenhuishygiënisten (ABIHH), opgericht in 1974 als een wetenschappelijke vereniging, wijzigde haar statuten in 2011 om een vzw te worden. De huidige leden zijn verpleegkundigen die werkzaam zijn binnen het domein van de ziekenhuishygiëne. Het doel van de vereniging is de bevordering van alle maatregelen, aanbevelingen of activiteiten die betrekking hebben op opleiding, evaluatie, toezicht en wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de preventie van zorginfecties. Het bestuur wordt verzekerd door een uitvoerend comité (voorzitter, vicevoorzitter, penningmeester, secretaris, adjunct-secretaris), bijgestaan door een raad van bestuur, dit alles in overeenstemming met de statuten.

In 2015 werd een nieuw bestuur aangesteld na het aflopen van de mandaten van het uitvoerend comité en de raad van bestuur die op dat moment actief waren. Omdat ik al meerdere jaren lid van de raad van bestuur was, heb ik, na rijp beraad, de functie van voorzitter aanvaard met steun van de bestuursleden. Het was voor mij een eer om dit mandaat op te nemen, ook al hield het nieuwe verantwoordelijkheden in en was alles op vrijwillige basis en onbezoldigd... Al snel stelde ik mezelf de vraag: 'En, wat nu gedaan?'

Mijn visie op het voorzitterschap was als volgt:

Het voorzitterschap houdt in de eerste plaats in dat men een leider en een katalysator is van de collectieve dynamiek. Het moet de visie en waarden van de ABIHH belichamen, terwijl het tegelijkertijd zorgt voor goed bestuur. Mijn rol bestond erin de inspanningen van de leden te coördineren, de vereniging te vertegenwoordigen bij de partners, en te zorgen voor de verwezenlijking van de gestelde doelen, dit alles door middel van waarden en competenties die mij dierbaar zijn:

- Leiderschap en charisma om de leden te inspireren, te motiveren en te mobiliseren rond een gemeenschappelijk project.
- Luisteren naar de behoeften en ideeën van de leden, evenals het bevorderen van een klimaat van vertrouwen, dialoog en gedeelde verantwoordelijkheid.
- Organisatie en nauwgezetheid, d.w.z. in staat zijn om middelen efficiënt te beheren, activiteiten te plannen en afspraken na te komen.
- Initiatief en dynamiek: Proactief zijn om innovatieve projecten voor te stellen en de vereniging vooruit te helpen.
- Communicatievaardigheden: Zich comfortabel voelen om de vereniging te vertegenwoordigen, weten hoe te communiceren, te overtuigen en partnerschappen aan te gaan.
- Eerlijkheid en integriteit: Handelen met transparantie en ethiek, de statuten respecteren en een voorbeeld zijn voor de leden.
- Aanpassingsvermogen en veerkracht: Weten hoe om te gaan met het onverwachte en bereid zijn om de strategie en de werking indien nodig bij te stellen.
- Welwillendheid en tegelijkertijd een zekere assertiviteit handhaven.
- Doorzettingsvermogen, standhouden tegen alle verwachtingen in.
- Professionaliteit.

Samengevat is een voorzitter van een vereniging een menselijke leider, zowel verbindend als streng, die in staat is de visie van zijn vereniging uit te dragen, terwijl hij de cohesie en betrokkenheid van de leden bevordert.

Mijn strategisch plan zag dus het licht: «De ABIHH voor u, de ABIHH door u», oorspronkelijk voor de duur van het mandaat, maar dat uiteindelijk werd voortgezet tot begin 2025.

Dit plan bestond uit verschillende acties en werd als volgt voorgesteld:



Vertegenwoordiging

Het doel van het vertegenwoordigen van een vereniging is:

- Zichtbaar zijn, vooral tijdens nationale en internationale evenementen (congressen, vergaderingen en diverse werkgroepen, enz.).
- Een sterke wens tot representativiteit binnen andere nationale en internationale verenigingen.
- Het lidmaatschaps- en participatiepercentage van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist verhoging.
- Een voorkeurspartner of waardevolle partner zijn, zowel intern als extern, voor alle vragen met betrekking tot ziekenhuishygiëne en de preventie en controle van zorginfecties (IPC), met een zekere invloed bijvoorbeeld op het federaal platform en de regionale platformen, als expert in de Hoge Gezondheidsraad, als lid van de redactieraad van Noso info, in samenwerking met de Belgian Infection Control Society (B.I.C.S.) en de federale instanties, enz.
- Het verdedigen van de legitimiteit, geloofwaardigheid, zichtbaarheid en belangen van ons beroep van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, met name tijdens de bespreking van de toewijzing van de IFIC-code (Instituut voor functieclassificatie) voor zowel de verpleegkundige ziekenhuishygiënist als de hoofdverpleegkundige van de dienst infectiepreventie, dit in gezamenlijk overleg met de WIN (Werkgroep Infectiebeheersing van Netwerk Verpleegkunde) (BRAEKEVELD Pedro, VELGHE Yves, De Verpleegkundige-Ziekenhuishygiënist – een bedreigde soort?, Noso Info vol. XXIII nr. 1, 2019) en steun verkrijgen van de AUVB (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België) als lid.

- De erkenning van ons beroep, evenals de sleutelrol in de preventie van zorginfecties, wordt vaak gebagatelliseerd door officiële instanties, zo ook onze directies, behalve tijdens de COVID-periode of bij epidemieën. Het heeft ons heel wat moeite gekost om overal aan te kloppen, zodat ons beroep eindelijk naar waarde wordt geschat ... verder op te volgen. (VELGHE Yves, De Verpleegkundige Ziekenhuishygiënist in België: een bedreigde soort of een comeback dankzij de COVID-19 pandemie?, Noso Info vol. XXV nr. 3, 2021).

Informatie

Om informatie effectief over te brengen naar de leden van de vereniging, is het belangrijk om meerdere geschikte communicatiekanalen te gebruiken (e-mail, website, vergaderingen en algemene bijeenkomsten, notulen, Teams-meetings, instant messaging-groepen, ...) voor snelle uitwisseling, zowel formeel als informeel.

Het is essentieel dat de leden over duidelijke, transparante en actuele informatie beschikken om hun betrokkenheid, hun gevoel van verbondenheid en hun actieve deelname aan het verenigingsleven te bevorderen. De snelle evolutie van informatie vraagt voortdurend bijzondere aandacht om onze leden up-to-date te houden.

Tijdens mijn ambtstermijn hadden, gezien de technologische evolutie, misschien meer moderne middelen (sociale netwerken: Facebook, Twitter, LinkedIn, etc.) kunnen worden ingezet, maar ik weet dat dit punt door het nieuwe bestuur zeker zal worden opgepakt.

Opleiding

Om een essentiële rol te kunnen spelen in de preventie van infecties en de bevordering van hygiëne binnen onze instellingen, moet de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist zijn vaardigheden op het gebied van 'knowhow' (technische en operationele competenties) bijwerken en ontwikkelen. Ik vond het ook belangrijk dat onze leden hun vaardigheden op het gebied van 'soft skills' (persoonlijke kwaliteiten en attitudes) kunnen ontwikkelen die nodig zijn om de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist goed uit te oefenen. Het combineren van geavanceerde technische vaardigheden met persoonlijke kwaliteiten op het gebied van management en leiderschap leek mij onmisbaar.

De opleidingen en uitwisselingen van praktijkervaring tussen de leden (bijv. georganiseerd tijdens plenaire casestudy-sessies) lijken essentiële elementen om de veiligheid en kwaliteit van zorg voor patiënten en zorgverleners in de context van de preventie van zorginfecties te verbeteren. Bovendien vormen deze opleidingen en uitwisselingen ook hefboomen om de infectiepreventie en -controle binnen onze zorginstellingen te versterken. Ze bevorderen een proactieve, samenwerkende benadering die afgestemd is op lokale uitdagingen, wat bijdraagt aan de continue verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Hoe heeft zich dit tijdens mijn mandaat concreet vertaald voor een professionele en persoonlijke ontwikkeling?
Opleidingen tijdens plenaire vergaderingen (minimaal 3 per jaar):

... dat zijn 133 onderwerpen die in 27 plenaire vergaderingen aan bod kwamen.

Inrichting (bij voorkeur één keer om de 2 jaar) van de dagen voor referenten infectiepreventie:

Referentiepersonen zijn onmisbaar binnen de zorgafdelingen om het infectiepreventiebeleid te ondersteunen. Hoewel hun aanwezigheid wordt meegenomen in de kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne, is het aanwerven en in functie houden van deze personen geen gemakkelijke taak. Hen in de schijnwerpers zetten en waarderen is soms een hele opgave. Ik zou kunnen zeggen dat het organiseren van deze dagen, naast de opleiding en het actualiseren van kennis, ook een gelegenheid biedt om hen te bedanken en om hun motivatie te behouden. (VELGHE Yves, Opleiding referentieverpleegkundigen in het UVC Brugmann: Implementatie van een aanpak of van een hefboom naar verandering?, Noso Info, vol. XVIII nr.2, 2014)

24/10/2017 - RHH : Référents en Hygiène Hospitalière...ou Risques en Hygiène Hospitalière ?	
Infections pulmonaires, y compris BK	M.Gérard
Grippe	B. Byl
Hépatites et HIV	F. Frippliat
Rôle de la médecine du travail dans la collaboration avec les hygiénistes hospitaliers	IDEVE
Maladies infantiles	O. Chatzis
Prévention des infections sur cathéter vasculaire	S. Cherifi
Audit cathéters vasculaires	S. de Montpellier
Guidelines cathéters vasculaires	J. Janiczek
12/03/2019 - Etre référent en HH ...une place au soleil ?	
La Prévention des Infections du Tractus Urinaire	J. Jamez
Empowerment du patient porteur de MRSA	A. Metango
MDRO: Quoi de neuf	EOHH CHU Namur
Hygiène is money	A. Bennert
Positionnement du référent en HH	F. Joudart
Infirmière de référence, un défi quotidien	C. Deridaux
06/03/2023 La place du référent en Hygiène Hospitalière une place au soleil encore et toujours ?	
MDRO, what's next ?	O. Denis
Quand le ciel nous tombe sur la tête... Gestion d'une épidémie	A. Bennert
Etonnez vos référents	F. Joudart
Les clés du dialogue ouvert	C. Preuss



Année 2021 : 3 plenières annulées pou COVID	
12/10/2021 Les filtres respiratoires	B. Dassargues
12/10/2021 NOSOKOS	E. Coppens
12/10/2021 Etre membre de l'ABIHH	F. Crelot
12/10/2021 La plateforme fédérale psychiatrique	T. Nazyhnyaya
12/10/2021 Le réseau des référents en hygiène hospitalière et accréditation	P. Janssens/ E. Dumitreasa/ A. Du
15/03/2022 Révision et audit du processus d'entretien des endoscopes digestifs thermosensibles	C. Vidick
15/03/2022 Le traitement COVID 19	M. Hites
15/03/2022 Infectio : un outil utile à l'IHH	E. Gobert
15/03/2022 Feed back aux unités de soins : nouvelle approche ?	C. Van Puyvelde
15/03/2022 Suspicion contamination matériel ancillaire Creutzfeldt Jakob - Cas pratique	Y. Velghe
15/03/2022 Infirmier de pratique avancée	Y. Maule
07/06/2022 Audits aux quartiers opératoires : Utilité ?	A. Metango
07/06/2022 Epidémie d'Enterobactéries Productrices de Carbapénémases (CPE) en unité de gériatrie	I. Roucloux
07/06/2022 Présentation du projet MOST Humi	A. Clot
07/06/2022 Prévention des IAS à CSPO en dialyse	S. Browet
07/06/2022 Audits en dialyse	I. Fink
07/06/2022 Cas groupés de mucormycoses dans un service d'onco-hématologie - cas pratique	M. Perez Perez
06/12/2022 Dépistage en réadoption	Y. Rieuneaud
06/12/2022 Cas groupés de mucormycoses dans un service d'onco-hématologie	S. Moyse / F. Catoor
06/12/2022 Feed-back RIFIHH Dommeldange	F. Schmit
06/12/2022 Hospitalisation à domicile et ses défis de demain	Y. Cuppers
06/12/2022 Rapport d'étonnement	D. Gylbert
06/12/2022 Apport de la mise en place d'un algorithme pour la surveillance semi-automatisée des ISO	R. Xhonneux
25/03/2025 Les résultats des indicateurs de qualité pour la PCI (données 2023)	I. Uwers Mplirwa
25/03/2025 Support à la gestion d'épidémie par l'OST-MDRO	E. Coppens
25/03/2025 Expérience de l'introduction de chiens aux USI Erasme	L. Elgeert
25/03/2025 Le chien d'assistance	H. Strale
25/03/2025 Dépistage MSSA/MRSA à domicile en pré-opératoire pour la chirurgie de prothèse d'épaule et de hanche	H. Kaesemans
25/03/2025 Rôle du relais en hygiène hospitalière au sein du Secteur B	I. Noville
25/03/2025 Bilan 10 ans Présidence et CA démissionnaires	Y. Velghe
25/03/2025 Nouvelle présidence et CA ... To be continue	
09/03/2023 La variole du singe	S. Browet
09/03/2023 Gestion CLABSI en Dialyse - Cas Priatique	N. Houdart
09/03/2023 Moi et les autres	Y. Velghe
09/03/2023 Feed-back RIFIHH Dommeldange	F. Schmit
09/03/2023 NVKVW vin et ABIHH : l'union fait la force	Y. Velghe
21/09/2023 Optimisation de la prise en charge des micro-organismes MR et à connotation épidémique.	C. Garardy / Z. Crokart
21/09/2023 Feed-back journée des référents en Hygiène Hospitalière	F. Crelot
21/09/2023 Premier Bilan MOST	A. Caluwaerts
21/09/2023 Feed back congrès SF2H	A. Dumazy / I. Fink
21/09/2023 L'impact des déchets du bloc opératoire sur l'environnement	D. Mertens
12/12/2023 Cas pratiques	Z. Azmani / R. Abedali
12/12/2023 La polio: quel de neuf	S. Browet
12/12/2023 Prévention du risque de légionnelle et humidification adiabatique	S. Messina
12/12/2023 Gestion des biodéchets : quid au 01/01/2024	I. Fink
12/12/2023 Epicurve: l'outil épidémiologique au service de l'EOHH	I. Uwers Mplirwa
12/12/2023 Information procédure réactualisation des statuts	Y. Velghe
08/02/2024 Spécial Gestion de crise...même pas peur ?	Y. Khadira Y. Velghe
11/06/2024 Incidence et facteurs de risque de portage de MRSA à l'admission dans une unité de gériatrie	I. Miesse
11/06/2024 Le développement d'un programme PCI dans les polycliniques	T. Lebrun
11/06/2024 Eau Osmodé en hémodialyse (norme iso 23500 et tests)	J. Monseau
11/06/2024 Dernières nouvelles de la PF fédérale psychiatrique	C. Dispas
11/06/2024 Feed-back congrès SF2H	T. Nazyhnyaya / C. Magnette
11/06/2024 Preliminary results: Selghe	Y. Velghe
11/06/2024 Retour conférence One Health	Z. Crokart
11/06/2024 Feed-back RIFIHH 2024	Y. Velghe
26/11/2024 Vous avez dit hydrothérapie ?	Y. Rieuneaud
26/11/2024 Bilan de 2 audits de processus (KTU et CVP) réalisés au CHU brugmann en 2024	A. Metango
26/11/2024 La légionelle et l'amélioration d'un plan de prévention à l'hôpital	T. Lebrun
26/11/2024 Présentation d'un projet de training room, chambre des erreurs	N. Laurent
26/11/2024 Sage-femme et hygiéniste : mon vécu	C. Van Puyvelde
26/11/2024 Point de la situation travail commun NVKVW vin/BICS/ABIHH	A. Caluwaert

Deelname als spreker(s) en/of moderator(s) aan de Internationale Franstalige Bijeenkomsten (R.I.F.)

