

TERUGDRINGING POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES IS EEN GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEID

F. van Wijck*

De eisen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg om het aantal postoperatieve wondinfecties terug te dringen, zullen steeds strenger worden. Ziekenhuizen die hierop adequaat beleid willen voeren, zullen moeten beseffen dat ze hierbij de hulp van alle zorgprofessionals op de OK nodig hebben.

Door de recente berichtgeving over de gedwongen sluiting van de OK's van IJsselmeerziekenhuizen staat het onderwerp patiëntveiligheid weer bovenaan de agenda. Niet alleen in politiek Den Haag, maar ook bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en in de ziekenhuizen zelf. Medisch Centrum Alkmaar en het Rotterdamse Havenziekenhuis maakten na de berichtgeving over IJsselmeerziekenhuizen zelf bekend de OK's nog eens kritisch tegen het licht te hebben gehouden. En terecht natuurlijk, want de luchtkwaliteit op de OK is een van de kritische factoren die bepalen of een patiënt na een medische ingreep wel of niet een postoperatieve wondinfectie oploopt. 'Het is niet de enige', zegt ziekenhuishygiëniste Nienke Vellinga, 'maar het is samen met de materialen, de gevolgde procedures en de professionals op de OK wel een van de belangrijkste kritische factoren buiten de patiënt om. Vellinga (werkzaam bij de Reinier de Graaf Groep in Delft) is nieuw in het vak van ziekenhuishygiëniste, maar loopt wel al twintig jaar in de ziekenhuiswereld rond. Ze heeft gewerkt op de verpleegafdelingen, maar ook in de verkoeverkamer. 'Het is vaak een combinatie van factoren', vertelt ze verder. 'De huid of de slijmvliezen van de patiënt zelf kunnen gecontamineerd zijn of hij kan een infectie bij zich dragen. Maar dat dit het geval is, wil nog niet zeggen dat deze patiënt altijd en postoperatieve wondinfectie oploopt. Er spelen altijd meerdere factoren een rol. De luchtbeheersing op de OK die niet optimaal is bijvoorbeeld, de OK-deuren die veel te vaak open en dicht gaan, een professional die de handhygiëne voorschriften niet strikt naleeft. Het is

een samenspel van factoren. Een bijkomend probleem is dat de meeste ziekenhuizen niet recent gebouwd zijn. De luchtbeheersing systemen zijn dus vaak niet state of the art. Dan is de vraag of de deuren wel of niet vaak worden geopend en of de andere omstandigheden voor voorkoming van postoperatieve wondinfecties optimaal zijn nog veel belangrijker.'

EVIDENCE BASED OORZAKEN

Dit alles maakt het lastig om effectief op te treden ter voorkoming van postoperatieve wondinfecties. 'Maar de invloed van een aantal zaken is wel evidence based', vertelt Vellinga. 'Antibioticagebruik speelt bijvoorbeeld een rol. Bij operaties waar antibiotica profylaxe voorgeschreven is, moet die ook worden gegeven, en voor een optimale werking op het juiste moment. Maar denk ook aan normothermie. Een patiënt die niet goed op temperatuur wordt gehouden, is eerder vatbaar voor infecties. En vergeet ook niet de vraag of een patiënt al dan niet preoperatief is geschoren. De kleine wondjes die hierbij ontstaan, kunnen ook een negatieve rol spelen. Omdat deze zaken, plus de discipline van medewerkers en snijdend specialisten, aantoonbaar van invloed zijn, worden er verbetertrajecten op gedaan in ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor de navolging van handhygiëne instructies en andere algemene, disciplinaire zaken zoals het naleven van kledingvoorschriften door OK-medewerkers en snijdend specialisten.'

Op dit moment krijgen dergelijke trajecten weer volop aandacht. 'De druk op de OK-productie wordt de laatste jaren steeds groter', zegt

Vellinga. Helaas gaat dit soms ten koste van de kwaliteit van de geboden zorg. Maar door de recente berichten in de media, is zeker een omslag merkbaar op dit gebied. De veiligheid voor de patiënt heeft op het moment de volle aandacht van de overheid en de ziekenhuizen. De activiteiten en publicaties van de Inspectie voor de Gezondheidszorg spelen hier natuurlijk een belangrijke rol in.'

VERGAANDE GEVOLGEN

Een postoperatieve wondinfectie betekent dat de patiënt langer in het ziekenhuis moet blijven en dat de totale kosten voor de behandeling fors oplopen. Het CBO heeft becijferd dat het ziekenhuisverblijf gemiddeld met elf dagen toeneemt en dat voor gemiddeld vijfduizend euro extra kosten moeten worden gemaakt. 'Beide getallen kennen uitschieters naar beneden en naar boven', zegt Vellinga. 'Het kan heel ver gaan. Gaat het om een infectie die optreedt na een pas geplaatste kunstheup, dan heb je het over iets waarvan de patiënt echt een paar jaar de gevolgen kan ondervinden. Dan heb je het over veel pijn lijden, over opeenvolgende heroperaties, plus over een lange periode van invaliditeit en sterk verminderde zelfredzaamheid.'

