



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

## Het doel van SNIV

Landelijk inzicht geven in het vóórkomen van infectieziekten in uw eigen verpleeghuis in vergelijking met dat van de andere deelnemende huizen. Uiteindelijk doel is het optimaliseren van de infectiepreventie in verpleeghuizen. Wilt u ook deelnemen aan 1 van de modules?

**Mail dan naar [sniv@rivm.nl](mailto:sniv@rivm.nl).**

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

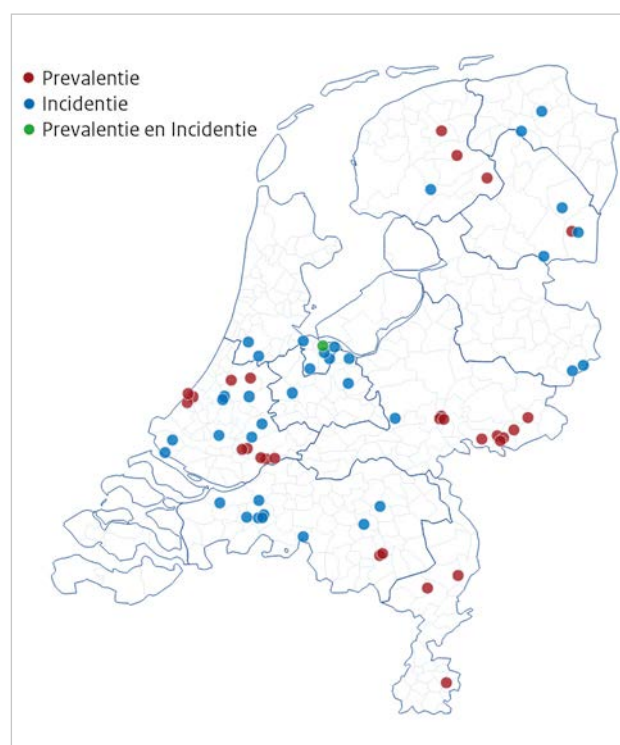
SNIV is binnen RIVM/Cib/EPI onderdeel van de projectgroep zorggerelateerde infecties en antimicrobiële resistentie.

# Nieuwsbrief SNIV 04

Jaargang 9 | nummer 1 | maart 2017

In dit nummer o.a.

1. Interview met Paul Bergervoet, SNIV, RIVM
2. Stagiaires SNIV, RIVM; Iméze Hieltjes en Arsèn Barseghian
3. Training observanten handhygiëne
4. HALT3
5. Algemene vragenlijsten 2017
6. Resultaten incidentiëmeting t/m week 8 van 2017



**22 instellingen** nemen met **39 locaties** deel aan de incidentiëmeting  
**14 instellingen** nemen met **32 locaties** deel aan de prevalentieëmeting

## Interview met Paul Bergervoet, lid van het SNIV-projectteam

■ Voor deze nieuwsbrief hebben we Paul Bergervoet geïnterviewd, sinds een jaar is hij werkzaam bij het RIVM en daar coördinator van het incidentie onderzoek van SNIV.

### *Hoe ben je bij het SNIV project betrokken geraakt?*

Ik ben bij het SNIV project gaan werken omdat Anja Haenen, die al vele jaren bij SNIV werkzaam is, eind 2015 is gestart met een promotie onderzoek. Voor dat onderzoek is zij gedetacheerd naar IQ Healthcare van het Radboudumc in Nijmegen en kan zij minder tijd besteden aan het SNIV project. Ik werk bij Tensen & Nolte infectiepreventie en ben voor twee dagen per week gedetacheerd bij het RIVM.

### *Welke achtergrond heb je?*

Ik ben lang geleden opgeleid als verpleegkundige maar ben inmiddels al 27 jaar werkzaam als deskundige infectiepreventie, waarvan 25 jaar in het Deventer Ziekenhuis. Vanuit die functie heb ik ook diverse verpleeghuisinstellingen ondersteund op het gebied van infectiepreventie en ook via mijn huidige werkgever zijn er veel contacten binnen de verpleeghuiszorg.

