



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

KWALITEITSINDICATOREN VOOR ZIEKENHUISHYGIËNE IN ACUTE ZIEKENHUIZEN

JAARRAPPORT - DATA 2013

AUTEURS

Dr Marie-Laurence Lambert

Dr Boudewijn Catry



Voor vragen rond kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne:

Lambert Marie-Laurence

Email: mlambert@wiv-isp.be

Tel: 02/642.57.42

Website: www.nsih.be

We wensen volgende personen te bedanken:

- De leden van het federaal platform ziekenhuishygiëne, in het bijzonder Prof. Baudouin Byl en Prof. Annette Schuermans,
- Dr. Michiel Costers (BAPCOC)
- Mr. Sylvanus Fonguh, Ir. Patrick Verroens, Mr. Xavier Pretlot, Mr. Cedric Malache (WIV-ISP)
- Mevr. Annabel Motté, voor haar hulp bij de vertaling naar het Nederlands (WIV-ISP)
- Mme Charlotte Van Den Branden de Reeth voor haar hulp bij de individuele rapporten(WIV-ISP)
- Mevr. Yolande Pirson voor haar hulp bij de opmaak van het rapport.

Dit rapport werd voorgesteld op het federaal platform ziekenhuishygiëne , en hierdoor goedgekeurd, alvorens dat het werd gepubliceerd. Het is beschikbaar online: controle link:

http://www.nsih.be/surv_iq/reports_nl.asp

Het project is financieel ondersteund door de **FOD Volksgezondheid**

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance

Dienst Zorginfecties & Antimicrobiële resistentie

Juliette Wytsmanstraat 14 | 1050 Brussel | België

November 2015

PHS Report 2015-41

ISSN 2466-6750

SAMENVATTING

Context en inleiding

Het Koninklijk Besluit van 19 juni 2007 betreffende het toezicht op ziekenhuishygiëne bepaalt dat ziekenhuizen verplicht zijn om de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling te verzamelen. De precieze doelstellingen en de indicatoren zijn in 2011 uitgewerkt door een werkgroep, gecoördineerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV-ISP), waarbij de actoren op het terrein -via platformen voor ziekenhuishygiëne- en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid (Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, BAPCOC) betrokken zijn.

Er zijn drie doelstellingen vooropgesteld:

- Doelstelling 1: De impact van het ziekenhuishygiënebeleid op nationaal niveau evalueren om de besluitvormers een algemeen beeld te geven van de ziekenhuishygiëne en van de trends in de loop van de tijd voor alle ziekenhuizen door middel van geaggregeerde analyses.
- Doelstelling 2: De kwaliteit in elk ziekenhuis (accountability) beoordelen op het vlak van de strijd tegen zorginfecties. Dit impliceert de publicatie van de gegevens per ziekenhuis, met uitzondering van de resultaatsindicatoren.
- Doelstelling 3: De kwaliteit op lokaal niveau helpen verbeteren door ziekenhuizen aan te sporen hun acties en resultaten te meten en te verbeteren.

De eerste gegevensverzameling is afgerond in januari 2015 (gegevens van 2013). In dit rapport staan de geaggregeerde resultaten in verband met doelstelling 1 alsook een lijst met de naam van de ziekenhuizen en een samenvatting van hun resultaten (scores) in verband met doelstelling 2 (tekstformaat).

Resultaten

In totaal hebben 105 ziekenhuizen gegevens ingediend. Wat de sterke punten betreft, onderstrepen we

- de constante daling van de incidentie van klinische meticilline resistente *Staphylococcus aureus*-infecties (MRSA) in de acute ziekenhuizen (3,3/1000 opnames in 2003; 1,1/1000 opnames in 2013)
- de naleving van de aanbevelingen op het gebied van de goede praktijken voor de handhygiëne na de nationale campagne in 2013 (77,8% van de geobserveerde opportuniteiten)
- prestaties die globaal beschouwd redelijk goed zijn wat de indicatoren van de categorie organisatie en de categorie middelen betreft (respectievelijk hadden slechts 17% en 16% van de ziekenhuizen een lage score voor deze twee categorieën van indicatoren)

De zwakste punten, met uitzondering van de indicator 'integratie van het strategisch plan op het gebied van ziekenhuishygiëne in het strategisch plan van het ziekenhuis' (39%), worden vooral onder de actie-indicatoren vastgesteld

- wat bepaalde surveillances betreft, rapporteert slechts 52% van de ziekenhuizen een surveillance van infecties op hun eenheid intensieve zorgen en 18% een surveillance van postoperatieve wondinfecties
- procesaudits: 48% van de ziekenhuizen rapporteert audits van processen voor handhygiëne buiten de nationale campagne, 19% audits van processen ter preventie van urinaire katheterinfecties en 18% audits van processen ter preventie van postoperatieve wondinfecties.

Bespreking

Indien we uitgaan van het principe dat we niet kunnen verbeteren wat we niet kunnen meten, blijkt uit de gegevens welke belangrijke zaken kunnen worden verbeterd; de bedoeling van de audits en surveillances bestaat er immers in om de infecties die de hoofdmoot van de zorginfecties uitmaken te voorkomen.

De validiteit van de resultaten hangt af van de juistheid van de gegevens die door de ziekenhuizen worden gerapporteerd. Het onderwerp ligt gevoelig omdat de gegevens per ziekenhuis worden bekendgemaakt. De gegevens die hier worden voorgesteld, zijn niet onderworpen aan een externe kwaliteitscontrole op het niveau van de ziekenhuizen.

Een score is een praktisch middel om complexe informatie samen te vatten maar per definitie leidt deze vereenvoudiging tot een verlies van nuancering. De scores dienen er alleen toe de aandacht te vestigen op zwakke (of sterke) punten, de nuttigste informatie om de prioritaire acties te identificeren schuilt in de details.

Aanbevelingen

Dit zijn de prioritaire acties en de aanbevelingen:

- **voor de verantwoordelijke autoriteiten:** de invoering van een extern kwaliteitscontrolesysteem (de uitvoeringsbepalingen moeten worden vastgelegd) voor de gegevens verzameld in het kader van de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne met als doel de betrouwbaarheid van de gegevens en de geloofwaardigheid van de resultaten te garanderen
- **voor de ziekenhuizen en de ziekenhuishygiëneteam:** de integratie van het strategisch plan voor ziekenhuishygiëne in het strategisch plan van het ziekenhuis
- **voor alle actoren, inclusief het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid:**
 - o *De ontwikkeling van procesaudits aanmoedigen, bijvoorbeeld:*
 - Prioritiseren op het niveau van de platformen voor ziekenhuishygiëne
 - Ontwikkeling van zo eenvoudig mogelijke gestandaardiseerde protocollen
 - Vorming van de hygiëneteam voor de invoering van procesaudits (wat, hoe, wanneer auditeren en de acceptatie ervan bevorderen)
 - o *De deelname aan de surveillance van infecties op de eenheden intensieve verzorging en de deelname aan de surveillance van postoperatieve wondinfecties aanmoedigen*
 - Ontwikkeling van vereenvoudigde tools voor de surveillance gericht op het operationele nut op het niveau van het ziekenhuis zelf

Ten gevolge van de opgelopen vertraging zal de volgende gegevensverzameling in 2016 (gegevens 2015) plaatsvinden.

INHOUDSTAFEL

SAMENVATTING	3
TABELLEN EN FIGUREN	7
AFKORTINGEN.....	9
INLEIDING.....	11
Context	11
Publicatie van de resultaten	11
DOELSTELLINGEN EN METHODEN.....	13
Doelstellingen.....	13
Methoden.....	13
RESULTATEN.....	15
Indicatoren van de categorie organisatie	15
Indicatoren van de categorie middelen	17
Indicatoren van de categorie actie	19
Procesindicatoren	22
Resultaatsindicatoren	23
BESPREKING.....	25
CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....	27
BIJLAGEN	29
Gegevensverzameling, analyses, rapportering: ziekenhuissite tegenover gefuseerde entiteit. .	29
Nominatieve lijst van de ziekenhuizen met hun score, kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne, België, 2013	30
Gegevens gewijzigd door enkele ziekenhuizen na het sluiten van de gegevensinvoer	32
Formulier	34
Niet nominatieve rangschikking (ranking).....	36
REFERENTIES	41

TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1 	Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne: beschrijving, berekening van de scores, doelstellingen	14
Tabel 2 	Indicatoren en scores binnen de categorie 'organisatie' in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013	15
Tabel 3 	Indicatoren en scores binnen de categorie 'middelen' in de Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013	17
Tabel 4 	Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013	19
Tabel 4 	Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013 (vervolg).....	20
Tabel 5 	Verbruik van handalcohol in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013	22
Tabel 6 	Incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen), per regio, België 2013	23
Tabel 7 	Analyses en rapportering van de kwaliteitsindicatoren volgens de doelstellingen	29
Figuur 1 	Overzicht van Belgische ziekenhuizen, op basis van hun organisatorische score voor de kwaliteitsindicatoren in ziekenhuishygiëne, per regio, 2013	16
Figuur 2 	Verdeling van Belgische ziekenhuizen, volgens hun score voor de kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne binnen de categorie 'middelen', per regio 2013 ..	18
Figuur 3 	Belgische ziekenhuizen, volgens hun score van kwaliteitsindicatoren voor de rubriek 'actie' met betrekking tot ziekenhuishygiëne, per regio, 2013.....	21
Figuur 4 	Verbruik van handalcohol (L/1000 ligdagen) in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013 ...	22
Figuur 5 	Rangschikken van het aantal uren vorming door het team ziekenhuishygiëne gegeven, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne.....	36
Figuur 6 	Rangschikking van het aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijdsequivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne.....	37
Figuur 7 	Rangschikking van het aantal opportuniteiten handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2013	38
Figuur 8 	Rangschikking van het aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen, voor Belgische ziekenhuizen, 2013	39

AFKORTINGEN

- **BAPCOC** Belgian Antibiotic Policy Coordinating Committee
- **CDi** *Clostridium difficile* infecties
- **CPE** Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae
- **FB** Feedback
- **FOD** Federale OverheidsDienst
- **IZ** Intensieve zorgen
- **KB** Koninklijk Besluit
- **MRSA** Meticilline Resistente *Staphylococcus aureus*
- **POWI** Postoperatieve wondinfecties
- **VRE** Vancomycine Resistente Enterokokken
- **VTE** Voltijds equivalent
- **WIV** Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
- **ZH** Ziekenhuishygiëne

INLEIDING

CONTEXT

Het Koninklijk Besluit (KB) van 19 juni 2007 betreffende het toezicht op ziekenhuishygiëne bepaalt dat ziekenhuizen verplicht zijn om de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot het ziekenhuishygiënebeleid in de instelling te verzamelen.

