

Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties binnen het PREZIES netwerk

Praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance (fase 2)

A.E.v.d. Zeeuw, teamlid PREZIES/CBO
J.C. Wille, projectleider PREZIES/CBO
S. van den Hof, projectleider PREZIES/RIVM

Samenvatting

Dit artikel is het tweede deel (fase 2) uit een serie van vier artikelen met als titel 'Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties'. Het is geschreven voor de ziekenhuishygiënist of ieder ander die belast is met de verantwoording voor het starten, uitvoeren en onderhouden van de surveillance van ziekenhuisinfecties.

Het doel van de artikelen is inzicht te verschaffen in de overwegingen en de daaruit volgende stappen die ten grondslag liggen aan het starten en onderhouden van het surveillancetraject.

De serie van vier artikelen is ingedeeld volgens de vier fasen van de Demingcirkel.

Fase 1, plan-fase: praktische punten voordat men de surveillance start.

Fase 2, do-fase: praktische punten tijdens de surveillance.

Fase 3, study-fase: praktische punten n.a.v. ontvangst resultaten.

Fase 4, act-fase: praktische punten bij kwaliteitsverbeterende activiteiten.

Met het schrijven van deze artikelen wordt gepoogd het veld praktische handvatten te bieden gedurende het surveillancetraject.

Het eerste artikel ging in op de vragen die beantwoord dienen te worden en de voorwaarden die gecreëerd moeten zijn voordat men kan gaan starten met de surveillance¹. Dit tweede artikel gaat in op het proces, dus de methode van opsporing van ziekenhuisinfecties en het verzamelen en invoeren van gegevens.

Oriëntatie proces

Wanneer de keuze voor een module gemaakt is en het duidelijk is welke gegevens verkregen moeten worden in het kader van de surveillance, is het aan te raden om als hygiënist de routing van deze gegevens eens langs te lopen. Niet alleen dienen de afdelingen die gegevens aanleveren bezocht te worden maar ook de verpleegafdelingen. De hygiënist kan voor de start van de surveillance kennis opdoen over de verschillende manieren waarop verslaggeving plaatsvindt, of waar bepaalde gegevens, zoals uitslagen van de patiënt te vinden zijn. Ook is het van belang op voorhand te weten hoe het logistieke proces verloopt

ten aanzien van de medische- en verpleegkundige gegevens nadat de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten, met andere woorden, waar kan men later alsnog gegevens achterhalen.

Daar waar het gaat om de modules Lijnsepsis en Beademing-gerelateerde pneumonieën is het aan te raden om van te voren de diverse apparatuur te bestuderen. Zoals beschreven in het eerste artikel fase 1, de plan-fase, is het een goed idee om mee te lopen met de medewerkers om na te gaan hoe en welke gegevens zij dienen aan te leveren voor de surveillance¹. Dit alles is van belang om voor de start al een goed overzicht te hebben over het gehele proces.

Het opnemen van patiënten in de surveillance

De groep(en) patiënten die voor surveillance in aanmerking kunnen komen zijn de patiënten die voor een (hart-)operatie komen (module Postoperatieve wondinfecties (na hartchirurgie) of patiënten die een mechanische beademing ondergaan middels een endotracheale tube of canule, via een tracheostoma (module Beademing-gerelateerde pneumonieën) of via een mondneusmasker (non-invasieve beademing). Ook kan men kiezen voor het volgen van de groep patiënten bij wie een centraal veneuze katheter of een Swan-Ganz katheter is ingebracht (module Lijnsepsis). Wanneer de keuze van de ingrepen die in de surveillance opgenomen worden duidelijk is, is het van belang dat men op de hoogte wordt gesteld als deze patiënten zich aandienen in het ziekenhuis. Het uitgangspunt is namelijk dat de groep patiënten volledig moet zijn. Dit houdt in dat gedurende de surveillanceperiode geen patiënten gemist mogen worden en dat het om de juiste groep patiënten gaat.

