

Succesvolle aanpak Slingeland haalt ook tekortkomingen boven

In de ban van de VRE-bacterie

Ellen Mascini,
arts-microbioloog, Slingeland
Ziekenhuis Doetinchem en
Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem

Monique Janssen,
deskundige infectiepreventie,
Slingeland Ziekenhuis

Lodewijk de Beukelaar,
directeur patiëntenzorg
snijdende specialismen a.i.,
Slingeland Ziekenhuis

Bent Postma,
arts-microbioloog, Slingeland
Ziekenhuis

Correspondentieadres:
e.mascini@slingeland.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Corbis

De VRE-bacterie is ongevoelig
voor de gangbare antibiotica.

De multiresistente VRE-bacterie heeft dit jaar opnieuw menig ziekenhuis laten zweten. Het Slingeland Ziekenhuis had in het voorjaar te maken met grootschalige verspreiding ervan. Daar is een goed plan van aanpak uitgerold, dat tevens de nodige kennishiaten aan het licht bracht.

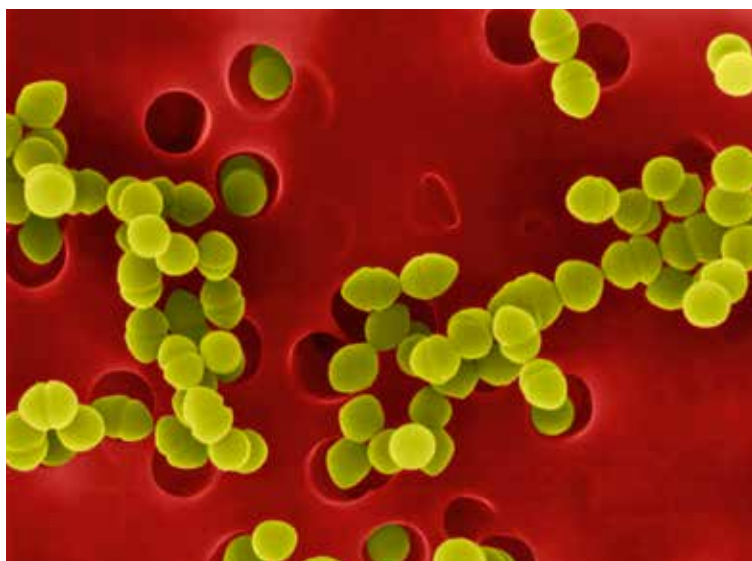
Vancomycineresistente enterokokken (VRE) kunnen bij patiënten met een verminderde weerstand leiden tot urineweginfecties, bloedbaangerelateerde (lijn)infecties en infecties van de hartklep. Ze zijn, zoals bekend, ongevoelig voor de gebruikelijke antibiotica. Verspreiding vindt voornamelijk plaats via handen, via ontlasting en vanuit besmette voorwerpen in de omgeving. Dragerschap blijft ongemerkt als je er niet specifiek naar zoekt en kan langdurig aanhouden. Helaas bestaat er geen behandeling van VRE-dragerschap.

Outbreak management

Er was nooit eerder een VRE-bacterie gekweekt bij patiënten in het Slingeland Ziekenhuis, toen eind februari bij twee chirurgische patiënten onverwacht VRE werd gevonden.

De ontdekking was aanleiding om direct een outbreak managementteam (OMT) samen te stellen, bestaande uit de arts-microbioloog, deskundige infectiepreventie, directeur patiëntenzorg, afdelingshoofd, manager microbiologisch laboratorium en hoofd patiëntenvoorlichting en communicatie, later uitgebreid met hoofden van Informatisering & Automatisering en afdeling Facilitair. Medewerkers hebben op grote schaal gehoor gegeven aan verzoeken om extra te komen werken. Er is verplichte instructie gegeven aan alle ziekenhuismedewerkers tijdens lunchsessies. De desbetreffende verpleegafdelingen verrichtten een infectiepreventiezelfevaluatie. Vervolgens werden hygiëne-audits afgenomen en kregen de afdelingen direct feedback. Ook de directie en leidinggevenden participeerden in deze audits, wat extra gewicht in de schaal legde.

