

DOORBRAAK-PROJECT POWI NAJAAR 2001

E. van Leer, B. Voskuilen, J. Wille

In het najaar 2001 start het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO met het DOORBRAAK-project Postoperatieve Wondinfecties (POWI). Een DOORBRAAK-project richt zich op verkleinen van de kloof tussen theorie en praktijk en het verbeteren van de patiëntenzorg en de hiermee nauw samenhangende processen. Het is een aanpak waarbij verbeterteams uit diverse gezondheidsinstellingen in een tijdelijk samenwerkingsverband werken aan de realisering van forse verbeteringen op het gebied van postoperatieve wondinfecties. In dit artikel wordt aandacht besteed aan het onderwerp postoperatieve wondinfecties en verbeteringen die mogelijk zijn. Verder wordt er praktische informatie gegeven over het DOORBRAAK-project POWI.

ONNODIG LIJDEN

Iedere patiënt die een operatie ondergaat loopt het risico om als gevolg van de behandeling een wondinfectie op te lopen. De gevolgen van postoperatieve wondinfecties zijn groot. De patiënt lijdt onnodig en de aanvullende behandeling brengt hoge kosten met zich mee. Deze extra kosten worden onder andere veroorzaakt door een langere opname, het gebruik van antibiotica, aanvullend onderzoek en heroperatie of de opname in een verpleeghuis of revalidatiecentrum. Daarnaast wordt de patiënt gedurende een langere tijd onttrokken aan het arbeidsproces. Veel directer zijn de gevolgen voor de patiënt zelf. De gevolgen kunnen

zijn: ernstig ziek zijn, pijn, angst, een slechter operatieresultaat en blijvende invaliditeit.

De gevolgen van postoperatieve wondinfecties in de Amerikaanse situatie zijn onlangs in detail beschreven¹. Patiënten met een postoperatieve wondinfectie verblijven langer in het ziekenhuis (mediaan 6,5 dagen) en brengen extra kosten (mediaan f 6000,-) met zich mee in vergelijking met patiënten die geen postoperatieve wondinfectie ontwikkelen. Bovendien is de kans op overlijden tweemaal hoger, het risico op een verblijf op de ICU 60% groter en de kans om heropgenomen te worden neemt met factor 5 toe (het

basisrisico is 7,4%). Activiteiten die de incidentie van postoperatieve wondinfecties reduceren verlagen derhalve de morbiditeit, de mortaliteit en de economische schade voor zowel de patiënt als het ziekenhuis.

Richtlijnen voor infectiepreventie zijn voorhanden, toch is veelvuldig vastgesteld dat deze kennis niet optimaal in praktijk wordt gebracht². Het in multidisciplinair verband uitvoeren van verbeteracties in het kader van een DOORBRAAK-project heeft naar verwachting dan ook een positieve uitwerking op de implementatie en naleving van de richtlijnen, waardoor de incidentie van postoperatieve wondinfecties kan worden gereduceerd.

WINST MAXIMALISEREN DOOR SAMENWERKING

DOORBRAAK richt zich op het overbruggen van de kloof tussen bestaande kennis en toepassing daarvan in de praktijk. Er wordt een ambitieuze doelstelling geformuleerd (bijvoorbeeld 50% reductie van infecties). Het multidisciplinair samengestelde verbeterteam van een ziekenhuis formuleert een of meer doelstelling(en) te behalen maakt men een keuze uit beschikbare veranderconcepten, die of uit de literatuur komen, of waarvan in een ander ziekenhuis gebleken is dat het tot goede resultaten leidt ("best practices"). De verbeterconcepten worden door middel van een succesvol gebleken methode (de Nolan-methode, zie figuur 1) snel en kleinschalig getest



Nolan's snelle verbetercyclus

CBO, 1999

en op de specifieke situatie aangepast. Bij gebleken succes worden zij breed geïmplementeerd. Er wordt in eerste instantie gezocht naar verbeteringen die met weinig inspanning een grote verbetering opleveren. Er wordt vervolgens telkens gemeten in welke mate een interventie een verbetering oplevert op het niveau van procesmeting. Er wordt zo lang gewerkt aan verbeterinterventies tot de doelstelling wordt gehaald. Hierbij wordt door het meten van zogenoemde 'Balansindicatoren' gecontroleerd of dit geen ongewenste effecten heeft op andere belangrijke processen in het ziekenhuis.