Module Postoperatieve wondinfecties en Wondinfecties na hartchirurgie

Bij het volgen van de module Postoperatieve wondinfecties is het van belang dat men van tevoren duidelijk heeft welke codes (CTG codes of CBV codes) gekoppeld zijn aan de ingrepen die men wenst te volgen. Van patiënten die vanaf een wachtlijst in het ziekenhuis komen zijn voldoende gegevens uit het Ziekenhuis Informatie Systeem of ander computerprogramma te halen om een surveillanceformulier aan te maken. Anders ligt het bij de patiënten die met

Praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance (fase 2)

spoed opgenomen en geopereerd worden. Deze groep patiënten mag niet ontbreken in het totale aantal patiënten waarover gegevens verzameld worden in verband met het voorkómen van selectie (zie hiervoor verder).

Een goede methode om gegevens te verkrijgen over de ingreep waarvoor de patiënt is opgenomen, is het raadplegen van het operatieprogramma met de daarop vermelde CTG/CBV codes.

Patiënten die acuut opgenomen worden staan in de regel niet vermeld op het operatieprogramma. Het is dan van belang om terug te kijken om te zien of er geen operaties hebben plaatsgevonden buiten het reguliere programma en/of buiten de reguliere operatie-uren. Het is gebruikelijk dat diegene die deze gegevens verzamelt kan beschikken over bijvoorbeeld een weekoverzicht van ingrepen die gaan plaatsvinden maar ook over een weekoverzicht van alle patiënten die onder de te verzamelen codes ook daadwerkelijk de week ervoor geopereerd zijn. Hiermee kan men niet alleen de niet-geplande operaties eruit lichten maar ook nagaan of de geplande operaties ook daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Het gebeurt regelmatig dat tijdens een operatie blijkt dat een andere ingreep noodzakelijk is dan oorspronkelijk gepland, hetgeen tot gevolg kan hebben dat de code waarmee de patiënt in de surveillance opgenomen werd, achteraf niet meer klopt.

Modules Lijnsepsis en Beademing-gerelateerde pneumonieën

Bij het volgen van bovenstaande modules is het in de praktijk wat lastiger om patiënten in de surveillance op te nemen, aangezien deze groepen patiënten niet direct via een computerprogramma te herkennen zijn. Voor het opsporen van deze groepen patiënten zal men dus de afdeling (vaak de intensive-careafdeling) op moeten gaan. Voor verkrijgen van gegevens over deze patiënten is de samenwerking met de verpleegkundigen, intensivist en andere medewerkers van die afdelingen onontbeerlijk.

Daarnaast is het voor de hygiënist van groot belang de in- en exclusiecriteria te kennen, zodat niet alleen de juiste patiënten in de surveillance opgenomen worden maar ook de patiëntengroepen met de juiste lijnen en/of methodes van beademing. De praktijk heeft geleerd dat kennis opdoen over soorten lijnen of methodes van beademing voorafgaand aan het surveillancetraject bijzonder aan te bevelen is ².

Het klinisch blijven volgen van de patiënten

Patiënten die geopereerd zijn en in de surveillance worden opgenomen verblijven meestal op chirurgische afdelingen, soms na een kort verblijf op de intensive-care. Het klinische surveillancetraject is te overzien. Dit geldt in de regel ook voor de patiënten die beademd worden. Deze groep patiënten ligt in de regel op de intensive-care. De praktijk leert dat patiënten bij wie een lijn is ingebracht soms door het gehele ziekenhuis liggen. Dit maakt het moeilijker voor de hygiënist om deze groep te volgen. De hygiënist zal dan ook duidelijke afspraken moeten maken over bijvoorbeeld de informatieverstrekking wanneer een patiënt met een lijn van een intensive-careafdeling over-

geplaatst wordt naar een andere afdeling in het ziekenhuis. Criteria voor het beëindigen van de surveillance staan omschreven bij de desbetreffende modules in het Handboek PREZIES.