Onze vereniging heeft altijd het merendeel van de onderwerpen voor deze bijeenkomsten voorgesteld en sinds 2016 zijn deze telkens geselecteerd. (VELGHE Yves, XXVIII Internationale Franstalige Bijeenkomst van Verpleegkundigen gespecialiseerd in hygiëne en infectiepreventie, Noso Info vol. XXVIII nr. 2, 2024)

6 & 7/10/2016 - SF2H Lille Xves: Le parcours de soins et risque infectieux	
Retour d'expérience d'une épidémie d'enterocoques VRE aux soins intensifs	S. Browet
MRSA en long séjour	F. Antoine
Audit CVC aux soins intensifs	S. de Montpeller
27 & 28/09/2018 - SIPI Lausanne XVies "De l'ordinaire à l'extraordinaire"	
Stratégie de formation basée sur l'apprentissage mixte, une réponse à la mise en place d'une politique performante en matière de lutte contre les infections liées aux soins en maison de repos et de soins ?	A. Compère
Prise en charge d'un patient porteur d'un <i>Corynebacterium ulcerans</i> producteur de toxine au CHU de Liège...ou lorsque la diphtérie réapparaît	A. Dumazy
PaEnser » les cathéters intravasculaires : un nouveau défi au CHU de Charleroi!	J. Janiczek
Matrisse des infections hospitalières : 3200 soignants à former et à informer au sein d'une même institution sortons des sentiers battus !!!	P. Spinasse
Gestion des voies IV : Evidence Based medicine et évidence de la réalité : mieux communiquer pour s'améliorer!	V. Schamroth
Empowerment du patient porteur MRSA : Mythe ou réalité sur le terrain ?	A. Metango
Importance du rôle de l'équipe opérationnelle d'hygiène lors d'un déménagement vers une nouvelle structure de soins aigus	A. Bennert
27 & 28/10/2022 - URSIL Dommeldange XVIIes : De l'hospitalier à l'extra-hospitalier: La pandémie sous toutes ses coutures	
Vous avez dit changement ?	A. Bennert
To be HOST not to be ... de l'hospitalier à extra hospitalier	A. Dumazy
Optimisation de la PCI et AMS : Vous avez dit Host ?	C. Gerardy
Empowerment du patient psychiatrique ...une expérience pas si ordinaire	A. Metango
Implémentation d'une base de données de surveillance épidémiologique : Quand le Canada s'invite en Belgique, un défi	H. Strale
Pandémie COVID et une unité de pédiatrie accueillant des enfants maltraités : Conciliable ?	F. Antoine
Gestion du COVID en communauté germanophone : Entre mythe et réalités	I. Fink
COVID : de l'extra à l'intra hospitalier	N. Houdart
Développement d'un blended learning en Hygiène Hospitalière : les précautions additionnelles et les soignants	Z. Crocart
16&17/05/2024 ABIHH LIX XVIIIèmes : l'infirmier en prévention et contrôle des infections: solidaire ou solitaire ?	
Infection de cathéter en dialyse: Toute une histoire!	N. Houdart
Comment améliorer les pratiques en Prévention et Contrôle des Infections (PCI) d'un hôpital en pleine restructuration ?	A. Morel
Les virus respiratoires	C. Welljens
Optimisation de la Prise en Charge des MDRO à l'Hôpital de la Citadelle	Z. Crocart
Développement durable du Bloc Op CHU Liège	D. Mertens
Gestion d'une épidémie aux entérocoques résistants à la vancomycine aux Cl. Univ. Saint-Luc	E. Dumitrescu
Bon prélèvement des hémocultures chez l'adulte aux urgences	I. Miesse
L'infirmier(e) en prévention et contrôle des infections la solitude n'existe pas...	A. Metango
19/03/2018 Conférences NVKVW Wln Ostende	
Critique réflexive van de ABIHH op het aantal indicatoren versus is de patiënt ermee gebaat ?	Y. Velghe

Uitnodiging

Andere zorgprofessionals (arbeidsarts, spoedverpleegkundigen, jurist, psycholoog, projectmanager, verpleegkundig kader, laboranten, Nederlandstalige collega's, ...) hebben de kans gekregen om onderwerpen voor te stellen tijdens onze plenaire vergaderingen.

Een oorspronkelijke intentie was ook om bepaalde andere beroepen, die evenzeer betrokken zijn maar minder in de schijnwerpers staan binnen het kader van de preventie van zorginfecties (paramedici, kinesisten, logistiek verantwoordelijken ...), aan het woord te laten, evenals andere verpleegkundige verenigingen (AFIU, ASTER, AFISO, ...) en andere eerstelijnszorgverleners (WZC, thuiszorg, ...), maar helaas kon dit niet worden gerealiseerd.

De oprichting van de HOST-projecten hield in dat hun vertegenwoordigers hun activiteiten ook aan alle leden konden voorstellen tijdens de plenaire vergaderingen, wat soms leidde tot debatten.

Daarnaast is er een grote stap gezet richting de wereld van het verpleegkundig onderwijs door in onze statuten op te nemen dat een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist uit het onderwijsveld lid van de raad van bestuur kan worden.

Deelname

Het lidmaatschap binnen onze beroepsvereniging houdt in dat men actief deelneemt aan de activiteiten van de ABIHH om de doelstellingen te ondersteunen en bij te dragen aan de ontwikkeling ervan (herinner u onze leuze 'De ABIHH voor u, de ABIHH door u').

Een deel van deze deelname is al behandeld onder het onderdeel 'Opleiding', maar dit omvat ook deelname aan vergaderingen en bijeenkomsten (bijwonen van ontmoetingen om projecten, het beleid en de koers van de vereniging te bespreken), waarbij dient opgemerkt te worden dat de gemiddelde deelname aan plenaire vergaderingen slechts 50% bedraagt De redenen voor de afwezigheden zijn divers, maar vooral gerelateerd aan een (te) drukke werkagenda, andere dringende prioriteiten, soms een weigering door de verpleegkundige directie (slechts één vrijgestelde verpleegkundige-ziekenhuishygiënist per plenaire vergadering en instelling), privéomstandigheden,

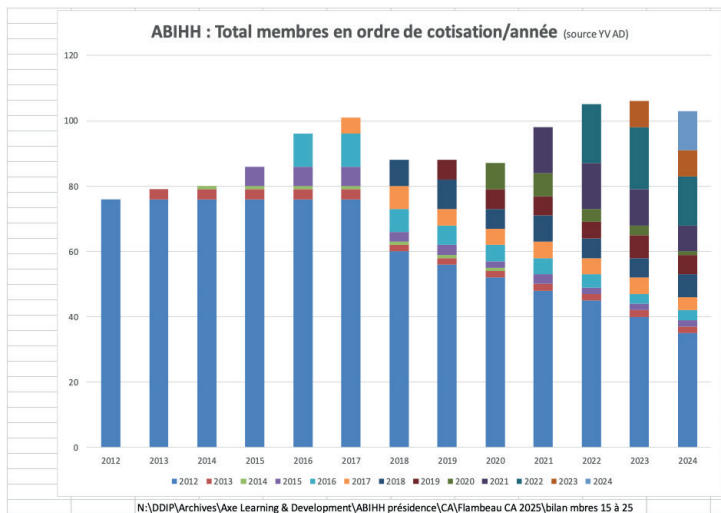
Betrokkenheid

De voorzitter is niet de enige die zich betrokken voelt. Ook van de leden wordt verwacht dat zij - naast de betrokkenheid als spreker en/of moderator – onderstaande taken opnemen:

- bijdragen aan activiteiten en projecten (deelname aan de organisatie of uitvoering van evenementen, trainingen, conferenties of andere initiatieven).
- het jaarlijks lidgeld op tijd betalen. Dit lijkt misschien onbeduidend, maar het betekent extra werk voor onze penningmeester, die regelmatig herinneringen moet sturen. Daarom werd besloten dat, wanneer het lidgeld niet betaald is, de toegang tot de website en de uitnodigingen voor plenaire vergaderingen en andere activiteiten stopgezet worden ... de verantwoordelijkheid van ieder individu.
- zich vrijwillig inzetten voor het bestuur (cfr. onze statuten), wat niet altijd gemakkelijk is geweest, vooral in 2019 bij de samenstelling van het Uitvoerend Comité (UC) en de Raad van Bestuur (RB).
- zoeken naar sponsors.
- delen van documenten/fiches/procedures.
- beantwoorden van veelgestelde vragen tussen leden.
- het ter beschikking stellen van lokalen (bij voorkeur gratis) aan de ABIHH voor plenaire vergaderingen. Voorheen werden we gratis ontvangen in de lokalen van een farmaceutisch bedrijf. Deze verandering heeft een aanzienlijke impact gehad op de kosten van de vereniging.
- deelnemen aan bevestigingen/audits voorgesteld door de ABIHH.
- artikels schrijven en publiceren, onder andere in Noso info.

Deze betrokkenheid verschilt van persoon tot persoon, van generatie tot generatie. De balans tussen werk en privé is niet vanzelfsprekend, net zoals het zich belangeloos inzetten voor een vereniging niet aan iedereen gegeven is.

Op basis van onderstaande tabel zal onze vereniging een heel andere samenstelling kennen bij het vertrek van de 'babyboomers', waarvan ik er één ben. Een echte herbezinning van ieder individu over zijn of haar betrokkenheid zal cruciaal zijn voor het overleven van onze vereniging.



Toch kunnen deze intergenerationele relaties binnen onze vereniging worden beschouwd als een troef om de kennisoverdracht, het delen en het waarden van ervaringen te bevorderen. De meer ervaren leden brengen hun levenservaring, expertise en wijsheid in, terwijl de jongere leden openheid van geest, digitale vaardigheden en hernieuwde energie kunnen bieden. Wederzijds leren en elkaar verrijken, zowel bij activiteiten, projecten als in het beheer van de vereniging, is van essentieel belang. Door een goede intergenerationele integratie en een inclusieve, dynamische omgeving vol uitwisseling te stimuleren (zie Innovatie), lijkt de toekomst van ABIHH verzekerd.

Samenwerking

Dit is een meer dan belangrijk element op strategisch niveau. Zoals het gezegde luidt: „Alleen ga je sneller, samen ga je verder.”

Mijn bedoeling was om onze samenwerking uit te breiden op nationaal niveau (scholen voor verpleegkunde, WIN Netwerk Verpleegkunde (het voormalige NVKVV), Belgian Infection Control Society, FOD, federale en regionale platformen voor ziekenhuishygiëne, ...) en internationaal niveau (Luxemburg - Union des Responsables des Soins Infirmiers du Luxembourg / Zwitserland – Spécialistes Infirmiers Prévention de l'Infection / Frankrijk – SF2H, Société Française d'Hygiène Hospitalière / Canada - Association des Infirmières en Prévention des Infections).

Scholen voor verpleegkunde

De samenwerking tussen onze beroepsvereniging en de scholen voor verpleegkunde is uitermate nuttig om de theoretische en praktische opleidingen op het gebied van preventie van zorginfecties te versterken (bijvoorbeeld: betrokkenheid bij de dagen gewijd aan infectiepreventie en -controle aan HELMo (Haute Ecole Libre Mosane) om toekomstige verpleegkundigen voor te bereiden op een veiligheidscultuur.

Dankzij onze veldervaring en de actualisering van onze expertise hebben onze plenaire vergaderingen bijgedragen aan de verrijking van de inhoud van de onderwijsprogramma's

van de docenten in infectiepreventie.

Een volgende stap zou zijn geweest om samen met de docenten interactieve hulpmiddelen, handleidingen of modules te ontwikkelen om toekomstige verpleegkundigen bewust te maken van de uitdagingen van infectiepreventie.

Daarnaast helpen docenten, met hun specifieke vragen en opmerkingen met betrekking tot de praktische opvolging van studenten op het terrein, de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist om realistisch blijven.

In samenwerking met twee van hen, zal onze praktijkgerichte reflectie u meer informatie verschaffen. Zie hiervoor het artikel gepubliceerd in dit nummer van Noso Info (VERSCHUEREN Sophie, ZANINI Fabrice, VELGHE Yves, Infectiepreventie zoals gezien door studenten verpleegkunde en infectiepreventie in de praktijk: Verschillen en gelijkenissen tussen theoretisch onderwijs en de praktijk).

WIN Netwerk Verpleegkunde (voormalig NVKVV)

Hoewel we internationale samenwerkingen op Franstalig niveau ontwikkeld hebben, wilde ik ook een nationale samenwerking met onze Nederlandstalige collega's opzetten. Omdat ik tweetalig ben, werden al snel contacten gelegd, niet alleen tussen onze verenigingen, maar ook op persoonlijk vlak.

Als lid van de NVKVV WIN werd ik uitgenodigd als spreker tijdens hun jaarlijkse congres (<https://www.netwerkverpleegkundemagazine.be/nieuwseditie-mei-2017/>) en kon ik profiteren van hun praktijkervaringen in de Vlaanderen. Het feit dat onze praktijken in infectiepreventie identiek zijn, is geruststellend. Dit geldt echter niet voor de opleiding tot verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, zodat sommige van hun verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist zich inschreven voor onze interuniversitaire certificering in infectiepreventie en ziekenhuishygiëne. Dit roept dan ook de vraag op van een gemeenschappelijke certificering... of wie weet, één enkele nationale certificering in de toekomst? Deze samenwerking heeft recent geleid tot onze wens om in 2026 een gezamenlijke studiedag te organiseren met de BICS.

Een gezamenlijk dossier was de herziening van onze functiebeschrijving, dat gezamenlijk verdedigd werd tijdens de IFIC-discussies (SNOEIJ Thomas, VELGHE Yves, Het IFIC en de sectorale functieomschrijving 6162 - verpleegkundige-ziekenhuishygiënist: wat is nieuw?, Noso Info vol. XXV, nr. 4, 2021)

Algemene Unie van Verpleegkundigen van België

De ABIHH woont de vergaderingen en besprekingen bij die verband houden met het verpleegkundig beroep. Dit lidmaatschap bij de AUVB heeft onder andere mogelijk gemaakt om zich als ABIHH te positioneren door samen met andere beroepsverenigingen van verpleegkundigen in beroep te gaan tegen het koninklijk besluit van 20 september 2023 waarin de lijst van verpleegkundige technische verstrekkingen met betrekking tot de basisverpleegkundige, evenals de uitoefeningsvoorwaarden daarvan, werd vastgesteld; en - het beroep tegen het koninklijk besluit van 14 april 2024 dat het koninklijk besluit van 20 september 2023 wijzigde betreffende de lijst van verpleegkundige technische verstrekkingen met betrekking tot de basisverpleegkundige, evenals de uitoefeningsvoorwaarden daarvan.

Federaal platform en regionale platformen ziekenhuishygiëne

Verschillende van onze leden nemen daaraan actief deel. Mijn wens zou zijn dat ABIHH, via haar voorzitter, volwaardig lid kan zijn van het Federaal platform en niet slechts als genodigde. De reflectie hierover moet nog worden verdergezet.

In samenwerking met Dr. Leen Popleu, heb ik de gelegenheid gehad om de oprichting van het tiende regionale platform ziekenhuishygiëne, specifiek voor een psychiatrische setting, te initiëren.

Hoge GezondheidsRaad

In veel werkgroepen met betrekking tot de herziening van aanbevelingen zijn verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist van de ABIHH actief. Dankzij hun dagelijkse praktijk, houden deze updates van aanbevelingen rekening met de realiteit op het terrein.

Sciensano: kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne

2025 is een jaar van herbezinning over de kwaliteitsindicatoren, zowel qua inhoud als vorm. De aanwezigheid van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist bij deze reflecties maakt het mogelijk om te anticiperen op toekomstige veranderingen en om tegelijkertijd actief mee vorm te geven aan die veranderingen.

FOD (https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/materiaal-voor-ipc)

Betrokkenheid bij de evaluatie van de IPC-programma's in België (CALUWAERTS An, BOGAERT MICLAUS Camelia, LAURENT Christine, SNOEIJ Thomas, VELGHE Yves, Survey Report: Evaluation of the Belgian IPC Programme, oktober 2024. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/content/evaluation_ipc.pdf

De evaluatie en actualisering van de situatie op het terrein was meer dan noodzakelijk om onze praktijken en de middelen die worden toegewezen en zullen worden toegewezen aan de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg kritisch te herzien.

Op internationaal niveau

De actualisering van onze samenwerkingsovereenkomst (ABIHH/SF2H/SIPI/URSIL/AIPI), de organisatie van internationale Franstalige bijeenkomsten (RIF) en onze uitwisseling van praktijken benadrukken de diversiteit van de functie van verpleegkundige-ziekenhuishygiënist binnen deze verschillende verenigingen.

België was het gastland van deze bijeenkomsten in 2024. Ik had altijd gezegd dat ik het voorzitterschap zou beëindigen, zodra dit evenement afgerond en succesvol was. Een bron van trots voor mij, maar ook voor de Raad van Bestuur en het Uitvoerend Comité. Nogmaals dank aan hen voor hun inzet en professionalisme.

Een mogelijke volgende overweging zou kunnen zijn om nieuwe collega's uit Noord-Afrika, Centraal-Afrika, Roemenië, ... te betrekken.

Ik zal dit hoofdstuk « Samenwerking » afsluiten door te benadrukken dat het noodzakelijk is om een proactieve, duidelijke, gestructureerde en respectvolle benadering te hanteren ten aanzien van regelgeving en culturele aspecten, allemaal factoren die essentieel zijn om effectieve samenwerkingen op nationaal en internationaal niveau te doen slagen.

De relatie en samenwerking tussen onze vereniging en bedrijven gespecialiseerd in infectiepreventie en -controle.

