

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

Praktische punten bij kwaliteitsverbeterende activiteiten (fase 4)

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

Samenvatting

Dit artikel is het laatste deel (fase 4) 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 naar aanleiding van de ontvangst van 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 (fase 1)¹ gaat in op de vragen die beantwoord dienen te worden en de voorwaarden die gecreëerd moeten zijn voordat men kan gaan starten met de surveillance. Het tweede artikel (fase 2)² beschrijft het proces, dat wil zeggen de methode van opsporing van ziekenhuisinfecties en het verzamelen en invoeren van gegevens. Het derde artikel (fase 3)³ gaat in op het ontvangen, verspreiden en interpreteren van de resultaten van de surveillance. Dit vierde artikel (fase 4) behandelt de aandachtspunten rondom het doen van kwaliteitsverbeterende interventies.

Interventies of niet?

Afhankelijk van de teruggekoppelde resultaten van de surveillance door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) wordt besloten of het doen van interventies zinvol is.

Het is dan ook in deze fase dat de geformuleerde doelstelling¹ met betrekking tot de uitkomsten van de surveillance vergeleken wordt met de resultaten van de surveillance. Kortom, de wenselijkheid wordt met de werkelijkheid vergeleken. Daar waar de wenselijkheid gelijk is aan de werkelijkheid lijkt ogenschijnlijk geen probleem te zijn.

Echter, de wenselijkheid of doelstelling kan niet reëel zijn. De doelstelling dient niet onrealistisch optimistisch maar ook niet te gemakzuchtig geformuleerd te zijn. Een voorbeeld van een gemakzuchtige doelstelling is een infectiepercentage bij totale heupoperaties van 10%.

Wanneer uit de uitkomsten van de surveillance blijkt dat het percentage 9,8% is, lijkt de wenselijkheid tevens de werkelijkheid te zijn. Deze uitslag lijkt dus niet uit te nodigen tot interventies, ware het niet dat het infectiepercentage bij deze operatie volgens de literatuur en de referentiecijfers van PREZIES gemiddeld veel lager ligt. Met andere woorden: wanneer een reële doelstelling voorafgaand aan de surveillance niet goed doordacht is, dan verzandt men aan het eind van het traject alsnog in de discussie of er nu wel of geen interventies gedaan moeten worden.

Wanneer de door PREZIES verzorgde terugrapportage ontvangen wordt, kijkt men in de praktijk snel in het overzicht en vraagt zich af: "Waar staan we? Behoren we bij de slechtst scorende, de gemiddeld scorende of de best scorende ziekenhuizen?"

De eerste gedachte bij dit soort indelingen is dat de slechtst scorende ziekenhuizen nog een hele weg te gaan hebben. Bevindt een ziekenhuis zich ongeveer in het midden, dan zal deze weg korter tot zeer kort zijn. Wanneer we tot de best scorende ziekenhuizen behoren is er geen weg meer te gaan en zijn we op het punt waar we willen zijn. Het kan echter zo zijn dat de slechtst scorende ziekenhuizen met drie eenvoudige interventies een grote verbetering kunnen bewerkstelligen, terwijl een ziekenhuis in het midden soms met één moeilijk te accepteren interventie niet veel verder komt. Zolang thema's zoals patiëntveiligheid, het centraal stellen van de patiënt, kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven nog steeds actueel zijn, is de bijdrage aan het verminderen van ziekenhuisinfecties vanaf welke score dan ook een goede zaak.

Praktische punten bij kwaliteitsverbeterende activiteiten (fase 4)

Daarnaast spelen ziekenhuizen vaak met de gedachte dat het behoren tot de "gemiddelden" al goed is. Echter, er moet wel meegenomen worden dat het gemiddelde mede wordt bepaald door de slechtst scorende ziekenhuizen, met andere woorden, het gemiddelde is eigenlijk nog te veel en de doelstelling zou beter kunnen zijn om duidelijk onder het gemiddelde te zitten!

Veranderingen

Als er reden is om interventies te doen, dus zaken te verbeteren, dan zijn de belangrijkste aangrijpingspunten het aanpassen van processen, het nauwkeuriger werken bij het verrichten van handelingen of het opruimen van de attitude, discipline en kennis van de medewerkers ten aanzien van infectiepreventie.