Selectie

Wanneer gekozen is voor het volgen van bepaalde patiëntengroepen dan zal de volledige groep gevolgd dienen te worden om selectie te voorkómen. Selectie wil hier zeggen dat een deel van de patiëntengroep wel en een deel van dezelfde patiëntengroep niet in de surveillance wordt opgenomen. Selectie van patiënten maakt het vergelijken van de gegevens met andere (anonieme) ziekenhuizen onbetrouwbaar. Dat is ook de reden dat reeds aangegeven is dat alle patiënten die voor een in de surveillance opgenomen operatie komen ook daadwerkelijk in deze surveillance opgenomen moeten worden. Wanneer bijvoorbeeld de spoedoperaties niet worden meegenomen maar alleen de geplande operaties, geeft dit een vertekend beeld van het infectiepercentage omdat een groep patiënten niet meegerekend is die wel een extra risicofactor, n.l. spoedoperatie, met zich meebrengt.

Ditzelfde geldt voor de opnameperiode. Voorbeeld: er mag geen onderscheid gemaakt worden tussen de groep patiënten die voor een bepaalde ingreep enkele dagen wordt opgenomen en de patiënten die na een dag al weer ontslagen worden. De duur van het verblijf is hierbij dus geen criterium, het gaat om de operatiecode en het wel of niet optreden van een postoperatieve wondinfectie.

Ook geldt dit voor de leeftijd. In de module Postoperatieve wondinfecties en in de module Lijnsepsis wordt aangegeven dat iedere patiënt van één jaar en ouder in de surveillance opgenomen dient te worden. Patiënten die opgenomen worden in de surveillance van de module Beademing-gerelateerde pneumonieën en Wondinfecties na hartchirurgie dienen 16 jaar en ouder te zijn. Er mag dus geen selectie gemaakt worden tussen bijvoorbeeld een kind van zes jaar dat een appendectomie ondergaat of een volwassene die deze operatie ondergaat. Ook hier gaat het om de operatiecode en het wel of niet optreden van een postoperatieve wondinfectie.

Surveillanceformulieren

Het volgen van het surveillancetraject, van welke module dan ook, vergt vastleggen van gegevens. De gegevens die per module verzameld en vastgelegd moeten worden staan vermeld in de beschrijving van de diverse modules in het Handboek PREZIES ².

Ter ondersteuning van de te verzamelen gegevens worden surveillanceformulieren of registratiekaarten gebruikt. Er bestaan surveillanceformulieren in vele soorten en maten. Elk ziekenhuis ontwerpt formulieren die bruikbaar zijn in de eigen specifieke situatie. De formulieren hebben als doel om op gestructureerde wijze de gegevens te verzamelen, een goed overzicht te verschaffen en niets over het hoofd te zien. Een optie is het uitwisselen van formulieren tussen die instellingen die ook starten of reeds ervaring hebben opgedaan met een bepaalde module. Het belang-

Praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance (fase 2)

rijkste is dat men er zelf mee kan werken. Hieronder volgen enkele suggesties per module.

Formulieren bij de module Postoperatieve wondinfecties (na hartchirurgie)

Men kan bij deze module gebruik maken van twee soorten formulieren. Formulieren voor het verzamelen van gegevens gedurende de klinische periode en formulieren voor het verzamelen van gegevens na ontslag. Het surveillance-formulier uit het Handboek (B1.4.1) is in de praktijk het meest gebruikte formulier evenals de chirurgische registratiekaart (B1.7.2) bij het doen van surveillance na ontslag². De hygiënist verzamelt de gegevens over de patiënt en verwerkt deze op het klinische surveillanceformulier. De hygiënist bezoekt de verpleegafdeling, vult zonnodig gegevens op het formulier aan en volgt het herstel van de patiënt door het lezen van de verslaglegging. Bij ontslag van de patiënt wordt een formulier voor de surveillance na ontslag in de poliklinische status gedaan. De hygiënist kan op dit formulier tevens de datum vermelden waarop het formulier naar de hygiënist geretourneerd dient te worden (30 dagen na operatie of bij implantaten van niet humane oorsprong één jaar na operatie).

