



De wondzorg verbeteren, hoe doe je dat?

Een voorbeeld van een verbeterproject op basis van evidence based practice

H.E. van der Veen*

Situatie

Op de polikliniek voor Revalidatie kregen patiënten oefentherapie met onbedekte wonden, nadat ze een handoperatie hadden ondergaan. Nu zijn er verschillende richtlijnen waarin staat hoe postoperatieve wonden moeten worden verzorgd. De meest recente richtlijn is 'Acute wond' van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde⁽¹⁾. In deze richtlijn is uit onderzoek geen verschil gevonden op de kans op wondinfectie bij het wel of niet verbinden van wonden na een operatie. De kwaliteit van het bewijs is laag op de GRADE schaal voor de onderbouwing van de conclusie. In de richtlijn van de Werkgroep infectiepreventie⁽²⁾ wordt een ander advies gegeven, namelijk om postoperatieve wonden aseptisch te verbinden. De WIP-richtlijn scoort laag op de AGREE schaal voor richtlijnen, dat wil zeggen een lage score op de wetenschappelijke bewijsvoering achter de adviezen. De richtlijn 'Handhygiëne' van de Wereld Gezondheidsraad⁽³⁾ toont aan dat voor het krijgen van een infectie via handen (of onsteriele handschoenen) een bewijs is op hoog niveau (categorie 1b).

Hoe vaak wondinfectie voor kwam na een handoperatie

Uit de complicatieregistratie van de afdeling, bleek dat ongeveer 4% van de patiënten een wondinfectie opliep na een handoperatie. Dit was pijnlijk voor de patiënt en leidde tot extra kosten voor de behandeling en uitgestelde genezing. De acht fysiotherapeuten met een handspecialisatie en de twee consulterende chirurgen vroegen zich af of ze de wondzorg en -inspectie goed uitvoerden en of ze er alles aan deden om wondinfectie te voorkomen. Tijdens een observatiemiddag op de polikliniek bleek dit niet het geval te zijn en gezamenlijk werd besloten tot een verbeterproject.

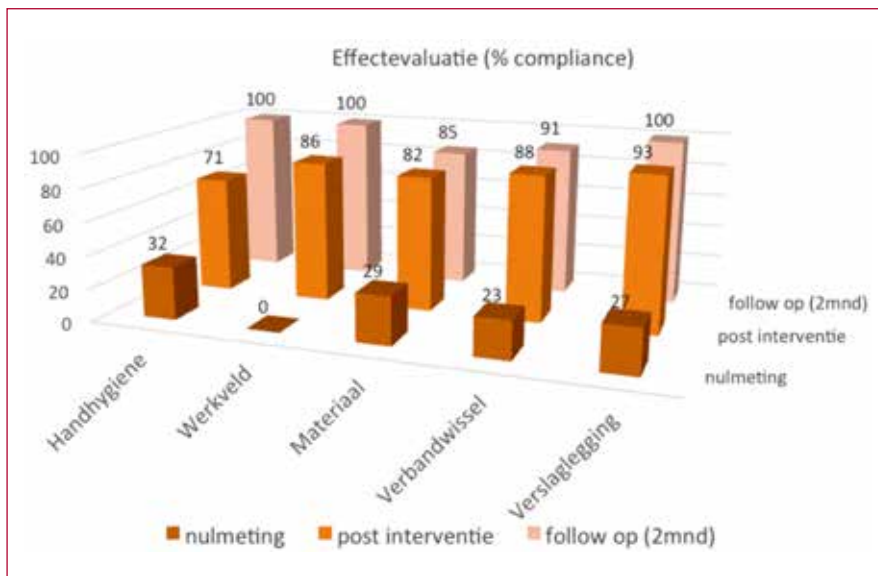
Verbeterproject

Evidence based practice is een praktijkvoering die gebruik maakt van het best beschikbare bewijs en combineert dit met de expertise van de professional, bij de besluitvorming speelt de wens van de patiënt een centrale rol⁽⁴⁾. Een mooi model voor het ontwikkelen en implementeren van een nieuwe werkwijze was het 7-stappenplan van Grol en Wensing (figuur 1)⁽⁵⁾. In de eerste stap werd voorgesteld de werkwijze zodanig te veranderen, dat de kans om wondinfectie te krijgen tijdens de handtherapie tot een minimum werd beperkt. Een projectgroep werd samengesteld met vertegenwoordigers uit alle partijen die van belang waren voor het welslagen van het project. De projectgroep bestond uit een chirurg, fysiotherapeut, ziekenhuishygiënist, verpleegkundig specialist, revalidatiearts, verantwoor-