Mogelijk een meer gevoelig punt: het is niet altijd eenvoudig, gezien de Mdeon-regelgeving (administratieve last) en de openbare aanbestedingen (de samenwerking moet op een transparante manier worden beheerd om elk belangenconflict te vermijden). Niettemin is deze samenwerking essentieel om up-to-date te blijven, geïnformeerd te worden over nieuwigheden, afstand te kunnen nemen ten opzichte van de verschillende aangeboden producten, on vervulde behoeften te identificeren, onderzoek te ondersteunen en de ontwikkeling van innovatieve producten te vergemakkelijken. Maar, laten we het niet verbloemen, ook om onze verschillende activiteiten financieel te ondersteunen. Het zoeken van sponsoring is onder andere een taak die aan de voorzitter is toevertrouwd.

Innovatie

Al snel heb ik voorgesteld om bepaalde vakgebieden die wij niet beheersen uit te besteden aan andere professionals (bv. accountant voor de goedkeuring van de rekeningen en de belastingaangifte, advocatenkantoor voor de actualisering en indiening van de statuten, webbeheerder voor onze website, evenementenbureau voor de RIF, ...).

Het creëren van een nieuw logo voor de ABIHH stelde alle leden in staat om mee te kiezen en zich ermee te identificeren. De 6 pijlers voor IPC (infectieuze agentia, reservoir, uitgangspoort, overdrachtswijze, ingangspoort, ontvankelijke gastheer) zijn hierin terug te vinden. Het idee van beweging naar boven brengt dynamiek en belichaamt de evolutie van ons beroep. De verwijzing naar een vlam komt overeen met onze motivatie en gedrevenheid.

Voor



Na



De rol van de voorzitter van een vereniging is essentieel om jonge verpleegkundigen-ziekenhuishygiënist te motiveren en een stimulerende, geruststellende en hoopvolle omgeving te creëren,

maar ook om de 'ervaren' leden uit hun comfortzone te halen, niet door hun praktijken met betrekking tot infectiepreventie in vraag te stellen, maar door hen bewust te maken van de vaardigheden die verband houden met management en leiderschap. Het één kan niet zonder het ander als men een IPC-beleid binnen de eigen instelling wil implementeren. Dit werd geconcretiseerd tijdens plenaire vergaderingen door:

- het opzetten van uitwisseling van ervaringen en lessen getrokken uit vroegere ervaringen, positief of negatief ('lessons learned')
- het organiseren van workshops over een probleemstelling
- het geven van spreektijd aan nieuwe leden in de vorm van een uitdaging, namelijk een onderwerp voorstellen tijdens plenaire sessies in hun eerste jaar lidmaatschap, een aanpak waar iedereen baat bij heeft.

Hoewel alle leden elkaar helpen via dit ondersteuningsnetwerk, is meer aandacht voor de begeleiding van nieuwkomers in de functie nuttig. De voorzitter moet een empathische, motiverende en faciliterende leider zijn, die een positieve sfeer creëert waarin jonge verpleegkundige-ziekenhuishygiënist zich gesteund, gewaardeerd en geïnspireerd voelen om hun professionele toekomst met vertrouwen op te bouwen. Dit punt zal door de nieuwe raad van bestuur verder worden opgevolgd in het kader van de invoering van een mentorprogramma (meterschap/peterschap).

Op het niveau van de RIF die in 2024 in Louvain-la-Neuve werd georganiseerd, hebben we ervoor gekozen Justine Henin uit te nodigen voor de opening van de bijeenkomsten. Onze gedachte was een parallel te trekken tussen het parcours van een kampioen en dat van een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist (een persoon die veelal alleen in het (werk)veld, maar die een team nodig heeft om vooruit te komen).

Organisatie van specifieke activiteiten: bezoeken aan farmaceutische bedrijven, plenaire sessie in het Afrikamuseum, voortzetting van een plenaire sessie door het bezoek aan de kerstmarkt in Brussel.

Gebruik van digitale technologieën: In 10 jaar tijd heeft hun evolutie een belangrijke sprong gemaakt die we helaas niet genoeg hebben benut (andere prioriteiten, gebrek aan expertise, ...). De uitrol van online platformen voor permanente opleiding, het delen van goede praktijken en communicatie tussen leden, de implementatie van mobiele applicaties, het gebruik van kunstmatige intelligentie ... zijn verschillende aspecten waarmee in de toekomst rekening gehouden moet worden. Een positief aspect van de COVID-crisis was echter het gebruik van videoconferenties, wat tijdswinst en een grotere deelname mogelijk maakte.

Toekomst van ons beroep mijn visie

Ik heb hierboven al verschillende punten behandeld, maar ik wil toch ook nog de aandacht vestigen op andere elementen die ik belangrijk acht om te weten:

- De relatie en samenwerking tussen de verpleegkundige ziekenhuishygiënist en de arts-ziekenhuishygiënist. Hun complementariteit, hun regelmatige communicatie en uitwisseling, hun werk binnen een multidisciplinair team, hun wederzijds respect voor elkaars competenties,

hun synergieën met andere actoren in de gezondheidssector (directie, technici, managers, ...), ... zijn allemaal elementen die bijdragen aan de consistentie bij de uitvoering van maatregelen om gemeenschappelijke doelstellingen op het gebied van infectiepreventie en -bestrijding te bereiken.

- De relatie tussen de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de verpleegkundige directie. In de huidige context wordt de verpleegkundige directie uitgenodigd om de specifieke expertise van de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist te erkennen, een werkomgeving te bevorderen waar de communicatie vlot verloopt en initiatieven te ondersteunen die gericht zijn op het verbeteren van de veiligheid van patiënten en personeel. Een constructieve relatie berust op een duidelijk begrip van ieders verantwoordelijkheden, regelmatige uitwisselingen van informatie en een gezamenlijke bereidheid om doelstellingen op het gebied van volksgezondheid en kwaliteit/veiligheid van de zorg te bereiken.
- De relatie met de kwaliteitscel lijkt op middellange termijn onmisbaar, gezien onze gemeenschappelijke doelstellingen (zorg van hoge kwaliteiten en in alle veiligheid) (CIVET Nathalie, VELGHE Yves, Wanneer het Team voor ziekenhuishygiëne en de Cel Kwaliteit in het UVC Brugmann (Brussel) de handen in elkaar slaan ten gunste van de patiënt, Noso Info vol. XXIX N°1, 2025)

Samengevat: de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist 2.0 zal een gezondheidsprofessional zijn die gespecialiseerd is in het voorkomen van infecties en het bevorderen van ziekenhuishygiëne. Hij/zij zal volledig gebruikmaken van digitale hulpmiddelen en technologische innovaties om zijn/haar praktijken te optimaliseren. Het zal een innovatieve, verbonden en proactieve professional zijn die technologie integreert om infectiepreventie te versterken en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. ... en ik hoop ook een professional die door iedereen naar waarde wordt geschat (niet alleen in tijden van crisis), zowel wat betreft zijn/haar functie, positie binnen het verpleegkundig departement, evenals zijn/haar verloning (IFIC-classificatie). Ik hoop dat de ABIHH het pad verderzet dat al begonnen is en dat waarschijnlijk nog een lange weg te gaan heeft.

Conclusie

Na tien jaar als voorzitter van de vereniging was het voor mij tijd om de fakkel door te geven aan een nieuw, dynamisch en betrokken team.

Toen ik het voorzitterschap opnam, was ik me bewust van de verantwoordelijkheden en het vrijwilligerswerk dat bij deze functie hoort, maar eerlijk gezegd had ik de omvang onderschat, vooral als je het goed wil doen en je 100% wil inzetten zonder te letten op de werkuren. Maar was mijn opdracht in wezen niet om ervoor te zorgen dat de vereniging zou (over)leven, zelfs als dat meer organisatorische inspanning vergt?

Dit mandaat was een intense ervaring, gekenmerkt door zowel het overwinnen van obstakels als het vieren van successen. De rol als voorzitter vergde een aanzienlijke inzet van mij, maar bood ook momenten van grote voldoening en verrijkende ontmoetingen. Het hoofd bieden aan de EBOLA- en COVID-crisis, was één van de grootste uitdagingen. Deze momenten waren niet altijd gemakkelijk, maar dankzij de inzet van de leden, de hulp van de Raad van Bestuur en het Uitvoerend

Comité, en een strikte aansturing van de operationele teams voor ziekenhuishygiëne, konden we ons aanpassen en onszelf in vraag stellen, soms ten koste van goede praktijken... een paradox! Deze ervaringen hebben onze veerkracht en ons vermogen om in tegenspoed samen te werken versterkt.

Wat onze successen betreft, ben ik trots te kunnen zeggen dat we veel projecten gerealiseerd hebben (RIF, dag van de referenten, IFIC-dossier, nationale en internationale samenwerkingen, lidmaatschap van veel nieuwe leden, betrokkenheid op verschillende niveaus, ...). Deze projecten hebben de vereniging geholpen meer zichtbaarheid en impact te verkrijgen, zich zowel structureel als in haar missie te ontwikkelen, waardoor de weg geëffend werd zodat het nieuwe team (raad van bestuur en uitvoerend comité) dit werk kan voortzetten en uitbreiden. Ik hoop een solide basis voor de toekomst te hebben gelegd.

Ik wil mijn diepe dank betuigen aan het uitvoerend comité en de raad van bestuur voor hun inzet, hun onvoorwaardelijke steun en het vertrouwen. Zij hebben deze ervaringen mogelijk gemaakt tijdens mijn voorzitterschap.

Ik wil ook alle leden van harte bedanken voor hun motivatie en bereidheid om hun professioneel en persoonlijk

ontwikkelingsplan voort te zetten.

En last but not least, dank aan mijn directie van het UMC Brugmann voor hun steun en voor het mogelijk maken dat ik dit mandaat als voorzitter van de ABIHH gedurende 10 jaar kon vervullen.

Deze ervaring zal een gedenkwaardige fase in mijn leven blijven, rijk aan lessen en ontmoetingen. Als lid van de vereniging zal ik met belangstelling de toekomstige projecten blijven volgen en de vereniging ondersteunen.

Slotwoord: Misschien zal ik op mijn grafsteen zetten: « Hier rust een toegewijde verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, onvermoeibare verdediger van de preventie van zorginfecties. Zijn inzet als voorzitter van de ABIHH heeft anderen gemotiveerd en waarschijnlijk bijgedragen aan het redden van patiëntenlevens. Moge zijn nagedachtenis de nieuwe generaties hygiënisten inspireren. P.S. Vergeet niet uw handen te wassen nadat u uw bloemen hebt neergelegd »

Dank aan iedereen voor deze gedeelde tien jaren... en aarzel niet om de ABIHH te blijven steunen.

ORIGINEEL ARTIKEL

■ Infectiepreventie zoals gezien door studenten verpleegkunde en infectiepreventie in de praktijk: Verschillen en gelijkenissen tussen theoretisch onderwijs en de praktijk

S. Verschuren¹, F. Zanini² et Y. Velghe³

(1) Assistent- docent en praktijklector aan de Haute Ecole Francisco Ferrer (HEFF - Brussel)

(2) Assistent- docent en praktijklector aan de Haute Ecole Libre Mosane (HELMo - Luik)

(3) Adjunct-directeur van het verpleegkundig en paramedische departement van het CHU Brugmann, hoofdverpleegkundige van de dienst Preventie en Infectiecontrole (PCI) aan het CHU Brugmann en voorzitter van de Belgische Vereniging van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten (ABIHH) 2015-2025



Inleiding

Een korte woordje van de Voorzitter

Tijdens mijn 10 jaar voorzitterschap van de ABIHH heeft de plaats van verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten die lesgeven binnen onze vereniging soms aanleiding gegeven tot debat en discussies, met name in relatie tot de statuten van de vzw:

- aanvankelijk met betrekking tot de mogelijkheid om volledig lid te zijn van de ABIHH,
- later, in het kader van de integratie als lid van de raad van bestuur.

Verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten in een zorginstelling en verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten in het onderwijs ... voeren zij dezelfde strijd?

Het is duidelijk dat de ene niet zonder de andere kan, nog specifiekere als beide aan dezelfde opleidingscriteria voldoen.

Als ik de rollen en verantwoordelijkheden van elk van hen vergelijk, is hun uiteindelijke doel altijd hetzelfde: het beheersen en voorkomen van zorginfecties teneinde de patiënt hoogwaardige en veilige zorg te bieden, ieder met een andere benadering:

- de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist in een zorginstelling: het toezicht op infecties, het implementeren van preventieprotocollen, kennis van pathogenen, de analyse van epidemiologische gegevens, het beheersen van epidemieën of antibioticaresistentie, het vermogen om in teamverband te werken en de opleiding van medewerkers.
- de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist die verpleegkunde onderwijst: de nadruk ligt op de overdracht van pathogenen, theoretische lessen, praktische simulaties en klinische stages. Hij/zij maakt studenten bewust van de uitdagingen van infectiebeheer en bereidt hen zo voor op het omgaan met echte situaties.

En op het gebied van de vereiste vaardigheden?

Een gemeenschappelijk element: het belang van continue opleiding in beide rollen om toekomstige professionals op te leiden en werkwijzen bij te werken, met als doel het hebben van bekwame zorgverleners die zich bewust zijn van de uitdagingen van het beheersen en de preventie van zorginfecties.

De pedagogische aspecten zijn zeker meer ontwikkeld bij verpleegkundige docenten dan bij verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten in de praktijk. Daarom krijg ik de kans om dit punt te behandelen tijdens het Interuniversitair Certificaat: Infectiepreventie en ziekenhuishygiëne. Verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten die verpleegkunde onderwijzen. Het woord is aan hen ...

De opleiding tot verpleegkundige vandaag in België

In België bestaan er verschillende trajecten om verpleegkundige te worden: het hogere niveau (Bachelor Verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg in het Korte Type Hoger Onderwijs (voltijds – 4 jaar – aan de Hogeschool OF Hoger Onderwijs in Sociale Promotie – 5 jaar) en het niveau secundair onderwijs (Getuigschrift ziekenhuisverpleegkundige – 3,5 jaar).

Sinds 28 juni 2023 is de nieuwe verpleegkundig praktijkmedewerker, genaamd Assistent in de Verzorging (AESI – 3 jaar) – in het Nederlands basisverpleegkundige – geïntroduceerd in onze wetgeving (FOD Justitie, 2023). Het zal tot juni 2026 duren voordat de eerste afgestudeerden in Vlaanderen zichtbaar zullen zijn.

De opleiding tot Bachelor Verpleegkundige Verantwoordelijk voor Algemene Zorg (VVVAZ) heeft de afgelopen jaren verschillende wijzigingen doorgemaakt. Eén van de grootste veranderingen was de overgang van de opleiding van 3 naar 4 jaar sinds september 2016. Deze overgang van 180 studiepunten (ECTS) naar 240 studiepunten (inclusief een minimum van 2.300 uur klinische opleiding) was een verplichte wijziging om te voldoen aan de Europese richtlijnen.

De rol van ziekenhuishygiëne en infectiepreventie in de opleiding van studenten verpleegkunde: inhoud en docenten

Inhoud

Het studieprogramma dat leidt tot de titel van verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg (decreet van 30 juni 2016 vervangen door het decreet van 12 november 2020) omvat theoretisch onderwijs en klinisch onderwijs (praktijk).

Theoretisch onderwijs: onder de sleutelwoorden die in de opleiding moeten voorkomen, zijn uiteraard de woorden «hygiëne» en «microbiologie (bacteriologie, virologie, parasitologie)».

De academische organisatie van de studies legt een kader op, maar laat ook vrijheid aan elke organiserende macht.

Om maximale pedagogische samenhang tussen bacheloropleidingen verpleegkunde in Franstalig België te waarborgen, is sinds 2023 een nieuw competentiekader beschikbaar, gevalideerd door de ARES (Académie de Recherche et d'Enseignement Supérieur).

Klinisch onderwijs: de competentie om het zorgproject uit te voeren (het uitvoeren van verpleegkundige activiteiten op het terrein) omvat onder andere het naleven van hygiëne, veiligheid, asepsie ..., en dit vanaf het eerste jaar van de opleiding tot en met het laatste jaar.

Als voorbeelden voor elk van onze 2 Hogescholen, wordt hieronder concreet weergegeven hoe de opleiding in verband met hygiëne wordt aangepakt:

- **HEFF:** de cursus ziekenhuishygiëne wordt gegeven in het 1e semester van het eerste opleidingsjaar. Deze cursus duurt 30 uur en is voornamelijk theoretisch.

Een praktische oefenwerkplaats in kleine groepen wordt specifiek georganiseerd over handhygiëne vóór de eerste stage.

Eensamenwerking met onze voorkeurspartner (CHU Brugmann) maakt de organisatie mogelijk van een onthaalochtend voor eerstejaars studenten vóór hun eerste stage, inclusief een ontmoeting met de ziekenhuishygiënisten en spelmomenten over het thema hygiëne in het ziekenhuis.

In het tweede jaar wordt er een praktische training in kleine groepen georganiseerd over de bijkomende voorzorgsmaatregelen vóór de eerste stage.

- **HELMO:** De cursus ziekenhuishygiëne wordt gegeven in het eerste semester van het eerste opleidingsjaar. Deze cursus duurt 24 uur en is voornamelijk theoretisch.

Het praktische aspect van hygiëne wordt voornamelijk behandeld in de cursussen beroepspraktijk.

