

Postoperatieve wondinfecties terugdringen POWI in het patiëntveiligheidsprogramma

J. Rosier*



In december 2012 eindigde het VMS Veiligheidsprogramma. 93 ziekenhuizen hebben de afgelopen vier jaar aan één of meer veiligheidsthema's extra aandacht gegeven. Eén van de thema's was postoperatieve wondinfecties (POWI). Wim Schreurs, orthopedisch chirurg en themaleider van POWI in het UMC St Radboud vertelt over de aanpak en resultaten in zijn ziekenhuis. In het landelijke VMS Veiligheidsprogramma zijn vier interventies gekozen die de kans op postoperatieve wondinfecties verlagen: hygiënediscipline, antibioticaprofylaxe, niet preoperatief ontharen en handhaven van perioperatieve normothermie. Bij elkaar heten ze de POWI-bundel. Hoe is het UMC St Radboud hiermee aan de slag gegaan?

Afbakenen

Wim Schreurs: 'Je kunt het beste beginnen bij een paar ingrepen die veel voorkomen en waarbij een infectie grote gevolgen heeft. Als de kwaliteit daarvan omhoog gaat, heeft dat vanzelf een gunstig effect op andere ingrepen. Meteen met alle operaties tegelijk beginnen, is lastig. Wij hebben bij de start in 2009, gekozen voor de primaire totale heup- en knieprothesen. We haalden al behoorlijk lage infectiecijfers bij deze ingrepen, maar elke infectie bij een heup- of knieprothese is een ramp voor de patiënt. En ook voor de afdeling: het geeft veel werk en patiënten liggen lang. Dit zijn dus ingrepen waarbij je de kwaliteit zo hoog mogelijk wilt krijgen.'

Motiveren en faciliteren

'Allereerst moet je awareness creëren bij de mensen op de werkvloer. Dus de medisch specialisten, de ok-verpleegkundigen en de anesthesie overtuigen van het belang het aantal infecties zo laag mogelijk te krijgen. Uitleggen dat de kwaliteit al hoog is, maar dat we die nog hoger willen hebben. En duidelijk maken dat je haalbare doelen nastreeft. We begonnen met orthopedie op een klein ok-complex waar maar een kleine groep medewerkers werkt; dat maakte het vrij gemakkelijk om hen te informeren en te motiveren.

Ten tweede moet je de mensen op de werkvloer faciliteren zodat ze het afgesproken beleid ook daadwerkelijk kunnen uitvoeren. Je kunt bijvoorbeeld wel afspreken dat tijdens een operatie de deuren dicht blijven, maar als er onvolgende personeel is en de ok's er niet op zijn ingericht, dan is het gedoemd te mislukken.'

Deurendichtbeleid

De hygiënediscipline op de ok houdt in: sieraden en horloges af, mondkapjes voor, en de deuren zo min mogelijk open en dicht doen. Wim Schreurs: 'Het deurendichtbeleid krijgt naar verhouding veel aandacht omdat het gezien wordt als een afspiegeling van de totale hygiënediscipline op de ok. Of deuren dicht blijven, is gemakkelijk meetbaar. De aanname is dat als je discipline voor het deurendichtbeleid opvoert, de andere hygiënezaken die lastiger meetbaar zijn, ook beter worden nageleefd. We hebben bij de ok's sluisjes gemaakt waardoor materialen van buiten naar binnen konden zonder dat de deuren open hoeven. Voor het deurendichtbeleid heb je ook iets meer ok-personeel nodig. Mensen zitten vast op een ok en kunnen er tussendoor niet even uit om klusjes te doen. De afdeling moet dus wat extra personeel in zetten. De Raad van Bestuur moet daarmee instemmen. Zonder iets hogere bezetting lukt het niet en wordt het voor iedereen een frustratie.

Ook de anesthesie mag niet in- en uitlopen en moet de schema's aanpassen zodat er steeds één persoon op een ok blijft. Daar moet je een oplossing voor vinden. Bij ons bleek het mogelijk om vooral ouderejaars assistenten-in-opleiding en ervaren anesthesie-assistenten in te zetten. Een jongere kan niet zonder supervisie en daarvoor moet de anesthesist dus in- en uitlopen. Toen het deurendichtbeleid eenmaal gefaciliteerd was en iedereen van het nut overtuigd was, ging de invoering heel snel. Iedereen wil ook echt de deuren dicht houden tijdens een operatie. Er bestaan deurtellersystemen; die zouden het aantal deurbewegingen automatisch kunnen invoeren en opslaan maar in de praktijk dat blijkt toch niet zo

gemakkelijk te gaan. Bovendien kosten ze geld. Ze kunnen wel helpen, maar wij hebben gekozen het zonder te doen. We tellen wel steekproefsgewijs hoe vaak deuren open en dichtgaan. Bij de primaire totale heup- en knieprothesen blijven de deuren in praktijk vrijwel altijd dicht, want als een deur opengaat, springt iedereen overeind.'