Figuur 1. Implementatiestrategie (Grol en Wensing)

delijke voor de inkoop en een wondconsulent. In stap twee werd een analyse gemaakt van de huidige werkwijze door de professionals te observeren aan de hand van een checklist samengesteld vanuit de verschillende richtlijnen. In deze checklist werden vijf items meegenomen: handhygiëne, inrichting van het werkveld, materiaalgebruik, verbandwissel en verslaglegging. In de derde stap werden de belemmerende en bevorderende factoren voor het behalen van het doel op het niveau van het individu, de groep en de organisatie in kaart gebracht. Hiervoor werd gebruik



Figuur 2. Effectevaluatie

gemaakt van observaties en semi-gestructureerde interviews met alle betrokkenen. In de vierde stap werden de concrete doelen geformuleerd en in de vijfde stap werd de strategie vastgesteld om deze doelen te behalen. Vervolgens werd in stap zes getest en uitgevoerd en in stap zeven geëvalueerd en bijgesteld.

Doel van het project

Bij het vaststellen van de huidige werkwijze nulmeting, figuur 2) werd gemeten dat van alle handelingen voor handhygiëne 32% daadwerkelijk werd uitgevoerd door de fysiotherapeuten en artsen. Het werkveld werd niet vooraf gereinigd en van het gebruikte materiaal dat in contact kwam met de wond was 29% steriel. De verbandwissel werd in 23% van de observaties aseptisch uitgevoerd volgens de no-touch methode. Over 27% van wonden werd verslag gedaan in het zorgdossier. De resultaten van de nulmeting werden besproken in het team en in de projectgroep. De professionals waren van mening dat alles gedaan moest worden om een wondinfectie te voorkomen. De literatuur was eenduidig voor het volgen van handhygiëne, maar onvoldoende bewijs werd gevonden voor het aseptisch verbinden van postoperatieve wonden. Vanuit patiëntoogpunt kwam naar voren dat een eenduidige werkwijze als prettig werd ervaren. De projectgroep besloot om op basis van de handhygiënerichtlijn asepsis als primair doel op te nemen en te realiseren in een periode van drie maanden op de polikliniek. Daarnaast werd als doel gesteld om een betrouwbaar systeem voor wondevaaluatie te gebruiken. Vanuit patiëntervaring werd als doel toegevoegd om instructies te geven over het reinigen van de handen in de thuissituatie. Belangrijkste doel van het project was uiteraard het verminderen van het aantal postoperatieve wondinfecties.

Wat ervoor nodig was om het gedrag van zorgprofessionals te veranderen

Vanuit de literatuur kwam naar voren dat een multi-interventiestrategie de beste resultaten zou opleveren voor gedragsverandering⁽⁶⁾. De onderdelen die werden ingezet in dit project staan samengevat in het kader. De meest gebruikte interventies die in de literatuur werden gevonden waren: educatie, feedback en reminders. Belangrijk was om aan te sluiten bij de behoefte van de professional; dit werd uitgevraagd door middel van een enquête. In geval van kennisgebrek werd educatie gegeven in de vorm van klinische lessen, bij vergeten van de

afgesproken werkwijze werd een zakkaartje uitgedeeld met daarop een samenvatting van de gewenste werkwijze. Bewustwording van het eigen handelen werd gestimuleerd door de onderzoeker te laten observeren bij de dagelijkse werkzaamheden van de professional en meteen daarna gerichte feedback te geven op het handelen. Nog betere resultaten zouden, volgens de literatuur, behaald kunnen worden door sociale beïnvloeding en het inzetten van leiderschap. Sociale beïnvloeding werd gerealiseerd door groepsbijeenkomsten te organiseren, waarin de eigen werkwijze werd teruggekoppeld. Dit werd ondersteund met foto's van de observaties. Vooral het tonen van foto's van het werkveld of van de werkwijze bij het verbinden van de wonden werkten sterk op bewustwording. De groep reageerde meteen met: 'dit kan echt niet' of: 'ik wist niet dat we zo werkten'. Bijkomend voordeel was dat de professionals direct verbeteringen opperden en zo intrinsiek gemotiveerd werden om hun eigen handelen te veranderen. Leiderschap kent verschillende vormen: persoonlijk leiderschap, informeel leiderschap of hiërarchisch leiderschap. De zorgprofessionals lieten veel persoonlijk leiderschap zien. Ze bleken goed in staat kritisch te reflecteren op het eigen handelen. Door te stimuleren deze zelfmotivatie om te zetten in zelfmanagement ontstond in het team een dynamiek om het beste uit iedere medewerker te halen. De projectleider stelde zich op als informeel leider en zorgde er vooral voor dat het proces voortgang hield en resultaten tijdig geboekt werden. Het inzetten van hiërarchisch leiderschap werd hiermee overbodig, het team had reeds zelf van de nieuwe werkwijze een prioriteit gemaakt en daarmee een positieve ontwikkeling in gang gebracht om de wondzorg te verbeteren op de polikliniek.