Er worden elk academiejaar twee onderwijsactiviteiten georganiseerd:

- Eén is bedoeld voor tweedejaarsstudenten (blok 2) en bestaat uit een quiz. Dit is een gelegenheid om enkele hygiëneconcepten op een speelse manier op te frissen door een competitie te creëren tussen de twee klassen van blok 2.

- De tweede is georganiseerd voor studenten verpleegkunde en vroedkunde in het laatste jaar: de «hygiënedag» biedt ook een speelse herhaling van de concepten van infectiepreventie. Deze dag wordt al meer dan 10 jaar georganiseerd en sinds 2025 zijn verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten van 3 ziekenhuisinstellingen in Luik actief betrokken bij deze dag.

Daarnaast is al jarenlang een project: «hygiëne en asepsis» van 1/10 werkbelasting ingebouwd. Deze taak heeft tot doel de hygiëneopleiding van onze studenten te stimuleren en de inhoud van onze cursussen up-to-date te houden. Dit laatste doel is onder andere mogelijk dankzij de mogelijkheid om de vergaderingen van de ABIHH bij te wonen.

Over het algemeen wordt voor onze 2 hogescholen de toepassing van hygiëneconcepten behandeld tijdens de lessen beroepspraktijk en vooral tijdens de verschillende stageperiodes. Praktijkbeoefenaars op het terrein spelen een cruciale rol bij het praktijkleren van hygiëne-aspecten binnen en buiten de ziekenhuisomgeving.

Docenten

Docent én verpleegkundige-ziekenhuishygiënist zijn in een hogeschool in 2025?

Het profiel van de docenten (Assistent-Docent – MA) die de theoretische lessen over hygiëne geven, kan divers zijn. De minimale voorwaarden zijn: bachelor verpleegkundige, houder van een Master (openbare gezondheid, ziekenhuisbeheer, ...) en een pedagogische titel CAPAES (Certificaat van Pedagogische Bekwaamheid aangepast aan Hoger Onderwijs). Het volgen van een aanvullende opleiding in ziekenhuishygiëne is een pluspunt, maar niet verplicht.

Let op ! Enkel verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten zijn lid van de ABIHH!

Op het gebied van opleiding op school en in de praktijk bestaan er 4 verschillende profielen van lesgevers:

- de MA zonder interuniversitaire certificering in infectiepreventie en ziekenhuishygiëne
- de MA met interuniversitaire certificering in infectiepreventie en ziekenhuishygiëne
- de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist met pedagogische titel
- de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist zonder pedagogische titel.

Als voorbeeld, voor elk van onze 2 hogescholen, volgt hier het profiel van de docenten die de cursus hygiëne geven:

- **HEFF:** de cursus werd gegeven door een docente, assistent-docent, houder van een aanvullende opleiding in hygiëne, lid van de ABIHH, en dit gedurende 7 jaar.
Sinds 2 jaar is dit niet meer het geval: de cursus wordt gegeven door een ervaren docente, maar zij heeft geen certificaat in ziekenhuishygiëne.

- **HELMO:** de cursus wordt gegeven door drie docenten voor 4 klassen van het eerste jaar.
2 MA-houders hebben het certificaat in ziekenhuishygiëne,
1 MA-houder zonder certificaat in ziekenhuishygiëne.

Over het algemeen geldt voor onze 2 hogescholen dat de docenten die de studenten begeleiden tijdens stages (klinisch onderwijs) ervaren verpleegkundigen zijn met een pedagogische graad (CAPAES).

Methode

We wilden onze studenten bevragen over hun perceptie van ziekenhuishygiëne. Een Forms-enquête van een tiental vragen werd aangeboden aan de studenten Verpleegkundige Verantwoordelijke voor Algemene Zorg (VVAG) van de twee hogescholen, van het eerste jaar tot het laatste jaar, in de loop van het tweede semester van het academiejaar 2024-25. Deze enquête bevatte vragen met korte antwoorden en een reeks stellingen waarop zij zich moesten positioneren op een Likertschaal.

Resultaten

We hebben 449 ingevulde vragenlijsten kunnen verzamelen. In eerste instantie, als ze «ziekenhuishygiëne» moesten definiëren, zouden ze woorden gebruiken die we kunnen indelen in 3 «aspecten» van ziekenhuishygiëne.

Opmerking: ongeacht het studiejaar van de student, zijn het steeds dezelfde 3 «aspecten» die terugkomen:

1. Schoon / netheid / aseptie
2. Belangrijk / onmisbaar / essentieel
3. Veiligheid / bescherming / preventie

Bovendien wordt het aspect «onmisbaar» en het aspect «veiligheid» ook teruggevonden in de resultaten van een andere vraag, waarbij 98,5% van de studenten hygiëne als onmisbaar beschouwt en 98% van de studenten hygiëne essentieel acht voor de veiligheid van de patiënt.

Het belang van ziekenhuishygiëne wordt dus vanaf het eerste jaar al duidelijk erkend. Het is echter interessant om te vermelden dat 11% aangeeft het gevoel te hebben dat het niet naleven van hygiëne niet zoveel impact heeft op de patiënt als men ons wil doen geloven.

Deze studenten worden vervolgens geconfronteerd met de realiteit van de stageplaatsen. Deze stageplaatsen zijn de bevoorrechte plekken waar de vaardigheden van ons beroep zullen worden ontwikkeld.

We hebben hen gevraagd het waargenomen verschil te beoordelen tussen ziekenhuishygiëne zoals die op school wordt onderwezen en zoals die wordt toegepast op de verpleegafdelingen. Deze verschillen worden gemiddeld beoordeeld met 2,98/5.

Een meerderheid van de studenten (212) heeft 3/5 geantwoord.

Dit waargenomen verschil weerspiegelt zich in de resultaten van andere vragen: één van de verzoeken om de opleiding in ziekenhuishygiëne te verbeteren, zou daarnaast zijn om gedurende de hele opleiding herinneringen te krijgen, maar vooral om trainingen te volgen in praktische aanpassingen aan het werkveld.

41% van de studenten vindt dat het observeren van zorgprofessionals die de hygiëneregels niet naleven hun eigen naleving van deze regels kan beïnvloeden en voor 47% hangt de naleving samen met de werkdruk op de afdeling.

Daarentegen benadrukken 34% hun professionele bewustzijn als factor voor hun naleving van ziekenhuishygiëne.

Tegenover deze niet-naleving van hygiëneprincipes geven sommige studenten op nederige wijze enkele reflecties mee: als we ons in de plaats van onze patiënten verplaatsen, zouden we zelf op deze manier behandeld willen worden?

Discussie - Voorstellen

Welke factoren beïnvloeden de naleving van de hygiëneregels door studenten verpleegkunde?

- De actualisering van de kennis van de lesgevers (assistent-docent – MA) die de hygiënecursus geven?
- De inhoud van de cursus hygiëne, in termen van uren, actualisering, herhaling gedurende de hele opleiding?
- De observatie van de zorgverleners die hen begeleiden tijdens de stages: de begrippen model, voorbeeld, referentie die de zorgverleners voor de studenten vertegenwoordigen zijn fundamenteel.

Ons onderzoek toont aan dat studenten voor zichzelf EN voor de zorgverleners «opfrissing» wensen op het gebied van opleiding, om de naleving van de ziekenhuishygiëne in de zorg te waarborgen.

We zouden daarom de volgende punten kunnen suggereren:

- Suggesties met betrekking tot de opleiding:
 1. Voornamelijk voortdurende herhalingen gedurende de gehele opleiding
 2. Workshops + praktische oefeningen die dicht bij de realiteit van het werkveld liggen
 3. Regelmatige bewustmakingscampagnes: de gevolgen van het niet naleven van hygiëne benadrukken
- Suggesties voor de verpleegteams:
 1. Regelmatige herinneringen
 2. Professioneel bewustzijn: jezelf in de plaats van onze patiënten stellen -> zouden we zelf op deze manier behandeld willen worden?

Conclusie

Dit werk, hoewel op kleine schaal uitgevoerd, leidt toch tot mogelijke reflectie voor de toekomst. Ziekenhuishygiëne en de preventie van zorginfecties zijn permanent aanwezig in de opleiding (en de evaluatie), op een doorlopende en transversale manier, gedurende de 4 opleidingsjaren, zowel op school als in de stageomgeving. Door de studenten die wij in onze «enquête» hebben ondervraagd, wordt hygiëne beschouwd als essentieel, synoniem voor veiligheid of bescherming, en verbonden met asepsie. Voor hen is het naleven van hygiëne onontbeerlijk, essentieel voor veiligheid. Ze zien het weinig als een verplichting, maar erkennen dat het moeilijk volledig toe te passen is. Voor een zeer grote meerderheid van hen (86%) is er een vrij groot verschil tussen de opleiding op school over het onderwerp en de praktische toepassing van de aangeleerde concepten op de werkvloer. Het aspect dat verband houdt met de realiteit van het terrein zoals ervaren door verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten vormt een meerwaarde voor de docenten en biedt de gelegenheid om er samen over te discussiëren, zowel binnen de ABIHH als tijdens uitnodigingen op scholen.

Een extraatje zou zijn dat elke docent ook professionele ervaring heeft in een zorginstelling, net zoals andersom?

Of het nu studenten of zorgprofessionals zijn, de waardering van permanente opleiding en de betrokkenheid bij de

preventie van zorginfecties zijn hetzelfde. Het belang van infectiebeheersing binnen instellingen, evenals de cruciale rol van onderwijs bij de opleiding van toekomstige professionals, zijn complementair. Dan rijst de vraag over de ervaring en realiteit van onze toekomstige verpleegkundigen. Onderwijs en praktijk, gelijke werkwijzen? ... In ieder geval vormt de aanwezigheid van een -ziekenhuishygiënist als docent in de Raad van Bestuur van de ABIHH nog steeds een meerwaarde. Een gedachte om in ieder geval verder over na te denken.....

Bibliografie

ARES. (2023). Référentiel de compétences Bachelier Infirmier Responsable de Soins Généraux. Bruxelles.

SPF Justice. (2023, Juin 28). Banque de données Justel - Modifications récentes. Récupéré sur Moniteur Belge: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2023062803

Geraadpleegde referenties

Cochard-Graslin, H. (2019, Avril/mai). Hygiène hospitalière en Ifsi : une plaie à enseigner ? Objectifs Soins et Management(268), pp. 40-42.

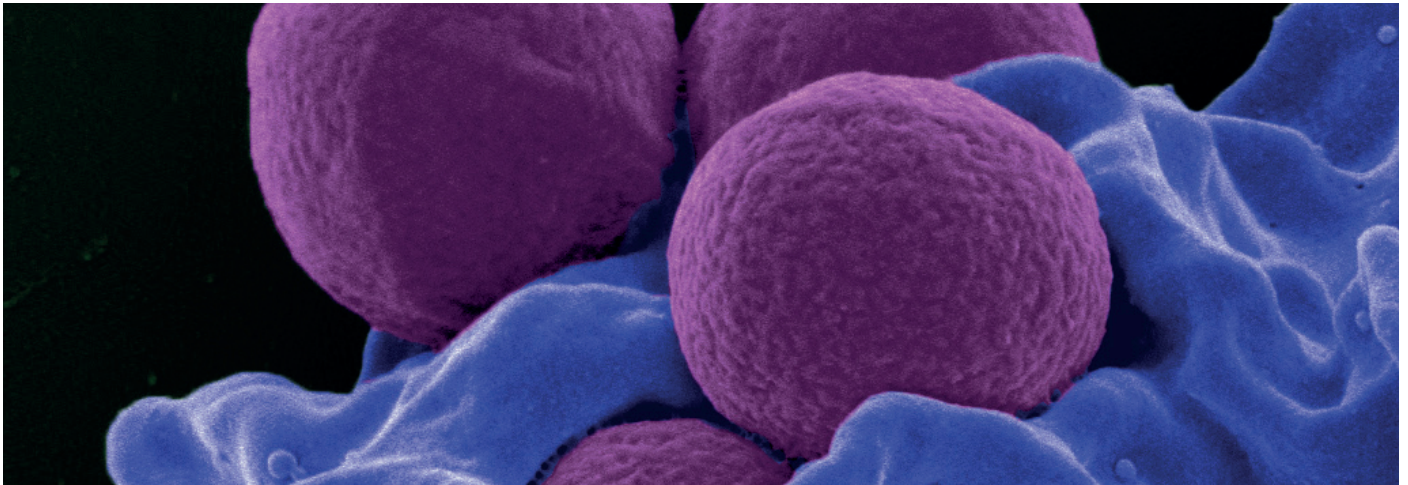
Hardy-Massard, S. G.-L. (2020). Le rapport aux règles d'hygiène auprès d'étudiants en soins infirmiers : une approche éthogénique. Recherche en soins infirmiers (143(4)), pp. 35-44. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.143.0035>.

ORIGINEEL ARTIKEL

■ MRSA-screening in een psychiatrisch ziekenhuis: een doordachte aanpak in een complexe setting

Vanheyst, I., Swysen, K., Croenen, G., Hex, A. & Van Meensel, B.

1. Verpleegkundige-ziekenhuishygiënist, St Noorderhart vzw
2. Verantwoordelijke Infectiepreventie en -controle (IPC), BAPCOC
3. Professor aan de faculteit Geneeskunde, Departement Volksgezondheid, KU Leuven



Inleiding

Methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) blijft een belangrijk aandachtspunt voor ziekenhuishygiëne. Hoewel de incidentie in Belgische ziekenhuizen de afgelopen jaren daalde, blijft een gerichte aanpak noodzakelijk. Voor psychiatrische ziekenhuizen is dat niet anders. De context en patiëntenpopulatie maken dat standaardvoorzorgsmaatregelen soms een uitdaging vormen, maar de nood aan een coherent en risicogestuurd beleid, gestoeld op onder andere MRSA screening, blijft.

Dit artikel beschrijft hoe we in het psychiatrisch ziekenhuis (PZ) Bilzen-Hoeselt en het psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) Tongeren-Borgloon sinds 2013 een gestructureerde aanpak rond MRSA-screening en -preventie uitbouwden, ingebed in een breder strategisch plan voor infectiepreventie en -beheersing.

Dertien jaar geleden werd het interne beleid op vlak van infectiepreventie en -beheersing grondig herzien en geprofessionaliseerd. Twee ontwikkelingen in 2011 – 2012 gaven daartoe aanleiding, namelijk de intensieve samenwerking met het Jessa Ziekenhuis (de geneesheer ziekenhuishygiënist van het Jessa Ziekenhuis werd ook geneesheer-ziekenhuishygiënist in het PZ Bilzen-Hoeselt) én de wijziging van de verantwoordelijken voor ziekenhuishygiëne conform KB 26/4/2007 (hoofddarts, directeur zorg, geneesheer-ziekenhuishygiënist, verpleegkundige-ziekenhuishygiënist).

Strategische heroriëntatie

Er werd een nieuw strategisch plan uitgewerkt, met een integrale visie op infectiepreventie en -beheersing. Eén van de speerpunten daarin was een gestructureerd en risicogestuurd MRSA-beleid. In dit artikel beschrijven we hoe dit beleid concreet uitgerold werd sinds 2013.

Preventie als sleutelement in het MRSA-beleid

Het door ons gevoerde MRSA-beleid past in een bredere strategie om overdraagbare aandoeningen en (zorg)infecties te reduceren. Preventie blijft daarbij de kern. Standaard voorzorgsmaatregelen vormen de basis, met sinds 2016 een stevig verankerd intern actieplan rond handhygiëne.

Waarom ook in een psychiatrisch ziekenhuis een MRSA-beleid nodig is

Hoewel psychiatrische patiënten doorgaans minder invasieve behandelingen ondergaan dan in een algemeen ziekenhuis, blijven de risico's op MRSA reëel. De specifieke setting brengt namelijk eigen uitdagingen met zich mee:

- **Relatief langdurige opnames** verhogen het risico op kolonisatie;
- **Gedeelde leefruimtes, meerpersoonskamers en intensieve sociale interacties tijdens en buiten therapiemomenten** kunnen transmissie bevorderen;
- **Regelmatig contact met algemene ziekenhuizen**, vaak voor gespecialiseerde somatische zorg;
- **Oudere patiënten met somatische co-morbiditeit** vormen een extra kwetsbare groep;
- **Specifieke symptomen of gedrag van patiënten in opname** kunnen leiden tot risicovol contact of verminderde persoonlijke hygiëne.

Van stille transmissie naar actieve detectie op basis van risico-inschatting

Nulmeting met aansluitend dekolonisatie van positieve patiënten, bewoners, medewerkers

Om een foto te maken van de stand van zaken werd in het voorjaar 2013 een nulmeting uitgevoerd. Op basis van een risico-inschatting werd een MRSA-screening afgenomen bij alle patiënten 65+ (doelgroep ouderen) in het PZ en bij alle bewoners van het PVT (telkens 3 wissers: neus, keel en perineum). Uit deze nulmeting bleek dat er op twee ziekenhuisafdelingen telkens twee patiënten MRSA-positief waren, en in de (uitdovende) PVT-afdeling testten 11 bewoners positief.