Het doel van een systeem van kwaliteitsindicatoren is het genereren van acties ter verbetering van de zorgkwaliteit: 'wat men niet kan meten, kan men niet verbeteren'. De ontwikkeling en validatie van de indicatoren werd uitgevoerd door een werkgroep bestaande uit het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, BAPCOC en vertegenwoordigers van de platformen voor ziekenhuishygiëne (1).

Er zijn drie doelstellingen vooropgesteld:

- Doelstelling 1: De impact van het ziekenhuishygiënebeleid op nationaal niveau evalueren om de besluitvormers een algemeen beeld te geven van de ziekenhuishygiëne en van de trends in de loop van de tijd voor alle ziekenhuizen.
- Doelstelling 2: De kwaliteit in elk ziekenhuis (accountability) beoordelen door het gebruik van (financiële) middelen, de inzet en inspanningen van elk ziekenhuis in de strijd tegen zorginfecties te evalueren.
- Doelstelling 3: De kwaliteit op lokaal niveau helpen verbeteren door ziekenhuizen aan te sporen hun acties en resultaten te meten en te verbeteren.

Een initiatief van het federale platform voor ziekenhuishygiëne heeft dus geleid tot deze eerste stand van zaken. Het ultieme doel bestaat er wel degelijk in om de prioritaire verbeteringen te identificeren voor de strategieën ter preventie van ziekenhuisinfecties.

De eerste gegevens hebben betrekking op het jaar 2013. Ten gevolge van vertragingen is de verzameling –vertrekkende van een beveiligde webpagina- pas in februari 2015 afgerond.

PUBLICATIE VAN DE RESULTATEN

Het gebruik van de gegevens in functie van elke doelstelling is als volgt gepland:

- Doelstelling 1: publicatie van een rapport met de geaggregeerde resultaten (alle indicatoren) op het nationale/regionale niveau, overeenstemmend met het niveau waarop de politieke beslissingen worden genomen
- Doelstelling 2: publicatie van de indicatoren per ziekenhuis (met uitzondering van de resultaatsindicatoren)
 - o Samengevatte gegevens (scores) in een bijlage van het rapport
 - o Toegang tot het geïndividualiseerde rapport van elk ziekenhuis www.nsih.be (http://www.nsih.be/surv_iq/reports_nl.asp)
- Doelstelling 3: het ter beschikking stellen van een geïndividualiseerd rapport voor elk ziekenhuis.

DOELSTELLINGEN EN METHODEN

DOELSTELLINGEN

De doelstellingen van dit rapport zijn:

1. Presentatie van de resultaten van 2013 in verband met doelstelling 1 (evaluatie van de impact van het beleid op het gebied van ziekenhuishygiëne).
2. Presentatie van de resultaten van 2013 in verband met doelstelling 2 (accountability). Gegevens van de verschillende scores per ziekenhuis.

METHODEN

Het formulier en het lastenboek (definities, instructies voor de gegevensinvoer en bewijsstukken die moeten worden bewaard) zijn beschikbaar op de website: www.nsih.be (http://www.nsih.be/surv_iq/participation_nl.asp)

Alle analyses die hier worden voorgesteld, zijn gemaakt met gebruik van de administratieve entiteit (erkenningcode) als analyse-eenheid, niet de ziekenhuissite (ingeval de administratieve entiteit meerdere ziekenhuissites omvat of 'fusie'). De redenen hiervoor zijn gedetailleerd in de bijlage. Om de synthese van de informatie te vergemakkelijken, zijn scores berekend die de resultaten voor bepaalde categorieën van indicatoren combineren. De methodologie voor de berekening van de scores en de waarden die het klassement definiëren (zwak/matig/hoog), is herzien door het federale platform voor ziekenhuishygiëne en verschilt een beetje van de methodologie voorgesteld in het oorspronkelijke rapport. Er is in het bijzonder beslist om de scores niet in een totale score om te zetten.

Berekening van de waarden van de indicatoren voor een gefuseerde entiteit wanneer voor meerdere sites gegevens zijn ingevoerd:

- Voor de dichotomische variabelen: ingeval de gegevens tussen de sites verschillen, is de waarde voor de fusie geoptimaliseerd (één 'ja' onder de waarden van de verschillende sites van de fusie volstaat om deze indicator als een 'ja' voor de hele fusie te beschouwen).
- De gegevens met betrekking tot de voltijds equivalenten voor de ziekenhuishygiëne waren per definitie geldig voor de hele fusie. Voor de andere continue numerieke variabelen zijn de waarden van alle sites van een fusie samengeteld (bv. aantal uren vorming, aantal referenten, liters hydroalcoholische oplossing).

In sommige gevallen is meegedeeld dat een site representatief was voor alle ziekenhuizen van de fusie en/of dat alle sites van de fusie precies dezelfde waarden voor alle indicatoren hadden. In die gevallen zijn de waarden van de numerieke variabelen niet samengeteld en is er alleen rekening gehouden met de waarden van de eerste site voor de berekening van de waarden van de fusie.

Tabel 1 toont een samenvatting van de categorieën van de indicatoren en van de berekeningsmethode van de scores die de indicatoren van de organisatie, de middelen en de actie samenvatten.

De lijst van de gefinancierde theoretische voltijds equivalenten (VTE) is afkomstig van de FOD Volksgezondheid.

Tabel 1 | Kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne: beschrijving, berekening van de scores, doelstellingen

Indicatoren	Beschrijving	Berekening	Score			Doelstelling*		
			Klassement			*1	2	3
			Zwak	Matig	Hoog			
Organisatie	6 dichotomische indicatoren (ja/nee)	1 punt per 'ja', max: 6 punten	< 4	4	5-6	X	X	X
Middelen	5 dichotomische indicatoren; 2 indicatoren met continue numerieke waarden	dichotomische indicatoren: 1 punt per 'ja'; andere: 1 punt als > mediaan**. Max. 7 punten	< 4	4-5	6-7	X	X	X
Acties	20 dichotomische indicatoren + 2 open vragen	1 punt per 'ja' voor 20 indicatoren (2 indicatoren gekoppeld aan open vragen die buiten de score vallen). Max. 20 punten	< 13	13-15	>=16	X	X	X
Processen	1 continue numerieke indicator	Indicator die buiten de score valt want geen referentiewaarde				X	X	X
Resultaten	2 continue numerieke indicatoren	Indicatoren die buiten de score vallen want afhankelijk van andere elementen dan de zorgkwaliteit				X	-	X

* Doelstelling 1: evaluatie van de impact voor de besluitvormers; doelstelling 2: accountability; doelstelling 3: lokale verbetering.

** Mediaan van de waarden gerapporteerd per administratieve entiteit (en dus niet per site).

Beschrijvende analyses voor elke indicator verricht op nationaal niveau en voor elke regio.

RESULTATEN

Een totaal van 105 ziekenhuizen (erkenningnummers, hetzij administratieve eenheden) hebben gegevens gecodeerd in de online module. Deze nominatieve lijst, en de scores van elk ziekenhuis werden opgenomen in de bijlage.

INDICATOREN VAN DE CATEGORIE ORGANISATIE

Er zijn 6 indicatoren binnen de categorie 'organisatie', allen dichotomisch (ja/nee). Telkens « ja » werd geantwoord werd een punt voor de score organisatie toegekend. (Tabel 2)

Tabel 2 | Indicatoren en scores binnen de categorie 'organisatie' in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013

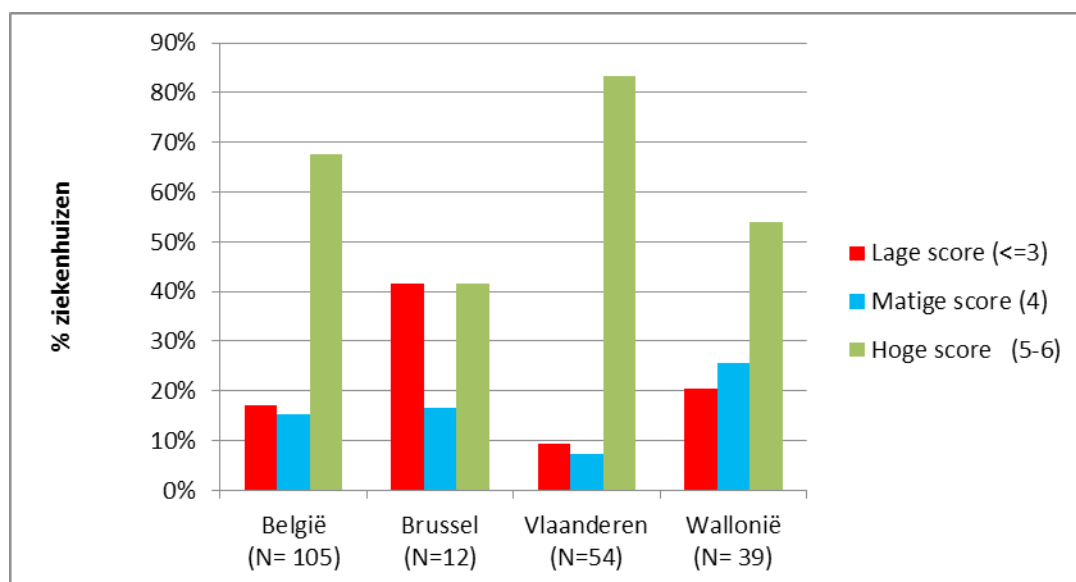
Code	Indicatoren	BELGIË		BRUSSEL		VLAAND.		WALLONIE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		N = 105		N = 12		N = 54		N = 39	
O_1a	Algemeen strategisch plan op lange termijn (3-5 jaar) voor de ZH - goedgekeurd door het comité voor ZH	82	78%	7	58%	50	93%	25	64%
O_1b	Zo ja: Algemeen strategisch plan geïntegreerd in het strategisch plan van het ziekenhuis	41	39%	3	25%	30	56%	8	21%
O_2	Aantal vergaderingen van het comité voor ZH >=4	98	93%	12	100%	48	89%	38	97%
O_3	Jaarverslag voor ZH	89	85%	7	58%	51	94%	31	79%
O_4	Gedetailleerd jaarlijks actieplan voor ZH	90	86%	8	67%	52	96%	30	77%
O_5	Verpleegkundige-ZH is/zijn lid van het verpleegkundig middenkader	91	87%	8	67%	47	87%	36	92%
Score									
T_O	Gemiddelde van de punten (max 6)	4,7		3,8		5,1		4,3	
Sc_O	Gemiddelde van de scores, %	78%		63%		86%		72%	
N (%) ziekenhuizen per categorie									
	Aantal met lage score <=3	18	17%	5	42%	5	9%	8	21%
	Gemiddelde score (4-5)	16	15%	2	17%	4	7%	10	26%
	Hoge score (6)	71	68%	5	42%	45	83%	21	54%

ZH: ziekenhuishygiëne

Het bestaan van een strategisch plan geïntegreerd in het strategisch plan van het ziekenhuis is veruit het zwakste punt: slechts 4 van de 10 ziekenhuizen hebben dit (en slechts één op de vijf in Wallonië).