De hygiënist bewaart het klinisch ingevulde formulier in een map. Wanneer de patiënt de verplichte poliklinische periode onder controle is geweest, wordt het poliklinische formulier naar de hygiënist gezonden en bij het klinische formulier gevoegd. Na afronding van het verzamelen van gegevens dient de hygiënist altijd over de twee formulieren te beschikken.

Zo zou een surveillancetraject eruit kunnen zien. Delen van dit traject kunnen ook door anderen gedaan worden. Het beschrijven van wie wat doet en wanneer (het proces), hoort dan in het werkplan thuis zoals beschreven in fase 1. Het is handig om de criteria voor het vaststellen van een postoperatieve wondinfectie zowel op het klinische- als poliklinische formulier te vermelden.

De gegevens die verzameld moeten worden in deze module zijn niet steeds wisselend, hetgeen wil zeggen dat gegevens eenmaal vastgesteld niet veranderen, dit in tegenstelling tot de module Beademing-gerelateerde pneumonieën.

Formulieren bij de module Lijnsepsis.

Men kan tijdens deze surveillance gebruik maken van een speciaal te ontwerpen surveillanceformulier. Op het formulier kunnen de patiëntgegevens en patiëntgebonden risicofactoren weergegeven worden naast de lijngegevens. Als er sprake is van meerdere lijnen tegelijkertijd is het handig dit op vervolgbladen per lijn bij te houden, zodat de patiëntgegevens en patiëntgebonden gegevens niet telkens overgenomen behoeven te worden.

Als een lijn verwijderd wordt stopt de registratie. Bij het inbrengen van een nieuwe lijn start een nieuwe registratieperiode en dient een nieuw formulier gebruikt te worden.

Formulieren bij de module Beademing-gerelateerde pneumonieën

Bij deze module is het aan te raden meerdere surveillance-formulieren te gebruiken.

Op het eerste formulier kunnen de patiëntgegevens, de patiëntgebonden risicofactoren en de gegevens die per beademing worden vastgelegd, geregistreerd worden. Daarnaast is een tweede formulier noodzakelijk om de dagelijkse registratie van veranderlijke gegevens in kaart te brengen met een maximum van 28 dagen. Dagelijks dient de sedatiescore, wijze van voeding, lichaamshouding e.d. geregistreerd te worden. Een voorgedrukte overzichtslijst, waarbij alleen maar keuzes omcirkeld behoeven te worden wordt in de praktijk als erg bruikbaar ervaren. Bij het opnieuw intuberen of starten van een non-invasieve beademing tijdens een zelfde opname start een nieuwe beademingsperiode en zal met een nieuwe overzichtslijst gestart moeten worden.

Automatisering

Gebruikers van het softwareprogramma AICE! kunnen gebruik maken van standaardformulieren die door AICE! automatisch worden gegenereerd. Dit zijn de z.g. Data Collection Forms. Vervolgens worden de gegevens ingevoerd in de module die geïnstalleerd is op de computer. Een andere manier voor het verzamelen van gegevens is door gebruik te maken van een mobiele handheld computer. De medewerker die de gegevens moet verzamelen doet dit direct in de handheld computer en synchroniseert dit vervolgens. Zo is het niet meer nodig om twee maal gegevens vast te leggen. Zo kunnen ook data die al in een ander bronsysteem voorhanden zijn, bijvoorbeeld in het Ziekenhuis Informatie Systeem gebruikt worden in AICE! door AICE! Download te gebruiken.