### *Was je voordat je hier ging werken al bekend met SNIV?*

Zeker. Binnen de groep deskundigen infectiepreventie is SNIV een bekend begrip al maakt het natuurlijk wel verschil of je als deskundige infectiepreventie ook binnen de verpleeghuiszorg werkt. Helaas zijn er binnen die verpleeghuiszorg nog steeds te weinig deskundigen infectiepreventie werkzaam. Heel anders dan binnen de ziekenhuizen waar deskundigen infectiepreventie altijd aanwezig zijn. Dat zou je binnen de verpleeghuizen ook willen hebben. Niet dat de deskundigen infectiepreventie de infectieregistratie zouden moeten uitvoeren dat is geen taak voor hen. Als onderdeel van het infectiepreventieteam van het verpleeghuis zijn zij wel de aangewezen persoon om uitkomsten te vertalen naar beleid.

En zich daarmee dus bezighouden met het vervolg van de uitkomsten, wat ga je ermee doen. Infectieregistratie alleen mag nooit een doel op zich zijn. Infectieregistratie kost tijd en dus kun je het alleen doen als je er ook iets voor terugkrijgt, waar je op kunt sturen dus.

### *Je bent nu bijna een jaar bij SNIV actief, wat is je opgevallen?*

Een van de zaken waar we vaak tegenaan lopen is de mate van automatisering binnen de verpleeghuiszorg. Infectieregistratie maakt vaak geen deel uit van een elektronisch bewoners dossier zodat het verzamelen van infectiegegevens een handmatige aangelegenheid is. Om de registratiedruk zo laag mogelijk te houden moet je een evenwicht zien te vinden tussen zo min mogelijk te registreren items en toch zinvolle informatie voor het verpleeghuis te genereren. Een goed voorbeeld daarvan is dat je bij de incidentiemodule veel meer inzicht zou kunnen krijgen in de hoeveelheid en aard van infecties wanneer je op bewoners niveau infecties zou registreren, in plaats van geaggregeerd voor de hele groep bewoners zoals nu gebeurt. Maar daarvoor is een geautomatiseerd systeem onontbeerlijk anders zou het veel te veel tijd kosten. Bij het prevalentieonderzoek is het net andersom. Daar meet je wel de bewoners gegevens mee maar doe je dat maximaal 2x per jaar. Het voordeel is dat je infectie kan koppelen aan persoonskarakteristieken. Nadeel is dan weer dat je geen doorlopende infectiegegevens hebt en bijvoorbeeld seizoensinvloeden en uitbraakpieken mist.

### *Waarom zouden huizen mee moeten doen?*

Ik denk dat het heel positief voor een verpleeghuis is om ook op het gebied van infectieregistratie met infectie-



Paul Bergervoet

preventie bezig te zijn. Met een incidentie onderzoek naar infecties kun je wel degelijk inzicht krijgen in het voorkomen van infecties in je huis. Ik denk dat dat door Elly van Zanten in de [vorige nieuwsbrief](#) heel goed is verwoord.

De registratiedruk van het incidentieonderzoek zoals het nu is opgezet valt in de praktijk ook mee. Per week wordt het aantal infecties bijgehouden en deze lijst moet worden overgenomen in het online OSIRIS programma. Als het een routine wordt is de tijdsinvestering zeker te overzien. Een specialist ouderengeneeskunde (SO) kent de bewoners en dan is de lijst met aantallen infecties van de afgelopen week snel gemaakt.

### *En de toekomst?*

In de verpleeghuizen zal de automatisering verder doordringen. Dat wordt soms als een last ervaren maar de voordelen zijn ook groot. Bij een goed ingericht elektronisch dossier kun je veel gegevens distilleren waar je op kunt sturen. Dus ook op het gebied van infectiepreventie. Wel zullen de aanbieders van deze systemen ook het stuk infectieregistratie als onderdeel van infectiepreventie moeten meenemen in de ontwikkeling van deze systemen. Daar is nog veel aandacht voor nodig denk ik.

## Twee stagiaires bij SNIV

### Iméze Hieltjes stagiair bij SNIV; Ontwikkelen en evalueren van een nieuwe validatie methode voor de prevalentie meting van SNIV

