



Persbericht 8 december 2020

Liever vitaal dan viraal

Investeren in infectiepreventie in de zorg: crucialer dan ooit!

Zelfs voor er sprake was van Covid-19 verschenen in de wetenschappelijke literatuur wereldwijd aanbevelingen over de bestaffing wat betreft teams ziekenhuishygiëne. Na 9 maanden coronastrijd blijkt op het werkveld niet veel veranderd en dat baart [NVKVV](#) en [ABIHH](#) zorgen.

Nochtans is deze specifieke expertise in infectiepreventie zowel wat betreft management en beleid, cruciaal in het garanderen van een veilige zorgomgeving zowel voor patiënt als zorgpersoneel. Een ziekenhuishygiënist brengt extra kennis en kunde aan boord (in nauwe samenwerking met microbiologen, infectiologen en epidemiologen) om de ontwikkeling, implementatie en opvolging van het infectiepreventiebeleid te garanderen.

Binnen de brede sector wat betreft woonzorgcentra, PVT, Beschut Wonen, psychiatrische ziekenhuizen, thuisverpleging, gehandicaptenzorg,... is infectiepreventie evengoed nauw verweven met de bekommernis voor veilig contact, welbevinden en algemene kwaliteit van zorg. NVKVV en ABIHH zijn blij met tal van initiatieven voor deze sectoren, zoals bijvoorbeeld het Fonds voor Solidaire Zorg, maar dit is niet voldoende. Alle zorgsectoren vragen een voldoende toereikende structurele ondersteuning dankzij mensen, middelen en een beetje zorg'bitcoins'.

De doelstelling is duidelijk en vlug in woorden omgezet maar blijkt moeilijker in realisatie. Infectiepreventie stelt alles in het werk om besmettingen in de zorg te vermijden. Want een besmetting die zich doorzet naar andere patiënten, bezoekers of zorgpersoneel, is een absoluut ongewenst scenario. Niet voldoende investeren in mensen en middelen op dat punt is duidelijk dodelijk. Dat was al duidelijk voor Covid-19: zorginfecties onder controle houden, is al jarenlang een enorme bekommernis binnen ziekenhuizen en vraagt elke dag van alle betrokkenen een intense focus.

De [werkgroep infectiebeheersing \(WIN\) van het NVKVV](#) en [ABIHH \(Association Belge des Infirmiers en Hygiène Hospitalière\)](#) bepleiten dan ook onvoorwaardelijk dat in ons land de bestaffing (eindelijk) wordt opgetrokken naar de standaarden die vanuit diverse hoeken, wetenschappelijk onderbouwd, worden aanbevolen.



Niets nieuws onder de zon

De wetenschappelijke literatuur laat er geen twijfel over bestaan. **De standaard is 1 voltijdse IPC (Infection Prevention Control) verpleegkundige per 250 bedden.** Dat werd reeds vermeld in de SENIC (Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control) literature in 1985, en is de referentieratio in een Europese studie ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) van 2011. Hetzelfde lezen we in de richtlijnen van WHO (World Health Organisation) van 2016 over de kernelementen van een programma infectiepreventie in de zorg. De directieven gaan zelfs nog een stapje verder en pleiten voor 1 FTE IPC-verpleegkundige per 100 bedden!¹

Ook Sciensano, intussen een 'VIP' geworden in de strijd om het COVID-19 virus te temmen, publiceerde in 2017 een onderzoek naar de bestaffing FTE van verpleegkundig ziekenhuishygiënisten. Opvallend in deze studie was dat de bestaffing in vergelijking met 2011 zelfs was achteruitgegaan.

De wettelijke omkadering voor de bestaffing voor ziekenhuishygiëne, vastgelegd in het KB van 19/06/2007 wordt per ziekenhuis bepaald en voldoet niet aan bovenstaande norm. Ons land haalt gemiddeld 0.79% FTE IPC-verpleegkundige per 250 bedden. Het aantal artsen met deze opdracht verminderde zelfs van 0.7 FTE naar 0.33 FTE in 2017.²

Rekening houdend dat een correcte bestaffing van IPC-verpleegkundigen/artsen kan leiden tot minstens 32% minder kans op nevenbesmettingen in een ziekenhuis, lijkt de eis van de werkgroep infectiebeheersing NVKVV en ABIHH helemaal niet overdreven.