Het verzamelen van gegevens

Tijdens de periode van surveillance moeten veel gegevens verzameld worden. In de regel wordt dit voor een groot deel actief gedaan door de persoon die verantwoordelijk is voor het verloop van de surveillance, dit is veelal de hygiënist. Voor het overige deel van de gegevens is de hygiënist afhankelijk van de informatie die door anderen verstrekt wordt. Het is daarom van belang dat het verzamelp proces uitgewerkt is in het werkplan, zoals beschreven in fase 1. Naast datgene wat anderen moeten aanleveren is het ook van belang te beschrijven op welk tijdstip in het proces, fase in het proces, dat dient te gebeuren. Ook is het van belang dat de hygiënist over zowel de klinische- als poliklinische kweekuitslagen kan beschikken. Voor de module Postoperatieve wondinfecties zullen naast de patiëntgegevens vooral gegevens vanuit de operatiekamer (anesthesioloog, operateur) komen en met betrekking tot het verloop van de wondgenezing zal de behandelend arts gegevens moeten aanleveren.

Bij het verzamelen van gegevens in de module Lijnsepsis zal men afhankelijk zijn van de intensivist en verpleegkundigen. Dit geldt ook bij de module Beademing-gerelateerde pneumonieën. Daar in deze modules zeer frequent gegevens verkregen moeten worden is het van belang dat men

Praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance (fase 2)

als hygiënist zich vroegtijdig oriënteert waar gegevens te vinden zijn. Zeker op intensive care afdelingen worden uitgebreide patiëntenlijsten bijgehouden door de artsen en verpleegkundigen. Ook is het aan te raden om, voordat de surveillance gaat starten, afspraken te maken met medewerkers van de intensive care wie als vaste contactpersonen zouden willen optreden en de hygiënist van de nodige gegevens zouden willen voorzien.

Het compleet hebben van de benodigde gegevens is een voorwaarde, voordat gegevens worden ingestuurd naar het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (hierna te noemen CBO). Bij het ontbreken van gegevens zal de hygiënist er alsnog achteraan moeten gaan. Het is niet de bedoeling dat de hygiënist ontbrekende gegevens invult waarvoor anderen verantwoordelijk zijn. Zo is het bepalen van een ASA score de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog. Het bepalen van de wondklasse dient door de chirurg te gebeuren. Hij bepaalt de mate van besmetting van de wond tijdens de operatie. Er bestaat de neiging om de gegevens uit bovengenoemde voorbeelden als hygiënist toch zelf aan te vullen naar aanleiding van het lezen van de status of operatieverslag van de patiënt.

Het opsporen van een ziekenhuisinfectie tijdens de ziekenhuisopname

Er bestaat een aantal manieren om ziekenhuisinfecties op te sporen. Ziekthuisinfecties kunnen op een actieve wijze, een passieve wijze en middels een combinatie van deze twee manieren opgespoord worden.

Actieve wijze:

De hygiënist tast alle mogelijkheden af om zeker te weten dat alle patiënten die voor surveillance in aanmerking komen ook daadwerkelijk opgenomen zijn in de surveillance. De hygiënist bezoekt de afdelingen waar de patiënten verpleegd worden en leest de medische- en verpleegkundige verslaglegging. De hygiënist volgt gedurende het gehele verblijf het gehele verloop van de genezing van de patiënt en daar waar twijfel is over het wel of niet manifesteren van een ziekenhuisinfectie wordt overleg gepleegd met de behandelend arts.

De arts kan in overleg met de hygiënist een ziekenhuisinfectie vaststellen. Wanneer de arts zelfstandig een ziekenhuisinfectie vaststelt dan zal de hygiënist aan de hand van de criteria voor het vaststellen van een ziekenhuisinfectie voor zichzelf bepalen of deze diagnose juist is. Zo niet, dan volgt overleg met de arts. Ditzelfde geldt voor de surveillance na ontslag. Hierbij zal de hygiënist de uitslagen van de polikliniekbezoeken volgen en na de voorgeschreven periode van surveillance na ontslag de poliklinische surveillanceformulieren uit de status halen.