Het outbreak supportteam besliste dan, in overleg met de arbeidsgeneesheer, om ook de medewerkers van de betreffende PVT-afdeling te screenen voor MRSA (arts, verpleegkundigen, zorgkundigen, therapeuten en medewerkers onderhoud). Uit deze testronde bleek dat ook 4 medewerkers positief testten. De dekolonisatie van de patiënten en de bewoners werd gecoördineerd door het outbreak supportteam, die van de positieve medewerkers door de arbeidsgeneesheer en de infectiologen van het Jessa Ziekenhuis. Voor het merendeel van de patiënten, bewoners en medewerkers was de dekolonisatie succesvol zonder toediening van orale antibiotica. Voor een 3-tal betrokkenen werd, in overleg met de betreffende artsen, overgegaan tot dekolonisatie met orale antibiotica.

Standaard MRSA-screening

De nulmeting maakte de nood aan een structureel screeningsbeleid duidelijk. Het comité ziekenhuishygiëne werkte daarom een **stand order MRSA-screening** uit met heldere screeningscriteria voor volwassenen, ouderen en PVT-

bewoners (o.a. leeftijd >75 jaar, chronische wonden, opname in een ziekenhuis/woonzorgcentrum, of eerder MRSA-positief). Bijkomend werd nog screening op advies van de geneesheer-ziekenhuishygiënist of huisarts van PZ/PVT toegevoegd, alsook een jaarlijkse screening van alle patiënten uit de doelgroep ouderen in het PZ en PVT-bewoners.

Dit stand order werd bekrachtigd door de medische staf en is nog steeds van kracht.

De jaarlijkse screening bij alle patiënten uit de doelgroep ouderen en PVT-bewoners werd in 2021 wel stopgezet wegens herhaaldelijk negatieve resultaten; een nieuwe screening in 2024 bevestigde dit beeld.

De MRSA-screening gebeurt conform het advies van de Hoge Gezondheidsraad (advies 9277 MDRO) met drie wissers (neus, keel, perineum). Afhankelijk van de klinische context worden op aangeven van de geneesheer-ziekenhuishygiënist of omnipracticus soms bijkomende staten afgenomen.

Informed consent voor MRSA-screening

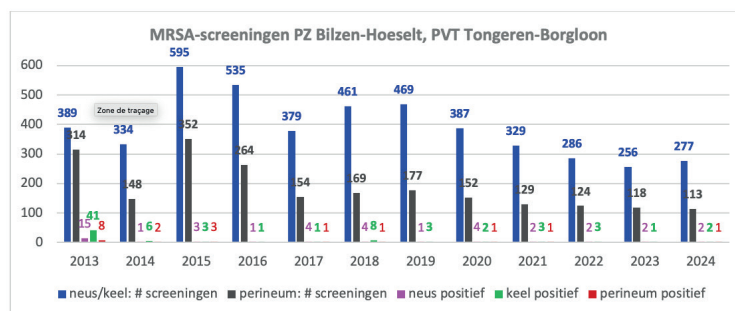
Volgens de wet patiëntenrechten dient elke handeling met geïnformeerde toestemming van de patiënt te gebeuren.

We hebben vastgesteld dat patiënten doorgaans wel akkoord kunnen gaan met screening van neus en keel; screening van het perineum ligt moeilijker. Indien de patiënt de screening van het perineum weigert, beperken we ons tot het screenen van neus en keel.

Weduidenwelhetbelangervanentrachtenhentochemotiverentot screeningvanperineumbijcontrolescreeningennadekolonisatie.

Overzicht uitgevoerde screenings in de periode 2013 - 2024

De grafiek toont de evolutie en de schommelingen van het aantal screenings en het aantal positieve testen over een periode van 11 jaar.



Isolatie en dekolonisatie

Een positieve screening vraagt om actie: isolatie en dekolonisatie (zonder orale antibiotica).

Het isoleren van positieve patiënten is echter niet eenvoudig en kan zelfs belemmerend werken voor het therapeutisch traject dat een patiënt in onze setting loopt.

Het is telkens een afweging die moet gemaakt worden om enerzijds verspreiding te voorkomen (veilige zorg) en anderzijds de betreffende patiënt de juiste medisch-psychiatrische zorgen te bieden.

Elke beslissing wordt casus per casus genomen, steeds in overleg tussen het team ziekenhuishygiëne, de hoofdarts, de directeur zorg, de behandelende psychiater (afgestemd met het team) en de patiënt/de familie.

De maatregelen variëren van dekolonisatie in de thuissituatie, tijdelijke isolatie op de afdeling (al dan niet met deelname aan therapie - onder strikte voorwaarden, extra bezoekenmomenten, wandelmomenten buiten de afdeling) tot aangepaste planning bij bijvoorbeeld electroconvulsie therapie (steeds als laatste van de dag).

Na dekolonisatie volgen 2 controlescreenings (dag 10 en dag 15). Indien beiden negatief zijn, beschouwen we de dekolonisatie als succesvol en worden de maatregelen beëindigd. Maar, niet elke dekolonisatie verloopt even succesvol. In de regel doen we dit 2 keer, nadien wordt het verdere beleid bepaald in overleg met bovenvermelde personen, alsook een infectioloog.

MRSA-screening en aangepaste zorg voor kwetsbare doelgroepen

Zoals hierboven reeds vermeld, maken we bij een positieve MRSA-screening steeds een zorgvuldige afweging: enerzijds willen we verdere verspreiding van MRSA voorkomen, anderzijds willen we de betrokken patiënt de juiste medisch-psychiatrische zorg kunnen blijven bieden. Deze afweging houdt rekening met ethische, deontologische en morele aspecten.

Aangezien er vanaf de medische opname vaak al sociale interacties plaatsvinden tussen patiënten, en oudere patiënten bovendien extra kwetsbaar zijn, zijn we op zoek gegaan naar een manier om de MRSA-status zo snel mogelijk te kennen.

Sinds augustus 2025 loopt er binnen de doelgroep ouderen een proefproject, uitgewerkt door leden van het comité ziekenhuishygiëne in samenwerking met de artsen en de zorgmanager van deze doelgroep. Eén van de artsen werkzaam in de doelgroep ouderen, lid van het comité ziekenhuishygiëne, is mee de bezieler van het project.

Bij een transfer vanuit een algemeen ziekenhuis is de MRSA-status meestal reeds gekend. De situatie is echter anders bij patiënten die vanuit de thuissituatie of een woonzorgcentrum (WZC) komen. Daar is het niet altijd evident om een MRSA-screening vooraf uit te voeren. Dit proefproject richt zich specifiek op deze groep.

Binnen het project worden patiënten gescreend in het WZC door verpleegkundigen van ons psychiatrisch ziekenhuis, vlak vóór

de medische opname. Wanneer een MRSA-besmetting wordt vastgesteld, kunnen we in overleg bepalen welke zorgcontext het meest aangewezen is:

- medische zorg in de thuissituatie, in samenwerking met de huisarts;
- outreachende zorg in het WZC in samenwerking met huisarts, CRA, geriater en ouderenpsychiater (cfr SHIFT-zorgmodel - Smooth Hospital Integration For Transitioning nursing home residents)
- of toch een opname in ons ziekenhuis, eventueel met 'aangepaste' isolatiemaatregelen.

Slotbeschouwing

De continue inzet op preventie, met handhygiëne als speerpunt, zorgt ervoor dat we het risico op transmissie zoveel mogelijk beperken. Onze werking toont aan dat ook in een complexe zorgcontext een doordacht beleid mogelijk én noodzakelijk is om patiënten, medewerkers en de bredere zorgomgeving te beschermen.

Onze ervaring van de voorbije jaren leert dat een psychiatrisch ziekenhuis wel degelijk een actief en gestructureerd MRSA-beleid nodig heeft. Screening, isolatie en dekolonisatie vragen telkens om evenwicht tussen infectiecontrole en therapeutisch traject dat een patiënt loopt. Door een risicogestuurde aanpak en overleg op maat is dit haalbaar.

Graag richten we onze speciale dank aan dr. L. Waumans en de artsen van de dienst ziekenhuishygiëne van het Jessa Ziekenhuis.

Bronverwijzing

Hoge Gezondheidsraad. (2019). Aanbevelingen inzake preventie, beheersing en aanpak van patiënten die drager zijn van tegen antibiotica multiresistente organismen (MDRO) in zorginstellingen (Advies nr. 9277).

Houben, F., van Hensbergen, M., Den Heijer, C. D. J., Dukers-Muijers, N. H. T. M., & Hoebe, C. J. P. A. (2022). Barriers and facilitators to infection prevention and control in Dutch psychiatric institutions: A theory-informed qualitative study. *BMC Infectious Diseases*, 22(243). <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07236-2>

Jones, D. (2010). How to reduce the negative psychological impact of MRSA isolation on patients, *Nursing Times*, 106(36). www.nursingtimes.net

Krols, N. (2025). Van breuklijn naar brug. Hoe zorgtransities in de woonzorg versterkt kunnen worden door samenwerking. <https://www.zorgneticuro.be/artikel/hoe-zorgtransities-de-woonzorg-versterkt-kunnen-worden-door-samenwerking>

ORIGINEEL ARTIKEL

Multimodale strategie ter preventie van CAUTI in 4 Belgische ziekenhuizen

T. De Beer¹, C. Barbaix², A. Desmet³, I. Aerts⁴, S. Teering⁵, M. Moretti⁶

1 verpleegkundige infectiepreventie & coördinator, HOST CUROZ

2 verpleegkundige infectiepreventie, AZORG

3 verpleegkundige infectiepreventie, UZ Brussel (ten tijde van de studie)

4 ziekenhuisapotheker, HOST CUROZ

5 intensivist en voorzitter antibioticatherapiebeleidsgroep, AZ Sint-Maria Halle

6 infectioloog, UZ Brussel & verantwoordelijke, HOST CUROZ



Inleiding

Urineweginfecties behoren tot meest voorkomende zorginfecties en dit zowel in ziekenhuizen als in woonzorgcentra. Hun optreden is veelal gerelateerd aan het gebruik van een urinaire katheter¹.

Hoewel er geen aanwijzingen zijn voor oversterfte door urinaire zorginfecties, kunnen deze infecties leiden tot ernstige complicaties zoals pyelonefritis, prostatitis of sepsis en tot een verlenging van de verblijfsduur met gemiddeld 4,1 dagen. De hiermee gepaard gaande kosten voor de ziekteverzekering werden in België in 2007 jaarlijks geschat op bijna 80 miljoen euro en het aantal bijkomende hospitalisatiedagen op 1 67.000².

Studies^{3,4} hebben aangetoond dat het evalueren van de indicatie voor het gebruik van een urinaire katheter, evenals de dagelijkse herevaluatie ervan, geassocieerd is met een vermindering van katheter-geassocieerde urineweginfecties (CAUTI) op zowel intensieve zorgafdelingen als op algemene afdelingen. Daarnaast toonde een andere studie⁵ aan dat het fixeren van de katheter eveneens kan bijdragen tot een lagere prevalentie van CAUTI.

Ook de implementatie van een multimodale infectiepreventiestrategie kan de incidentie van katheter-gerelateerde urineweginfecties verminderen⁶ en aldus de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg bevorderen.

Multimodale implementatiestrategieën zijn kerncomponenten van effectieve programma's voor infectiepreventie en

-controle, aldus de 'WHO Guidelines on Core Components of IPC programmes at the National and Acute Health Care Facility Level'. Een multimodale strategie bestaat uit meerdere elementen (drie of meer, meestal vijf) die op een geïntegreerde manier worden geïmplementeerd. Indien gefocust wordt op slechts één element, is de kans groot dat de strategie zal falen. Alle vijf elementen (build it, teach it, check it, sell it en live it) dienen in overweging genomen te worden en de nodige maatregelen moeten genomen worden op basis van de lokale context en situatie⁷.

Doelstelling

In deze studie beogen we het effect te evalueren van een multimodale strategie op de incidentie van CAUTI, bestaande uit: (1) aanpassingen aan het elektronisch patiëntendossier onder de vorm van verplicht in te vullen velden, (2) introductie van (nieuw) fixatiemateriaal en (3) sensibilisatie en opleiding over de preventie van CAUTI, in 4 ziekenhuizen in Vlaanderen, België, in de periode oktober 2023 - oktober 2024.

Methode

Studie design

Een multicentrisch quasi-experimenteel onderzoek met vóór- en nameting werd uitgevoerd in de ziekenhuizen van het CUROZ-netwerk, zijnde AZORG (een fusieziekenhuis, sinds 1/1/2025 bestaande uit het voormalige A.S.Z. en OLV Ziekenhuis), AZ Sint-Maria Halle en UZ Brussel.

Steekproef

Verblijvende volwassen patiënten met een transurethrale verblijfskatheter langer dan 48u in situ werden ziekenhuisbreed geïnccludeerd gedurende 14 opeenvolgende dagen in oktober 2023 (voormeting) en oktober 2024 (nameting).

Interventie

De interventie werd in maart 2024 gestart en bestond uit verschillende componenten (zie figuur 1). Hierbij werd de methodiek van een multimodale strategie volgens de WHO7 gehanteerd.

• Build it (systeemveranderingen)

In drie van de vier ziekenhuizen werden aanpassingen aangebracht in het elektronisch patiëntendossier (EPD) om de notatie van de indicatie van de transurethrale katheter en van de dagelijkse herevaluatie van de noodzaak tot behoud van de katheter om te zetten in verplicht in te vullen velden. In één ziekenhuis waren beide verplichte velden reeds in voege vóór de start van het verbeterproject, in een ander ziekenhuis was enkel het noteren van de indicatie al een verplicht veld.

In twee van de vier ziekenhuizen waar de katheters voorheen niet gefixeerd werden, werd een fixatieklever voor transurethrale verblijfskatheters geïntroduceerd. Deze fixatieklever werd ook getest in de twee andere ziekenhuizen waar voorheen al gefixeerd werd met ander materiaal. In één van beide ziekenhuizen werd overgeschakeld op de nieuwe klever.

• Teach it (training & educatie)

Een e-learning werd opgesteld voor artsen en verpleegkundigen, waarin de indicaties voor een transurethrale sonde en de niet-invasieve alternatieven, het belang van de dagelijkse herevaluatie van de noodzaak tot behoud van de katheter en het belang van katheterfixatie aan bod kwamen.

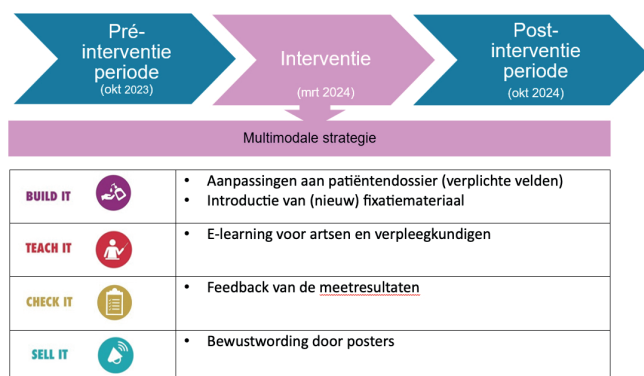
• Check it (monitoring & feedback)

De resultaten van de voormeting werden gecommuniceerd via een algemene mededeling op het intranet en/of teruggekoppeld aan de referentiepersonen infectiepreventie, de verpleegkundige diensthoofden en/of het Comité voor Ziekenhuishygiëne van de netwerkziekenhuizen – dit in functie van de gebruikelijke communicatiekanalen in de ziekenhuizen.

• Sell it (reminders en communicatie)

Om bewustwording te vergroten werden twee posters verspreid. De ene poster gaf een overzicht van de niet-invasieve alternatieven voor een transurethrale katheter (zie figuur 2a). De andere poster illustreerde de aandachtspunten ter preventie van katheter-gerelateerde urineweginfecties (zie figuur 2b).

Figuur 1: Overzicht van de interventies binnen de multimodale strategie



Figuur 2: Posters – a) Niet-invasieve alternatieven voor een transurethrale katheter (links) en b) Aandachtspunten ter preventie van katheter-gerelateerde urineweginfecties (rechts)



Klinische uitkomst

Bij de geïncludeerde patiënten werd in eerste instantie het optreden van CAUTI beoordeeld. CAUTI werd gedefinieerd volgens de aanbevelingen van de Centers of Disease control and prevention (CDC)⁸, waarbij drie criteria simultaan aanwezig dienen te zijn – zie figuur 3.

Daarnaast werd op een dag naar keuze in oktober 2023 (voórmeting) en oktober 2024 (nameting) de compliance met een zorgbundel gemeten. De bundel bestond uit volgende bundelelementen:

- notatie van de indicatie voor de verblijfskatheter in het dossier,
- notatie van de dagelijkse herevaluatie van de noodzaak tot behoud van de katheter in het dossier,
- correcte fixatie van de katheter (op de dij bij de vrouw, op dij of buik bij de man).

