

Formatienorm voor infectiepreventie in ziekenhuizen 2024

Aanleiding en vraagstelling:

De huidig gehanteerde formatienorm voor infectiepreventie in ziekenhuizen is gebaseerd op de oude veldnorm uit 2007 (1fte inzet DI per 5.000 opnamen en 1fte inzet AM per 25.000 opnamen). Deze gestelde norm kan als 'gedateerd' worden beschouwd, vanwege de toename in verantwoordelijkheden en uitbreiding van het takenpakket voor infectiepreventie teams in de afgelopen 15 jaar. Deze oude formatienorm is gebaseerd o.b.v. het aantal klinische opnames. De afgelopen jaren is de landelijke trend dat het aantal klinische opnames daalt en het aantal dag-opnames stijgt. Naast de toegenomen taken heeft het aantal dag-opnames ook impact op de vraag naar inzet van de infectiepreventie medewerkers. Daarom is er behoefte aan een update van de formatienorm voor en door beroepsgroepen zelf.

Op verzoek van de NVMM en VHIG hebben we onderzocht hoeveel tijd leden van de VHIG en NVMM (maximaal 1 antwoord per beroepsgroep per instelling) minimaal nodig acht voor de verschillende infectiepreventie taken in het ziekenhuis.

Methode

Middels meerdere rondes van online vragenlijsten hebben we via de Delphi-methode onderzocht hoeveel tijd minimaal nodig is voor gespecificeerde IP taken (gebaseerd op de KRIZ en beroepsprofielen) in het ziekenhuis. Vervolgens heeft een expertteam van zowel artsen-microbioloog als deskundigen infectiepreventie de resultaten en argumenten besproken, en een concept norm opgesteld. Deze is door >90% van de 127 respondenten geaccordeerd. (zie bijlage 1 voor uitgebreidere methode en resultaten).

Voorgestelde norm:

Voor academische ziekenhuizen is de voorgestelde norm:

AM: 0.15 fte per 5000 opnames/jaar + 0.05 fte per 5000 dagopnames/jaar

DI (en verwante IP functies): 1.23 fte per 5000 opnames/jaar + 0.41 fte per 5000 dagopnames/ jaar

Voor niet-academische ziekenhuizen is de voorgestelde norm:

AM: 0.15 fte per 5000 opnames/jaar + 0.05 fte per 5000 dagopnames/jaar

DI (en verwante IP functies): 1.1 fte per 5000 opnames/jaar + 0.37 fte per 5000 dagopnames/ jaar

Toelichting

Grofweg blijft de norm voor artsen-microbioloog gelijk en neemt de norm voor DI (en verwante IP-medewerkers) toe. Onder verwante IP functies vallen bijv. assistent-IP, epidemioloog, secretaresse, manager, etc. Een deel van de DI formatie bevat dus medewerkers IP die er eerder ook al waren maar niet werden meegeteld in de oude norm. De DSMH/DSRD en DI in opleiding vallen buiten deze norm.

Deze norm is expliciet onvoldoende als men ook andere taken moet uitvoeren die buiten de "basistaken" vallen en waarvoor meer fte nodig zal zijn. Voorbeelden van zaken die buiten de basis vallen zijn (niet uitputtende lijst):

- VHK centrum
- Grote nieuwbouwprojecten (nieuw ziekenhuis)
- Arbotaken: vaccinaties, prikaccidenten, MRSA eradicatie en follow-up medewerkers, etc
- Verpleeghuizen, andere zorginstellingen/organisaties waarvoor DVO (dienstverleningsovereenkomst) gesloten moet worden.
- Taken ABR-zorgnetwerken (is aparte financiering voor)
- Covid pandemie of andere toekomstige pandemieën
- Activiteiten rond duurzaamheid

Bijlage 1: Methode en resultaten

Middels online vragenlijsten hebben we via de Delphi-methode onderzocht of er consensus was over de minimale tijd nodig voor IP taken in het ziekenhuis.

We zijn uitgegaan van 13 infectiepreventie taakgebieden (o.b.v. literatuur, de KRIZ en beroepsprofielen) en de hoeveelheid tijd die minimaal nodig is om de desbetreffende taken goed uit te kunnen voeren in drie fictieve gestandaardiseerde ziekenhuizen (academisch, topklinisch, perifeer) zodat iedereen over hetzelfde zijn mening zou geven.