In totaal hebben 18 ziekenhuizen een lage organisatorische score. Het probleem is meer uitgesproken in Brussel (Figuur 1).

Figuur 1 | Overzicht van Belgische ziekenhuizen, op basis van hun organisatorische score voor de kwaliteitsindicatoren in ziekenhuishygiëne, per regio, 2013



Organisatorische score: max 6 punten

INDICATOREN VAN DE CATEGORIE MIDDELEN

Er zijn 7 indicatoren van de categorie 'middelen'. De score (maximum: 7) werd als volgt berekend: één punt per « ja » voor elk van de dichotomische indicatoren (M1-M5), 1 punt voor de ziekenhuizen die een hogere waarde dan de mediaan rapporteerden voor de twee overige indicatoren.

Tabel 3 | Indicatoren en scores binnen de categorie 'middelen' in de Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013

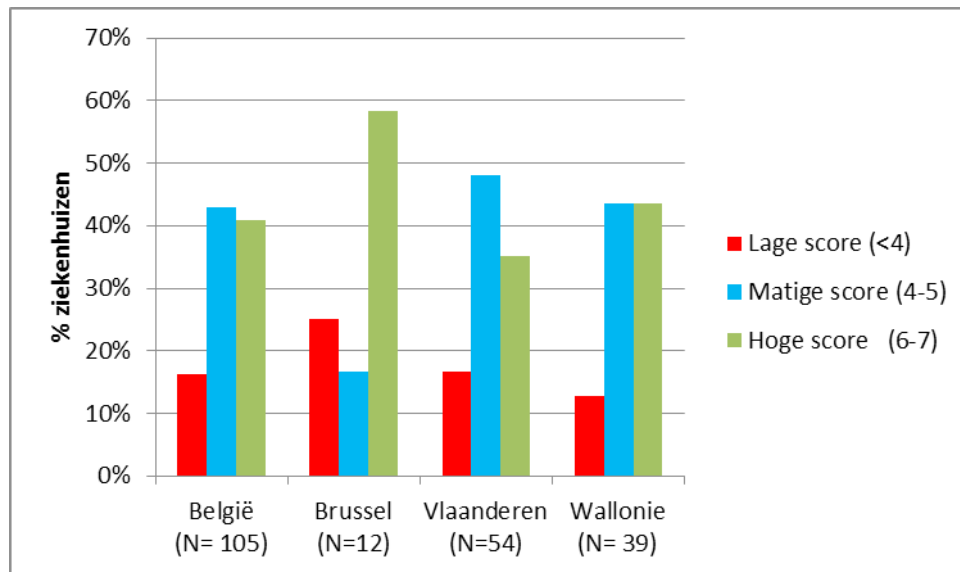
Code	Indicatoren	BELGIË		BRUSSEL		VLAAND		WALLONIE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
		N = 105		N = 12		N = 54		N = 39	
M.1	Effectief aantal geneesheren-ZH >= theoretisch aantal	85	81%	9	75%	47	87%	29	74%
M.2	Effectief aantal verpleegkundigen-ZH >= theoretisch aantal	91	87%	10	83%	49	91%	32	82%
M.3	Aanwezigheid referenten in ZH	95	90%	11	92%	46	85%	38	97%
M.4	Zo ja: aantal referenten in ZH in de eenheden voor IZ	85	81%	9	75%	39	72%	37	95%
M.5	Aantal referenten ZH in de eenheden onder toezicht van een hoofdverpleegkundige (inclusief de eenheden voor IZ)	69	66%	9	75%	31	57%	29	74%
<i>Per FTE theoretisch (gefinancierde) (geneesheer + verpleegkundige ZH):</i>									
M.6.ai	Aantal uren/contacten voor opleidingen gegeven door het team voor ZH, mediaan, P25-P75/FTE	15 (8-30)		30 (15-111)		13 (7-28)		17 (9-26)	
M.6.bi	Totaal aantal deelnemers aan deze opleidingen mediaan, P25-P75/FTE	183 (93-283)		271 (164-295)		193 (101-319)		135 (61-234)	
Score									
T_M	Gemiddelde van de punten (max: 7)	5,1		5,5		4,9		5,2	
Sc_M	Gemiddelde score, %	72%		79%		70%		74%	
N (%) ziekenhuizen per klasse									
Lage score (<4)		17	16%	3	25%	9	17%	5	13%
Matige score (4-5)		45	43%	2	17%	26	48%	17	44%
Hoge score (6-7)		43	41%	7	58%	19	35%	17	44%

ZH: ziekenhuishygiëne. VTE: voltijds equivalent. Elke aangeduide indicator * draagt bij tot de initiële score; * of ** tot de alternatieve score

De indicatoren binnen de categorie 'middelen' zijn overwegend goed, maar 1 op 3 ziekenhuizen beschikt niet over een referentieverpleegkundige per eenheid (dienst). Bovendien is in 1 ziekenhuis op 5 het aandeel effectief gepresteerde werk door de arts-ziekenhuishygiënist lager dan de hoeveelheid waarvoor er financiering is voorzien.

In totaal hebben 17 ziekenhuizen een lage score in de categorie 'middelen'. De verdeling per regio wordt hieronder weergegeven.

Figuur 2 | Verdeling van Belgische ziekenhuizen, volgens hun score voor de kwaliteitsindicatoren ziekenhuishygiëne binnen de categorie 'middelen', per regio 2013



Score middelen: max 7 punten

Er bestaat een grote variatie tussen de ziekenhuizen, met betrekking tot het aantal uren vorming voor deze activiteiten, alsook het aantal deelnemers (de variabelen werden gecorrigeerd voor het aantal voor ziekenhuishygiëne gefinancierde VTE). De rangschikking van de ziekenhuizen wordt weergegeven in bijlage.

INDICATOREN VAN DE CATEGORIE ACTIE

De indicatoren van de categorie 'acties' omvatten 2 indicatoren verbonden met deelname aan vergaderingen, 11 verbonden aan de surveillance van infecties (waarvan 1 open vraag 'andere'), 1 voor een lokaal alert-systeem, en 7 voor de auditprocessen (waarvan 1 open vraag 'andere'). Een punt werd gegeven aan elke dichotomische indicator wanneer het antwoord "ja" betrof, met uitzondering van de open vragen 'andere', vermits deze vragen vaak een element herhaalden dat eerder reeds werd opgevraagd en derhalve moeilijk te standaardiseren viel. Een punt werd gegeven aan ziekenhuizen die meer dan 150 opportuniteiten ziekenhuishygiëne buiten campagne observeerden. De score 'acties' wordt dus uitgedrukt op een totaal van 20 punten.

Tabel 4 | Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013

Code	Indicatoren	BELGIË		BRUSSEL		VLAAND.		WALLONIË	
		N	%	N	%	N	%	N	%
I.A.1	Deelname van de directie aan elke vergadering van het comité voor ZH	94	96%	12	100%	48	94%	34	97%
I.A.2	Deelname van het team voor ZH aan elke vergadering van het regionaal platform voor ZH	101	96%	11	92%	52	96%	38	97%
Surveillance									
I.A.3.a	MRSA (lokaal systeem voor toezicht)	104	99%	12	100%	54	100%	38	97%
I.A.3.b	MRSA (deelname aan het nationale toezicht)	103	98%	12	100%	53	98%	38	97%
I.A.4.a	Septicemieën (lokaal)	95	90%	11	92%	48	89%	36	92%
I.A.4.b	Septicemieën (nationale)	88	84%	11	92%	44	81%	33	85%
I.A.5.a	Multiresistente gramnegatieve bacteriën (lokaal)	92	88%	10	83%	49	91%	33	85%
I.A.5.b	Multiresistente gramnegatieve bacteriën (nationale)	73	70%	8	67%	43	80%	22	56%
I.A.6	Toxigene <i>Clostridium difficile</i> infecties	102	97%	11	92%	54	100%	37	95%
I.A.7	Infecties in eenheden voor IZ	55	52%	5	42%	37	69%	13	33%
I.A.8	Postoperatieve wondinfecties	19	18%	6	50%	10	19%	3	8%
I.A.9	Vancomycine resistente enterokokken	73	70%	8	67%	36	67%	29	74%
Alarmsysteem									
I.A.11	Systematische interactie tussen het laboratorium en het team voor ZH	102	97%	12	100%	54	100%	36	92%

Tabel 4 | Indicatoren van de categorie 'acties', Belgische ziekenhuizen per regio, 2013 (vervolg)

		BELGIË		BRUSSEL		VLAAND.		WALLONIË	
		N = 105		N = 12		N = 54		N = 39	
Code	Indicatoren	N	%	N	%	N	%	N	%
Handhygiëne									
A.12.a	Lokale audit HH buiten de nationale campagne	50	48%	5	42%	34	63%	11	28%
	Ziekenhuizen die het aantal opportuniteiten rapporteert	47	45%	5	42%	33	61%	9	23%
A.12.b	N opportuniteiten geobserveerd (mediaan)	457		325		479		268	
	(p25-p75)	(209-1366)		(181-1218)		(290-1366)		(209-479)	
A.12	Ziekenhuizen die minimum 150 opportuniteiten rapporteert	41	39%	4	33%	29	54%	8	21%
A.18	Deelname nationale campagne voor handhygiëne	98	93%	10	83%	52	96%	36	92%
Audits van andere processen									
A.13	Centrale lijnen	36	34%	4	33%	21	39%	11	28%
A.14	de kunstmatige ventilatie	58	55%	5	42%	36	67%	17	44%
A.15	de urinewegkatheters	20	19%	2	17%	12	22%	6	15%
A.16	de postoperatieve wondinfecties	19	18%	4	33%	12	22%	3	8%
Score acties									
T_A	Gemiddelde van de punten (max: 20)	13,6		13,6		14,4		12,5	
Sc_A	Gemiddelde scores, %	68%		68%		72%		62%	
N (%) ziekenhuizen per categorie									
	Totaal met lage score (<13)	39	37%	4	33%	16	30%	19	49%
	Gemiddelde score (13-15)	39	37%	5	42%	17	33%	16	41%
	Hoge score (>15)	28	26%	3	25%	21	37%	4	10%