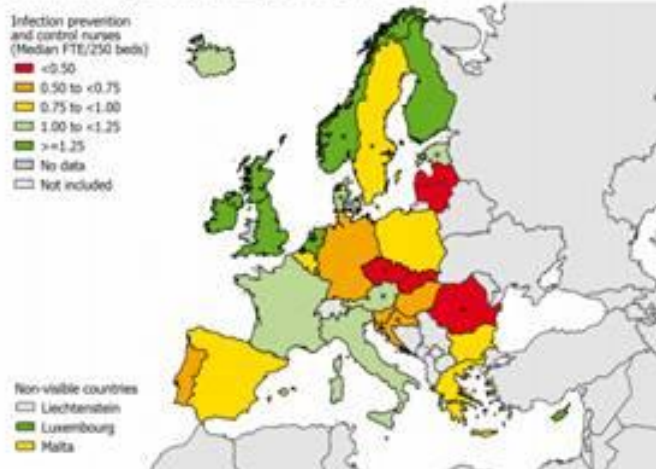
In vergelijking met andere Europese landen bengelt ons land sinds een decennium lang aan de staart. Het Verenigd Koninkrijk, Finland, Denemarken, Nederland en Noorwegen zetten flink in op dat punt. Frankrijk, Italië en Oostenrijk halen de norm. Ons land bengelt bij de laatste cohorte.³

¹ "The GDG considers that it is critical for a functioning IPC programme to have dedicated, trained professionals in every acute care facility. A minimum ratio of one full-time or equivalent infection preventionist (nurse or physician) per 250 beds (37) should be available. However, there was a strong opinion that a higher ratio should be considered, for example, one infection preventionist per 100 beds, due to increasing patient acuity and complexity, as well as the multiple roles and responsibilities of the modern preventionist (38). (WHO report, Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes, 2016)

² Bestaffing FTE verpleegkundig ziekenhuishygiënisten, Sciensano in het "Point prevalence study of Healthcare-associated Infections and antimicrobial use in Belgian Acute Care.(2017)

³ ECDC Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012.

Figure 19. Median number of infection prevention and control nurse full-time equivalents (FTE) per 250 hospital beds (n=866 hospitals), ECDC PPS 2011–2012



**PPS data representativeness was poor in Austria, Croatia, Czech Republic, Estonia and Romania and very poor in Denmark and Sweden.*

Figure 20. Number of infection prevention and control nurse (IPCN) full-time equivalents (FTE) per 250 hospital beds by country (n=866 hospitals), ECDC PPS 2011–2012

Te kenteren vaststelling

Nog voor er sprake was van Covid-19 leed de IPC-dienst in ziekenhuizen aan onderbezetting. Ziekenhuishygiëne is reeds lange tijd het ondergewaardeerde, zwakke broertje van het kwaliteitsbeleid op de interne werkvloer. Door Covid-19 begrijpt iedereen dat structureel investeren in mensen en middelen op dat punt levens redt.

De werkgroep infectiebeheersing NVKVV en ABIHH bepleiten dan ook om zo snel mogelijk de standaard van 1 verpleegkundige-ziekenhuishygiënist per 250 bedden te halen in alle acute, gespecialiseerde, geriatrie, en psychiatrische ziekenhuizen⁴.

Verder bepleiten de werkgroep infectiebeheersing NVKVV en ABIHH om de nodige middelen op basis van een behoefteanalyse à rato de specifieke noden, door te trekken naar andere zorgsectoren. Zorg kent diverse manieren van organisatie, van richtlijnen, van financiering. Maar één ding is zeker: geen patiënt of bewoner kan afhankelijk zijn van statutaire regelingen wat betreft zorg. Niemand die zich inzet in de zorg, nabij het bed, kan slachtoffer worden van een niet goed geregeld beleid dat niet afgestemd is op de realiteiten in het werkveld.

⁴ Cfr. KB van 19/06/2007



We zijn steeds bereid verdere toelichting te geven.

Met oprechte dank,

Namens,

NVKVV werkgroep infectiebeheersing : Caluwaerts An, AnCaluwaerts@outlook.be en Snoeij Thomas, Thomas.Snoeij@AZSTLUCAS.BE

ABIHH : Yves Velghe, Yves.VELGHE@chu-brugmann.be 0499/96.66.40