Passieve wijze:

De hygiënist kan ook op een passieve wijze bij de surveillance betrokken zijn. Wanneer gegevens op een passieve wijze worden verzameld, dan gebeurt dit door anderen en speelt de hygiënist geen actieve rol hierin. De hygiënist kan wel een coördinerende rol vervullen. De hygiënist krijgt een lijst met daarop de patiënten die in de surveillance opgenomen worden. Op de verpleegafdeling of op de operatieafdeling worden surveillanceformulieren bijvoor-

beeld door de secretaresse in de medische status gedaan. Op de verpleegafdeling worden de surveillanceformulieren door de verpleegkundigen en/of artsen ingevuld. De arts en/of verpleegkundigen volgen het genezingsproces van de patiënten en vermelden op het surveillanceformulier of er wel of geen ziekenhuisinfectie is vastgesteld. Het formulier wordt na ontslag van de patiënt naar de hygiënist gezonden. Zoals boven reeds beschreven is het handig om de criteria voor het vaststellen van een ziekenhuisinfectie op het surveillanceformulier te zetten. Waar nodig voegen de verpleegkundigen van de afdeling een poliklinisch surveillanceformulier in de (poli)status en worden, nadat de periode voor het poliklinisch volgen van het genezingsproces van de patiënt verstreken is, de formulieren naar de hygiënist gezonden. De hygiënist verzamelt de toegezonden gegevens.

Interne validatie

Wanneer gekozen wordt voor een passieve wijze van opsporing dan is interne validatie zeker noodzakelijk. Dat wil zeggen dat de hygiënist regelmatig steekproeven dient te nemen om na te gaan of het verzamelen van gegevens en het op de juiste wijze hanteren van de criteria voor het vaststellen van een ziekenhuisinfectie correct gebeurt en of alle patiënten in de surveillance zijn opgenomen. Het onderwerp interne validatie staat uitgebreid beschreven in het artikel 'Interne validatie binnen het PREZIES netwerk'³.

Soms is voor het vaststellen van een ziekenhuisinfectie uitleg en scholing aan medewerkers noodzakelijk. Een leuke manier om deze aan te bieden is gebruik te maken van de oefencasussen die te downloaden zijn van de website van PREZIES (www.PREZIES.nl).

Een combinatie van bovenbeschreven wijzen is ook mogelijk.

Bij de modules Lijnsepsis en Beademing-gerelateerde pneumonieën ziet men een combinatie van actieve en passieve surveillance. Gegevens worden actief verzameld door de hygiënist en in samenspraak met de arts of intensivist wordt een ziekenhuisinfectie vastgesteld. Echter, de hygiënist is afhankelijk van de kennis en kunde van de verpleegkundigen omtrent die gegevens die voor de hygiënist noodzakelijk zijn maar door de hygiënist nauwelijks op juistheid te controleren zijn, omdat deze buiten zijn/haar deskundigheid vallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan soorten katheters, coating, aantal lumina, bepalen sedatiescore en wijze van medicijnverneveling. De hygiënist is hierbij dus aangewezen op de toelevering van gegevens door anderen. De organisatie en het overleg rondom de surveillance voorafgaand aan de start van de surveillance, zoals beschreven in fase 1, is dus van zeer groot belang.

Praktijk

In de praktijk is gebleken dat de actieve methode van opsporing van ziekenhuisinfecties weinig missers laat zien. Daarnaast geeft het veld ook aan dat bekendheid als gevolg van het vaak op de verpleegafdeling komen, een positieve bijvangst is.

Praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance (fase 2)

De passieve methode lijkt wat minder arbeidsintensief, doch de ervaring in het veld is dat bij het ontbreken of niet kloppen van gegevens er veel tijd gestoken moet worden in het alsnog achterhalen van deze gegevens, bijvoorbeeld een positieve kweekuitslag krijgen terwijl er geen ziekenhuisinfectie is vastgesteld. Doordat de hygiënist alleen die gegevens verwerkt die toegezonden worden is controle op het feit of alle patiënten die voor surveillance in aanmerking komen ook daadwerkelijk in de surveillance zijn opgenomen, moeilijk te achterhalen. Men zou daardoor ongewild een selectie kunnen krijgen.