HH: handhygiëne

Open vragen

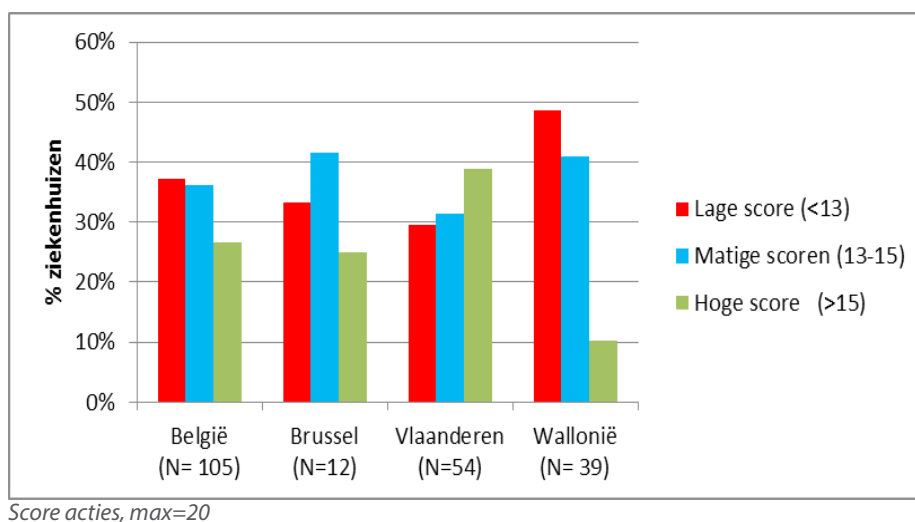
De ziekenhuizen vermelden het bestaan van verschillende andere interventieprogramma's en/of surveillance (66 ziekenhuizen) en/of audits (46) die geen deel uitmaakten van een afzonderlijk bevroegde indicator opvraging. Ze worden hieronder in volgende subgroepen geklasseerd:

- Standaard maatregelen (voorzorgen): praktijk audit
- Bijkomende voorzorgen: audit van screenings strategieën en strategieën van het invoeren van bijkomende maatregelen
- Preventie van postoperatieve wondinfecties: antibioticaprofylaxe
- Surveillance van infectie-incidentie: virale infecties (noro, RSV, ...), katheter-gerelateerde infecties, andere dan centrale veneuze katheter, aspergillose, legionellose, tuberculose, streptokokken B; hemolytische A infecties
- Surveillance van de omgevingsverontreiniging: operatiekwartier, diverse strategieën per bacteriologische staalname
- Audit van processen: waslinnen, melkbank, desinfectie van de endoscopen

In het algemeen identificeren de indicatoren van de rubriek 'actie' de meest zwakke punten van de kwaliteitsindicatoren: postoperatieve wondinfecties; intensieve zorgen, alsook lokale procesaudits. Het dient te vermelden dat niettegenstaande 55/150 (52%) van de ziekenhuizen een systeem voor de bewaking van postoperatieve wondinfecties rapporteren, slechts 13 effectief cijfers aan het WIV-ISP hebben medegedeeld volgens het nationaal protocol (gegevens 2012; laatste beschikbare cijfers http://www.nsih.be/surv_icu/download_nl.asp). Het is dus niet duidelijk welke protocollen voor deze surveillance werden gehanteerd. De relatief hoge proportie (ten opzichte van andere procesaudits) van de audits voor kunstmatige ventilatie (56%) is klaarblijkelijk verbonden aan de federale campagne voor de preventie van VAP (*ventilator associated pneumonia*) die in 2013 plaatsvond.

In totaal hebben 39 ziekenhuizen een lage score voor wat betreft de categorie 'acties'. De verdeling over de regio's wordt hieronder weergegeven.

Figuur 3 | Belgische ziekenhuizen, volgens hun score van kwaliteitsindicatoren voor de rubriek 'actie' met betrekking tot ziekenhuishygiëne, per regio, 2013



Het overzicht van de ziekenhuizen geklasseerd volgens het aantal geobserveerde opportuniteiten voor handhygiëne buiten campagne werd in bijlage toegevoegd.

PROCESINDICATOREN

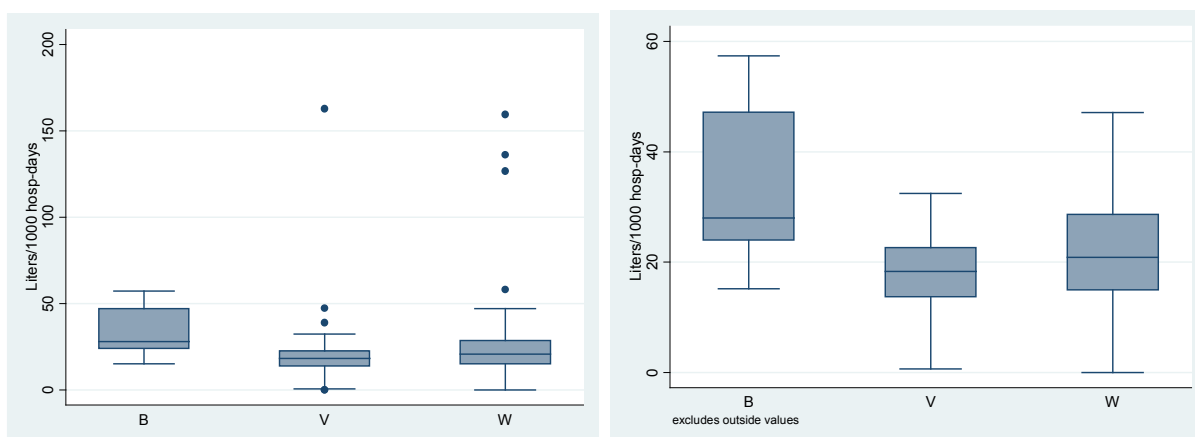
II. R.3 Verbruik van handalcohol

Het verbruik van handalcohol is hoger in Brussel, maar de variabiliteit is groter (Tabel 5); 2 ziekenhuizen in Vlaanderen en 2 ziekenhuizen in Wallonië hebben geen verbruikscijfers doorgegeven (verwerkt als een « zero » meting in de analyses). Het overzicht van de rangschikking wordt weergegeven in bijlage.

Tabel 5 | Verbruik van handalcohol in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013

Code	Indicator	BELGIË N=105	BRUSSEL N=12	VLAAND N=54	WALLONIE N=39
R.3_ind	Verbruik van handalcohol (L/1000 ligdagen), mediaan (P25-P75)	20,0 (15,1-28,8)	28,0 (24,0-47,2)	18,3 (13,7-22,6)	20,8 (15,0-28,7)

Figuur 4 | Verbruik van handalcohol (L/1000 ligdagen) in Belgische ziekenhuizen, per regio, 2013



B: Brussel V: Vlaanderen W: Wallonië
Met extreme waarden (uitbijters)

Zonder extreme waarden (uitbijters)

II. R.4 Percentage van compliantie van handhygiëne in eenheden intensieve zorgen tijdens de nationale campagne handhygiëne

In 2013 bedroeg de compliantie van handhygiëne op intensieve zorgen voor 114 sites 77,8% (gemiddelde van percentages post-campagne). De gegevens per regio zijn niet beschikbaar. (Bron, rapport van de 5e campagne handhygiëne, 2013 (http://www.nsih.be/download/national%20results%20campagne%202013_NL.pdf))

RESULTAATSINDICATOREN

II.R.1 Incidentie van nosocomiale MRSA infecties (verworven in het ziekenhuis)

Deze gegevens werden verzameld in het kader van de MRSA surveillance.

De incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen) verminderde constant in acute Belgische ziekenhuizen sinds 2004 (3,3/1000 opnames), met een waarde van 1,1/1000 opnames in 2013 (rapport 2013 (2), p 32).

Tabel 6 | Incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen), per regio, België 2013

Code	Indicator	BELGIË N = 129	BRUSSEL N = 17	VLAAND N = 67	WALLONIE N = 45
II.R.1	Gemiddelde incidentie van MRSA verworven in het ziekenhuis (klinische stalen), per 1000 opnames	1,1	0,9	0,8	1,8

Bron: Surveillance van antibioticumresistente bacteriën in de Belgische ziekenhuizen: jaarlijks rapport 2013, p22 (2)

II.R.2 Incidentie van katheter-gerelateerde septicemieën (ziekenhuisbreed)

Deze gegevens worden verzameld in het kader van de nationale surveillance van verworven septicemieën in het ziekenhuis.

In 2013 bedroeg de gemiddelde incidentie van septicemieën geassocieerd met een centrale veneuze katheter per 10 000 ligdagen 2,2 ziekenhuisbreed en 14,4 op intensieve zorgen. Deze cijfers stijgen de laatste jaren, maar het is mogelijk dat dit het gevolg kan zijn van een verbetering van het surveillance protocol sinds de laatste revisie (Jaarlijks rapport Septicemieën, 2013, p15 (3)).

De resultaten per regio zijn niet beschikbaar.

BESPREKING

Voornaamste resultaten

Deze eerste verzameling van gegevens over de kwaliteitsindicatoren op het gebied van hygiëne heeft het mogelijk gemaakt om de sterke en zwakke punten op nationaal niveau en op het niveau van de drie gewesten in België duidelijk te maken.

Wat de sterke punten betreft, onderstrepen we:

- de constante daling van de incidentie van klinische MRSA-infecties in de acute ziekenhuizen (3,3/1000 opnames in 2003; 1,1/1000 opnames in 2013)
- de naleving van de aanbevelingen op het gebied van de goede praktijken voor de handhygiëne na de nationale campagne in 2013 (77,8% van de geobserveerde opportuniteiten)
- prestaties die globaal beschouwd redelijk goed zijn wat de indicatoren van de categorie organisatie en de categorie middelen betreft (respectievelijk hadden slechts 17% en 16% van de ziekenhuizen een lage score voor deze twee categorieën van indicatoren)

De zwakste punten, met uitzondering van de indicator 'integratie van het strategisch plan op het gebied van ziekenhuishygiëne in het strategisch plan van het ziekenhuis' (39%), worden vooral onder de actie-indicatoren vastgesteld:

- wat bepaalde surveillances betreft: slechts 52% van de ziekenhuizen rapporteert een surveillance van infecties op hun eenheid intensieve zorgen en 18% een surveillance van postoperatieve wondinfecties.
- procesaudits: 48% van de ziekenhuizen rapporteert audits van processen voor handhygiëne buiten de nationale campagne, 19% audits van processen ter preventie van urinaire katheterinfecties en 18% audits van processen ter preventie van postoperatieve wondinfecties. Het relatief hoge aandeel (55%) ziekenhuizen die audits van de kunstmatige ventilatie rapporteren, moet waarschijnlijk in verband worden gebracht met de doelgerichte nationale campagne in 2013.

