

Wisselende contacten

L. Pors*

Dat wisselende contacten een hoog risico vormen weten de meeste van ons wel. Voor je het weet heb je een vervelende infectie opgelopen of uitgedeeld en dat is niet wat we willen. Dat het risico aanzienlijk verkleind kan worden door het nemen van goede voorzorgsmaatregelen is bij de meeste mensen ook wel bekend. In het heetst van de strijd of door gemakzucht kan het nemen van die voorzorgen echter wel eens achterwege blijven en dan is het kwaad voor je het weet al geschiedt...



Infecties

Ik hoop niet dat ik je met de introductie op een verkeerd been heb gezet, maar infecties vormen helaas nog altijd een belangrijk deel van de complicaties die patiënten in een ziekenhuis kunnen oplopen. Hoewel dit onder bepaalde omstandigheden soms bijna onvermijdelijk lijkt, is er één soort infectie dat we wel degelijk zelf kunnen beïnvloeden: de ziekenhuisinfectie. De definitie van een ziekenhuisinfectie is: een infectie die de patiënt in het ziekenhuis oploopt. De oorzaak ervan kan tweeledig zijn.

Bacteriën zijn namelijk van nature aartslui

Wijzen van besmetting

Allereerst is er de auto-infectie: de patiënt krijgt een infectie van de eigen bacterieflora als gevolg van bv. beademing. Bacteriën vanuit de tractus digestivus bereiken de ademhalingswegen en zorgen zo voor een luchtweginfectie. En zo zijn er nog meer voorbeelden te noemen. Daarnaast echter zijn er de zgn. kruisinfecties: infecties die van patiënt naar patiënt worden overgebracht door een arts, verpleegkundige of andere medewerker met direct patiëntencontact. Met recht dus wisselende contacten. De door bacteriën hiervoor meest gebruikte route is die via de handen van de medewerkers. Bacteriën zijn namelijk van nature aartslui. Zelf bewegen ze zich nauwelijks van de ene plaats naar de andere, maar veel liever maken ze gebruik van een taxi. Die bieden we hen in de vorm van allerlei voorwerpen, instrumentarium of onze handen. En die laatste zijn bij bacteriën veruit favoriet. Allereerst natuurlijk omdat onze handen (vingers) overal komen. Wanneer je tijdens een pauze eens zou kijken naar je collega's en zou registreren wat die met hun handen allemaal doen, dan rijzen je soms de haren te berge. Om te beginnen zitten die handen overal aan. Ze krabbelen en ze peuteren: in oren, aan tanden, soms in neuzen en even zo vrolijk

vervolgen die handen dan weer hun weg naar bestek, broodtrommel of soms zelfs naar de hand van een collega die de pech heeft om jarig te zijn. En bij ieder contact wisselen ontelbare bacteriën van eigenaar zonder dat we daar erg in hebben. Is dat allemaal dan zo erg, kun je je afvragen. Het antwoord op die vraag is: 'nee'. Maar daar hoort wel een voorbehoud bij. Zo lang we ons bevinden tussen gezonde mensen met een normale weerstand zullen dit soort 'besmettingen' vrijwel altijd zonder gevolgen blijven. Het wordt echter een ander verhaal wanneer we na dergelijke 'peutercontacten' met onze besmette handen zorg gaan verlenen aan patiënten die vanwege hun aanwezigheid in de zorginstelling zeer waarschijnlijk op de een of andere manier een verminderde weerstand hebben. En dat geldt zeker voor patiënten die zijn opgenomen en net een operatie, een medische behandeling of intensieve zorg (hebben) ondergaan.