■ Mijn naam is Iméze Hieltjes en ik studeer Biologie en Medisch Laboratorium onderzoek met als studie route infection, contamination, control op het Saxion in Enschede. Afgelopen februari ben ik gestart met mijn afstudeeronderzoek bij het Surveillance Netwerk Infectieziekten Verpleeghuizen (SNIV). Bij de prevalentie meting wordt twee maal per jaar door 25 tot 50 verpleeghuizen het aantal zorginfecties gemeten. Het prevalentie onderzoek ondersteunt op landelijk niveau de beoordeling van trends in het ontstaan van zorginfecties. Op instellingsniveau dient het onderzoek tevens als hulpmiddel bij het bepalen van hoog risico populaties. De resultaten kunnen richtinggevend zijn bij het starten van interventies of aanvullend onderzoek. Voor een onderling vergelijkbare registratie tussen verpleeghuizen zijn definities van de 5 geregistreerde zorginfecties opgesteld. Door het SNIV-team wordt steekproefsgewijs een externe validatie gedaan. Het valideren is om inzicht te krijgen in de kwaliteit van het proces van de gegevensverzameling en voor het verkrijgen van inzicht in de inbedding van surveillance als kwaliteitssysteem ter preventie van zorginfecties. Dit wordt gedaan door middel van proces-

validatie en status onderzoek op locatie. Dit blijkt echter een erg arbeidsintensieve methode voor zowel de deelnemende huizen als voor het SNIV team.

Het doel van mijn onderzoek is om een vervangende validatie methode op te zetten voor de SNIV prevalentie meting. Als een onderdeel van de vervangende validatie methode zal ik casussen opstellen. Deze casussen schetsen representatieve cliënt situaties en worden ingevuld door diegene die het onderzoek in de praktijk uitvoert, bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde. De situaties die geschetst worden bevatten verschillende zorginfecties, maar ook situaties zonder zorginfecties worden bij de casussen meegenomen. De resultaten van deze casussen weerspiegelen de vergelijkbaarheid van de ontvangen gegevens voor het prevalentie onderzoek. Deze informatie kan gebruikt worden voor verbeteringen in de protocollen van de SNIV-huizen.

Wij zullen deelnemers benaderen voor dit onderzoek, maar mocht u als SNIV-huis geïnteresseerd zijn in deelname aan dit onderzoek kunt u ook zelf contact opnemen met het SNIV team, [sniv@rivm.nl](mailto:sniv@rivm.nl).

---

### Arsèn Barseghian, stagiair bij SNIV

■ Bij het RIVM ga ik kijken naar het antibioticumgebruik in 2016 en hoe verpleeghuizen in Nederland verschillen m.b.t het voorschrijven van antibiotica.

Antibiotica zijn wereldwijd een van de meest gebruikte medicijnen. Onder meer in verpleeghuizen worden ze veelvuldig voorgeschreven. Zo krijgt bijvoorbeeld 47% tot 79% van de inwoners van verpleeghuizen ten minste één antibioticumkuur per jaar. Het veelvuldig gebruik van antibiotica draagt bij aan het dragerschap van resistentie van bacteriën onder ouderen in de verpleeghuizen. In 2060 zal de populatie van tachtig jaar en ouder 12% van de totale Europese populatie in beslag nemen. Dit is kwetsbare een groep mensen die veel verzorging nodig heeft zodat bij introductie van een BRMO in het verpleeghuis deze door het groot aantal zorgcontacten verspreid kan worden naar meerdere bewoners. Het nemen van infectiepreventie-maatregelen is daarom van groot belang. Daarnaast kan grootschalig gebruik van antibiotica het ontstaan van BRMO in het verpleeghuis versterken. SNIV is gestart om antwoord te kunnen geven op de vraag hoeveel infecties

voorkomen in verpleeghuizen en daarmee te kunnen monitoren of de infectiepreventiemaatregelen naar behoren genomen worden en interventies om infecties te voorkomen succesvol zijn. Daarnaast leent het netwerk zich om bijvoorbeeld het antibioticagebruik te monitoren. De data die in SNIV verzameld worden, zijn voornamelijk bedoeld als spiegelinformatie voor deelnemers ten opzichte van de landelijke situatie en om de eigen situatie te monitoren.

Het doel van mijn onderzoek is om meer inzicht te krijgen in de omvang van het gebruik van antibiotica in de verschillende verpleeghuizen en ook de mate van resistentie in die huizen. De resultaten van de SNIV prevalentie meting in 2016 worden daarvoor als basis gebruikt. Vervolgens zal er een tool ontwikkeld worden waarmee een gestandaardiseerde maat voor consumptie, i.e. de defined daily doses, berekend kan worden.

Mochten er nog vragen zijn neem dan gerust contact met mij op ([a.barseghian@rivm.nl](mailto:a.barseghian@rivm.nl)).

## Training observanten handhygiëne

■ Veel verpleeghuizen hebben handhygiëne als verbeterpunt op de agenda staan. Om te kunnen meten of de handhygiëne ook daadwerkelijk verbeterd, is het doen van observaties de gouden standaard. Wil je één of meerdere personeelsleden laten scholen in het observeren van handhygiëne meld je dan nu aan.