Niet pre-operatief scheren

'Een andere maatregel is pre-operatief niet scheren. Scheren kan de huid beschadigen waardoor een infectierisico ontstaat. En als scheren toch nodig is, dan met een tondeuse. Dit is ziekenhuisbreed ingevoerd. Alle scheermesjes zijn van de ok's verwijderd, er liggen alleen nog tondeuses. En de informatievoorziening is aangepast zodat patiënten weten dat ze zich niet thuis zelf mogen scheren.'

Tijdig preventieve antibiotica

'Antibiotica geven in het tijdsinterval van een uur tot een kwartier voor de incisie verlaagt de kans op infectie. Tegenwoordig is een time-out verplicht voordat de operatie begint. Daarin kan de chirurg met de anesthesist bespreken of de patiënt wel of geen antibiotica nodig heeft. Alertheid voor antibiotica is bij zowel de operateurs als de anesthesisten nodig, het moet een vast punt zijn bij de time out. Daarna moet de anesthesist ook daadwerkelijk het antibioticum laten inlopen en dat noteren in het digitale registratiesysteem. Zo kunnen we achteraf controleren of de tijdsintervallen gehaald zijn. Bij orthopedie krijgt meer dan 95 procent van de patiënten op tijd antibiotica. Andere specialismen zijn nu ook bezig om hun percentage omhoog te brengen. Het lukt steeds beter, maar we zijn er nog niet helemaal. Wat het lastig maakt, is dat je helder moet hebben welk type antibiotica je geeft. Dat is niet bij alle specialismen even duidelijk. Naarmate je voor je specialisme de antibioticakeuze meer standaardiseert, wordt het makkelijker voor de anesthesist om op tijd de spullen klaar te leggen. In het ziekenhuis wordt dan ook gehamerd op het standaardiseren van het antibioticabeleid voor elk specialisme. Voor de rest is het vooral: training, training, training.'

Afkoeling patiënt voorkomen

'Handhaven van een normale lichaamstemperatuur voor, tijdens en na de operatie verlaagt de kans op infecties. Het streven is de patiënt op de verkoeverkamer af te leveren met een oortemperatuur van 35,5 tot 37,5 graden. Het onder narcose brengen kost tijd en daarbij moeten patiënten soms gedeeltelijk bloot liggen. Tijdens een operatie, als delen van het lichaam openliggen, verlies je warmte. Patiënten koelen dus af. Daarnaast zijn patiënten soms in een slechte conditie, dat speelt ook mee. Toch lukt het nu de temperatuur beter te controleren. Veel patiënten krijgen direct bij aankomst op het ok-complex een warmte-

Infectiepreventie verbeterd maar doelstelling nog niet gehaald

In het kader van het thema Postoperatieve wondinfecties (POWI) van het VMS Veiligheidsprogramma hebben 73 ziekenhuizen in de periode 1 januari 2009 tot 30 april 2012 hun cijfers over postoperatieve wondinfecties geregistreerd. In totaal betrof dit bijna 95.000 operaties. Voor ongeveer de helft hiervan (51%) is er informatie over het naleven van de POWI-bundel. Daaruit blijkt dat het naleven van de afzonderlijke bundelonderdelen is verbeterd. Het pre-operatief niet scheren is toegenomen van 60 procent in 2009 tot 80 procent in 2012, en de antibioticatoediening op het juiste tijdstip nam toe van 60 naar 70 procent. Het handhaven van normothermie en hygiënediscipline (het beperken van het aantal deurbewegingen) stegen beide van 30 naar 80 procent. Toch is de naleving van de totale POWI-bundel per patiënt nog erg laag: de vier maatregelen tezamen van de interventiebundel worden nog maar bij 10 procent van de operaties correct nageleefd. De doelstelling van het VMS Veiligheidsprogramma was dat een percentage van 90 procent gehaald zou worden. Om deze doelstelling van 90 procent voor de totale bundel te bereiken moeten de afzonderlijke bundelelementen een naleving van meer dan 97 procent halen. (Bron: Wille J, Kluytmans J, Vos G, Van den Broek P. 2012)

deken; het wordt steeds meer gestandaardiseerd gedaan. Er is onderzoek naar gedaan om patiënten al op de verpleegafdeling een warmtedeken te geven maar dat blijkt toch minder effectief te zijn. Verder kun je afkoeling voorkomen door de patiënt zo lang mogelijk onder de dekens laten. Ook de temperatuur op de ok kun je zonodig een beetje aanpassen. De temperatuur wordt standaard gemeten bij aankomst op de verkoever en digitaal opgeslagen. Het percentage patiënten dat met een goede temperatuur aankomt op de verkoever gaat omhoog. We zitten ruim boven de negentig procent.'