De kracht van de projecten zit hem bovendien in de samenwerking over de muren van het eigen ziekenhuis heen. Aan de DOORBRAAK POWI nemen minimaal 10 ziekenhuizen deel. De kennis en ervaringen in deze ziekenhuizen worden gedeeld met de andere ziekenhuizen op 'leer'-conferenties en via een "list-serve" (dit is een besloten E-mailnetwerk waarop alle deelnemers aan het DOORBRAAK-project worden aangesloten) en via maandrapportages over verbetercycli en uitkomsten (figuur 2). Daarnaast wordt in de DOORBRAAKmethode gebruik gemaakt van experts op het gebied van het onderwerp Postoperatieve wondinfecties. Dit team verzamelt voorbeeldpraktijken en verbeterconcepten en staat de deelnemende

teams uit de ziekenhuizen bij in woord en daad.

Ervaringen met DOORBRAAK-projecten op het gebied van Intensive care (IC) en Spoed Eisende Hulp (SEH) tonen aan dat deze vorm van werken aan continue kwaliteitsverbetering goede resultaten oplevert en zorgen voor een continu proces van werken aan de reductie van onnodig lijden en optimaliseren van zorgprocessen.

REDUCTIE VAN POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES (MET 50%!)

Het ultieme doel is een minimum aan postoperatieve wondinfecties bij een doelmatig gebruik van middelen. De definities van postoperatieve wondinfecties zijn vastgelegd in richtlijn 25a van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP)⁵. Op basis van de richtlijnen van de WIP^{4,5,6} en het CBO⁷ zijn onder meer de volgende verbeterconcepten bekend om het gestelde doel te bereiken:

- Voor een electieve operatie worden infecties in het lichaam opgespoord en zo mogelijk behandeld.
- Verwijdering van lichaamshaar vindt alleen plaats om operatietechnische redenen, met tondeuse of crème, zo kort mogelijk voor de operatie.
- Optimalisatie van de toediening van antibiotica-profylaxe (de keuze van het gebruikte middel, de timing van toediening en de

gebruiksduur).

- De duur van de operatie wordt zo kort mogelijk gehouden.
- Optimalisatie van de discipline en algemene hygiëne tijdens operatieve ingrepen (naleving kledingvoorschrift, omgang met afdek materiaal, aantal aanwezigen, bezoekers, heen en weer lopen [logistiek], aantal malen deur open en dicht, communicatie per intercom, opruimen voordat de wond is gesloten).
- Huiddesinfectie van het operatiegebied.
- Het afschaffen van "rituele" infectiepreventiemaatregelen, zoals onder meer de zogenaamde "pus-procedure" bij septische operaties en het preoperatief desinfecteren van het operatiegebied op de verpleegafdeling.

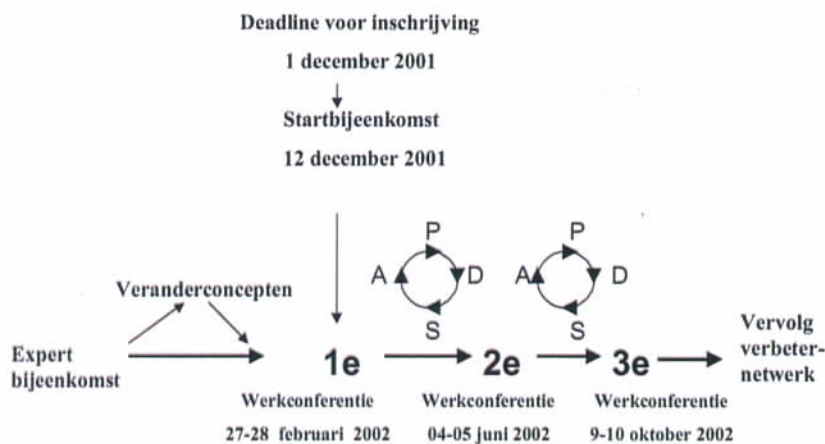
Verbeteringen met betrekking tot de optimalisatie van de zorg zijn binnen een periode van 6 tot 8 maanden realiseerbaar. Het is mogelijk meetbare veranderingen door te voeren ten aanzien van elk van de bovenstaande deelprocessen⁸. Of het verbeteren van de naleving van één of meer van deze deelprocessen binnen de gestelde periode ook een verandering te zien zal geven in de incidentie van postoperatieve wondinfecties is op voorhand niet met zekerheid te zeggen.

Optimalisatie van de deelprocessen heeft naast de eventuele reductie van de incidentie van postoperatieve wondinfecties nog tal van andere voordelen. Het verbeteren van deelprocessen levert financiële besparingen op, verhoogt de efficiëntie en laat werkprocessen doelmatiger verlopen.