De passieve methode wordt veelal gebruikt bij de uitvoering van de module postoperatieve wondinfecties. Om te voorkomen dat men ziekenhuisinfecties mist zouden afspraken gemaakt kunnen worden tussen de hygiënist en de behandelend arts over het tijdstip waarop de hygiënist betrokken wordt bij de beoordeling van de wondgenezing. Immers het door anderen laten beoordelen van een fikse wondinfectie is niet zo moeilijk. De kennis van de hygiënist is, daar waar het gaat om de beoordeling van oppervlakkige wondinfecties en arbitraire bevindingen, onontbeerlijk.

Het vaststellen van de diagnose ziekenhuisinfectie zal in alle gevallen door de arts gedaan worden. De rol van de hygiënist kan hierin adviserend, sturend en soms corrigerend zijn.

Surveillance na ontslag

Surveillance na ontslag is alleen van belang bij de modules Postoperatieve wondinfecties en Wondinfecties na hartchirurgie. De rol van de hygiënist bij surveillance na ontslag kan ook actief en passief zijn zoals reeds hierboven vermeld. Soms wordt er geen actieve surveillance na ontslag gedaan, maar worden patiënten wel geregistreerd wanneer zij voor heropname komen als gevolg van een infectie. Uiteraard dient dit dan wel binnen de hiervoor vastgestelde periode te zijn. Deze vastgestelde infectie wordt dan alsnog geregistreerd bij de operatiedatum. Dit heet passieve surveillance na ontslag. Het onderwerp surveillance na ontslag staat uitgebreid beschreven in het artikel 'Surveillance van wondinfecties na ontslag'⁴.

Het gebeurt regelmatig dat een aantal patiënten die in de surveillance na ontslag procedure opgenomen zijn niet meer verschijnen op de polikliniek. Soms blijft men uit eigen initiatief weg maar vaak ook gaan patiënten over naar andere behandelcentra, verpleeg- of verzorgingshuis en komen daar onder de hoede van andere behandelaars.

De ervaring leert dat wanneer patiënten alsnog een diepe postoperatieve wondinfectie krijgen, bijvoorbeeld van een sternumwond na een hartoperatie of na een total-hip operatie, deze vrijwel altijd direct naar de operateur teruggestuurd worden, zowel vanuit andere behandelcentra als via de huisarts.

Hygiënist die graag hun gegevens compleet willen hebben steken soms veel moeite en tijd in het 'achtervolgen' van de patiënten die niet poliklinisch terug worden gezien. Men benadert medewerkers, artsen van deze patiëntengroep met vragen omtrent de wondgenezing, of stuurt brieven waarop de behandelend arts gegevens hierover kan

invullen. Gezien het feit dat deze gegevens in de regel te onbetrouwbaar zijn om een (oppervlakkige) postoperatieve wondinfectie vast te stellen, is de meerwaarde van deze enorme tijdsinspanning te klein. Uitzondering is hartchirurgie. Wel is het van belang om inzicht te hebben in de proportie van patiënten die niet teruggezien worden. Daarom is het belangrijk om de datum van het laatste contact (datum SNO) consequent in te vullen.

Invoeren van gegevens

Het invoeren en verzendklaar maken van de gegevens gebeurt steeds meer door administratieve medewerkers van de afdeling Hygiëne en Infectiepreventie. De ervaring is dat het invoeren van steeds een redelijke hoeveelheid gegevens de voorkeur heeft boven het invoeren van alle verzamelde gegevens in één keer. Dit, omdat bij het ontbreken of niet kloppen van gegevens men deze gemakkelijker kan verkrijgen dan wanneer er lange tijd overheen is gegaan. Ook de herinnering aan een bepaalde casus is meestal nog levendig.

De gegevens worden naar het CBO gezonden. Het CBO stuurt de gegevens geanonimiseerd door naar het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Hier worden de gegevens gecontroleerd. Wanneer essentiële gegevens onvolledig zijn aangeleverd dan zullen deze niet worden opgenomen in de landelijke database. De afzender krijgt bericht over welke gegevens ontbreken en wat er alsnog aangeleverd moet worden om deze toch te kunnen verwerken. Wanneer deze gegevens niet (meer) aangeleverd (kunnen) worden vervalt de opname in het landelijk bestand.