En bij ieder contact wisselen ontelbare bacteriën van eigenaar zonder dat we daar erg in hebben

Afweermechanisme

Want hoe werkt ons afweermechanisme ook alweer? Naast de inwendige afweer die gevormd wordt door de witte bloedcellen en de antistoffen, hebben we ook nog de uitwendige afweer. Dat is het systeem dat gevormd wordt door de huid die, indien intact, een niet te nemen barrière voor bacteriën vormt. Andere kwetsbare plekken, zoals onze ogen, onze luchtwegen en onze urinewegen verdedigen we door respectievelijk ons knipperreflex, ons hoest-slikreflex en onze urineflow. Tenslotte hebben we ook nog onze kolonisatieresistentie. Dat is het vermogen van onze 'eigen' bacteriën om vreemde indringers te doden en kolonisatie door die indringers te voorkomen. Gezien het feit dat de bedreiging van besmetting door bacteriën

constant aanwezig is, maar we vrijwel nooit een infectie hebben, mogen we wel zeggen dat dit systeem bijzonder effectief is. Echter: bij gezonde mensen!

Beschadigen van de barrière

Wanneer we de huid beschadigen middels een operatiewond of de insteekopening van een infuus, maken we een prachtige ingang voor bacteriën. Hetzelfde doen we bij de luchtwegen wanneer we de hoest-slikreflex omzeilen door het inbrengen van een tube bij een operatie of in geval van beademing. Tenslotte kunnen we er door het plaatsen van een urinekatheter voor zorgen dat bacteriën via diezelfde katheter ongehinderd een opstijgende infectie veroorzaken. Mochten dit soort activiteiten inderdaad tot een infectie leiden dan hebben we gelukkig een kuur antibiotica achter de hand waarmee we ten strijde trekken. Gelukkig veelal (nog) effectief. Echter: antibiotica, hoe zorgvuldig ook gekozen, doden niet alleen de veroorzaker van de infectie, maar ook een gedeelte van onze eigen flora die een wezenlijk deel uitmaakt van onze uitwendige afweer.

Ziekenhuisinfecties

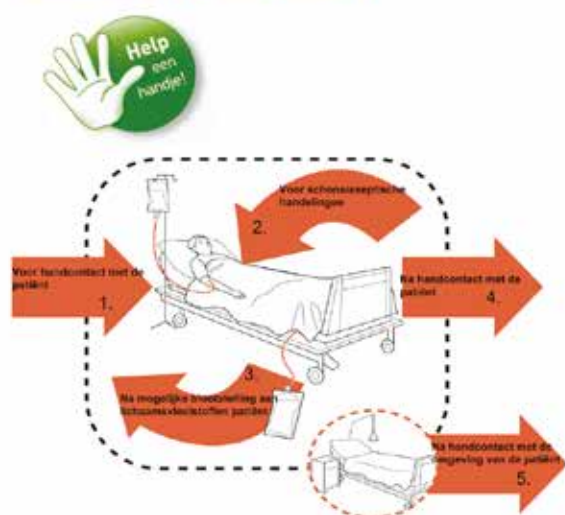
Kortom, wanneer je als patiënt in een ziekenhuis terecht komt liggen de infectiegevaars aan alle kanten op de loer.

De praktijk heeft intussen uitgewezen dat je als patiënt het meest beducht moet zijn voor al die mensen die op zich het beste met je voor hebben. Zij zijn namelijk degenen die de bacteriën naar je toebrengen die een kruisinfectie kunnen veroorzaken. Dat doen ze meestal via hun handen en zo is de cirkel dus rond.

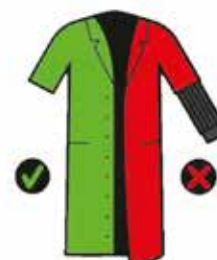
Ik kom toch niet naar mijn werk met de intentie om mensen een infectie te bezorgen?