Van alle patiënten die worden geopereerd in een ziekenhuis, krijgt 3,4 procent een postoperatieve wondinfectie. Maar net als de langere ligduur en de extra kosten is ook bij dit getal sprake van een gemiddelde. Bij patiënten bij wie implantaten worden ingebracht, is sprake van een grote infectiegevoeligheid. 'Dit komt omdat een vreemd lichaam wordt ingebracht', verduidelijkt Vellinga. 'Door vergaande maat-

regelen ligt het infectiepercentage hier echter toch laag.’ Ook hart- en vaatchirurgie, mammachirurgie en andere orthopedische ingrepen zijn extra risicovol. De duur van de ingreep speelt hierbij een rol.

TIME-OUT

In vakbladen over gezondheidszorg wordt al sinds jaar en dag geschreven over het belang voor zorgprofessionals om een bijdrage te leveren aan het voorkomen van postoperatieve wondinfecties: geen sieraden dragen op de OK, de haren onder een muts verbergen, niet in en uit lopen op de OK. Ook is het alweer twintig jaar geleden dat professor Johan Spierdijk uit Leiden gewag maakte van wat hij had geleerd van de veiligheidsprocedures die piloten in de cockpit doorlopen voordat het vliegtuig opstijgt. En Het Oogziekenhuis Rotterdam heeft enkele jaren terug al de Golden Helix Quality Award gewonnen vanwege de succesvolle invoering van de Time-out procedure. Toch zien we pas nu brede aandacht voor de time-out procedure op de OK, waar het team naar analogie van die piloten een check uitvoert alvorens met de operatie te beginnen. ‘Maar die time-out procedure heeft nu dankzij de aandacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg wel alle aandacht’, zegt Vellinga. ‘Bovendien zijn ziekenhuizen echt al wel langer met dit soort veiligheidsmaatregelen bezig. Het punt is alleen dat ze hierbij werken met uiteenlopende registratielijsten die ze zelf hebben ontwikkeld. De contoleerbaarheid ontbreekt en dat staat transparantie in de weg. De Inspectie staat die standaardisatie nu wel voor en daarmee wordt een belangrijke stap gezet naar patiëntveilige zorg.’

EIGEN WERELD

Dat het heel lastig is om op de OK een bestaande cultuur te veranderen, onderschrijft Vellinga volledig. ‘De mensen op de OK zijn een team’, zegt ze. ‘De cultuur is: we zijn allemaal gelijk en we weten precies hoe het moet. Dat maakt het moeilijk om mensen aan te spreken op hun gedrag. Een opmerking over het dra-

gen van sieraden bijvoorbeeld wordt meteen teruggekaatst met een andere opmerking. Het gevolg is dat ongepast gedrag te weinig wordt gecorrigeerd. In ons ziekenhuis zijn we nu aan het kijken of we hierop kunnen sanctioneren. Maar dit is een erg ongebruikelijke stap en het is bovendien moeilijk. Je hebt niet alleen te maken met OK-medewerkers, maar ook met medisch specialisten die niet in loondienst zijn van het ziekenhuis. Dat is een lastig probleem, waarmee veel ziekenhuizen in het land te kampen hebben.’

Wel heeft Vellingas ziekenhuis sinds een half jaar een huishoudboekje voor de OK, overeenkomstig de hygiëncode, waarin alle regels vermeld staan waaraan zorgprofessionals op de OK zich moeten houden. Ze vertelt: ‘We hebben dit ingeleid met een thema-avond over infectiepreventie op de OK waarop een orthooped sprak, maar ook een geïnfecteerde patiënt. Dat leidde tot discussie. We hebben in een presentatie aangegeven wat de factoren zijn die invloed hebben op het ontstaan van postoperatieve wondinfecties, en we hebben verteld wat de OK-medewerkers er zelf aan kunnen doen.’

VERBETERPROJECT

Volgend op die thema-avond is een verbeterproject gestart, gebaseerd op de plannen die in het kader van Sneller Beter in een aantal ziekenhuizen zijn ontwikkeld om het aantal postoperatieve wondinfecties terug te dringen. Na de media-aandacht voor IJsselmeerziekenhuizen heeft ook de raad van bestuur volop aandacht voor dit onderwerp. ‘Die heeft er nu een stuurgroep boven gezet’, zegt Vellinga. ‘Maar de betrokkenheid van de mensen op de OK bij het verbeterproject blijft gewaarborgd. Dat moet ook, want anders werkt het niet.’

Ook de ziekenhuishygiënist zijn betrokken. ‘We kunnen adviseren en ondersteunen’, zegt Vellinga. ‘We kunnen surveillances doen en voorlichting geven, maar ook hier geldt weer: de mensen op de OK moeten het uiteindelijk zelf doen.’ Belangrijk is dat verbeteringen worden geborgd. ‘Dit doe je door procedures te protocolleren en de gevol-

gen van verbeterprocessen volgens een gestructureerde methode inzichtelijk te maken’, aldus Vellinga. ‘Daarmee kun je mensen aanspreken op de gevolgen van de veranderingen die ze in hun eigen processen doorvoeren. En je moet de medisch specialisten erbij betrekken, door ze deel uit te laten maken van de werkgroep en ze daarin ook een taak te geven. De eisen van de Inspectie om het aantal postoperatieve wondinfecties terug te dringen, zijn terecht streng. Het bestuur van het ziekenhuis kan dus op zijn beurt ook eisen op dit gebied aan de medisch specialisten stellen. En van het bestuur mag betrokkenheid en facilitering worden verwacht.’

***Frank van Wijck**