Wanneer zich onverhoopt problemen voordoen met de software is de aangewezen weg om eerst met de leverancier contact op te nemen. Contact opnemen met de informaticus van het RIVM is alleen zinvol wanneer het vragen betreft over de aan te leveren of aangeleverde gegevens. Ook het invoeren van gegevens komt bij uitbesteding van deze bezigheid in aanmerking voor interne validatie.

Tot slot

Er zijn vele variaties mogelijk in het organiseren van het surveillanceproces. Dit is ook afhankelijk van de beperkingen en mogelijkheden die een ziekenhuisorganisatie heeft. In de praktijk blijkt echter dat de afdeling Hygiëne en Infectiepreventie eigenlijk altijd wel een meer of minder prominente rol speelt in de surveillance van ziekenhuisinfecties. Ook blijkt in de praktijk dat de verantwoordelijkheid voor het goed laten verlopen van de surveillance steeds vaker gedragen wordt door anderen dan de hygiënist. Dit kunnen de specialisten zelf zijn, maar ook niet-hygiënist werkzaam op de afdeling Hygiëne en Infectiepreventie. De hygiënist heeft dan meer de overall view en kan van daaruit een coördinerende, coachende rol vervullen. Tevens kan de hygiënist als contactpersoon optreden naar externe organisaties.

Praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance (fase 2)

Correctie: In het artikel fase 1 wordt de intentieverklaring genoemd. Met ingang van 1 januari 2005 is het gebruik van de intentieverklaring komen te vervallen. Hiervoor in de plaats is nu het aanmeldingsformulier gekomen. Zie Handboek PREZIES A.2.3.4.

Overzicht praktische punten.

Alle modules

Volg ter oriëntatie voor de start van de surveillance de routing van de te verzamelen gegevens en maak kennis met het (administratieve) logistieke proces.

Alle modules

Sluit selectie uit.

Alle modules

Zorg voor formulieren ter ondersteuning van het registreren van gegevens voor de surveillance.

Module Postoperatieve wondinfecties (na hartchirurgie)
Controleer middels het operatieprogramma ook achteraf of ook de spoedingrepen in de surveillance opgenomen zijn.

Module Postoperatieve wondinfecties (na hartchirurgie)
Controleer of de ingreep die heeft plaatsgevonden overeenkomt met de op tevoren vastgestelde CTG/CBV code.

Module Postoperatieve wondinfecties (na hartchirurgie)
Surveillance na ontslag. Steek geen tijd en moeite in het

volgen en het verzamelen van gegevens van patiënten die elders behandeld worden of uit het zicht zijn verdwenen. Een uitzondering is de groep patiënten die hartchirurgie hebben ondergaan (zie module Wondinfecties na hartchirurgie).

Module Beademing-gerelateerde pneumonieën en module Lijnsepsis

Doe voor de start van deze modules kennis op over de soorten lijnen en/of methodes van beademing en de globale inhoud van de te verzamelen variabelen.

Module Beademing-gerelateerde pneumonieën en module Lijnsepsis

Maak kennis met de medewerkers van de intensive care en zorg voor vaste contactpersonen

Literatuur

- 1 PREZIES Handboek, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht. Tel secretariaat: 030 - 2843919 Web-site: www.prezies.nl Email: prezies@cbo.nl.
- 2 Manniën J, Wille JC, Hof van den S. Surveillance van wondinfecties na ontslag. Tijdschrift voor Hygiëne en infectiepreventie 2004; 4: 93-95.
- 3 Manniën J, Hof van den S, Wille JC. Interne validatie binnen het PREZIES netwerk. Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie 2004; 23, 5: 118 - 119.
- 4 Zeeuw van der AE, Wille JC, Hof van den S. Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van Surveillance. Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie 2004; 23, 6: 135 - 139.

Geaccepteerd: februari 2005