Bovengenoemde suggesties tot interventies kunnen leiden tot veel veranderingen in de organisatie. Alle veranderingen zullen uiteindelijk bijdragen tot het verbeteren van het infectiepercentage, maar niet elke verandering zal hetzelfde verbeterpotentieel in zich hebben. Het is daarom van groot belang om inzicht te krijgen welke oorzaken een verhoogd infectiepercentage tot gevolg hebben. Om dit inzicht te krijgen is het visgraatdiagram een goed hulpmiddel.

Het visgraatdiagram is vooral bruikbaar in de probleem-analysefase. Het is een oorzaak-gevolgdiagram en is een grafische weergave van de relatie tussen een probleem en mogelijke oorzaken en beïnvloedende factoren.

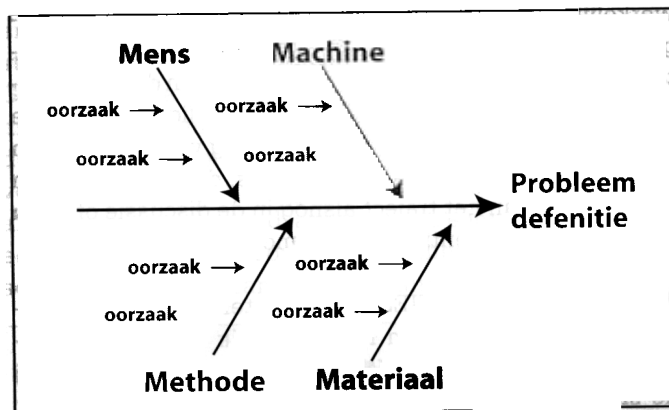


Fig. Visgraatdiagram

De volgende procedure kan gevolgd worden bij het maken van een visgraatdiagram:

- Definieer het probleem zo concreet mogelijk;
- Teken horizontaal een lange pijl van links naar rechts en noteer het probleem aan het eind van de pijl: op de kop van de vis;
- Noteer de 4 M's (mens, machine, methode en materiaal, zie hierboven) en trek vier pijlen naar de hoofdpijl: de graten van de vis;
- Brainstorm over mogelijke oorzaken van het probleem;
- Probeer voor iedere categorie (M) oorzaken te vinden;
- Stel bij de ingevulde oorzaken: waarom gebeurt dit?
- Vul gevonden oorzaken als vertakkingen in;
- Controleer of de genoemde oorzaken nog steeds een rechtstreekse relatie hebben met het probleem.

Meestal wordt bij het maken van een visgraatdiagram uitgegaan van de 4 M's, maar een andere indeling is ook mogelijk. Zo kan men bij mens bijvoorbeeld gemis aan attitude of kennis ingevuld worden. Bij methode kan men denken aan de manier van werken en het volgen van procedures. Bij machines kan gedacht worden aan luchtbeheersing, beademingsapparatuur e.d. en bij materiaal aan keuze instrumentarium, lijnen e.d. Men kan ook meerdere graten toevoegen met als kopjes "werkomgeving" of "middelen". Ook kunnen oorzaken liggen in andere werkprocessen dan in het werkproces waarin het probleem zich voordoet⁴. Bijvoorbeeld inkoopproces, schoonmaak- en onderhoudsproces of sterilisatieproces.

Wanneer het diagram is ingevuld met mogelijke oorzaken voor het probleem, dan is prioritering van de mogelijke oorzaken noodzakelijk. Men kan niet alles tegelijk aanpakken en dus dient een keuze gemaakt te worden welke oorzaken het eerst aangepakt dienen te worden. Men kan kiezen voor oplossingen die het gemakkelijkst zijn of voor oplossingen die het meeste effect zullen sorteren. In het meest ideale geval zijn dit dezelfde oplossingen. Wil men iets oplossen, dan vraagt dit om handelen en dus het doen van interventies.

Interventies

De resultaten van de surveillance van ziekenhuisinfecties verschaffen inzicht in de mate waarin ziekenhuisinfecties voorkomen in de organisatie. Voor het verzamelen van deze gegevens beschikt de instelling over een "voor de surveillance verantwoordelijke medewerker".