Figure 3 : Critères devant être présents pour une CAUTI selon le CDC8

1. De patiënt heeft een urinaire verblijfskatheter die > 48 uur aanwezig is geweest op de dag van vermoeden van de urineweginfectie (UWI, dag van katheterplaatsing = dag 1) en deze is nog aanwezig op de dag van vermoeden van de UWI OF is de dag voordien verwijderd.

2. De patiënt vertoont minstens één van de volgende tekenen:

- koorts (>38.0°C)
- suprapubische gevoeligheid
- gevoeligheid of pijn in de costovertebrale hoek
- dringend naar toilet moeten gaan
- vaak naar toilet moeten gaan
- dysurie

3. De patiënt heeft een urinekweek met niet meer dan 2 species geïdentificeerde bacteriën, waarvan één van beide met meer dan 105 CFU/ml

Datacollectie

Data werd gecollecteerd door de lokale teams infectiepreventie van de netwerkziekenhuizen op basis van dossieranalyse (aanwezigheid van CAUTI, notatie van indicatie van de verblijfskatheter in het dossier, notatie van de dagelijkse herevaluatie van de noodzaak tot behoud van de katheter in het dossier) en observatie (correcte fixatie van de katheter).

Als noemergegevens werden urinaire katheterdagen verzameld. Aldus kon de incidentie CAUTI per 1.000 katheterdagen worden berekend.

Bij de datacollectie werd gebruik gemaakt van een uniform meetprotocol en eveneens van een uniform Excel-bestand om de data in te voeren.

Data-analyse

Continue gegevens, zoals de incidentie van CAUTI, werden uitgedrukt als het aantal CAUTI per 1.000 katheterdagen. Er werd een Mann-Whitney U-toets uitgevoerd om significante verschillen tussen de metingen vóór en na de interventie vast te stellen. Categorische gegevens werden weergegeven als

aantallen en proporties.

Voor de vergelijking van de compliance met de infectiepreventiebundel tussen de voor- en nameting werd een Fisher's exact-toets toegepast. Het significantieniveau werd vastgesteld op $p = 0,05$.

De data-analyse werd uitgevoerd door één centrale onderzoeker met behulp van IBM SPSS Statistics for Windows, versie 20.0 (Armonk, NY: IBM Corp, 2011).

Resultaten

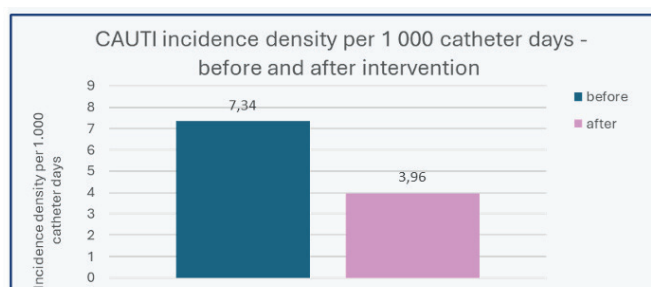
Er werden respectievelijk 437 en 470 transurethrale katheters opgenomen in de voormeting en in de nameting.

Het aantal urinaire katheterdagen bedroeg 2.590 in de voormeting (data beschikbaar voor 3 van de 4 ziekenhuizen) en 3.536 in de nameting (data beschikbaar voor 4 ziekenhuizen). Indien enkel de katheterdagen van de ziekenhuizen met data in zowel de voor- als nameting in beschouwing genomen worden, bedroeg het aantal katheterdagen in de nameting 2.856.

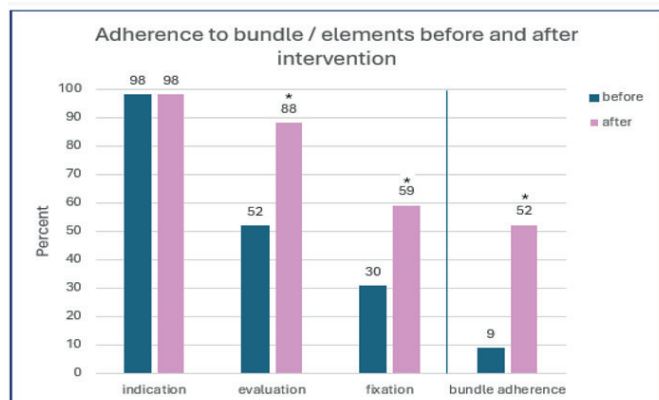
De incidentiedichtheid van CAUTI daalde van 7,34 per 1.000 katheterdagen in de voormeting (data van 3 ziekenhuizen) naar 3,96 per 1.000 katheterdagen in de nameting (data van 4 ziekenhuizen). Deze daling is evenwel niet statistisch significant ($p=0,392$). Zie figuur 4.

De naleving van de zorgbundel steeg wel significant ($p<0,001$) van 9% (13/151) in de voormeting naar 52% (86/165) in de nameting. Dit was voornamelijk te wijten aan een significante verbetering in het noteren van de dagelijkse herevaluatie van de noodzaak tot behoud van de katheter (van 52% of 78/151 naar 88% of 145/165, $p<0,001$) en een significante verbetering van de correcte fixatie (30% of 46/151 naar 59% 97/165, $p<0,001$). Zie figuur 5.

Figuur 4: Incidentiedichtheid CAUTI per 1.000 katheterdagen vóór en na interventie



Figuur 5: Naleving zorgbundel en afzonderlijke bundelelementen vóór en na interventie (items met een statistisch significant verschil tussen voor- en nameting worden aangeduid met een asterix)



Discussie

De CAUTI-incidentiedichtheid per 1.000 katheterdagen in deze studie bedroeg 7,34 in de voormeting en 3,96 in de nameting. Deze incidentiecijfers zijn vergelijkbaar met de data van het Amerikaanse National Healthcare Safety Network (NHSN) dat voor 2006 in acute ziekenhuizen een grote variatie optekende met een gepoolde gemiddelde incidentiedichtheid-rate van 3.1 tot 7.5 CAUTI per 1.000 katheterdagen.⁹ Recentere referentiecijfers zijn niet beschikbaar door de omschakeling van de NHSN naar SIR (Standardized Infection Ratio). Wegens het ontbreken van een nationale CAUTI-surveillance in eigen land, zijn evenmin Belgische referentiecijfers beschikbaar.

Bij de nameting in deze studie werd bijna een halvering van de CAUTI-incidentiedichtheid bekomen ten opzichte van de voormeting, maar deze bleek niet statistisch significant. Verschillende factoren kunnen bijgedragen hebben tot het ontbreken van een significant verschil.

Vooreerst betrof dit onderzoek een multicentrische studie in de ziekenhuizen van het CUROZ-netwerk. Hoewel een meetprotocol werd uitgeschreven om de manier van data-verzameling te uniformiseren, kan niet volledig uitgesloten worden dat er toch verschillen in interpretatie bestonden tussen de data-collectoren in de verschillende ziekenhuizen.

Daarnaast werden bij de implementatie van de multimodale strategie verschillen vastgesteld tussen de netwerkziekenhuizen. Zo werden verplicht in te vullen velden in het EPD slechts in drie van de vier ziekenhuizen finaal gerealiseerd. In het vierde ziekenhuis kon dit niet doorgevoerd worden, omdat dit niet in de lijn lag met de aldaar geldende EPD-policy die stelt dat het aantal verplichte velden tot een minimum beperkt dient te blijven.

Verder werden in het meetprotocol geen uniforme richtlijnen gegeven over de exacte plaats van fixatie van de urinaire katheter op het dijbeen. Een eerdere studie⁵ toonde aan dat een significante reductie van CAUTI enkel werd waargenomen bij patiënten waarbij de katheter op het bovenste derde deel van het dijbeen werd gefixeerd, en niet bij lagere fixatieplaatsen op het dijbeen.

Tenslotte was de tijd tussen de implementatie van de verbeteracties en de nameting vrij kort. Niet in alle ziekenhuizen kon hierdoor de e-learning op een voldoende grote schaal geïntroduceerd worden. Het was echter niet mogelijk om het tijdstip van de nameting te verlaten, omdat we gebonden waren aan de deadlines van het HOST-pilootproject vanwege BAPCOC.

Niettemin staande er geen significant verschil kon aangetoond worden in de incidentie van CAUTI, was er wel een significante verbetering in de toepassing van de zorgbundel. De introductie van verplicht in te vullen velden in het EPD heeft hierin belangrijke mate toe bijgedragen. Het belang van ICT-ondersteuning in de toepassing van IPC/zorgbundels blijkt ook uit de literatuur¹⁰.

Conclusie en aanbevelingen

Hoewel de toepassing van de multimodale strategie niet geresulteerd heeft in een significante daling van de incidentie van CAUTI, werd in de ziekenhuizen van het CUROZ-netwerk wel een groter bewustzijn gecreëerd rond de preventie van katheter-gerelateerde urineweginfecties. Dit blijkt uit de significante verbetering in de toepassing van de zorgbundel. Blijvende aandacht is evenwel nodig om de bereikte verbeteringen te bestendigen op langere termijn.

Bij toekomstige multimodale strategieën op niveau van het netwerk dient de implementatiefase beter gesynchroniseerd te worden en dient er voldoende tijd gelaten te worden tussen de interventiefase en de nameting, dit om een maximaal effect van de interventie te bekomen.

Dankbetuiging

Deze multimodale strategie is tot stand gekomen in het kader van de HOST-pilootprojecten die in België lopen van 2021 tot en met 2025 en die ressorteren onder de Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC).

Onze dank gaat uit naar alle medewerkers van de ziekenhuizen van het CUROZ-netwerk die op directe of indirecte wijze bijgedragen hebben aan de realisatie van de multimodale strategie ter preventie van CAUTI en in het bijzonder naar prof. dr. Ingrid Wybo en apr. Anke Stoefs, onder wiens leiding het HOST-project binnen het CUROZ-netwerk stond ten tijde van deze multimodale strategie.

Referenties

1. Hoge Gezondheidsraad. Aanbevelingen inzake preventie, beheersing en aanpak van urineweginfecties tijdens de zorgverlening (HGR 8889). Mei 2019 (aangepaste versie van eerdere aanbeveling van Juli 2017).
2. Vrijens F, Hulstaert F, Gordts B, De Laet C, Devriese S, Van De Sande S, et al. Nosocomiale infecties in België, deel II: Impact op mortaliteit en kosten. Health Services Research

(HSR). Brussels: Centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE reports 102A (D/2009/10.273/01).

3. Gonçalves Menegueti M, Ciol MA, Bellissimo-Rodrigues F, Auxiliadora-Martins M, Gambero Gaspar G, da Silva Canini SRM et al. Long-term prevention of catheter-associated urinary tract infections among critically ill patients through the implementation of an educational program and a daily checklist for maintenance of indwelling urinary catheters. A quasi-experimental study. *Medicine*. 2019; 98:8(e14417)

4. Gauron G, Bigand T. Implementation of evidence-based strategies to reduce catheter-associated urinary tract infections among hospitalized, post-surgical adults. *American Journal of Infection Control*. 2021; 49: 843–845

5. Zhu L, Jiang R, Kong X, Wang X, Pei L, Deng Q, Li X. Effects of various catheter fix sites on catheter associated lower urinary tract symptoms. *EXPERIMENTAL AND THERAPEUTIC MEDICINE*. 2021; 21: 47

6. Potugari et al. Multimodal Intervention Approach Reduces Catheter-associated Urinary Tract Infections in a Rural Tertiary Care Center. *Clinical Medicine & Research*. 2020; 18(4): 140-144

7. WHO multimodal improvement strategy. Juni 2009. Geraadpleegd op 28/05/2025 via <https://www.who.int/publications/m/item/who-multimodal-improvement-strategy>

8. CDC 2017 – NHSN Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events

9. HICPAC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. 2009. Geraadpleegd op 10/06/2025 via <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/cauti/background.html>

10. Fisher JC, Godfried DH, Lighter-Fisher J, Pratkanis J, Sheldon ME, Diago T, Kuenzler KA, Tomita SS, Ginsburg HB. A novel approach to leveraging electronic health record data to enhance pediatric surgical quality improvement bundle process compliance. *J Pediatr Surg*. 2016; 51(6):1030-3 geraadpleegd op 10/6/2025 via <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26995516/>

ORIGINEEL ARTIKEL

“Dierenbemiddeling” op de afdeling intensieve zorg voor kinderen en volwassenen in HUB. En wat met de hygiëne?

J. Bonte¹, A. Willems², A. Rodriguez Cheang³, J. Cano-Chervel⁴, L. Elegeert⁵, C. Steckelmacher⁶, S. Goenen⁷

1. Julie Bonte, hoofdverpleegkundige, HUB

2. Phr. Arianne Willems, diensthoofd afdeling pediatrie intensieve zorg, HUB

3. Anar Rodriguez Cheang, deskundige infectiepreventie, HUB-campus Laken

4. Julie Cano-Chervel, psycholoog, HUB Campus Laken

5. Lindy Elegeert, verpleegkundige intensieve zorg voor volwassenen, HUB campus Anderlecht

6. Claire Steckelmacher, verpleegkundige intensieve zorg voor volwassenen, HUB-campus Anderlecht

7. Séverine Goenen, hoofdverpleegkundige pediatrie intensieve zorg, HUB-campus Laken



Het Hôpital Universitaire de Bruxelles (HUB) verwelkomde onlangs Tika op de afdeling pediatrie intensieve zorg in Laken en daarvoor, Yuki, op de afdelingen intensieve zorg voor volwassenen in Anderlecht. Deze nieuwe leden zullen de gezondheidszorgteams versterken in een innovatieve aanpak, gericht op het verbeteren van het welzijn van patiënten en hun dierbaren door middel van dierondersteunde therapie. Dit initiatief wordt geïmplementeerd met strikte naleving van de fundamentele principes die de infectiepreventieteam hoog in het vaandel dragen.

Met ‘dierenbemiddeling’ wordt in dit artikel een praktijk bedoeld waarbij sprake is van een interspecifieke triade tussen een mens (al dan niet zorg-professional), een dier en een mens die psychisch en/of lichamelijk lijdt, met het oog op voorde(l)en voor de laatstgenoemde.

De oorsprong

Niet-farmacologische benaderingen bij het beheersen van stress, pijn en ruimer bij de kwaliteit van leven van patiënten die op intensieve zorg zijn opgenomen, vormen een centraal

werkgebied in onze gezondheidszorgpraktijken. Het is in dit perspectief dat het ‘hondenbemiddelingsproject’ past.

Er werd vooraf een literatuuronderzoek uitgevoerd door alle betrokkenen met als zoektermen: ‘dierbemiddelingservaringen’ in zorgcentra, microbiologische impact, stress- en pijnmanagement.

Bij de keuze van het hondenras werd rekening gehouden met de context waarin deze honden zouden terecht komen. Het was ook belangrijk dat deze honden op het bed bij patiënten konden komen en dat ze diegenen die bang waren niet zouden afschrikken. We zijn daarom automatisch overgegaan op kleine honden, waarvan het karakter bekend staat als zachtaardig, aanhankelijk en sociaal. Kleinere honden maken het ook gemakkelijker om de hygiëne-aspecten te controleren tijdens hun aanwezigheid op de afdelingen. Het haartype kan ook het allergeen vermogen en de haaruitval beïnvloeden, hoewel dit minimaal blijft en slecht gedocumenteerd is.

Intensieve zorg is een plek waar de ervaringen op polysensorisch gebied intens en zeer uniek zijn: alarmeren van apparaten, monitoring en noodsituaties, geuren (desinfectiemiddelen), apparatuur (machines, leidingen, kabels), kleding (overschorten,

handschoenen, maskers). De hond moet zich op zijn gemak voelen en het allemaal vertrouwd vinden. Daarom is het van fundamenteel belang om de pups, zodra ze gespeend zijn, bloot te stellen aan de omgeving waarin ze zullen terechtkomen.

Dierenwelzijn

Wij houden vast aan het idee dat dierenwelzijn een niet-onderhandelbare voorwaarde is voor het succes van 'bemiddeling'. Er wordt erkend dat er een onderlinge afhankelijkheid bestaat tussen dierenwelzijn, menselijk welzijn en het milieu (One Welfare-concept).

Om een vaste begeleider voor onze honden te garanderen, heeft elke hond een eigen baasje, afkomstig uit de zorgafdeling, die voor de hond zorgt buiten de ziekenhuismissies.

Honden komen twee keer per week of vaker naar hun afdeling. Ze hebben hun 'hoofdkwartier' in een bureelruimte, waar ze hun mand en een kom met water hebben. Hun primaire behoeften worden strikt gerespecteerd: wandelen voordat ze op de afdeling toekomen, uitlaten om hun behoefte te doen, spelen. Hun slaaptijden zijn prioritair, wat betekent dat ze tijdens hun slaap niet beschikbaar zijn om patiënten te bezoeken.

Ook worden de honden in eerste instantie begeleid door een hondentrainer. Wij zorgen voor het psychologische evenwicht van onze honden door het bevorderen van spel, beloningen en leermomenten zonder stress en zonder druk.