De geschoolde personeelsleden kunnen, nadat ze de scholing hebben gevolgd, in het eigen verpleeghuis de handhygiëne observeren volgens de landelijke richtlijn. De scholing bestaat uit een theorie- en een praktijk

deel. De scholing duurt in totaal 1,5 dag verspreid over 3 dagdelen en start in mei 2017.

Let op alleen huizen die niet mee doen aan CHANGE (Compliance with Hand hygiene in Nursinghomes; Go for a sustainable Effect) kunnen zich hiervoor opgeven.

Dus wil je personeelsleden opleiden om handhygiëne observaties te gaan doen geef je dan op en bel (0650235306) of mail (anja.haenen@rivm.nl).

## HALT<sub>3</sub>

■ In 2017 zal een grote Europese prevalentiestudie naar infectieziekten en antibioticagebruik in verpleeghuizen plaatsvinden. Het SNIV-netwerk heeft door middel van een landelijke steekproef 42 verpleeghuizen geselecteerd om Nederland te representeren in deze HALT studie, wat staat voor: **H**ealthcare **A**ssociated **I**nfections in **L**ong-**T**erm care facilities. Met behulp van deze studiegegevens worden trends in de Nederlandse – en

Europese – zorginstellingen gevolgd. Deze studie wordt nu voor de derde keer georganiseerd, in 2010 en 2013 is deze HALT studie ook uitgevoerd.

### Wat houdt de studie in?

In het kort betekent deelname dat (per afdeling) op 1 dag wordt gekeken hoeveel bewoners in de instelling een infectie hebben en hoeveel bewoners antibiotica gebruiken. Per bewoner worden ook aanvullende gegevens

geregistreerd. Daarnaast is er een algemene vragenlijst waarmee de instellingen kunnen met elkaar worden vergeleken.

### Wat levert de studie op?

Deelname aan deze studie levert inzicht in het vóórkomen van infecties en de mate van antibioticagebruik in vergelijking met andere huizen in Nederland én Europa, zowel in het heden als in het verleden.

## Algemene vragenlijsten 2017

■ De vragenlijsten 2017 kunnen vanaf april 2017 worden ingevuld. Ook de deelnemers aan de incidentie module wordt verzocht om de Algemene vragenlijst zo spoedig mogelijk in te vullen. Bij een aantal vragen waaraan een verplichting van invullen was gekoppeld is deze verplichting vervallen.

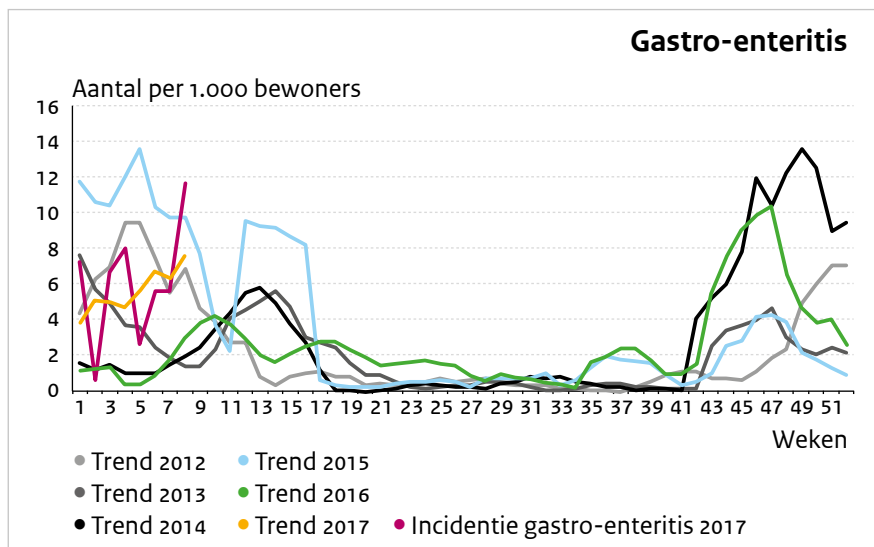
We hopen op een zo spoedig mogelijke respons als de vragenlijsten open staan voor de deelnemers.

## Resultaten incidentiemeting t/m week 8 van 2017

■ De incidentie van het huidige jaar 2017 is weergegeven in violet, het bijbehorende 5-wekelijkse lopend gemiddelde (trend) in geel, de trend van 2016 in groen, de trend van 2015 in het blauw, de trend van 2014 in zwart, 2013 in het donkergrijs en de trend van 2012 in het grijs.