‘Maar wacht nu eens even’, hoor ik iemand zeggen, ‘ik kom toch niet naar mijn werk met de intentie om mensen een infectie te bezorgen?’ Ik zal de laatste zijn die dat beweert, maar de praktijk wijst uit dat dit, hoewel zonder opzet, vaak wel de werkelijkheid is. Tenminste als je ook één van die mensen bent die soms zondigen tegen de regels van persoonlijke hygiëne en handhygiëne. Laten we het maar direct op de man of vrouw gaan spelen. In de zomer zal het wel meevallen, maar in de winter zien we het met grote regelmaat: onder of over het uniformjasje met korte mouw wordt een vest of truitje aangetrokken met

In de zorg tellen de 5 momenten van handhygiëne (WHO)



Uniform aan, lange mouwen uit!



Jas gesloten dragen!

Uniform aan, sieraden af!



Rivas
Uw zorg goed geregeld

lange mouwen. Het vriest, weet je! Zeker in de nachtdienst gebeurt dat met grote frequentie. En wanneer een bel gaat vergeten we meestal dat vest uit te trekken. ALS we dan na het helpen van de patiënt onze handen wassen of desinfecteren doen we dat heel voorzichtig want anders wordt de onderkant van de mouwen immers nat en dat is een vervelend en koud gevoel. Gevolg: onvoldoende gereinigde handen waaraan, net als aan de mouwen van het vest, de bacteriën van onze zo juist geholpen patiënt een gezellig plekje hebben verworven. Met diezelfde handen en mouwen handelen we ook de volgende bel weer af en de cirkel is gesloten. De tweede patiënt is nu via onze mouwen besmet met de bacteriën van de eerste beller.

Open doktersjassen hebben, hoe flitsend het er wapperend ook uit ziet, hetzelfde effect en maken van de eigen bovenkleding een overdrachtsweg en mogelijke oorzaak van besmetting. En dan heb ik het nog niet eens over los gedragen lange haren en ook niet over handsieraden en horloges. Vooral die laatste zijn bij sommigen moeilijk van de pols te krijgen.

Open doktersjassen... los gedragen lange haren en handsieraden en horloges... onder of over het uniformjasje met korte mouw een vest of met lange mouwen...

Handhygiëne

Voor de handhygiëne gelden ook regels. Door de World Health Organisation (WHO) zijn de vijf momenten vastgesteld waarop handhygiëne moet worden toegepast:

- voor handcontact met de patiënt,
- voor schone of aseptische handelingen,
- na mogelijke blootstellingen aan lichaamsvloeistoffen van de patiënt,
- na handcontact met de patiënt,
- na handcontact met de omgeving van de patiënt.

Een veel gehoorde opmerking na het opsommen van dit lijstje is: zo blijf je bezig met je handen te wassen! En dat is inderdaad ook zo. Ook de opmerking dat je de tijd niet hebt om altijd op al die momenten de handhygiëne na te leven is regelmatig te beluisteren. Tegelijk geven die opmerkingen ook aan dat we wel eens in gebreke blijven op al die momenten die hierboven staan opgesomd. Wanneer je je dan ook realiseert dat op al die momenten dat je de handhygiëne vergat of het niet deed er mogelijk een besmetting door jou is overgebracht, dan zijn we op de goede weg. Gelukkig gaat niet iedere besmetting over in een infectie: de natuur is mild. De mogelijkheid dat dit gebeurt bestaat echter wèl! Helaas zit er tussen het moment van besmetten en een mogelijke infectie een

flinke spanne tijds, soms dagen. Het gevolg hiervan is dat je een infectie bij één van je patiënten nooit koppelt aan een zonde die je bedreef tegen de hygiëneregels.

Ik heb wel eens gewenst dat een overtreding binnen een minuut zou mogen resulteren in pusvorming, een koude rilling en een plots zeer zieke patiënt. Dat zou onze ogen vermoedelijk sneller openen en ons de noodzaak van goede hygiëne doen inzien. Het lijkt niet waarschijnlijk dat die wens snel zal uitkomen. Tot die tijd blijven we het proberen met dit soort stukjes, veel voorlichting op de werkvloer en met een beroep op het gezonde verstand.

** Leo Pors, coördinator infectiepreventie, Rivas Zorggroep te Gorinchem*

Contact

leopors@kpnmail.nl