Als we ervan uitgaan dat we niet kunnen verbeteren wat we niet kunnen meten, brengen die cijfers ons tot een reflectie. Het doel van de audits en surveillances is de preventie van de infecties die de hoofdmoot van de zorginfecties uitmaken. Uit de Europese prevalentie-enquête van 2011(4) blijkt dat 19,6% van de gerapporteerde infecties postoperatieve wondinfecties zijn en dat 19% van de gerapporteerde infecties urinaire infecties zijn. Van de patiënten opgenomen op een eenheid intensieve verzorging lijdt 19,5% aan een zorginfectie. In België wordt nagenoeg de helft van de septicemieën verworven in een ziekenhuis rechtstreeks (centraal veneuze katheter) of onrechtstreeks (urinaire katheter, endotracheale tube) in verband gebracht met een invasief hulpmiddel. (3)

Een van de redenen waarom de protocollen voor de surveillance van infecties op de eenheden intensieve zorgen of voor de surveillance van postoperatieve wondinfecties zo weinig worden opgevolgd, is waarschijnlijk hun complexiteit en de werklast die ermee gepaard gaat. Er bestaan vereenvoudigde protocollen en er moet worden nagedacht over een beter evenwicht tussen werklast, nut en acceptatie. De redenen waarom weinig ziekenhuizen audits van processen uitvoeren zijn waarschijnlijk velerlei en variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis: het feit dat men audits niet belangrijk vindt, de geringe acceptatie ervan door de clinici, het gebrek aan gestandaardiseerde protocollen in België, hetzij de werklast die ze inhouden.

Validiteit van de gegevens

De validiteit van deze resultaten is afhankelijk van de betrouwbaarheid van de gegevens die door de ziekenhuizen zijn gerapporteerd. Het onderwerp ligt gevoelig omdat de gegevens (met uitzondering van de indicatoren van de resultaten) per ziekenhuis worden gepubliceerd en van sommige ziekenhuizen een slecht beeld dreigen te geven. Het oorspronkelijke rapport 'kwaliteitsindicatoren' heeft de

noodzaak gedocumenteerd van de ontwikkeling van een systeem voor een externe kwaliteitscontrole van de gegevens op het niveau van het ziekenhuis zelf, en het lastenboek voorziet voor elke indicator expliciet de bewijzen die moeten worden bewaard voor eventuele controles. In Frankrijk wordt elk jaar 10% van de ziekenhuizen (willekeurig geselecteerd) gecontroleerd op de juistheid van de gegevens met betrekking tot de kwaliteitsindicatoren op het gebied van de ziekenhuishygiëne. In België is er geen enkele externe kwaliteitscontrole uitgevoerd op de geanalyseerde gegevens in dit rapport waardoor de betrouwbaarheid van de resultaten volledig afhankelijk is van de zorgvuldigheid waarmee de ziekenhuizen hun gegevens hebben geregistreerd.

En toch, zelfs als we niet formeel kunnen uitsluiten dat bepaalde resultaten de werkelijkheid kunnen verfraaien, werden er duidelijk zwakke punten geïdentificeerd op zowel nationaal als regionaal niveau.

Validiteit van de methodologie voor de berekening van de scores

Een score is een praktisch middel om complexe informatie samen te vatten maar deze vereenvoudiging, per definitie, leidt tot een verlies van nuance in de informatie. De methodologie voor de berekening zou bovendien verwarring kunnen zaaien. Zij is samen met het federaal platform voor ziekenhuishygiëne vastgelegd, in het verlengde van de reflectie over de doelstellingen van de verzameling van indicatoren en pretendeert niet perfect te zijn. Dergelijke problemen zijn inherent aan het concept van scores en dus is het belangrijk om transparant te zijn over de gebruikte berekeningsmethode en om alle details te geven van de gebruikte gegevens voor de berekening, met als doel het de gebruikers desgewenst mogelijk te maken toegang te krijgen tot zo gedetailleerd mogelijke informatie.

Aan te brengen wijzigingen aan het protocol

Tot slot, een systeem van kwaliteitsindicatoren moet flexibel zijn en evolueren. Dit eerste experiment moet het ook mogelijk maken om het protocol van het project te verbeteren. Een lijst van geïdentificeerde problemen en suggesties voor verbetering zou moeten worden besproken met de leden van het federale platform voor ziekenhuishygiëne.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Deze eerste verzameling van gegevens van kwaliteitsindicatoren op het gebied van ziekenhuishygiëne heeft het mogelijk gemaakt om de sterke en de zwakke punten van de ziekenhuishygiëne in België te documenteren. De gegevens met betrekking tot de indicatoren van de resultaten, in het bijzonder de incidentie van klinische MRSA-infecties, en de indicatoren van de middelen en de organisatie zijn bemoedigend.

Aanbevelingen

Dit zijn de prioritaire acties en aanbevelingen:

- **voor de verantwoordelijke autoriteiten:** de invoering van een extern kwaliteitscontrolesysteem (de uitvoeringsbepalingen moeten worden vastgelegd) voor de gegevens verzameld in het kader van de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne met als doel de betrouwbaarheid van de gegevens en de geloofwaardigheid van de resultaten te garanderen
- **voor de ziekenhuizen en de ziekenhuishygiëneteam:** de integratie van het strategisch plan voor ziekenhuishygiëne in het strategisch plan van het ziekenhuis
- **voor alle actoren, inclusief het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid:**
 - o *De ontwikkeling van procesaudits aanmoedigen, bijvoorbeeld:*
 - Prioritering op het niveau van de platformen voor ziekenhuishygiëne
 - Ontwikkeling van zo eenvoudig mogelijke gestandaardiseerde protocollen
 - Vorming van de hygiëneteam voor de invoering van procesaudits (wat, hoe, wanneer auditeren en hoe de acceptatie ervan bevorderen)
 - o *De deelname aan de surveillance van infecties op de eenheden intensieve zorgen en de deelname aan de surveillance van postoperatieve wondinfecties aanmoedigen*
 - Ontwikkeling van vereenvoudigde tools voor de surveillance gericht op het operationele nut op het niveau van het ziekenhuis zelf.

BIJLAGEN

GEGEVENSVERZAMELING, ANALYSES, RAPPORTERING: ZIEKENHUIS SITE TEGENOVER GEFUSEERDE ENTITEIT

Voor doelstelling 1 (opvolging van het beleid op nationaal/regionaal niveau, publicatie van de geaggregeerde resultaten) en doelstelling 2 (accountability, publicatie van de resultaten per ziekenhuis) is de meest relevante eenheid voor de analyse de erkenningscode, met andere woorden de gefuseerde administratieve entiteit wanneer meerdere ziekenhuissites gegroepeerd zijn. Er zijn immers verschillende indicatoren gedefinieerd op het niveau van deze entiteit, bijvoorbeeld de indicatoren die te maken hebben met de toekenning van middelen voor de ziekenhuishygiëne (financiering van een arts en een verpleegkundige in functie van het aantal bedden en de bed-index). Om dezelfde reden is de berekening van de scores alleen relevant op het niveau van de administratieve entiteit.

Doelstelling 3 (lokale verbetering) is in principe meer gediend met een analyse per ziekenhuissite omdat bepaalde indicatoren relevant zijn en kunnen variëren van site tot site binnen de gefuseerde entiteit (bijvoorbeeld het aantal referenten per dienst, de consumptie van hydroalcoholische oplossing).

Voor de verzameling van de gegevens is dan ook de mogelijkheid geboden om het meest gedetailleerde niveau (per site) te gebruiken met als doel te kunnen beantwoorden aan de 3 doelstellingen. De gegevensinvoer per site is vooral nuttig voor doelstelling 3 (lokale verbetering) maar dit is aan de appreciatie van het lokale hygiëneteam overgelaten. Ingeval het team geen enkel voordeel zag in de gegevensinvoer per site en integendeel een hoge werklast vreesde, kreeg het de vrijheid om te kiezen voor één enkele gegevensinvoer voor alle ziekenhuizen met hetzelfde erkenningsnummer. Sommige ziekenhuizen hebben ervoor gekozen om per site gegevens in te voeren, andere niet en dus heeft een analyse op basis van het totaal van de sites geen zin.

Tabel 7 biedt een overzicht van de verschillende analyse-eenheden volgens de doelstellingen.

Tabel 7 | Analyses en rapportering van de kwaliteitsindicatoren volgens de doelstellingen

Doelstellingen	Analyse-eenheid	Rapportering	Uitvoeringsbepalingen
Opvolging van het beleid betreffende ZH	Per administratieve entiteit	Geaggregeerde gegevens (inclusief scores)	Gepubliceerd rapport
Accountability	Per administratieve entiteit	Gegevens per administratieve entiteit (met berekende variabelen, inclusief scores)	Gepubliceerde gegevens, per administratieve entiteit
Lokale verbetering	Per site indien beschikbaar	Per site (met sommige berekende variabelen, geen scores)	Geïndividualiseerd rapport geproduceerd in real time, toegang beperkt tot het ziekenhuis

NOMINATIEVE LIJST VAN DE ZIEKENHUIZEN MET HUN SCORE, KWALITEITSINDICATOREN ZIEKENHUISHYGIËNE, BELGIË, 2013

Opgelet: het is mogelijk dat een ziekenhuis gefusioneerd werd. In dat geval is het normaal dat enkel de fusienaam naast de postcode van de hoofdzetel in de lijst teruggevonden wordt.