Op zoek naar "hoog-risico" situaties

De kans op een meetbare verandering in de uitkomstmaat, binnen de doorlooptijd van het DOORBRAAK-project, is te vergroten door de incidentie van postoperatieve wondinfecties bij een hoogrisico operatie als maat te nemen. Een "hoogrisico operatie" is een operatie waarvan bekend is dat de incidentie van POWI in het betreffende ziekenhuis hoog is in vergelijking met (de)

Doorbraakproject



Figuur 2: Het verloop van het DOORBRAAK-project

andere ziekenhuizen in Nederland. De keuze van de verbeteracties dient toegespitst te worden op de reductie van de incidentie van postoperatieve wondinfecties bij dié specifieke ingreep. De prioriteitstelling van de interventies is derhalve afhankelijk van de problematiek die door het verbeterteam wordt aangegeven m.b.t. de operatie van keuze in de specifieke setting van dat ziekenhuis. Bij de bepaling van de keuze van de hoogrisico operatie spelen ook het aantal ingrepen op jaarbasis een rol en de mogelijkheid om de ingreep te clusteren met operaties met dezelfde problematiek (bijvoorbeeld Total Hip operaties clusteren met Total Knee operaties).

Reductie met 60% is mogelijk!

Het effect van interventies op de incidentie van postoperatieve wondinfecties in een Amerikaans ziekenhuis is onlangs beschreven door McConkey et al⁹. Na de implementatie van 10 specifieke verbeteracties (vergelijkbaar met de genoemde doelstellingen) werd een overall reductie van 60% bereikt bij de postoperatieve wondinfecties na cardiologische thoraxchirurgie. (Diepe infecties daalden van 2,6% naar 1,6%, infecties aan de beenwond [donorplaats] verminderden van 6,8% naar 2,7%). Het programma werd uitgevoerd in de periode april 1991 tot en met december 1994. De sterkste reductie van de postoperatieve wondinfecties werd overigens pas in de laatste twee jaar van het project bereikt. De reden hiervoor is dat het doorvoeren van één interventie niet voldoende is, er is een totaal pakket aan maatregelen nodig. In het kader van een DOORBRAAK-project zijn teams tussentijds te motiveren door de aandacht te richten op verbeteringen in procesparameters. Binnen een DOORBRAAK-project kunnen interventies elkaar snel opvolgen omdat het effect van de interventies niet meer bewezen hoeft te worden.

PROCEDURE DEELNAME

De sluitingstermijn voor aanmelding voor het project POWI is 1 december 2001.

Deelname aan PREZIES (PREventie

ACTIVITEITEN TIJDENS HET DOORBRAAKPROJECT

De voorbereiding van een DOORBRAAK-project duurt twee maanden en begint met een startbijeenkomst op 12 december 2001. Op 27 en 28 februari 2002 is de eerste werkconferentie voor POWI, gevolgd door een actieperiode van 7 maanden. Tijdens deze actieperiode brengt een verbeterteam tweemaal een bondige tussenrapportage uit over de bereikte resultaten. De tweede werkconferentie is op 04 en 05 juni 2002 en de derde op 9 en 10 oktober 2002. Daarna volgt een follow-up van minimaal 6 maanden met als doel het handhaven van de bereikte resultaten.

CRITERIA VOOR DEELNAME

Van deelnemende ziekenhuizen wordt verwacht dat:

- het project past in het strategisch beleid van het ziekenhuis en dat een lid c.q. vertegenwoordiger van de directie of Raad van Bestuur met raad en daad achter het deelnemende DOORBRAAK-team staat;
- het verbeterteam multidisciplinair is samengesteld afgestemd op de gekozen doelstellingen en aanwezig is bij alle werkconferenties;
- de noodzakelijke faciliteiten aanwezig zijn zoals: middelen voor de werkconferenties, PC met E-mailfaciliteiten, voldoende tijd en actieve betrokkenheid van het management;
- het verbeterteam bereid is de verbeteringen met behulp van de aangereikte verbetermethodiek kleinschalig uit te testen, tijdig de tussenrapportages inlevert, gebruik maakt van de faciliteiten voor het krijgen van advies (telefonisch overleg en locatiebezoeken) en vragen van andere verbeterteams beantwoordt;
- opgedane ervaringen beschikbaar stelt zowel binnen het ziekenhuis als aan andere ziekenhuizen.

ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) is niet noodzakelijk maar wel behulpzaam. De ziekenhuizen die aan het CHIPS-project (Chirurgische Profylaxe en Surveillance) deelnemen worden uitgesloten, tenzij een heel andere doelgroep operatiepatiënten wordt gekozen dan de groep operatiepatiënten in het CHIPS project. Dit is ter beoordeling aan het DOORBRAAK-team.

BEGELEIDING VAN HET KWALITEITSINSTITUUT VOOR DE GEZONDHEIDSZORG CBO?