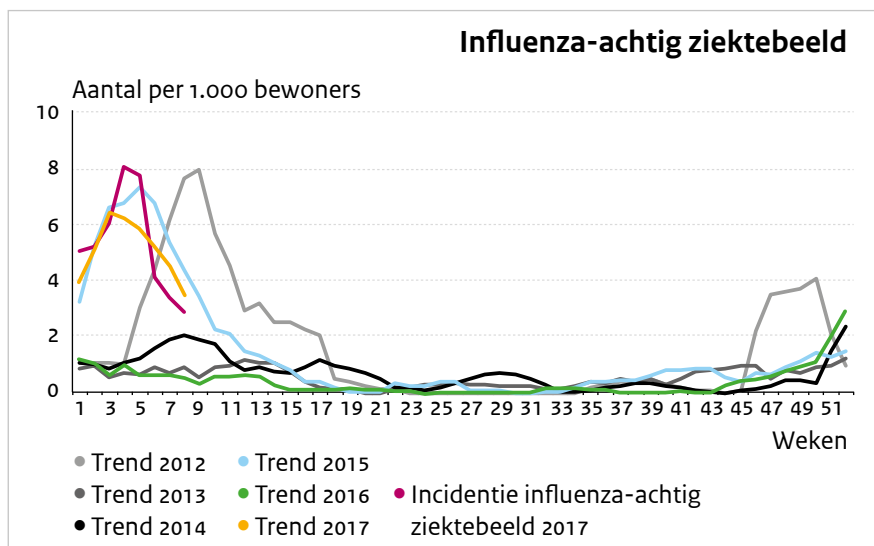
### Gastro-enteritis

In het najaar van 2016 is er een duidelijk piek geweest van Gastro-enteritis. De trendlijn van het 5-wekelijkse gemiddelde loopt in de eerste weken van 2017 op tot 8 gevallen per 1000 bewoners. Dat is gemiddeld in vergelijking met andere jaren.



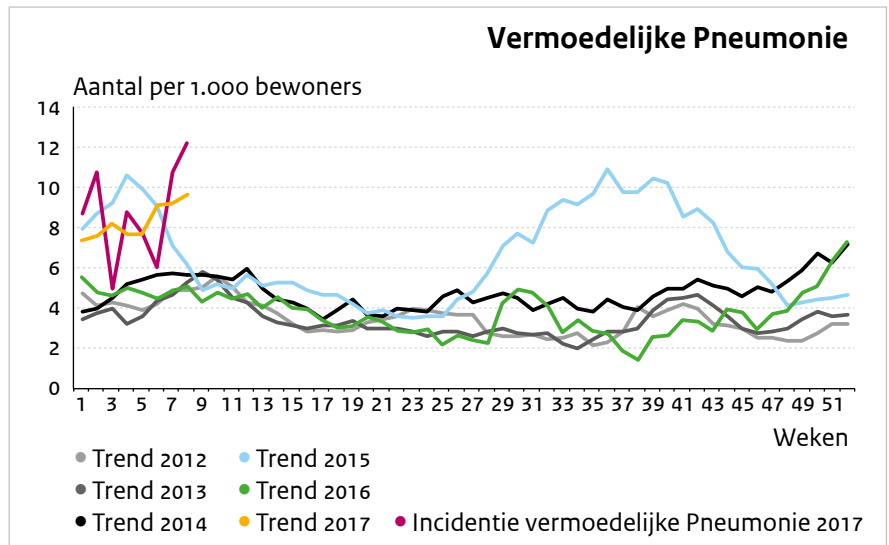
### Influenza-achtig ziektebeeld

In de eerste weken van 2017 is er een duidelijke piek die in de afgelopen weken weer duidelijk is afgenomen tot bijna 4 IAZ gevallen per 1000 bewoners. De trendlijn, het 5-wekelijkse gemiddelde, is vergelijkbaar met het griepseizoen van 2015.