Na de eerste inventarisatieronde werd een mediaan berekend, waarna dit getal (per taak en per beroepsgroep) werd teruggekoppeld om te onderzoeken of hier consensus over kon worden bereikt.

Na de eerste ronde waarin naar benodigde uren voor 4 verschillende functiegroepen (arts-microbioloog (AM), deskundige infectiepreventie (DI), assistent infectiepreventie en “verwante IP medewerkers”) gevraagd werd bleek dat de functiegroepen "assistent IP" en "overig" perifeer en topklinisch sowieso maar weinig uren aanwezig waren en ook academisch onvoldoende om twee aparte groepen te kunnen maken.

Daarnaast bleek het nodig specifiek te benoemen wat er wel en niet binnen deze formatienorm valt en moesten de gestandaardiseerde ziekenhuizen specifiek omschreven worden.

Ook werd in de eerste ronde duidelijk dat bij zowel AM als DI in alle drie categorieën ziekenhuizen meer uren totaal aangegeven werd bij “need to have” dan het huidige totaal aantal uren.

Er is geen landelijke consensus (>75% eens) op de meeste “totaal aantal uren per week” uitkomsten bereikt in de tweede en derde ronde waarbij deelnemers zowel aangaven dat ze het aantal uren te veel als te weinig vonden voor dezelfde taken. Daarnaast werd in de derde ronde gevraagd om te benoemen en te beargumenteren wat wél acceptabel zou zijn.

Vervolgens heeft een expertteam van zowel artsen-microbioloog als deskundigen infectiepreventie de resultaten en de aangevoerde schriftelijke argumenten besproken, waarbij aandacht was voor de rol van outliers op de resultaten (mediaan) en hun argumenten voor hun keuze die zoveel meer of minder was dan de mediaan. Op basis van expert opinion is de norm, daar waar geen consensus was, nog iets aangepast.

In de voorgestelde nieuwe norm is gekozen om naast de opnames ook de dagopnames mee te nemen in de norm.

Daarnaast is besloten geen aparte norm voor het kleine deel “verwante functies” (met name in de vorm van assistent IP en epidemioloog en meer aanwezig in de academie) te maken maar op te tellen bij de formatie voor DI. Deze “verwante functies” komen in deze formatienorm dus uit de formatie DI.

Om recht te doen aan gedifferentieerde uitkomsten en omdat de “academische taken” bovenop het reguliere werk komen is een aparte norm voor academische ziekenhuizen naast een norm voor andere ziekenhuizen (topklinisch en perifeer) opgesteld. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld de specifieke onderwijstaken (bijv. geneeskundestudenten), innovatie en onderzoekstaken, en daarnaast zijn de casemix en zorgzwaarte van de 3-delen anders en zal dat door verdere differentiatie waarschijnlijk alleen maar toenemen.

Deze norm is voorgelegd aan de leden van de VHIG en de NVMM met de vraag of zij het hiermee eens zijn of niet. Per categorie stemmers (1 stem vanuit DI en 1 stem vanuit AM per ziekenhuis) is bekeken of zij het eens waren met de norm of niet (tabel 1)

	Deelnemers stemming	Aantal voor	Percentage eens
Academisch DI	6	6	100%
Academisch AM	7	7	100%
Overige ziekenhuizen DI	63	56	89%
Overige ziekenhuizen AM	51	47	92%

Tabel 1: stemming voor norm per categorie deelnemers; 1 AM en 1 DI stem per ziekenhuis

De expertgroep:

Miriam Mes, VHIG, Tensen&Nolte,
Els van Oorschot, VHIG, LUMC,
Gerrie Stoffer, VHIG, St Jansdal,
Laura van Dommelen, NVMM, ZH Gelderse Vallei,
Andreas Vos, NVMM, UMCG,
Juliette Severin, NVMM, ErasmusMC,
Karin Ellen Veldkamp, NVMM, LUMC.

En onderzoeksgroepleden:

Maarten Sarink, Erasmus MC,
Marlies Mulder, MUMC,
Rosa van Mansfeld, Amsterdam UMC.