In de daaropvolgende maanden heeft het OMT, dat een- tot tweemaal per week bij elkaar kwam, flink opgeschaald om de verspreiding van VRE te beteugelen. Zo kwamen er onder meer verplichte klinische lessen, werd het contactonderzoek verder uitgebreid, en werd een callcenter ingericht (zie *kader* blz. 2553). De infectiepreventiemaatregelen zijn afgeleid van de Richtlijn Bijzonder Resistente Micro-Organismen.



nismen van de Werkgroep InfectiePreventie (WIP).¹ Patiënten die tijdens een risicoperiode op een risicoafdeling waren opgenomen, werden op VRE-dragerschap gescreend. Dit leverde meestal nieuwe VRE-positieve patiënten op, en dus nieuwe screenings, ook op andere afdelingen. Uiteindelijk bleek sprake van verspreiding op vijf afdelingen, mede veroorzaakt door een groot aantal noodzakelijke verhuizingen van verpleegafdelingen. Hierdoor was het extra moeilijk om de epidemie onder controle te krijgen.

VRE-positieve patiënten en VRE-verdachte patiënten werden gelabeld in het ziekenhuisinformatiesysteem EZIS en in contactisolatie verpleegd. VRE-verdachte patiënten werden ontlabeled als ze VRE-negatief waren verklaard. Daarnaast hebben wij gewerkt aan de verbetering van de kweekmethode, hygiëneaudits, klinische lessen, communicatie en het inrichten van de ICT-modules om patiënten geautomatiseerd te kunnen labelen en ontlabeled. Tegelijkertijd probeerden we de patiëntenzorg zoveel mogelijk doorgang te laten vinden.

Definitie verruimd

Omdat we tijdens de wekelijkse screening onverklaard VRE-positieve patiënten bleven

vinden, werd de definitie van risicoafdelingen en risicoperioden verruimd. Hierdoor kregen vierduizend (ex-)patiënten die tijdens de risicoperiode op een van de risicoafdelingen waren opgenomen, het label 'VRE-verdacht'. Op de risicoafdelingen werd gewerkt met cohortverpleging. Nieuwe patiënten, zonder VRE-label, werden pas weer opgenomen nadat alle risicopatiënten ontslagen waren en de risicoafdeling geheel was gedesinfecteerd. Daarvoor was een tijdelijke stop van de electieve patiëntenzorg nodig. Daarnaast zijn alle ex-patiënten telefonisch en met een brief en een kweeksetje thuis benaderd met uitleg over de VRE-bacterie en het verzoek om zich te kweken op dragerschap. Alle kweken zijn door het eigen microbiologische laboratorium van het Slingeland Ziekenhuis verwerkt.

Uiteindelijk heeft ruim 90 procent van de vierduizend risicopatiënten meegewerkt aan het onderzoek. In totaal hebben we op vijf risicoafdelingen en één afdeling van een verpleeghuis in de regio 63 VRE-patiënten geïdentificeerd. Daarvan zijn er tien overleden, geen van allen aan een VRE-infectie. Op drie van de vijf risicoafdelingen worden patiënten nog steeds volgens een afbouwschema periodiek gescreend op VRE; er zijn geen onverklaard positieve patiënten meer gevonden. De uitbraak is succesvol bestreden en sinds 28 juni is het ziekenhuis teruggegaan naar de normale bedrijfsvoering.

Op de risicoafdelingen werd gewerkt met cohortverpleging



De kennis over handhygiëne bleek beneden de maat.

SAMENVATTING

- De VRE-uitbraak in het Slingeland Ziekenhuis is succesvol bestreden door een alerte multidisciplinaire aanpak en een groot commitment van het personeel.
- Ook is dankbaar gebruikgemaakt van de expertise van andere ziekenhuizen.
- Tijdens de aanpak zijn wel hiaten ontdekt in de kennis van hygiëne. Dat is zorgelijk en zou ook in de basisopleidingen meer aandacht moeten krijgen.


