

Evaluatie van elke ziekenhuisinfectie helpt bij het bestrijden ervan

Checklist voorkomt infecties

Jan Wille, senior adviseur, projectleider Prezies, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Yvonne Salfischberger, senior adviseur, manager patiëntveiligheid en transformatie, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Thea Daha, adviseur infectiepreventie, Werkgroep Infectiepreventie

Marijke Bilkert, inspecteur infectiepreventie, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Correspondentieadres:
j.wille@cbo.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

We weten best hoe we zorggerelateerde infecties in het ziekenhuis kunnen vermijden, alleen handelen we er niet altijd naar. En het vergt moed om elkaar daarop aan te spreken.

In de Nederlandse ziekenhuizen overlijden naar schatting ieder jaar 1735 patiënten door onbedoelde incidenten die te voorkomen waren.¹ Van alle opgenomen patiënten in het ziekenhuis krijgt 8 procent te maken met onbedoelde schade. Schade die mede ontstaat door het niet handelen volgens de professionele standaard van een zorgverlener en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem. Dit blijkt uit dossieronderzoek, geïnitieerd door de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, uitgevoerd door het EMGO instituut en het Nivel. Een

deel van de medische fouten betreft zorggerelateerde infecties. Maar wanneer is een zorggerelateerde infectie (ZI) een medische misser?

Nieuwe interventies

Recente, groots opgezette interventiecampagnes in de Verenigde Staten, zoals die van het Institute for Healthcare Improvement (IHI), hebben het aantal ZI's aanzienlijk verder weten terug te dringen dan aanvankelijk voor mogelijk werd gehouden.² Veel Amerikaanse ziekenhuizen is het gelukt het aantal centraalveneuze kathetergerelateerde sepsis en



Een katheterinfectie bij een 60-jarige patiënt.

beeld: ANP

Checklist bij het optreden van een postoperatieve wondinfectie

preoperatief

- Zijn aanwezige infecties voor de operatie zo mogelijk behandeld?
- Is de patiënt gescreend op dragerschap van *Staphylococcus aureus* en zo nodig behandeld? (indien van toepassing)
- Is het haar niet verwijderd, of verwijderd met behulp van een tondeuse?
- Is het juiste middel voor AB-profylaxe toegepast?
- Is de AB-profylaxe tijdig toegediend? (indien van toepassing)
- Is de AB-profylaxe bij een langdurige operatie iedere vier uur herhaald? (indien van toepassing)
- Is een geschikt huiddesinfectans gebruikt?

peroperatief

- Is de glucosespiegel bij diabetische patiënten goed bewaakt?
- Is het aantal deurbewegingen onder de norm voor deze operatie gebleven?
- Was de temperatuur van de patiënt aan het einde van de operatie tussen de 36 en 38 °C?

postoperatief

- Is de primair gesloten wond gedurende 24 tot 48 uur steriel afgedekt? (indien van toepassing)

Checklist bij het optreden van een postoperatieve wondinfectie, een van meest voorkomende zorggerelateerde infecties in ziekenhuizen.

Een zorggerelateerde infectie is geen complicatie die er nu eenmaal bij hoort

beademinggerelateerde pneumonieën terug te brengen tot nog slechts sporadisch optredende complicaties. Het geheim, de sleutel tot succes, is dat de zorgprofessionals het infectiepreventiebeleid omarmen en steeds strikt volgens de afspraken werken in de directe patiëntenzorg. In Nederland wordt de door het IHI ontwikkelde methodiek op dit moment toegepast in het VMS Veiligheidsprogramma.³

We weten allang hoe we ZI's moeten voorkomen. Helaas wordt daar in de praktijk niet altijd naar gehandeld. Met de bestaande richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie, aangevuld met een aantal veelbelovende nieuwe interventies, zoals het screenen en behandelen van stafylokokken-dragers en het toepassen

van huiddesinfectie met een oplossing van 2 procent chloorhexidine in 70 procent alcohol voor aanvang van een operatie, moet het mogelijk zijn om ook in Nederland veel meer ZI's te voorkomen.⁴⁻⁶

Cultuurverandering

Als een patiënt een ZI oploopt, zouden we ons de vragen moeten durven stellen: waarom heeft

deze patiënt een ZI? Hebben we ons strikt aan het protocol gehouden? Heb ik er zelf naar vermogen aan bijgedragen deze infectie te verhinderen? Heb ik mijn collega's erop aangesproken toen zij niet volgens de vigerende hygiëneregels werkten? Daar is moed voor nodig, maar waarom spreken we elkaar niet meer aan en stellen we niet de vraag: waarom werk je niet volgens protocol? We zouden het optreden van iedere ZI moeten evalueren. Een ZI mag nooit worden geaccepteerd als een complicatie die er nu eenmaal bij hoort.