POST-CODE	GEMEENTE	NAAM	PUNTEN ORGANISATIE (max 6)	PUNTEN MIDDELEN (max 7)	PUNTEN ACTIES (max 20)	
1	1000	BRUXELLES	CENTRE HOSPITALIER UNIV. ST.-PIERRE	3	7	13
2	1000	BRUXELLES	INSTITUT JULES BORDET	2	3	14
3	1000	BRUSSEL	KLINIEK ST.-JAN - CLINIQUE ST. JEAN	6	7	13
4	1020	BRUXELLES	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN	5	7	17
5	1020	BRUXELLES	(HUDERF)	1	3	9
6	1040	BRUXELLES	HOPITAUX IRIS SUD - IRIS ZIEKENHUIZEN ZUID	2	5	11
7	1070	BRUXELLES	CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE BRUXELLES HOPITAL ERASME	5	7	17
8	1070	BRUXELLES	CLINIQUE STE. ANNE - ST. REMI	6	6	12
9	1090	BRUSSEL	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS BRUSSEL	4	5	15
10	1180	BRUSSEL	EUROPAZIEKENHUIZEN - CLINIQUES DE L'EUROPE	4	3	8
11	1180	BRUXELLES	C.H. INTERREGIONAL EDITH CAVELL	6	7	15
12	1200	BRUXELLES	CLINIQUES UNIVERSITAIRES ST.-LUC	4	7	19
13	1340	OTTIGNIES	CLINIQUE SAINT PIERRE	5	7	16
14	1400	NIVELLES	CENTRE HOSPITALIER TUBIZE - NIVELLES	5	5	12
15	1500	HALLE	REGIONAAL ZIEKENHUIS SINT-MARIA	4	5	10
16	1800	VILVOORDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PORTAELS	5	4	12
17	2060	ANTWERPEN	ZIEKENHUISNETWERK ANTWERPEN	5	5	16
18	2100	DEURNE	A.Z. MONICA	6	4	11
19	2200	HERENTALS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	6	4	19
20	2300	TURNHOUT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS TURNHOUT	6	5	12
21	2390	MALLE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JOZEF	5	5	16
22	2400	MOL	HEILIG HARTZIEKENHUIS V.Z.W.	5	4	16
23	2440	GEEL	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-DIMPNA	6	4	18
24	2500	LIER	HEILIG HART ZIEKENHUIS V.Z.W.	5	3	11
25	2610	WILRIJK	GZA- ZIEKENHUIZEN	3	4	15
26	2650	EDEGEM	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS ANTWERPEN	3	4	19
27	2800	MECHELEN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.- MAARTEN	4	4	11
28	2820	BONHEIDEN	IMELDA ZIEKENHUIS	6	6	14
29	2840	REET	ALGEMEEN ZIEKENHUIS HEILIGE FAMILIE	5	5	15
30	2880	BORNEM	SINT-JOZEFKLINIEK	6	2	12
31	2930	BRASSCHAAT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS KLINA V.Z.W.	5	7	15
32	3000	LEUVEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART	5	7	13
33	3000	LEUVEN	UNIVERSITAIRE ZIEKENHUIZEN K.U.L.	6	5	19
34	3290	DIEST	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DIEST	6	5	17
35	3300	TIENEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART Vzw	6	3	13
36	3500	HASSELT	JESSAZIEKENHUIS	6	7	19
37	3550	HEUSDEN	ST. FRANCISKUSZIEKENHUIS	5	7	14
38	3600	GENK	ZIEKENHUIS OOST - LIMBURG	4	3	15
39	3680	MAASEIK	ZIEKENHUIS MAAS EN KEMPEN	5	2	10
40	3700	TONGEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS VESALIUS	5	5	17
41	3800	SINT-TRUIDEN	REGIONAAL ZIEKENHUIS ST.-TRUDO	3	2	11
42	3900	OVERPELT	MARIAZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG	5	5	12
43	4000	LIEGE-1	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN ST. JOSEPH - LIEGE	6	7	14
44	4000	ROCOURT	CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN ST.-VINCENT	6	6	14
45	4000	LIEGE	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE LA CITADELLE	5	5	16
46	4000	LIEGE-1 (SART-TILMAN)	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIEGE	4	6	14
47	4020	LIEGE	ISO SL- CLINIQUES DE SOINS SPECIALISES VALDOR - PERI	6	3	14
48	4040	HERSTAL	CLINIQUE ANDRE RENARD	5	4	11
49	4100	SERAING	CENTRE HOSPITALIER DU BOIS DE L'ABBAYE ET DE HESBAYE	2	7	12
50	4500	HUY	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE HUY	6	6	12
51	4700	EUPEN	ST.-NIKOLAUS HOSPITAL	5	3	12
52	4780	SANKT-VITH	KLINIK ST.-JOSEF	5	3	12
53	4800	VERVIERS	CHR Verviers	3	5	13
54	4960	MALMEDY	CLINIQUE REINE ASTRID	4	4	11
55	5000	NAMUR	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL	2	7	12
56	5000	NAMUR	CLINIQUE MATERNITE STE.-ELISABETH	4	5	15

POST-CODE	GEMEENTE	NAAM	PUNTEN ORGANISATIE (max 6)	PUNTEN MIDDELEN (max 7)	PUNTEN ACTIES (max 20)	
57	5004	BOUGE	CLINIQUE ST.-LUC	1	6	11
58	5060	AUVELAIS	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DU VAL DE SAMBRE	2	5	11
59	5500	DINANT	CENTRE HOSPITALIER DE DINANT	6	5	15
60	5530	MONT-GODINNE	CLINIQUES UNIVERSITAIRES (U.C.L.)	6	6	18
61	6000	CHARLEROI	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	5	4	9
62	6000	CHARLEROI	C.H.U. DE CHARLEROI	4	5	14
63	6041	GOSELIES	CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	2	4	12
64	6060	GILLY	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	5	7	12
65	6110	MONTIGNY-LE-TILLEUL	C. H. UNIVERSITAIRE ANDRE VESALE	4	7	15
66	6460	CHIMAY	CENTRE DE SANTE DES FAGNES	4	3	10
67	6700	ARLON	CLINIQUES DU SUD-LUXEMBOURG	2	5	13
68	6800	LIBRAMONT	CENTRE HOSPITALIER DE L'ARDENNE	5	4	9
69	6900	MARCHE-EN-FAMENNE	INTERCOM. HOSP. FAMENNE ARDENNE CONDROZ (I.F.A.C.)	4	4	4
70	7000	MONS	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE AMBROISE PARE	5	7	11
71	7000	MONS	C.H.R. CLINIQUE ST. JOSEPH - HÔPITAL DE WARQUIGNIES	4	4	8
72	7060	SOIGNIES	CENTRE HOSPITALIER DE LA HAUTE SENNE	3	6	8
73	7100	LA LOUVIERE	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIVOLI	4	6	14
74	7100	HAINÉ-SAINT-PAUL	CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	5	6	13
75	7301	HORNU	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	5	7	14
76	7331	BAUDOUR	RHMS - CLINIQUE LOUIS CATY	5	6	14
77	7500	TOURNAI	CENTRE HOSPITALIER DE WALLONIE PICARDE - Chwapi	5	6	16
78	7700	MOUSCRON	CENTRE HOSPITALIER DE MOUSCRON	4	4	14
79	7800	ATH	CENTRE HOSPITALIER EPICURA	5	5	13
80	8000	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-JAN BRUGGE-OOSTENDE	4	7	15
81	8310	BRUGGE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	5	7	18
82	8400	OOSTENDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS DAMIAAN	6	7	14
83	8500	KORTRIJK	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GROENINGE	6	4	19
84	8630	VEURNE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. AUGUSTINUS	5	6	16
85	8700	TIELT	ST.-ANDRIESZIEKENHUIS	3	5	13
86	8790	WAREGEM	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS WAREGEM	5	6	12
87	8800	ROESELARE	STEDELIJK ZIEKENHUIS	6	4	10
88	8800	ROESELARE	H.- HARTZIEKENHUIS ROESELARE - MENEN	5	3	12
89	8820	TORHOUT	ST.-REMBERTZIEKENHUIS V.Z.W.	6	4	13
90	8870	IZEGEM	ST.-JOZEFSKLINIEK V.Z.W.	6	5	14
91	8900	IEPER	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS Vzw	6	6	16
92	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS MARIA MIDDELARES	5	7	18
93	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. LUCAS	6	3	15
94	9000	GENT	UNIVERSITAIR ZIEKENHUIS GENT	5	6	17
95	9000	GENT	ALGEMEEN ZIEKENHUIS JAN PALFIJN	5	4	18
96	9100	SINT-NIKLAAS	ALGEMEEN ZIEKENHUIS NIKOLAAS	6	6	16
97	9160	LOKEREN	ALGEMEEN ZIEKENHUIS LOKEREN	4	6	7
98	9200	DENDERMONDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST. BLASIUS	6	7	16
99	9300	AALST	ONZE LIEVE VROUWZIEKENHUIS	5	6	13
100	9300	AALST	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	6	3	19
101	9600	RONSE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS GLORIEUX	6	5	14
102	9620	ZOTTEGEM	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ST.-ELISABETH	5	4	14
103	9700	ODENNAARDE	ALGEMEEN ZIEKENHUIS OUDENNAARDE	6	6	16
104	9800	DEINZE	ST.-VINCENTIUSZIEKENHUIS	5	5	15
105	9900	EEKLO	ALGEMEEN ZIEKENHUIS ALMA	6	6	10

GEGEVENS GEWIJZIGD DOOR ENKELE ZIEKENHUIZEN NA HET SLUITEN VAN DE GEGEVENSINVOER

Het coderen van de gegevens voor 2013 werd afgesloten in februari 2015. Na de presentatie van de resultaten aan het federale platform ziekenhuishygiëne in september 2015, hebben enkele leden van het platform gevraagd of het mogelijk was om coderingsfouten te herstellen. Bijgevolg kregen alle ziekenhuizen de gelegenheid om "manifeste coderingsfouten" te corrigeren alvorens de publicatie van de afzonderlijke rapporten. Gezien het ontbreken van objectieve criteria voor het beoordelen van een "manifeste coderingsfout", werden alle aanvragen aanvaard. Deze wijzigingen werden niet geïntegreerd in de geaggregeerde resultaten van het nationaal rapport.

De gevraagde correcties worden opgelijst (cfr. pagina 33).

Post-code	Name hospital	Variable	Description	Before	After	Change in scores
2650	Universitair ziekenhuis Antwerp	R_3	Verbruik van handalcohol (l)	637	8730	No
6041	Clinique Notre-Dame de Gosselies	M_6_a	Heures formation	5	12	No
		M_6_b	Participants	9	33	No
9300	OLV-Aalst	M_6_a	Uren opleidingen	19+15+15	19	No
1400	CH Jolimont Hôpitaux de Tubize et Nivelles	M_6_a	Heures de formation	125	25h30	No
1000	CHU Saint Pierre, Bruxelles	M_2	ETP effectif infirmières HH	1.0	1.1	+1
1200	Cliniques universitaires Saint Luc, Bruxelles	O_1a	Plan stratégique	Non	Oui	+1
		O_3	Plan d'action	Non	Oui	+1
		O_4	Rapport annuel	Non	Oui	+1
2200	Algemeen ziekenhuis Sint-Elisabeth, Herentals	M_6_a	Uren opleidingen	6	15.5	No
		M_6_b	Deelnemers	224	253	No
8400	Az Damiaan Oostende	A_3_b	Deelname aan nationaal toezicht MRSA/SEP	Onbekend	Ja	+1
		A_4_b			Ja	+1
2390	Az St Jozef Malle	R.3	Verbruik van handalcohol (l)	-	802,5	No
7100	Centre hospitalier de Jolimont-Lobbes	R.3	Consommation SHA (l)	-	3633+1231	No
8700	Sint Andries ZH Tielt	O_3	Jaarlijks actieplan	Nee	Ja	+1
3900	Mariaziekenhuis vzw Overpelt	M_2	Effectief VTE verpleegkundige	0.95	1.25	+1
7100	CHU Tivoli La Louvière	M6a	Participants formations	-	320	+1
		A12b	Opportunités HH	-	210	+1
4960	Clinique Reine Astrid - Malmedy	M6b	Heures formation	0	26,5	+1
		M6b	Participants	0	83	No
8820	AZ Sint-Rembert Torhout	R_3	Verbruik van handalcohol (l)	-	567	No
4800	CHR Verviers	M6a	Heures formation	2	16	No
		M6b	Participants	14	544	+1
3600	Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk	O_5	Verpleegkund. Lid van middenkader	Onbekend	1	+1
		M6a	Uren opleidingen	20	30	
		M6b	deelnemers	-	395	

**KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE ZIEKENHUISHYGIËNE
ACUTE ZIEKENHUIZEN**

Referentie jaar / / / / Ziekenhuis

zie [Lastenboek](#) voor definities, instructies en te bewaren bewijselementen.

