



Historische ontwikkeling PREZIES

In onderstaand historisch overzicht wordt steeds de term 'ziekenhuisinfecties' gebruikt. Terwijl het op dit moment gebruik is om van 'zorginfecties' te spreken, omdat niet langer alleen wordt gekeken naar de infecties die in ziekenhuizen of door verblijf in het ziekenhuis ontstaan. Zorginfecties hebben betrekking op alle infecties die ontstaan door verblijf in ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatiecentra en zelfstandige behandel centra.

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

T 030 274 91 11
F 030 274 29 71
info@rivm.nl

Belang van surveillance

Surveillance van ziekenhuisinfecties is één van de belangrijkste middelen waarmee men in zorginstellingen een vermindering van het aantal ziekenhuisinfecties kan bevorderen. Het besef van de rol van surveillance is vooral ontstaan naar aanleiding van de resultaten van het SENIC project (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control). Dit project werd in de Verenigde Staten door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in de jaren zeventig uitgevoerd en kreeg begin jaren tachtig algemeen bekendheid (1). Uit de resultaten van de SENIC studie bleek dat een actieve vorm van infectieregistratie onmisbaar is als pijler van een effectieve aanpak van de preventie van ziekenhuisinfecties.

Ontwikkeling surveillance

In Nederland werd in de 'begintijd', grofweg de jaren zeventig, vooral een ad hoc beleid gevoerd ten aanzien van de preventie van ziekenhuisinfecties. Er werden omgevingskweken afgenomen en op basis van de klinische uitslagen van het microbiologisch laboratorium werden registraties bijgehouden van het vóórkomen van bekende ziekenhuispathogenen. In de jaren tachtig kwam er meer structuur in de aanpak van de preventie van ziekenhuisinfecties. Een grote stap voorwaarts was het verschijnen van de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP) met ingang van 1980. In een toenemend aantal ziekenhuizen werden registraties bijgehouden op basis van de laboratoriumuitslagen; enkele ziekenhuizen pakten de surveillance op, op basis van prospectief incidentieonderzoek. Gegevens over de frequentie en oorzaken van ziekenhuisinfecties bleven echter schaars. De registraties op basis van de laboratoriumuitslagen waren ongeschikt voor onderlinge vergelijking door het ontbreken van betrouwbare noemergetallen en door interdoktervariatie in het kweekbeleid. Maar ook de eerste aanzetten tot prospectief incidentieonderzoek leenden zich niet voor onderlinge vergelijking. Verschillen in de opzet van de surveillance en het ontbreken van de mogelijkheid om te stratificeren voor belangrijke risicofactoren waren hiervoor de belangrijkste redenen.

Landelijke registratie

In Nederland werd in mei 1989 door de WIP voor het eerst een richtlijn inzake de surveillance van ziekenhuisinfecties gepubliceerd (2). Zoals gezegd was de surveillance van ziekenhuisinfecties in die tijd beperkt tot een aantal lokale activiteiten. Hierop werd met nadruk gewezen door een

commissie van de Gezondheidsraad in haar advies "Preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties" van december 1990 (3). De Gezondheidsraad adviseerde om ziekenhuisinfecties voortaan te registreren door middel van prospectief incidentie- of jaarlijks puntprevalentie-onderzoek. Daarbij zou gebruik gemaakt moeten worden van uniforme methoden en criteria die in een landelijke WIP richtlijn zouden moeten worden vastgelegd. Ook zou het gebruik van uniforme methoden en criteria het samenvoegen van gegevens tot een landelijk gegevensbestand over ziekenhuisinfecties kunnen bevorderen. Als voordeel van een landelijke aanpak werd vooral gezien het onderling kunnen vergelijken van de resultaten van de surveillances van verschillende ziekenhuizen. Uiteraard na correctie voor variabelen als samenstelling van de patiëntenpopulatie en risicofactoren die de kans op het krijgen van een zorginfectie sterk beïnvloeden. In de Verenigde Staten werd een dergelijk netwerk van ziekenhuizen reeds in 1970 door de CDC opgericht onder de naam National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS).