Dit sluit aan bij de slogan 'Zero tolerance for healthcare-associated infections' van de Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC, Verenigde Staten). Het gaat er daarbij niet om dat ZI's niet meer mogen voorkomen. Dat kan ook niet; op dit moment ontbreekt de kennis om ZI's in alle gevallen te vermijden. Het is wel mogelijk alle geadviseerde preventiemaatregelen te nemen. Het gaat daarom over het bereiken van een cultuurverandering, een cultuur waarin iedereen die werkzaam is in de zorg verantwoordelijk is voor het leveren van professionele zorg. Dat wil zeggen, zorg inclusief alle preventiemaatregelen. Die professionele instelling impliceert dat het leveren van onvoldoende zorg niet wordt getolereerd. 'Professionele zorg

SAMENVATTING


- Zorggerelateerde infecties komen nog steeds veel voor in het ziekenhuis.
- Met evaluatielijsten voor de meest voorkomende zorginfecties kan men achteraf beoordelen of de belangrijkste preventiemaatregelen zijn toegepast als er een infectie is ontstaan.
- Het gebruik van deze lijsten vergroot het inzicht in het naleven van de interventie maatregelen en draagt bij aan de noodzakelijke cultuurverandering om deze infecties verder terug te dringen.

is veilige zorg' is daarom wellicht een betere slogan.

Medische fout

Terug naar de vraag: wanneer is een ZI een verwijtbare medische fout? Checklists kunnen hierbij helpen (zie *tabel*). Deze bevatten onder meer alle onderdelen van de VMS-interventiebundels postoperatieve wondinfecties en lijnsepsis.³ De vraag of een ZI een medische fout is, kan mogelijk al met 'ja' worden beantwoord als één van de items van de checklist niet in praktijk is gebracht. Dat betekent immers dat we niet alles hebben gedaan om deze infectie te voorkomen, niet alles hebben gedaan om deze patiënt echt veilige zorg te bieden. Kan de conclusie dan zijn dat een ZI geen medische fout is als alles op de lijst is aangevinkt? Ja en nee. Ja, want alles wat op de lijst staat is gedaan. Nee,

want de lijst is niet uitputtend. Zo nadert het aantal aanbevelingen om een postoperatieve wondinfectie te voorkomen de honderd, maar om de checklist hanteerbaar te houden bevat deze 'slechts' de elf meest kritische, meetbare punten.

Het routinematig gebruik van deze evaluatielijsten in de zorg zou een enorme stap voorwaarts betekenen in het terugdringen van ZI's. De checklists vormen een aanvulling op de VMS-interventiebundels en dragen niet alleen bij aan het vaststellen of de voorgeschreven interventies zijn uitgevoerd. Ze dragen ook bij aan het inzicht waarom interventies niet worden toegepast en werken educatief binnen een zorgteam. Voor zover men niet op de hoogte was, raakt men bekend met de interventies. De evaluatielijsten zijn ook bruikbaar als alternatief voor incidentiometingen bij ingrepen die weinig frequent worden uitgevoerd, of waarbij ZI's sporadisch voorkomen. Tot slot draagt de toepassing van de checklists bij aan een juiste cultuur. Door het evalueren van ZI's met de checklists laat men zien het serieus te nemen dat de juiste interventies worden toegepast, om onbedoelde schade door ZI's bij de patiënt te voorkomen. Zorgprofessionals die de moed hebben zichzelf de spiegel voor te houden, geven daarmee invulling aan de slogan 'Professionele zorg is veilige zorg'. 



De literatuurlijst en checklists voor sepsis bij het gebruik van een centraalveneuze katheter, een urineweginfectie bij het gebruik van een blaaskatheter en voor beademing-gerelateerde pneumonie vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

praktijkperikel

Laurier, ontbijtkoek en DBC

Tijdens een gezellig etentje bij vrienden verslik ik me in een laurierblaadje dat diende om de smaak de van rode kool op te voeren. De verdere voedselpassage is geblokkeerd. Kuchten, hoesten en vervolgens braken geeft nauwelijks opluchting – het blad blijft diep in de keel steken. Mijn gastheer, die veterinaire is, wordt ongerust en het lijkt verstandig een bezoek aan de eerstehulp post van het plaatselijke ziekenhuis te brengen.

Daar gebeurt wat ik al min of meer vermoedde: na een half uur wachten verschijnt de dienstdoende assistente die na een vluchtige inspectie van de mondkeelholte verdwijnt om haar achterwacht te bellen. Na opnieuw geruime tijd wachten komt zij terug en deelt mij mede dat ik de volgende ochtend kan terugkomen voor een endoscopie.