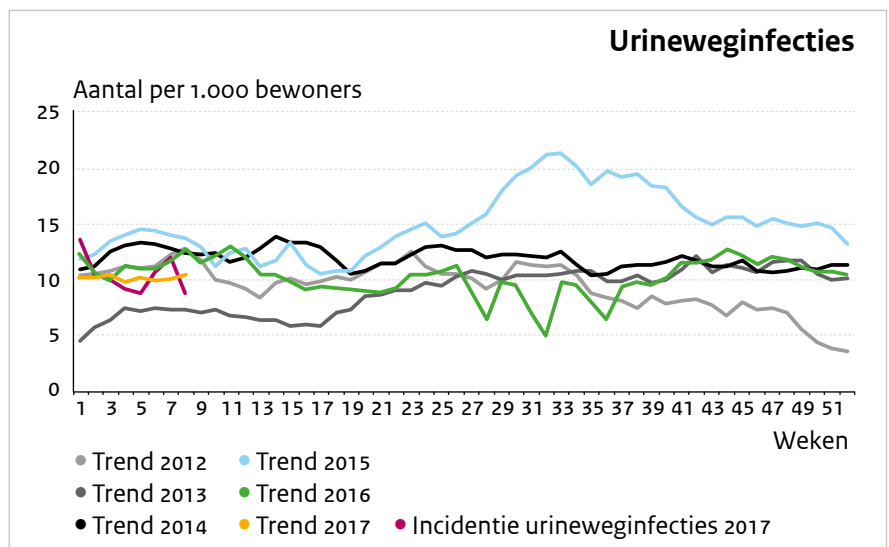
## Vermoedelijke Pneumonie

In de eerste weken van 2017 volgt de trendlijn van vermoedelijke pneumonie de trendlijn van het jaar 2015. Deze twee jaren zijn erg vergelijkbaar wat betreft zowel de IAZ meldingen als de vermoedelijke pneumonien.



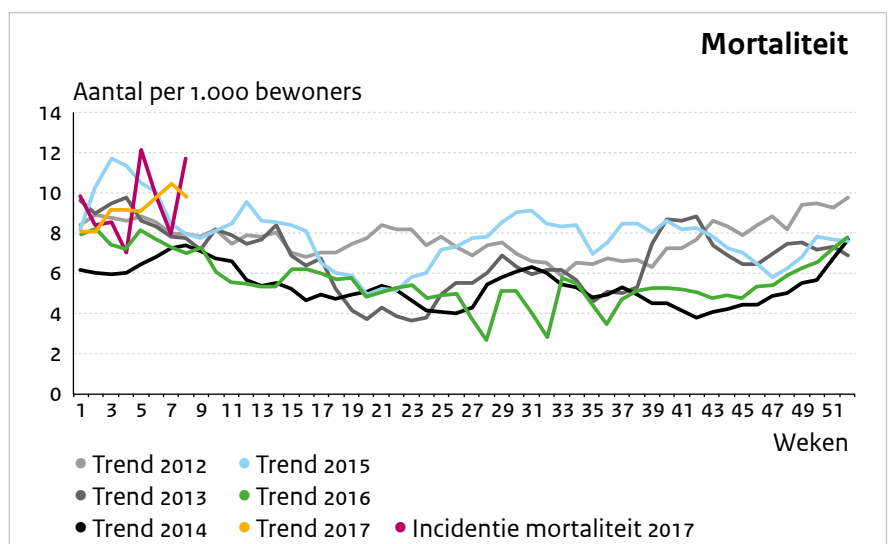
## Urineweginfecties

De trendlijn van urineweginfecties in 2017 is vergelijkbaar met die van voorgaande jaren. Er worden rond de 10 urineweg infecties per 1000 bewoners gemeld per week.



## Sterfte

Het sterfte getal ligt de eerste weken van 2017 rond de 9 overlijdens per 1000 bewoners. Ook deze lijn laat zich het best vergelijken met 2015.





## Projectteam SNIV

**Dr. Linda Verhoef**  
epidemioloog | 030 - 274 2233

**Drs. Emma Smid**  
epidemioloog | 030 - 274 2865

**Kati Halonen**  
deskundige infectiepreventie | 030 - 274 3561

**Ing. Anja Haenen**  
deskundige infectiepreventie | 030 - 274 4333

**Ing. Jeroen Alblas**  
datamanager | 030 - 274 4050

**Paul Bergervoet**  
deskundige infectiepreventie | 030 - 274 3217

**Rudy Hertroys**  
datamanager | 030 - 274 8665

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Epidemiologie & Surveillance  
Postbus 1  
Interne postbak 75  
3720 BA Bilthoven  
T 030 - 274 2445 | F 030 - 274 4409  
E [sniv@rivm.nl](mailto:sniv@rivm.nl) | W <http://www.sniv.nl>

maart 2017

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

*De zorg voor morgen begint vandaag*