Alle gegevens hebben betrekking op het referentiejaar (het jaar dat voorafgaat aan het jaar van deelname). **Aandacht: één formulier per site!** Indien de site deel uitmaakt van een fusie: 1) voor indicatoren M.1 en M.2 heeft het antwoord betrekking op de fusie, de antwoorden voor de eerste site, zullen automatisch worden overgenomen voor alle andere sites van de fusie 2) indien het antwoord op andere indicatoren hetzelfde is voor alle sites van dezelfde fusie (vb: strategisch plan), gelieve dan ditzelfde antwoord in te voeren voor elke site van deze fusie.

1 INDICATOREN : ORGANISATIE		
I.O.1.a	Algemeen strategisch plan op lange termijn (3-5 jaar) voor de ziekenhuishygiëne - goedgekeurd door het comité voor ziekenhuis hygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.1.b	Zo ja: geïntegreerd in het strategisch plan van het ziekenhuis	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.2	Aantal vergaderingen van het comité voor ziekenhuishygiëne	_ _
I.O.3	Gedetailleerd jaarlijks actieplan voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.4	Jaarverslag voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.O.5	Verpleegkundige-ziekenhuishygiënist(en) is/zijn lid van het verpleegkundig middenkader	<i>O ja O nee O onbekend</i>
2 INDICATOREN : MIDDELEN		
I.M.1	Effectief aantal geneesheren-ziekenhuishygiënisten (voltijdse equivalenten -FTE) (in geval van fusie: voor het geheel van sites voor dezelfde fusie.)	_ _ . _ _ _
I.M.2	Effectief aantal verpleegkundigen-ziekenhuishygiënisten (FTE) (in geval van fusie: voor het geheel van sites voor dezelfde fusie.)	_ _ . _ _ _
I.M.3	Aanwezigheid van referenten in ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.M.4.a	Zo ja: aantal referenten in ziekenhuishygiëne in de eenheden voor intensieve zorgen	_ _
I.M.4.b	Aantal eenheden voor intensieve zorgen in het ziekenhuis	_ _
I.M.5.a	Totaal aantal referenten in ziekenhuishygiëne in de eenheden onder toezicht van een hoofdverpleegkundige (inclusief de eenheden voor intensieve zorgen)	_ _
I.M.5.b	Aantal eenheden onder toezicht van een hoofdverpleegkundige (inclusief de eenheden voor intensieve zorgen) in het ziekenhuis	_ _
I.M.6.a	Aantal uren/contacten voor opleidingen met betrekking tot ziekenhuishygiëne gegeven door het team voor ziekenhuishygiëne aan het personeel	_ _ _
I.M.6.b	Totaal aantal deelnemers aan deze opleidingen	_ _ _
3 INDICATOREN : ACTIES		
I.A.1	Deelname van de directie (ten minste één persoon met name de directeur, de hoofdgeneesheer of het hoofd van het verpleegkundig departement) aan elke vergadering van het comité voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.2	Deelname van het team voor ziekenhuishygiëne (ten minste één lid) aan elke vergadering van het regionaal samenwerkingsplatform voor ziekenhuishygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
Lokaal systeem voor toezicht op...		
I.A.3.a	MRSA	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.3.b	Zo ja: deelname aan het nationale toezicht (NSIH)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.4.a	Septicemieën	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.4.b	Zo ja: deelname aan het nationale toezicht (NSIH)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.5.a	Multiresistente gramnegatieve bacteriën	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.5.b	Zo ja: deelname aan het nationale toezicht (NSIH)	<i>O ja O nee O onbekend</i>

**KWALITEITSINDICATOREN VOOR DE ZIEKENHUISHYGIËNE
ACUTE ZIEKENHUIZEN**

Referentie jaar / / / / Ziekenhuis

Lokaal systeem voor toezicht op...		
I.A.6	Toxinogene <i>Clostridium difficile</i> infecties	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.7	Infecties in eenheden voor intensieve zorgen	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.8	Postoperatieve wondinfecties	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.9	Vancomycine-resistente enterokokken	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.10.a	Een ander lokaal surveillancesysteem voor zorggerelateerde infecties/multiresistente bacteriën dan hierboven beschreven	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.10.b	Zo ja, welke:	
I.A.11	Systematische interactie tussen het laboratorium en het team voor ziekenhuishygiëne die het mogelijk maakt om de lijst van de micro-organismen waarvoor bijkomende voorzorgsmaatregelen nodig zijn snel en vlot te delen (alarmsysteem)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.12.a	Lokale audit op naleving van de aanbevolen procedures voor handhygiëne buiten de nationale campagne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.12.b	Zo ja, hoeveel opportuniteiten voor handhygiëne werden geobserveerd dit jaar	_ _ _ _
Lokale audit van processen met betrekking tot de kritieke punten in de zorg van of de preventie van...		
I.A.13	de centrale lijnen	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.14	de kunstmatige ventilatie	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.15	de urinewegkatheters	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.16	de postoperatieve infecties	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.17.a	andere zorgprocessen/infecties dan hierboven beschreven (met betrekking tot ziekenhuishygiëne)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.17.b	Zo ja, welke :	
Deelname aan het volgende initiatief (enkel van toepassing als in het desbetreffende jaar dit initiatief heeft plaatsgevonden)		
I.A.18	nationale campagne voor handhygiëne	<i>O ja O nee O onbekend</i>
I.A.19	nationale prevalentiestudie met betrekking tot zorggerelateerde infecties (en antibioticagebruik)	<i>O ja O nee O onbekend</i>
4 UITKOMSTINDICATOREN (zoals gedefinieerd door het protocol van het WIV) Deze gegevens zijn elders beschikbaar – hier invoeren niet nodig		
5 PROCESINDICATOREN		
II.R.3	Totale consumptie dit jaar (volume in liters) van handalcohol in de zorgeenheden van het ziekenhuis	_ _ _ _
6 ANDERE		
deno	Totaal aantal ligdagen in referentiejaar	_ _ _ _
III.V.1	Gegevens gelezen en goedgekeurd door de medische directeur	<i>O ja O nee O onbekend</i>
II.R.4	Commentaar op deze indicatoren (max: 250 woorden)	

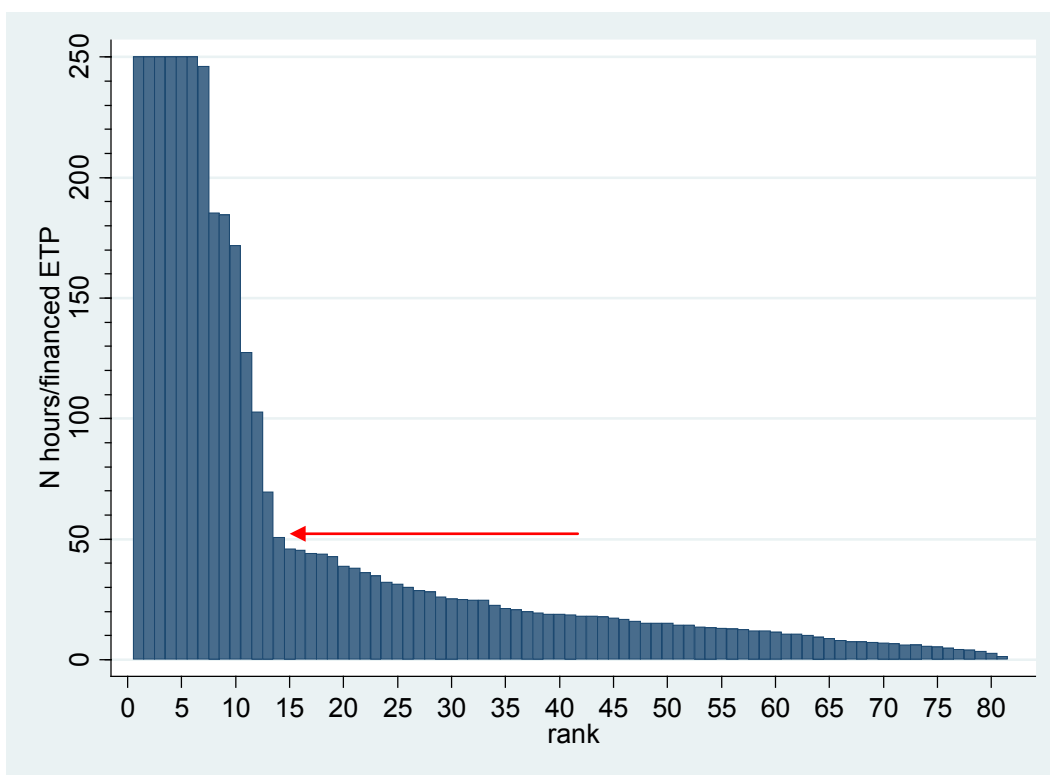
NIET NOMINATIEVE RANGSCHIKKING (RANKING)

De onderstaande grafieken tonen voor bepaalde indicatoren via een continue numerieke waarde, de gevonden waarden in dalende volgorde. Dit laat toe dat de individuele ziekenhuizen, voor de betreffende indicator, hun plaats in de rangschikking aan kunnen duiden door hun waarde in de figuur op te zoeken.

Aantal uren vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne

Twee ziekenhuizen rapporteerden geen enkele vorming. Eén ziekenhuis rapporteerde 615 uren, hetgeen overeenkomt met circa 3 uren per werkdag. Een ander ziekenhuis rapporteerde 1893 deelnemers aan de vorming (per voltijds equivalent van het team ziekenhuishygiëne).