Het begeleidingsteam, bestaande uit CBO-adviseurs en inhoudelijke experts uit het veld (zie kader):

- reikt vakinhoudelijke informatie aan;
- biedt ondersteuning bij het toepassen van de verbetermethodiek om de doelstellingen van uw verbeterteam stapsgewijs te realiseren;
- richt de werkconferenties zo in dat een verbeterteam na afloop van de werkconferentie meteen aan de slag kan;
- geeft feedback op de tussenrapportages;
- reikt een team communicatiemiddelen aan, zoals het gesloten E-mailnet, om met elkaar, met de experts en de CBO-adviseurs contact te onderhouden.

EXPERTGROEP

Dr J.N. Keeman (voorzitter), voormalig chirurg St. Lucas Andreasziekenhuis te Amsterdam
 Dr G.H.I.M. Walenkamp, orthopedisch Academisch Ziekenhuis Maastricht
 Dr J.A.J.W. Kluytmans, arts-microbioloog Amphia ziekenhuis te Breda
 Dhr J.C. Wille, ziekenhuishygiënist, projectleider PREZIES

CONTACTPERSONEN

Voor algemene informatie over de DOORBRAAK-projecten kunt u contact opnemen met Karin Muusers, secretariaat DOORBRAAK, telefoon 030-284 39 32 of per e-mail K.Muusers@cbo.nl

Inhoudelijke informatie over de

DOORBRAAK-projecten voor POWI kunt u verkrijgen bij: Edith van Leer, tel. 030-284 39 27 / e-mail e.vanLeer@cbo.nl of Barend Voskuilen, tel. 030-284 39 31 / e-mail, b.voskuilen@CBO.nl

LITERATUURLIJST

1. Kirkland KB et al. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalisation and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 725-730.
2. Mouton RP. Consensus preventie ziekenhuisinfecties. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 231-235.
3. Werkgroep Infectie Preventie. Registratie ziekenhuisinfecties. Richtlijn 25a. Leiden, december 1993.
4. Werkgroep Infectie Preventie. Infectiepreventie in operatiekamers. Richtlijn 5. Leiden, augustus 1992.
5. Werkgroep Infectie Preventie. Algemene voorzorgsmaatregelen operatiekamers. Richtlijn 43a. Leiden, november 1999.
6. Werkgroep Infectie Preventie. Preventie van postoperatieve wondinfecties. Richtlijn 55. Leiden, november 1996.
7. CBO, Verpleegkundig Wetenschappelijke Raad. Preoperatieve lichamelijke voorbereiding met betrekking tot het voorkomen van postoperatieve wondinfecties. Utrecht, november 1993.
8. Mintjes J et al. Indicatoren voor naleving van richtlijnen. *THIP* 2001; 4: 98-102.
9. McConkey SL et al. Results of a comprehensive infection control program for reducing surgical-site infections in coronary artery bypass surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 533-538.

WCS /S/E/R/V/I/C/E/

"BRANDWONDENZORG IS TOTALE ZORG"

THEMANUMMER WCS NIEUWSBRIEF

Een breed overzicht over de huidige stand van zaken van de Nederlandse Brandwondenzorg, in een speciale uitgave van de WCS Nieuwsbrief.

Deze uitgave kost slechts € 12,- per stuk (exclusief verpakkings- en verzendkosten)

en kan besteld worden via:

DE WCS BESTELLIJN: 0252-223392.

HIER KAN UW ADVERTENTIE STAAN

BENT U OP ZOEK NAAR EEN DECUBITUSCONSULENT, EEN WONDVERPLEEGKUNDIGE, EEN BRANDWONDENVERPLEEGKUNDIGE, EEN PODOTHERAPEUT, EEN HUIDTHERAPEUT, EEN STOMAVERPLEEGKUNDIGE OF EEN NIEUWE MEDEWERKER VOOR UW BEDRIJF MET EEN GROTE AFFINITEIT OP HET GEBIED VAN DE WONDZORG O.I.D., DAN KAN ADVERTEREN BINNEN DE LEZERS VAN HET WCS NIEUWS HEEL EFFECTIEF ZIJN.

ELKE PERSONEELSADVERTENTIE IN HET WCS NIEUWS WORDT OOK GEDURENDE TWEE WEKEN OP ONZE INTERNETSITE GEZET.

HET WCS NIEUWS WORDT DOOR ONGEVEER 15.000 PERSONEN GELEZEN. MEER INFORMATIE, WAARONDER DE TARIEVEN, IS TE VINDEN OP ONZE INTERNETSITE WWW.WCS-NEDERLAND.NL