Het resultaat van alle inspanningen

De effectevaluatie (figuur 2) werd uitgevoerd direct na de

interventies en in een vervolgmeting na twee maanden. Handhygiëne steeg van 71% in de postinterventiemeting naar 100% in de follow up na twee maanden, werkveld reinigen scoorde respectievelijk 86 en 100%, steriel materiaalgebruik 82 en 85%, aseptische verbandwissel 88 en 91% en verslaglegging 93 en 100%. Of dit ook leidde tot een afname in wondinfecties kon met dit project niet worden aangetoond.

Conclusie

Concluderend kon worden gesteld dat de wondzorg op de polikliniek voor Revalidatie heel goed verbeterd kon worden volgens het principe van evidence based practice. Op alle onderdelen werd een meer dan 100% verbetering ten opzichte van de nulmeting behaald. Wat met name opviel was een toename in de score na twee maanden, ten opzichte van de score direct na de interventie. Het kleine team en de hoge intrinsieke motivatie zijn hier mogelijke verklaringen voor. Het team implementeerde de verbeteringen op eigen kracht verder!

Het model van Grol en Wensing bleek een geschikt hulpmiddel, met name ook omdat de ontwikkeling en de

implementatie van de verbeteringen gelijktijdig plaats vonden. Hierdoor werd meteen gecorrigeerd bij tegenstrijdige of onwerkbare verbeteringen, zodat de tijd efficiënt kon worden gebruikt. Evidence uit richtlijnen stond aan de basis van de bewustwording van de professionele praktijkvoering en het formuleren van de verbeterdoelen.

Het verbeterproject werd gekenmerkt door een aantal beperkingen; bij de interpretatie van de resultaten dient rekening gehouden te worden met het 'Hawthorne' effect en observatiebias. De drie uitgevoerde metingen kunnen reeds een verbetereffect op gang hebben gebracht. Daarnaast werden de metingen en de interventiestrategie uitgevoerd door dezelfde persoon en was geen controlegroep aanwezig. Als verbetering voor dit verbetertraject werd aanbevolen om het gehele zorgtraject van deze doelgroep in kaart te brengen, dus ook eventuele controles op andere poliklinieken.

Literatuur

1. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. **Richtlijn Wondzorg, evidence-based richtlijn voor de behandeling van wonden met een acute etiologie in de ketenzorg**. Utrecht 2013.
2. Werkgroep infectiepreventie. **Preventie van postoperatieve wondinfectie**. Utrecht 2010.
3. World Health Organization. **WHO guidelines on hand hygiene in health care**. Geneva Switzerland 2009.
4. Scholten RJPM, Offringa M, Assendelft WJJ. **Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal**. Houten 2014.
5. Grol R, Wensing M. **Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg**. Amsterdam 2011.
6. Huis A. **Helping hands, strategies to improve hand hygiene compliance in hospital care**. Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen 2013.

** Hilde van der Veen heeft het verbeterproject uitgevoerd voor het verkrijgen van de master of science voor de studie 'Kwaliteit en veiligheid in de patiëntenzorg'. Zij heeft lange tijd gewerkt als wondconsulent in het UMC Groningen en is zich op dit moment aan het oriënteren op een functie als procesbegeleider bij verbetertrajecten in de zorg.*

Educatie

Klinische lessen

1. Inzicht in huidige werkwijze, uitleg geldende richtlijnen
2. Chirurgische wond, infectiepreventie, demonstratie handeling
3. Uitleg wondrapportage, oefening met foto's

Feedback

Observatie door inhoudsdeskundige

Protocollair werken, coachen tijdens uitvoering
Evaluatie na handeling, feedback op werkbaarheid

Reminder

Zakkaartje 'wond bij handtherapie'
Handhygiëne vier momenten, wondclassificatie
Protocol vaststellen

Leiderschap

Actieve bijdrage tijdens teamsessies
Prioriteren als teamdoel
Faciliteren, support teamleden

Faciliteiten en producten

Aseptix doekjes, alcohol 70% met pompje
Afgesloten steriele kast

Sociale beïnvloeding

Teambijeenkomsten

Doelen stellen met het team
Interventiestrategie vaststellen
Groepsgewijze feedback

Kader: Toegepaste interventiestrategie