Ik vertrek naar huis met een plak ouderwetse ontbijtkoek, maar zonder hiervan gebruik te maken constateer ik dat de passage weer is hersteld. Nog dezelfde avond bel ik het bezochte

ziekenhuis met de boodschap dat de geplande endoscopie niet meer nodig is.

Ruim een half jaar later informeert mijn verzekering me over de betaling van een nota ten bedrage van 723,15 euro in verband het hierboven beschreven ziekenhuisbezoek. Ik antwoord dat ik weliswaar daar ben geweest, maar dat de hoogte van dit bedrag mij zeer verbaast omdat er feitelijk geen diagnostiek of behandeling heeft plaatsgevonden. Of de plak ontbijtkoek die ik ontvang moet daaronder vallen.

De volgende dag belt een vriendelijke dame van de verzekering met de mededeling dat het genoemde bedrag betrekking heeft op de DBC voor een dergelijk bezoek. Als dit een diagnose-behandelcombinatie wordt genoemd, dan verbaast het nauwelijks nog dat de kosten van volksgezondheid uit de hand lopen.



Referenties

1. Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. EMGO/Nivel-rapport, 2007.
2. www.ihl.org.
3. www.vmszorg.nl.
4. www.wip.nl.
5. Bode LGM et al. Preventing surgical-site infections in nasal carriers of *Staphylococcus aureus*. *N Engl J Med* 2010; 362: 9-17.
6. Rabih O et al. Chlorhexidine-alcohol versus povidone-iodine for surgical-site antisepsis. *N Engl J med* 2010; 362: 18-26.

Checklist bij het optreden van sepsis bij gebruik van een centraalveneuze katheter (CVK)

algemeen

Is de toepassing van de CVK gebaseerd op een juiste indicatie?

inbrengen

Is de CVK ingebracht door een bevoegde en getrainde medewerker?

Is de CVK zo mogelijk ingebracht op een zelfstandige behandelkamer?

Werden door de inbrenger en de direct assisterende een muts, chirurgisch mondneusmasker, steriele jas en steriele handschoenen gedragen?

Is preoperatieve handdesinfectie toegepast?

Is gebruikgemaakt van een groot steriel veld?

Is een geschikt huiddesinfectans gebruikt?

Is de optimale insertieplaats gekozen?

gedurende gebruik

Is de insteekopening dagelijks gecontroleerd op ontstekingsverschijnselen?

Is het gaas of de folie vervangen wanneer het vochtig of vuil was?

Is dagelijks vastgesteld of de centraalveneuze katheter kan worden verwijderd?

Is de katheter direct verwijderd toen de indicatie voor het gebruik kwam te vervallen?

Is de katheter direct verwijderd toen zich tekenen van een infectie openbaarden?

Checklist bij het optreden van een urineweginfectie bij gebruik van een blaaskatheter

algemeen

Is het gebruik van alternatieven voor blaaskatheterisatie overwogen? (indien van toepassing)

Is de toepassing van de blaaskatheter gebaseerd op een juiste indicatie? (gebruik geen blaaskatheter i.v.m. incontinentie, ter preventie van decubitus of voor residubepaling)

inbrengen

Is de blaaskatheter ingebracht door een bevoegde en getrainde medewerker?

Is tijdens het inbrengen aseptisch gewerkt? (ruim steriel veld, hand-desinfectie?)

gedurende gebruik

Is het drainagesysteem tijdens het gebruik 'gesloten' gehouden?

Is de urineopvangzak steeds onder het niveau van de blaas gehouden?

Zijn er beenzakken gebruikt? (het gebruik hiervan wordt afgeraden)

Is dagelijks vastgesteld of de blaaskatheterisatie kan worden beëindigd?

Is de katheter direct verwijderd toen de indicatie voor het gebruik kwam te vervallen?

Checklist bij het optreden van een beademinggerelateerde pneumonie

algemeen

Is het gebruik van niet-invasieve beademing overwogen? (indien van toepassing)

inbrengen

Is het gebruik van een tube met subglottische afzuiging overwogen?

Is de patiënt geïntubeerd door een bevoegde en getrainde medewerker?

Is de patiënt indien mogelijk oraal geïntubeerd?

gedurende gebruik

Is gebruikgemaakt van verwarmde beademingsslangen?

Is de patiënt indien mogelijk in een halfzittende houding (30-45°) beademd?

Is mondverzorging toegepast?

Zijn voor en na het uitzuigen de handen gedesinfecteerd?

Zijn voor en na het verwijderen van condensvocht de handen gedesinfecteerd?

Is dagelijks vastgesteld of de beademing kan worden beëindigd?

Is de beademing direct beëindigd toen de indicatie kwam te vervallen?