Infectiepercentages

In het veiligheidsprogramma wordt gemeten hoeveel procent van de patiënten een postoperatieve wondinfectie heeft opgelopen. Dat gebeurt via de landelijke PREZIES-registratie, waarmee ziekenhuizen zich ook met elkaar kunnen vergelijken. Wim Schreurs: 'Met de primaire totale heup- en knieprothesen komen we meestal rond de 1 procent. Wij opereren in het Radboud wat meer risicopatiënten, daarom is het een prima resultaat. In 2012 zaten

we nog lager, alleen zegt dat niet zoveel. Bij 1 procent infecties heb je het over een heel klein aantal. Dat zal normaal gesproken van jaar tot jaar fluctueren en bij zulke kleine aantallen zit je dan ook meteen op een hoger of lager percentage. In een goed jaar zit je op 0 procent en denk je dat je geweldig bent, een jaar later kun je weer terug zijn op 1 procent. Je moet echt duizenden heupoperaties per jaar doen, wil je kunnen aantonen dat bij die ingreep je infectiepercentage constant heel laag is.’

Alle interventies naleven

Eerdere ervaringen in ziekenhuizen hebben laten zien dat hoe hoger het niveau van naleving van alle interventies was, hoe lager de incidentie van POWI werd. Daarom wordt ook het naleven van de interventies gemeten. Doelstelling in het veiligheidsprogramma is dat bij negentig procent van de patiënten alle vier de interventies worden nageleefd. Wim Schreurs: ‘Het is lastig om de 90% te halen, maar we zien dat het percentage langzaam stijgt. Het kost gewoon veel tijd om alles in te voeren. Dat is geen probleem typisch voor het Radboud, het is overal een probleem, landelijk en internationaal. Onlangs is er dan ook in Medisch Contact voor gepleit om het thema POWI te verlengen, en er niet mee te stoppen nu het VMS Veiligheidsprogramma beëindigd is.’) Het naleven van de POWI-bundel lijkt zo makkelijk; het valt iedereen dan ook tegen hoe traag het gaat. Het heeft bijvoorbeeld tijd gekost om de software in te richten en medewerkers te trainen zodat we van alle specialismen een overzicht krijgen van hoe vaak antibiotica op tijd gegeven wordt en hoe de eindtemperatuur na de operatie is. Nu pas zien we dat de gegevens valide zijn en staan we op het punt dat we de informatie kunnen terug-

koppelen naar de afdelingen. Dat is belangrijk: dan kun je sturen en mensen motiveren op basis van de gegevens. Ook in veel andere ziekenhuizen komt dat er nu pas aan.’

Nog slagen te maken

‘We streven ernaar de POWI-bundel uit te breiden naar andere specialismen in het ziekenhuis. Er zijn inmiddels andere afdelingen mee bezig, maar er zijn nog slagen te maken. Het is kost veel inspanning om het te organiseren. Je moet je de specialisten ervoor motiveren, er moet bij iedereen awareness ontstaan, er moet extra mankracht bij op de ok voor het deurendichtbeleid, je moet mensen trainen zodat de antibioticatoediening en de lichaamstemperatuur in de gaten gehouden worden. Ook de duur van een operatie speelt een rol: bij langdurige operaties is het lastiger om de deuren dicht te houden. Het is belangrijk om haalbare doelen te stellen en vooral de hoogrisico-ingrepen uit te kiezen. Dan is het makkelijker mensen te motiveren. Bij arthroscopieën bijvoorbeeld heb je maar bij 1 op de 10.000 een infectie en is het veel minder zinvol. We gaan ermee door. En we hopen de komende jaren het naleven van de bundel een flinke duw de goede kant op te geven.’

Literatuur

Informatie over het VMS-veiligheidsprogramma en het thema postoperatieve wondinfecties (POWI) is te vinden op www.vmszorg.nl.

1. Wille J, Kluytmans J, Vos G, Van den Broek P. 2012 Infectiepreventie vergt meer inzet. Medisch Contact 67(38) 2103-2015. Online te vinden op medischcontact.nl.

* Joop Rosier is freelance journalist