Deze term geeft meteen de beperking aan van de verantwoording van de medewerker, dat wil zeggen dat deze medewerker, meestal een hygiënist, niet verantwoordelijk is voor het doen van interventies. De hygiënist heeft een adviserende rol wanneer het gaat om de keuze van de interventies op het gebied van hygiëne en infectiepreventie. Daarnaast kan de hygiënist voorlichting of instructie geven, afhankelijk van de inhoud van de interventie. De aard van de interventies ligt vaak op het gebied van discipline, attitude, werkprocessen of materiaalgebruik. Onderwerpen waarop, vanuit de organisatie gezien, de hygiënist zelf geen beleid kan voeren. Het is daarom noodzakelijk dat beleidsbepalende gremia, zoals een infectiecommissie, hoofden van een maatschap of materialen- of protocollencommissie niet alleen de voorgestelde interventies ondersteunen, maar ook de verantwoordelijkheid voor het welslagen van de invoering en naleving ervan op zich nemen. De hygiënist bevindt zich meestal niet in de positie om dit te doen.

Men kan voor de deskundigheid op het gebied van het invoeren van verandering en verbeteringen terecht bij de kwaliteitsfunctionaris. Aan deze functionaris kan advies gevraagd worden over bijvoorbeeld de fasering van de invoering van de kwaliteitsverbeterende maatregelen. In de diverse commissies waarin de hygiënist zitting heeft, kan terugkoppeling plaatsvinden omtrent de voortgang en

Praktische punten bij kwaliteitsverbeterende activiteiten (fase 4)

eventuele resultaten van de interventies en zonodig kan de hygiënist hierop adviseren of voorstellen doen tot nieuwe interventies.

In het artikel "Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van Surveillance; praktische punten voordat men de surveillance start"¹ werd het belang benadrukt om alle medewerkers die participeren in de surveillance te informeren over de registratie van ziekenhuisinfecties. Tevens werd benadrukt om vóór de start van de surveillance te onderzoeken of er veranderingsbereidheid zou zijn wanneer de surveillanceresultaten daartoe aanleiding mochten geven¹. In de fase van het doen van interventies komen de resultaten van deze eerdere acties, zie het als investeringen, goed van pas.

Om tot zeer gerichte interventies te komen is het soms wenselijk om van de ingezonden data, naast de standaard analyses, aanvullende analyses te laten verrichten. Een verzoek daartoe dient aan het PREZIES team gedaan te worden⁵.

Daarnaast hebben inmiddels ruim 25 ziekenhuizen ervaring opgedaan met het doorvoeren en bekijken van interventies in de praktijk middels de z.g. "Doorbraak methode" en het "Sneller Beter" programma. Het uitwisselen van deze ervaringen zou tijdens een regiobijeenkomst kunnen plaatsvinden.

Effectiviteit van de interventies

Om te meten of de interventies ook inderdaad vruchten afwerpen, zal de surveillance gecontinueerd moeten worden. Het is handig om vast te leggen wanneer welke interventies zijn gedaan, om zodoende een goede vergelijking te kunnen krijgen tussen de resultaten vóór en na de invoering van de interventies. Het is aan te bevelen om (een voldoende aantal) geregistreeerde operaties/ingrepen¹ in te zenden voor analyse, of dit zelf te doen aan de hand van het voorbeeld uit het Handboek PREZIES⁵. Bij het kijken naar de effectiviteit van de interventies moet wel onderscheid gemaakt worden tussen "evidence-based" en "andere interventies" die meer specifiek op de situatie in de eigen instelling gericht zijn.

Van de evidence-based interventies kan men stellen dat het resultaat van deze interventies eigenlijk altijd positief is, omdat deze interventies zich in brede zin bewezen hebben.

Denk hierbij bijvoorbeeld aan het naleven van het ontharingsbeleid en het tijdig preoperatief toedienen van antibioticaprofylaxe. Als uit het visgraatdiagram blijkt dat één van bovengenoemde voorbeelden onvoldoende nageleefd wordt en hierop een interventie gedaan wordt, dan zal dit zonder meer bijdragen tot een verlaging van het infectiepercentage. In dat geval volstaat het om het proces te bewaken en eventueel te meten, want als dat goed scoort zal de uitkomst, namelijk een daling van het infectiepercentage, zeker positief zijn.