Tenslotte mag geen van onze honden het risico lopen op mishandeling of geweld tijdens hun ziekenhuismissies.

Het extra- en intramurale hygiëneprotocol

Honden, en vooral pups, kunnen parasieten, virussen, bacteriën of andere potentieel gevaarlijke ziektekiemen bij zich dragen, waarvan sommige op mensen kunnen worden overgedragen. Dit noemen we zoönosen.

Om deze risico's te beperken, zijn onze honden geen grote avonturiers in de velden en bossen en is handhygiëne essentieel. Het is absoluut noodzakelijk om de handen zorgvuldig te wassen met water en zeep of een hydroalcoholische oplossing te gebruiken na elk contact met een dier, zijn omgeving of zijn uitwerpselen.

Omdat onze honden worden beschouwd als een hulpbron voor de verzorging, zijn ze opgenomen in de indicaties voor handhygiëne. Deze eenvoudige voorzorgsmaatregel beschermt de gezondheid van zowel dier als mens.

Om in aanmerking te komen voor de functie van 'bemiddelingsdier' gaan onze honden, net als alle huisdieren, naar de dierenarts, maar met een regelmatig en zeer streng toezicht op hun gezondheid: vaccinatie, antiparasitaire middelen, mondhygiëne, toezicht op de voorbeschiktheden die verband houden met het ras, enz.

Om de impact van het ruien in de afdelingen te verminderen,

worden de honden regelmatig geborsteld en krijgen ze een uitgebalanceerd dieet en een bad aangepast aan hun haartype.

Omdat de protocollen voor het reinigen van oppervlakken en apparatuur op intensieve zorg-afdelingen al behoorlijk streng zijn, moesten deze niet worden aangepast.

Na de wandeling komen de honden in een aangepaste rugzak de afdeling binnen en is het tijd voor een specifieke verzorging: de vacht borstelen en vervolgens de vacht, de ogen, de oren en de poten reinigen met aangepaste doekjes.

Wanneer honden op het bed van patiënten worden gebracht, wordt een beschermvlaken gebruikt om de directe omgeving van de patiënt te beschermen.

Elke dag dat de honden langskomen, worden lijsten opgesteld van patiënten die baat kunnen hebben bij 'dierenbemiddeling'. Om het risico op overdracht te beheersen, bestaan er enkele exclusiecriteria:

- Patiënten verpleegd in beschermende isolatie of bronisolatie, elke patiënt wordt op de gebruikelijke manier gescreend (MRSA, VRE, CPE, enz.)
- Patiënten met een open wonde of uitgebreide brandwonden
- Patiënten met huidmycose
- Gesedeerde patiënten

Concreet op het terrein

Honden worden aangelijnd de kamers binnengelaten door het personeel of door patiënten op de afdeling. Het bezoek vindt enkel plaats als de patiënt of diens begeleider toestemming geeft, omdat de ontmoeting wederzijds begrip vereist. Het begint allemaal met een blik, vanop een afstand, wachtend op een signaal, een uitnodiging van de patiënt of zijn begeleider, om het dier vervolgens eventueel aan te raken.

Deze bezoeken kunnen plaatsvinden in de context van pijnbestrijding, tijdens moeilijke gesprekken, tijdens emotionele crisissen, aan het begin van een complexere relatie tussen zorgverlener en patiënt, bij zorgfobieën, tijdens depressieve fases of verveling, enz.

Hoewel sommige professionals bedenkingen uitten (angst, dierenwelzijn, hygiëne en allergieën etc.), werden onze honden snel aanvaard op hun afdeling door zowel de professionals als de patiënten. Sommige mensen die aanvankelijk eerder weigerachtig stonden, werden uiteindelijk enthousiast over het project.

De niet-gerichte en spontane aanpak is een echte therapeutische hulpbron waarvan de significante positieve impact op de patiënten zich kan situeren op verschillende niveaus: vermindering van stress en angst, verbetering van het humeur, emotionele steun, het stimuleren van sociale interactie of zelfs hulp bij revalidatie.

Wat dit laatste betreft, hebben we de impact ervan, evenals die op zorgverleners, tot een minimum beperkt. De fysiotherapeuten op de afdeling hebben een echte steun gevonden bij onze honden, omdat patiënten eerder uit bed komen om met hen te

wandelen en dus beter revalideren terwijl hun aandacht wordt afgeleid.

Het verplegend personeel is ook opgetogen, omdat Tika en Yuki niet alleen hun patiënten laten glimlachen, maar ook henzelf in vervoering brengen en hen regelmatig laten ontspannen, in een werkomgeving die stressvol kan zijn.

Enkele onvoorziene gebeurtenissen dwongen ons echter om de ziekenhuisomgeving te beschouwen als een risico voor honden tijdens hun leeffase, waardoor aanpassing van deze omgeving noodzakelijk is: kabels waar de pup graag aan knabbelt, medicatie die op snoepjes lijkt, open deuren die een lokroep tot vrijheid zijn, en ter herinnering: de geluiden die blaffen kunnen veroorzaken als de hond er niet snel mee vertrouwd raakt,...

Conclusie

Dit is een pilootproject, waarvoor epidemiologische gegevens in de literatuur ontbreken. Vooral de impact van deze innovatieve therapie met tussenkomst van een dier op de beheersing van infecties op een afdeling intensieve zorg moet in de toekomst worden geëvalueerd om de risico's ervan beter te begrijpen. Daarom streven we naar het opzetten van een continue surveillance van de overdracht van ziektekiemen, waaronder bacteriën die multiresistent zijn tegen antibiotica.

Eén ding is zeker: de komst van een 'bemiddelingsdier' dient vooraf goed te worden voorbereid maar dient nu al te worden beschouwd als een aanzienlijke therapeutische vooruitgang. Het is zelfs zo, dat wanneer het project is opgezet en op kruissnelheid is gekomen, het infectiepreventieteam, het personeel en de patiënten van de afdeling intensieve zorg van de HUB met een gerust hart onze "verzorgers" op 4 poten te ontmoeten.

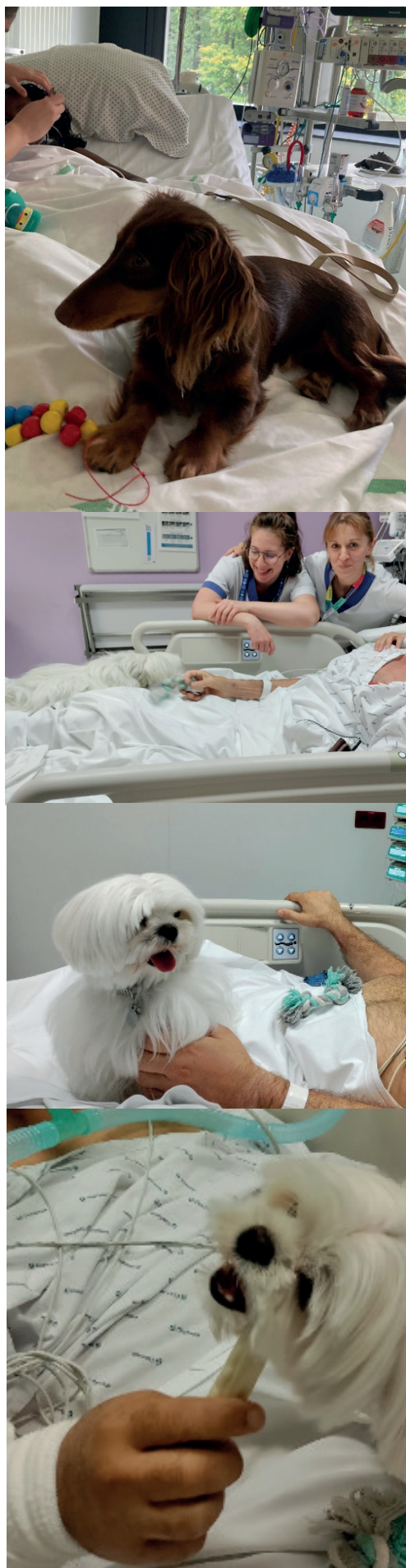
Referenties

1. CHUBAK J et al. A randomized controlled trial of animal-assisted activities for pediatric oncology patients: psychosocial and microbial outcomes. *Journal of pediatric health care*. 2023 Nov 4;S0891-5245(23)00279-1.
2. ERREN TC et al. , The kids' ward reindeer: a scoping review of the effects of support animals on the well-being of healthcare staff. *Journal of occupational medicine and toxicology*. 2023 Dec 12;18(1):28.
3. SPIKESTEIN A et al. Impact of facility dog and Certified Child Life Specialist Dyad on Children's Pain and Anxiety During Needlestick Procedures in a Pediatric Hematology Oncology Clinic Setting. *Journal of pediatric hematology/oncology*. 2024 Jan 1;46(1):51-56.
4. BRODIE S et al. An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in healthcare settings. *Journal of clinical Nursing*. 2002; 11:444-456.
5. EDNER A et al, Low Risk of Transmission of Pathogenic Bacteria between Children and the Assistance Dog during Animal Assisted Therapy if Strict Rules are Followed, *Journal of Hospital Infection*, v. 1- Mar. 1980.
6. YONGSHEN F et al. Effects on animal-assisted therapy on hospitalized children and teenagers: A systemic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Nursing* 60 ,2021 11–23.

7. FIORE M et al. Risks and benefits of animal-assisted interventions for critically ill patients admitted to intensive care units, *Journal of anesthesia, analgesia and critical care*, 2023, 3 :15.

Illustratie





Zorginfecties en antimicrobieel gebruik in Belgische woonzorgcentra: resultaten van de HALT-4 puntprevalentiestudie (2023-2024)



De vierde puntprevalentiestudie (PPS) in chronische zorginstellingen (HALT-4), uitgevoerd in 2023-2024 in België, maakte deel uit van een Europees project dat werd gecoördineerd door Sciensano in samenwerking met het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC). Het voornaamste doel van deze studie was het bepalen van de prevalentie van actieve zorginfecties en het gebruik van systemische antimicrobiële middelen in chronische zorginstellingen.

In totaal werden 8816 bewoners en patiënten, verdeeld over 79 chronische zorginstellingen, opgenomen in de studie. Negenenzestig woonzorgcentra (WZC) namen deel aan HALT-4. Hiervan bevonden 35 WZC (50,7%) zich in Vlaanderen, waarvan 33 deelnamen in het najaar van 2023 en twee in het voorjaar van 2024. In Wallonië namen 30 WZC (43,5%) deel, waaronder twee in het najaar van 2023 en 28 in het voorjaar van 2024. De vier Brusselse WZC (5,8%) namen allen deel in het voorjaar van 2024. Meer dan de helft van de WZC bewoners (59,4%) was ouder dan 85 jaar en 28,0% was mannelijk. Een meerderheid vertoonde desoriëntatie in tijd en/of ruimte (57,9%) en was incontinent voor urine en/of stoelgang (66,5%). De medische zorg werd in 63,8% van de WZC verleend door bezoekende huisartsen, in 34,8% door een combinatie van behandelend artsen en een interne vaste medische staf en in één WZC (1,4%) uitsluitend door interne artsen. Bijna alle WZC (97,1%) hadden een coördinerend raadgevende arts (CRA).

Op het gebied van infectiepreventie en -bestrijding (IPC) beschikte 72,5% van de WZC over ten minste één opgeleid personeelslid, meestal een verpleegkundige en soms een arts. Handhygiëne-opleidingen werden in het voorbije jaar gegeven in 58,0% van de WZC en richtten zich voornamelijk op verpleegkundigen en paramedisch personeel.

De gemiddelde en mediane prevalentie van bewoners met minstens één actieve zorginfectie op de dag van de studie

bedroeg respectievelijk 2,5% en 1,6%. In totaal werden 178 infecties gerapporteerd. De meest voorkomende infecties waren luchtweginfecties (42,7%), urineweginfecties (35,4%) en huidinfecties (12,9%). De mediane prevalentie van bewoners met ten minste één systemische antimicrobiële behandeling op de dag van de studie bedroeg 3,8%. Er werden 347 antimicrobiële middelen gerapporteerd. In totaal werd 64,0% van de systemische antimicrobiële behandelingen therapeutisch toegediend. Voor 61,7% van de antimicrobiële middelen was een eind- of revisiedatum bekend. In geval van profylactisch voorgeschreven antimicrobiële middelen was deze eind- of revisiedatum voor slechts 11,2% bekend, tegenover 90,1% voor therapeutisch voorgeschreven middelen. Antibiotica voor systemische gebruik (J01) vormden met 97,4% verreweg de meest voorgeschreven antimicrobiële middelen. De drie meest voorgeschreven subklassen waren "overige antibacteriële middelen" (J01X; 34,3% - voornamelijk fosfomycine en nitrofurantoïne), "beta-lactam antibiotica, penicillines" (J01C; 28,7% - voornamelijk amoxicilline-clavulaanzuur) en "macroliden, lincosamiden, streptograminen" (J01F; 14,5% - voornamelijk azithromycine).

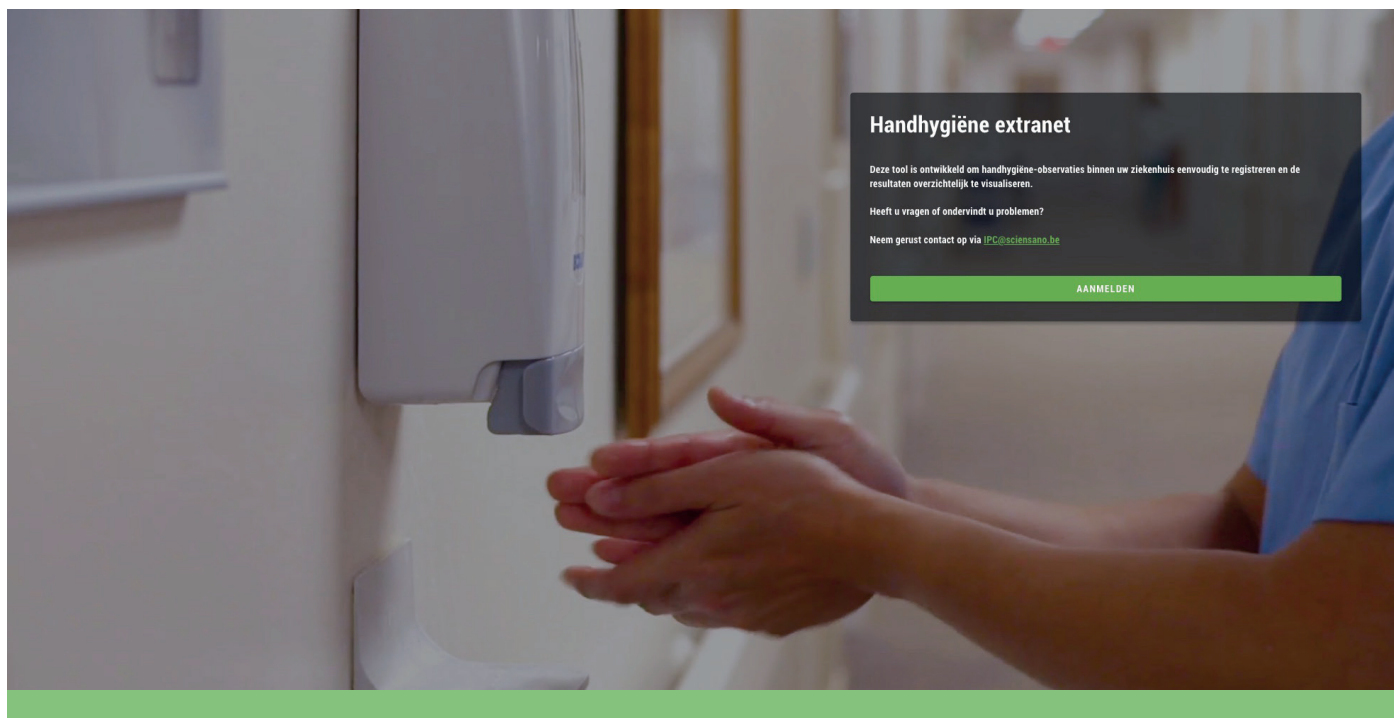
Link naar het Belgisch rapport: Zorginfecties en antimicrobieel gebruik in Belgische woonzorgcentra: resultaten van de HALT-4 puntprevalentiestudie (2023-2024) | [sciensano.be](https://www.sciensano.be)

<https://www.sciensano.be/en/biblio/zorginfecties-en-antimicrobieel-gebruik-belgische-woonzorgcentra-resultaten-van-de-halt-4>

Link naar het Europees rapport: Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities 2023-2024 <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-6>

Conclusie: De resultaten van de PPS geven aan dat het essentieel is om IPC in chronische zorginstellingen te versterken. Dit vereist het ontwikkelen van de kerncompetenties voor IPC-professionals, het toewijzen van voldoende middelen voor IPC-programma's, het implementeren van robuust een surveillancesysteem, het uitwerken van uitgebreide richtlijnen en het bevorderen van gerichte bewustmakings- en opleidingsactiviteiten. Toekomstige acties zouden een voortdurende opleiding van het personeel moeten omvatten, met bijzondere aandacht voor handhygiëne, evenals voor een gestandaardiseerde surveillance van zorginfecties en het gebruik van antimicrobiële middelen. Daarnaast is het noodzakelijk om het beleid rond profylactisch gebruik van antimicrobiële middelen te verbeteren, aangezien deze vaak worden voorgeschreven zonder vastgelegde eind- of revisiedatum. Een dergelijke optimalisatie is essentieel om een rationeler gebruik van antibiotica te waarborgen.