De richtlijnen van de WIP kregen gaandeweg meer 'status', mede omdat de overheid en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) aangaven deze richtlijnen te beschouwen als professionele standaarden (4,5). De implementatie van de richtlijnen kreeg hierdoor een impuls. De CBO consensus "Preventie ziekenhuisinfecties" in 1989 behandelde de implementatie nadrukkelijk (6). Ook de Boerhaavecursus, in samenwerking met de WIP, in 1993 ging over dit onderwerp (7). In het seizoen 1995/1996 stond de nascholing van hygiënisten in dit teken (8). Tenslotte werd in het artikel "Implementatie door motivatie" nadrukkelijk de relatie gelegd tussen de surveillance van ziekenhuisinfecties en de implementatie van de richtlijnen (9).

Begin netwerkverband

In 1991 werd in Nederland een begin gemaakt met het in netwerkverband surveilleren van ziekenhuisinfecties in de SWIFT I en II projecten. In SWIFT werkten het Kwaliteitsinstituut CBO, het Medisch Centrum Alkmaar (MCA) en 49 deelnemende ziekenhuizen samen (10,11). Belangrijke trekkers van dit project waren mevrouw M. Veerman-Brenzikofer (hygiënist Medisch Centrum Alkmaar) en de heer J.M.J. van den Berg (stafmedewerker Kwaliteitsinstituut CBO). In 1992 startte het Project Surveillance Ziekenhuisinfecties regio Utrecht (PSZU), een samenwerkingsverband van het RIVM, het Streeklaboratorium Nieuwegein en acht deelnemende ziekenhuizen (12). Initiatiefnemers voor dit project waren dr. H.A. Verbrugh (arts-microbioloog) en mevrouw dr. A.J. Mintjes-de Groot (ziekenhuis-hygiënist, Ziekenhuis Oudenrijn, Utrecht). De onderzoeker in dit project was de heer A.J. Severijnen (arts-epidemioloog, RIVM, Bilthoven), onder verantwoordelijkheid van dr. W. van Pelt (projectleider, biostatisticus).

PREZIES

In 1991 startte de Werkgroep Implementatie Registratie Ziekenhuisinfecties (WIRZI), een initiatief van het Kwaliteitsinstituut CBO en de WIP, haar werkzaamheden. In deze werkgroep werd de bestaande kennis in Nederland samengevoegd met de expertise van het CDC/NNIS. Uiteindelijk is in 1996 de "Handleiding Registratie Ziekenhuisinfecties" verschenen (13). Deze handleiding beoogde de ziekenhuizen in Nederland een praktijkgerichte richtlijn voor de surveillance van ziekenhuisinfecties te bieden. Dit theoretisch kader vormde de basis voor het project PREventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance. Het PREZIES project is gestart met als belangrijkste doel de invoering en het onderhouden van een landelijke surveillance van ziekenhuisinfecties. Het project werd begin 2000 omgedoopt tot het PREZIES netwerk. Een landelijk netwerk, waarin het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, het RIVM en de deelnemende ziekenhuizen samenwerkten, om door middel van surveillance een bijdrage te leveren aan het verminderen van de incidentie van ziekenhuisinfecties in de Nederlandse ziekenhuizen.

Eind 2003 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de basisset prestatie-indicatoren ingevoerd. In 2004 is de surveillance van ziekenhuisinfecties als structuurindicator in de basisset prestatie-indicatoren opgenomen.

Sinds 1 januari 2012 is het PREZIES-netwerk in z'n geheel bij het RIVM ondergebracht. Zie voor de huidige doelstellingen en ontwikkelingen het [Strategisch beleidsplan PREZIES 2011-2015](#).

Literatuur

1. Haley RW, Quade D, Freeman HE, Bennett JV, et al. Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control (SENIC Project). *Am J Epidemiol.* 1980; 111: 472-485.
2. Richtlijn Registratie Ziekenhuisinfecties, Werkgroep Infectie Preventie, nr. 25, 1989.
3. Preventie en bestrijding ziekenhuisinfecties. Gezondheidsraad, 1990.
4. Borst-Eilers E. Brief aan ziekenhuishygiënist en medisch microbiologen (PAO/GZ 95-365). Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport. Directoraat Generaal voor de Volksgezondheid, 1995.
5. Bureau Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Brief aan de directies van instellingen aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (Z9401281/cg.hvc), 1994.
6. Mouton RP. Consensus preventie ziekenhuisinfecties. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134:231-235.
7. Richtlijnen voor infectiepreventie. Wat komt ervan terecht? Boerhaave cursus voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde en de Werkgroep Infectie Preventie. 23 april 1993 Leiden.