Andere interventies kenmerken zich doordat zij vaak middels een brainstormsessie verkregen worden. Voorbeelden hiervan zijn het opnieuw inrichten van het werkproces of het besluit te gaan werken met andere materialen. Bij deze

interventies staat het op voorhand niet vast dat deze doeltreffend zijn. Een goede verslaglegging van de bevindingen is dan ook noodzakelijk, omdat bij succesvol gebleken interventies men als voorbeeld kan dienen voor andere ziekenhuizen. Men spreekt dan over de zogenaamde "best practice".

Ook in dat geval laten de resultaten in de terugrapportage zien hoe succesvol het infectiepreventiebeleid is.

Databank

In de Nederlandse ziekenhuizen worden veel interventies gedaan op het gebied van infectiepreventie en dan met name met betrekking tot ziekenhuisinfecties. Veel ziekenhuizen hebben al een lange weg achter de rug met het doen van interventies om het uiteindelijke infectiecijfer voor een bepaalde operatie, bij lijnsepsis of beademingsgerelateerde pneumonieën, te reduceren. Scoort een ziekenhuis boven de 25^e percentiel (P25)³, dan kan men zich afvragen welke maatregelen de ziekenhuizen hebben genomen om onder de P25 te scoren.

Gezien de anonimiteit binnen het PREZIES netwerk, is het voor ziekenhuizen niet mogelijk om te zien welke ziekenhuizen goed scoren en is het rechtstreeks in contact komen met de best presterende ziekenhuizen niet mogelijk. Om aan deze beperking binnen het PREZIES netwerk tegemoet te komen treedt het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO als intermediair op. Dat wil zeggen dat met goedkeuring van ziekenhuizen deze met elkaar in contact kunnen worden gebracht om informatie met betrekking tot verbetering van de resultaten uit te wisselen. Op dit moment is men binnen het PREZIES team bezig met het opzetten van een databank met de zogenaamde "best practices". Vanuit de literatuur worden de best practices verzameld op het gebied van postoperatieve wondinfecties, lijnsepsis en beademingsgerelateerde pneumonieën. De databank komt te zijner tijd ter beschikking voor alle leden van het netwerk. In het Handboek PREZIES (A2.4.4.) staat de procedure vermeld voor het opvragen van "best practice"⁵.

Overzicht praktische punten

1. Hoe goed of slecht men ook scoort op het infectiecijfer, het is altijd goed om na te gaan of het infectiecijfer nog omlaag zou kunnen door gerichte interventies.
2. Maak een inventarisatie van de mogelijke oorzaken die ten grondslag liggen aan een bepaald infectiepercentage.
3. Prioriteer de mogelijke oorzaken die men wil aanpakken, met andere woorden prioriteer de inhoud van de interventies op verbeterpotentieel.
4. De hygiënist heeft een adviserende rol daar waar het gaat om de inhoud van interventies. De hygiënist draagt geen verantwoording voor het welslagen van de invoering en naleving van de interventies.
5. Probeer niet het wiel opnieuw uit te vinden. Win informatie in over succesvolle interventies elders.

Praktische punten bij kwaliteitsverbeterende activiteiten (fase 4)

Literatuur

1. Zeeuw van der AE, Wille JC, Hof van den S. Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties binnen het PREZIES netwerk, fase 1. Tijdschrift voor hygiëne en infectiepreventie 2004; 6: 135 – 139.
2. Zeeuw van der AE, Wille JC, Hof van den S. Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties binnen het PREZIES netwerk, fase 2. Tijdschrift voor hygiëne en infectiepreventie 2005; 2: 27 – 32.
3. Zeeuw van der AE, Wille JC, Hof van den S. Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties binnen het PREZIES netwerk, fase 3. Tijdschrift voor hygiëne en infectiepreventie 2005; 3: 55 – 57.
4. Giebing H. Kwaliteitsbewaking voor en door verpleegkundigen. Tweede druk. Uitg. Spruyt, Van Mantgem & De Does bv, Leiden 1995.
5. Het gebruik van referentiecijfers. Handboek PREZIES; zie hoofdstuk B1.8; CBO Utrecht, nov. 2004.

Geaccepteerd augustus 2005