Herinnering: Handhygiëne-tool is live!



Het IT-team van Sciensano heeft in samenwerking met de Nationale Werkgroep Handhygiëne een nieuwe, gebruiksvriendelijke tool voor het monitoren van handhygiëne ontwikkeld.

De tool biedt u momenteel de volgende mogelijkheden:

- Observeren en registreren van de naleving van de 5 WHO-momenten voor handhygiëne
- Beoordeling van de basisvereisten
- Analyse per ziekenhuis, per campus, per dienst, per beroepsgroep, per WHO-moment
- Vergelijken tussen diensten, en tussen campussen
- Periodes vergelijken, bijvoorbeeld voor en na een interne campagne
- Realtime feedback voor onmiddellijke verbetering
- Grafieken downloaden om offline te delen in documenten en presentaties

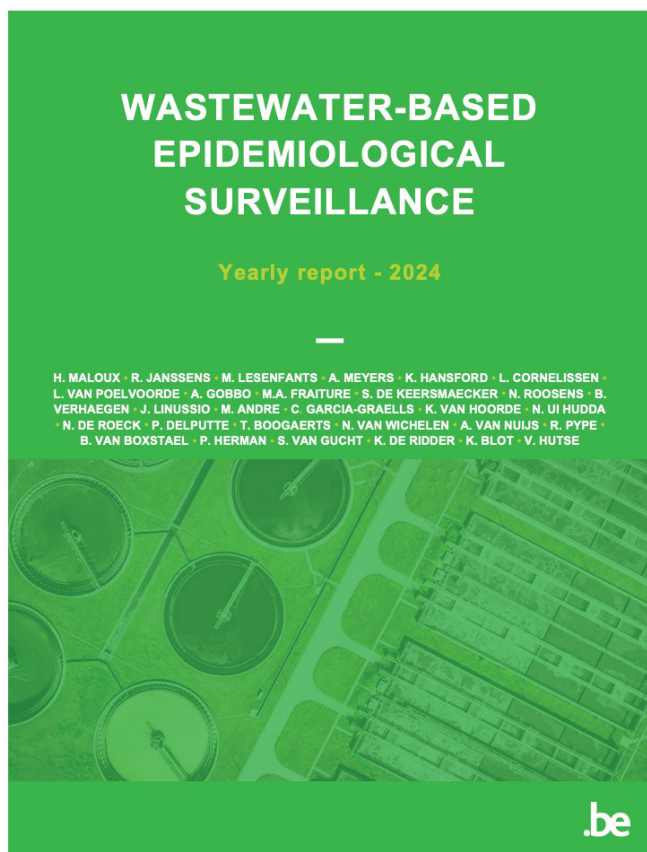
In de nabije toekomst zal een mobiele app (werkt offline!) met automatische synchronisatie beschikbaar zijn.

Link: <https://handhygiene.sciensano.be/>

Meer informatie & webinar: [health.belgium.be](https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid) – Hand Hygiene
<https://www.health.belgium.be/nl/themas/gezondheid>

Neem contact op met IPC@sciensano.be om toegang te krijgen.

Afvalwater? sciensano haalt er nuttige informatie voor u uit!



Wist je dat Sciensano niet alleen een wekelijks bulletin over acute luchtweginfecties publiceert, maar ook wekelijks de surveillance naar respiratoire virussen in afvalwater rapporteert? De epidemiologische afvalwater surveillance meet de evolutie van het coronavirus (SARS-CoV-2), influenza (griep) en respiratoir syncytieel virus (RSV) in de algemene bevolking door het verzamelen van afvalwaterstalen aan de ingang van rioolwaterzuiveringsinstallaties verspreid over het hele land. Het monitoren van afvalwater dekt een aanzienlijk deel, namelijk 38%, van de algemene bevolking en maakt een snelle en vroegtijdige detectie van significante ontwikkelingen in de viruscirculatie mogelijk.

Op de Sciensano website vindt u het interactief dashboard (Afvalwater surveillance Respiratoire virussen Sciensano België) alsook het wekelijkse rapport met een overzicht van de laatste resultaten (Wastewater-based epidemiological surveillance - Weekly report | sciensano.be). Verder is er ook nog het jaarverslag 2024 dat inzicht verschaft in alle afvalwateractiviteiten van Sciensano (Wastewater-based epidemiological surveillance - Yearly report - 2024 | sciensano.be).

Sciensano gebruikt de expertise die het heeft opgedaan in de surveillance van afvalwater ook om antimicrobiële resistentie te monitoren. Er lopen verschillende proefprojecten, onder meer in ziekenhuizen en woonzorgcentra. U zult hier ongetwijfeld later nog meer over horen.

Nationaal rapport over de surveillance van *Clostridioides difficile*-infecties in ziekenhuizen (CDI/CDI) 2024



Healthcare-associated infections and antimicrobial resistance

EPIDEMIOLOGY OF *CLOSTRIDIoidES DIFFICILE* INFECTIONS IN BELGIAN HOSPITALS

National report
Data up to and including 2024

MILENA CALLIES • LEILA VAN IMSCHOOT • KARL MERTENS

.be

Belangrijkste resultaten

- De deelname aan de surveillance van *Clostridioides difficile*-infecties (CDI) in ziekenhuizen in 2024 bedroeg 88,3% (91/103), een percentage dat sinds de surveillance niet langer volledig verplicht was (2015) niet meer was bereikt.
- De meest getroffen afdelingen in 2024 waren de geriatrie (25,3%). Voor het eerst waren er echter meer patiënten in de leeftijd van 65-79 jaar (35,7%) dan patiënten van 80 jaar en ouder (34,6%).
- Het percentage ziekenhuisgerelateerde *C. difficile*-infecties (HA-CDI) daalde in 2024 tot 53,8%. Het percentage gemelde gevallen met vermoedelijke oorsprong in de 'gemeenschap' steeg in hetzelfde jaar tot 29,3%. Het percentage recurrenente (10,4%) en gecompliceerde CDI (9,3%) bleef stabiel.

- In 2024 rapporteerden 40 van de deelnemende ziekenhuizen een gemiddeld percentage CDI-tests van 98,46 per 10.000 hospitalisatiedagen. Van de 39 ziekenhuizen die informatie verstrekten over hun testalgoritmen, rapporteerden 23 (59,0%) het gebruik van meerstapsalgoritmen die worden aanbevolen door de European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID).

- Volgens de terugbetalingsgegevens van het RIZIV werden de meeste tests voor *C. difficile* gefactureerd bij ambulante patiënten (54%) in 2024. Het aantal tests dat per 1.000 verzekerde inwoners werd gefactureerd, steeg tot 16,76.

- De incidentie in 2024 bedroeg 2,77 en 1,49 per 10.000 hospitalisatiedagen voor CDI en HA-CDI respectievelijk. Na de geleidelijke toename van de incidentie vanaf 2022 zien we in 2024 opnieuw een daling van de incidentie van CDI en HA-CDI, hoewel de niveaus nog niet zijn teruggekeerd naar het niveau van vóór de COVID-19-pandemie. De incidentie van vermoedelijke oorsprong 'gemeenschap' bleef echter stabiel in 2024 (0,80 per 10.000 ziekenhuisopnamedagen).

- De incidentie van CDI, zoals gerapporteerd in de (formele administratieve) minimale ziekenhuisgegevens, blijft hoger dan de incidentie van de surveillance. Opvallend is dat bij een vergelijking van de incidentie CDI 'niet aanwezig bij opname' (minimale ziekenhuisgegevens) met HA-CDI (surveillancegegevens), het tegenovergestelde effect wordt waargenomen.

- De meest geïsoleerde ribotypes in 2024 waren: 014, 078, 106, 001 en 020. Alle isolaten bleven gevoelig voor antibiotica die momenteel worden aanbevolen voor de behandeling van CDI, waaronder vancomycine, metronidazol en fidaxomicine. Een aantal van de meest voorkomende ribotypes in België, RT012, RT126 en RT078, vertoonden resistentie tegen verschillende antimicrobiële middelen (clindamycine, moxifloxacin, tetracycline, erytromycine).

- Het nationaal sterftecijfer voor 'enterocolitis als gevolg van *Clostridioides difficile*' steeg van 0,32 tot 0,52 per 100.000 inwoners tussen 2021 en 2022 (laatst beschikbare gegevens uit het overlijdensregister)

Om meer te weten

<https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiology-clostridioides-difficile-infections-belgian-hospitals-national-report-data-and-2>

WEBSITES

■ Websites om nooit te vergeten

- ABIHH - AUVB Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière
<https://www.abihh.be>
- Aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad
<https://www.hgr-css.be/adviezen>
- BAPCOC
<https://www.health.fgov.be/antibiotics>
- Belgian Infection Control Society (BICS)
<https://www.belgianinfectioncontrolsociety.be>
- CDC/HICPAC
<https://www.cdc.gov/hicpac/index.html>
- Healthcare Infection Society (HIS)
<https://www.his.org.uk/>
- Infect Control and Hospital Epidemiology (ICHE)
<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology>
- Journal of Hospital Infection (JHI)
<https://www.journalofhospitalinfection.com>
- Noso Suisse
<https://www.swissnoso.ch/fr/>
- Noso-info België
<https://www.nosoinfo.be>
- Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie Nederland (SRI)
<https://www.sri-richtlijnen.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen>
- 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 !

- **27 JANUARI 2026**
Symposium georganiseerd door de BICS, ABIHH en WIN
Opleiding van zorgprofessionals in infectie-preventie en controle (IPC)
Locatie: Campus Erasmus, Brussel
Inlichtingen: BICS, ABIHH (<https://abihh.com>, H. Strale Tel : 02/555 45 89)
ou WIN (Mme C Bogaert, Tel : 02/737 97 83, Email : administratie@netwerkverpleegkunde.be);
belgianinfectioncontrol society.com/en/
- **5 MAART 2026**
Kennis delen samen sterker - intercollegiale uitwisseling infectiepreventie (CONTRAIN)
Locatie: Utrecht, Nederland
Inlichtingen: <https://contrain-ipc.nl/uncategorized/kennis-delen-samen-sterker-2026/>
- **21 MAART 2026**
Symposium SSID (Séminaire de diagnostic des maladies infectieuses)
Locatie: Atlanta, USA
Inlichtingen: <https://www.sciensano.be/fr/evenements/symposium-diagnostic-des-maladies-infectieuses-2026>
- **26 MAART 2026**
WZC symposium - zorginfecties en antimicrobiële resistentie (SCIENSANO)
Locatie: Ernest Blérotstraat n°1, Brussel of online. 'smorgens in het frans en in de namiddag in het nederland
Inlichtingen: <https://surveys.sciensano.be/index.php/698472?lang=nl>; Nathalie.Verhocht@sciensano.be
- **7 - 10 APRIL 2026**
The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)*Spring Conference
Defending Science, protecting patients
Locatie: Hyatt Regency Chicago, Chicago, Illinois, VS
Inlichtingen: <https://sheaspring.org>
- **15 - 17 APRIL 2026**
9th World Congres on Vascular Acces (WOCOVA)
Locatie: Valencia, Spanje
Inlichtingen: <https://wocova.com/congress-info-2026/>
- **17 - 21 APRIL 2026**
ESCMID Global 2026 Congress
Locatie: Munchen, Duitsland
Inlichtingen: <https://www.escmid.org/congress-events/escmid-global/munich-2026/>
- **28 - 29 APRIL 2026**
Infection Prevention and Control Conference (ICPIC)
Locatie: Birmingham, VK
Inlichtingen: <https://www.infectionpreventioncontrol.net/>
- **3 - 5 JUNI 2026**
36ème Congrès de la Société Française en Hygiène Hospitalière (SF2H)
Locatie: Rijsel, Frankrijk
Inlichtingen: insc-SF2H@europa-organisation.com
- **15 - 17 JUNI 2026**
APIC Annual conference 2026
Locatie: Nashville, VS
Inlichtingen: Register – Annual Conference 2026
- **23 - 24 JUNI 2026**
Healthcare Infection Society (HIS) Annual Conference
Locatie: London, VK
Inlichtingen: Annual Conference 2026 | Healthcare Infection Society - Healthcare Infection Society
- **28 - 29 SEPTEMBER 2026**
Week van de Verpleegkundigen (NVKVV) Studiedag infectiepreventie
28/09/26 Studiedag voor de experts IPC
29/09/26 Studiedag voor de referenten IPC
Locatie: Kursaal Oostende, België
Inlichtingen: administratie@netwerkverpleegkunde.be

SLOTBESCHOUWING

Beste lezers

Met gepaste trots en een vleugje nostalgie nemen wij als redactieraad het woord in dit allerlaatste nummer van Noso info — in zijn huidige vorm. Na 29 jaar en meer dan 100 edities komt er een einde aan een tijdschrift dat een vaste waarde was binnen de wereld van infectiepreventie in België.

Wat de toekomst brengt, ligt nog niet vast. Maar onze hoop is groot dat er een nieuw initiatief zal verrijzen, zodat actuele en betrouwbare informatie over zorginfecties ook in de komende jaren zijn weg blijft vinden naar professionals en geïnteresseerden.

We kijken dankbaar terug op een rijke geschiedenis. In 1996 werd Noso info opgericht onder de bezielende leiding van Jean-Jacques Haxhe, voortvloeiend uit het trimestrieel tijdschrift 'Bulletin d'Information en HH' dat in 1979 eveneens onder zijn impuls het licht zag. Nadien namen achtereenvolgens Youri Glupczynski en Anne Simon het roer over, elk met hun eigen visie en een oeverloze inzet. In 2007 zette het tijdschrift zijn eerste digitale stappen door de papieren versies ook online beschikbaar te stellen op een website van de UCL. Sinds midden 2014 is het tijdschrift uitsluitend digitaal beschikbaar op een online platform waarop zowel de nieuwe als oudere edities raadpleegbaar zijn.

Dat we meer dan 100 edities konden realiseren, danken we aan de inzet van velen. Onze oprechte dank gaat daarom uit naar:

- Alle auteurs die doorheen de jaren hun expertise deelden en met enthousiasme schreven over uiteenlopende thema's rond infectiepreventie. Dankzij hen konden we ook enkele themanummers samenstellen.

- Anne Simon, onze huidige coördinator, die sinds 2003 met tomeloze energie, creativiteit en een scherp oog voor relevante onderwerpen het tijdschrift richting gaf en mee vormde tot wat het vandaag is.

- Iedereen die achter de schermen een bijdrage heeft geleverd, zowel op praktisch als op financieel vlak. In het bijzonder willen we mevr. Michèle Zumofen, mevr. Liliane De Greef en mr Rudy Lechantre bedanken voor hun jarenlange plichtsbewuste en accurate behartiging van het secretariaatswerk. Hun inzet en toewijding hebben een onmisbare rol gespeeld in het succes van onze werking.

- En natuurlijk: jullie, onze lezers. Zonder jullie betrokkenheid en interesse had Noso info nooit bestaansrecht gehad.

We sluiten dit hoofdstuk af met dankbaarheid, maar ook met vertrouwen. Vertrouwen dat het vuur van kennis delen over infectiepreventie blijft branden, in welke vorm dan ook.

Met warme groet,

De redactieraad

Aldo Spettante — Youri Glupczynski — Yves Velghe — Nicole Verbraeken — Kat Matthys — Guido Demaiter — Tina De Beer

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

Sciensano

Voor inlichtingen over Sciensano  **sciensano**
www.sciensano.be/nl
info@sciensano.be

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

Netwerk verpleegkunde

Voor inlichtingen over de
Werkgroep Infectiebeheersing
(WIN) van Netwerk verpleegkunde

Mevr. Camelia Bogaert

Tel: 02/737 97 83

Email: administratie@netwerkverpleegkunde.be



ABIHH

Voor inlichtingen over ABIHH

Franstalige verpleegkundigen groep

Mevr. Huguette Strale

Tel: 02/555 45 89

Email: zie contactformulier op website

<https://abihh.com>



BICS –

Belgian Infection Control
Society

Voor inlichtingen over BICS

Email: zie contactformulier op website
belgianinfectioncontrolsociety.com/en/



LIDGELD BICS :

Inschrijving als lid van BICS (zonder tijdschrift):

Verpleegkundigen 30 €

Artsen 70 €

Artsen in opleiding 30 €

Anderen 55 €

> via belgianinfectioncontrolsociety.com/en/

noso info

is ook beschikbaar op internet :
www.nosoinfo.be