Figuur 5 | Rangschikken van het aantal uren vorming door het team ziekenhuishygiëne gegeven, per voltijds equivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne



ETP: VTE (voltijdsequivalent)

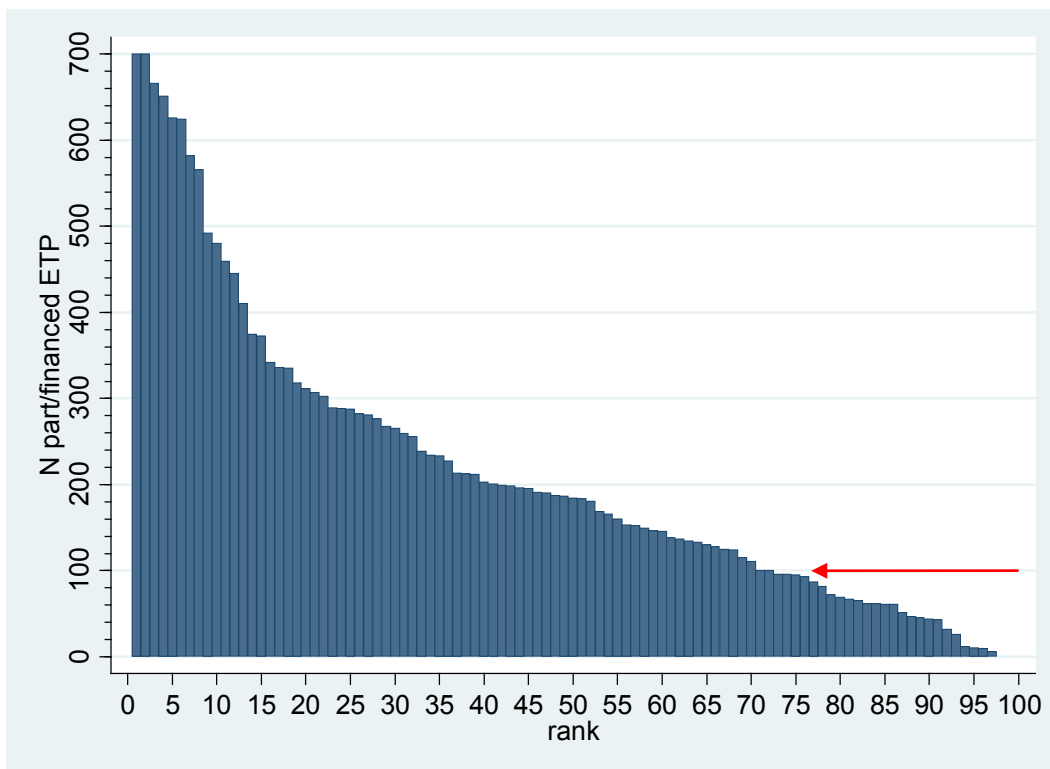
De figuur werd afgeroomd op 250; 6 ziekenhuizen rapporteerden meer dan 250 uren vorming / voltijdsequivalent in ziekenhuishygiëne

Voorbeeld: 50 uren vormen per voltijdsequivalent (VTE) komt ongeveer met een 14de plaats.

Aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijdsequivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne

Twee verschillende ziekenhuizen hebben vormingsuren gerapporteerd, maar geen aantal deelnemers.

Figuur 6 | Rangschikking van het aantal deelnemers aan de vorming gegeven door het team ziekenhuishygiëne, per voltijdsequivalent gefinancierd voor ziekenhuishygiëne



ETP: VTE (voltijdsequivalent)

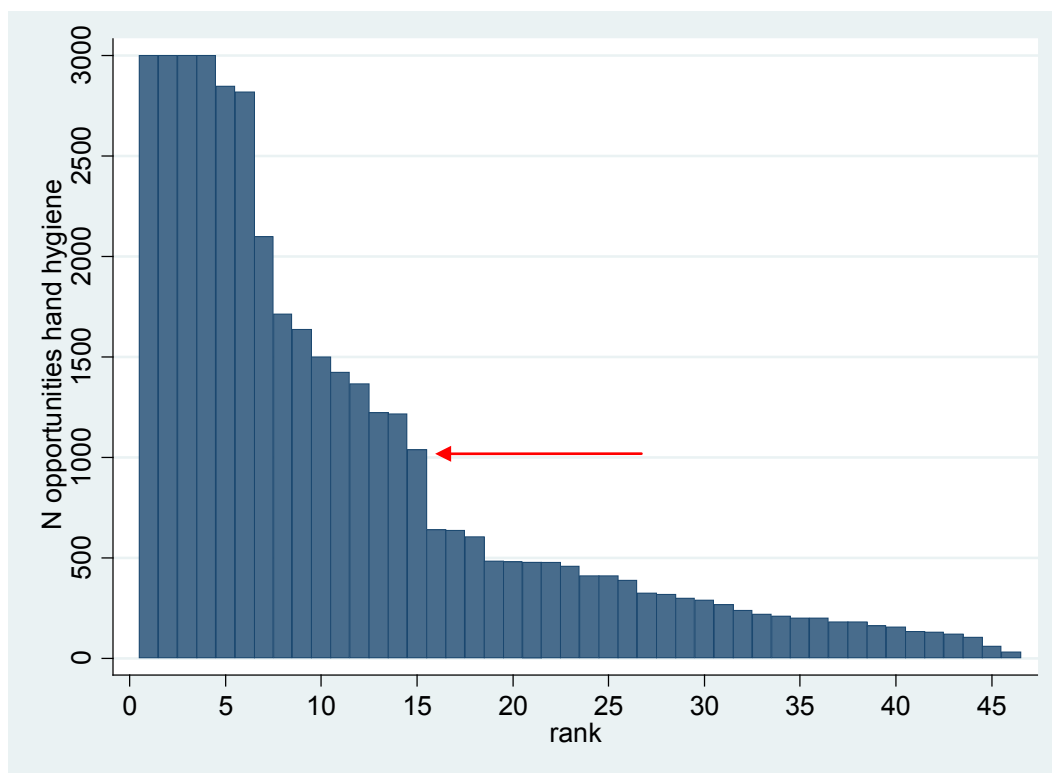
De figuur werd afgeroomd op 700; 2 ziekenhuizen rapporteerden meer dan 700 deelnemers

Voorbeeld: 100 deelnemers / VTE komt ongeveer overeen met rang nummer 73.

Opportunities handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2013

Vier ziekenhuizen declareerden compliantie observaties voor meer dan 3000 opportuniteiten handhygiëne, waarvan een 13104 en een ander 18317.

Figuur 7 | Rangschikking van het aantal opportuniteiten handhygiëne geobserveerd buiten de campagne in Belgische ziekenhuizen, 2013



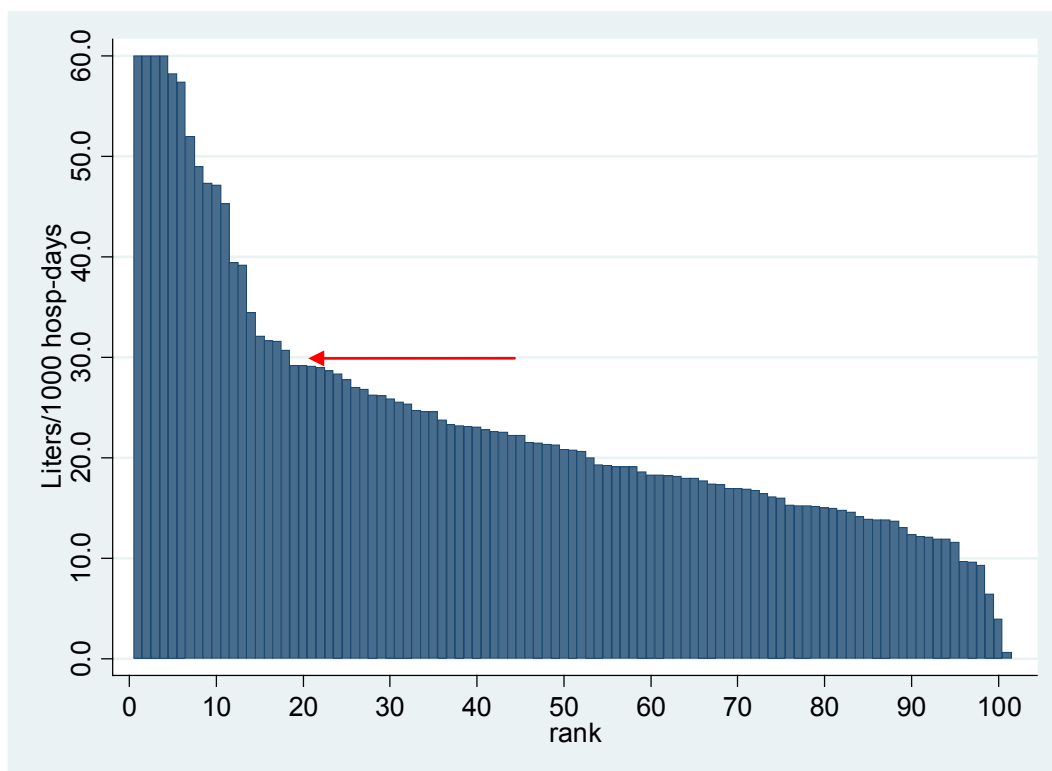
De figuur werd afgeroomd op 3000; 4 ziekenhuizen rapporteerden meer dan 3000 opportuniteiten

Voorbeeld: 1000 observaties van opportuniteiten voor handhygiëne (buiten campagne) komen ongeveer overeen met rang nummer 15.

Aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen

Vier ziekenhuizen hebben geen verbruiksgegevens ingegeven (zero-meting); 4 ziekenhuizen hebben meer dan 60L /1000 ligdagen ingegeven. (127 tot 163 L).

Figuur 8 | Rangschikking van het aantal liter handalcohol, per 1000 ligdagen, voor Belgische ziekenhuizen, 2013



De figuur werd afgeroomd op 60L.

Voorbeeld: 30 L / 1000 ligdagen komt ongeveer overeen met een rangschikking op de 18de plaats.

REFERENTIES

1. Viseur N, Lambert M. Kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne in acute ziekenhuizen. Eindrapport. Bruxelles: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2011D/2011/2505/38. http://www.nsih.be/surv_iq/reports_nl.asp
2. Jans B, Glupczynsk Y, Denis O. Surveillance van antibioticaresistente bacteriën in Belgische ziekenhuizen (MRSA, ESBL+, CPE+ en MR.-A. baumannii en P. aeruginosa); jaarrapport 2013.
3. Hammami N, Lambert ML. Surveillance septicemieën in Belgische ziekenhuizen - Jaarrapport 2013, gegevens 2000-2013. Brussel/Bruxelles: WIV-ISP, 2014 http://www.nsih.be/download/SEP/SEP_Rapport_2013_NL_v2.0.pdf
4. European Centre for Disease Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012. http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Pages/Point-prevalence-survey.aspx

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) is dé wetenschappelijke referentie voor de volksgezondheid.

Wij ondersteunen het gezondheidsbeleid door innovatief onderzoek, analyses, surveillance en expertadvies.

*Zo dragen wij bij tot **een langer gezond leven voor iedereen.***

© Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

OPERATIONELE DIRECTIE

VOLKSGEONDHEID EN SURVEILLANCE

Juliette Wytsmanstraat 14

1050 Brussel | België

www.wiv-isp.be

Verantwoordelijke Uitgever : Dr. Johan Peeters

ISSN 2466-6750