Collegiaal

Om met een klein infectiepreventieteam in een hectische situatie zo effectief mogelijk te werk te kunnen gaan, hebben we onze collega's in andere ziekenhuizen geraadpleegd. Zo hebben we dankbaar gebruikgemaakt van VRE-kweekprotocollen die ontwikkeld waren door het microbiologisch laboratorium van de Isala klinieken in Zwolle en van quickscan-formulieren die ons werden aangeboden door het infectiepreventieteam in het Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Het Maasstad Ziekenhuis heeft ter ondersteuning van de bestrijding van de OXA-48-epidemie ICT-modules gebouwd, waarmee patiënten op basis van kweekresultaten in het laboratoriuminformatiesysteem gelabeld en ontlabeled kunnen worden in EZIS. Ons ziekenhuis heeft deze modules overgenomen en hiermee is veel tijdswinst behaald. Ook kregen we ondersteuning van deskundigen infectiepreventie uit Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede en microbiologisch analisten van Ziekenhuis Rijnstate te Velp. Tot slot hebben we ons beleid laten toetsen en aanscherpen door een arts-microbioloog en een deskundige infectiepreventie van het UMC Utrecht. Op onze beurt hebben wij aan de hand van onze bevindingen weer andere ziekenhuizen met VRE-problematiek van informatie kunnen voorzien en input kunnen leveren voor het deskundigenberaad VRE van het RIVM. Een dergelijke laagdrempelige uitwisseling van expertise is alleen mogelijk in een setting waarbij vakgroepen van verschillende ziekenhuizen collegiaal samenwerken en men bereid is om kennis te delen.

Hiaat

Vier maanden lang is ons ziekenhuis in de ban geweest van de VRE-bacterie. Ondanks de gelukkig succesvolle bestrijding, zijn er ook de nodige hiaten aan het licht gekomen in de toepassing van infectiepreventiemaatregelen. Het is bekend dat de handhygiëne in Nederlandse ziekenhuizen over het algemeen laag is.² Maar nu hebben we het ook bij onszelf geconstateerd: het kennisniveau op dit gebied bleek beneden de maat. Zo wisten veel medewerkers niet dat zij hun handen moesten desinfecteren nadat zij handschoenen hadden uitgetrokken. Uiteraard hebben wij veel aandacht besteed aan instructie en toetsing van het correct toepassen van hygiënische maatregelen. Maar we stellen ook vast dat infectiepreventie in de diverse basisopleidingen van artsen en verpleegkundigen kennelijk niet goed is ingebed. Dat is zorgelijk, aangezien we te maken hebben met een toenemende resistentieproblematiek, terwijl er geen

zicht is op nieuwe antibiotica. De betreffende opleidingen zouden hier veel meer aandacht aan moeten besteden.

Af en toe is de vraag gesteld of een relatief onschuldige bacterie als VRE – die eigenlijk alleen bij immuungecompromitteerde patiënten tot infecties leidt – al deze interventies rechtvaardigde. Het is echter tot op heden beleid in Nederland om verspreiding van gedefinieerde multiresistente bacteriën te bestrijden en wij hebben laten zien dat dit mogelijk is. Het is de kunst om dit verhoogde preventieniveau vast te houden, want het valt te verwachten dat we de komende jaren steeds vaker geconfronteerd zullen worden met dergelijke uitbraken. 

Maatregelen op een rij

- **Formeren outbreak managementteam (OMT)**
- **Infectiepreventiemaatregelen**
 - Contactisolatie
 - Aangescherpte toilethygiëne patiënten op risicoafdelingen
 - Cohortverpleging
 - Contactonderzoeken n.a.v. vaststellen risicoafdelingen en risicoperiode
 - Strikte scheiding schoon/vuil op verpleegafdelingen
 - Aangescherpte schoonmaak en desinfectieprocedures
 - Periodieke screening van risicoafdelingen
 - Opnamestop electieve patiënten
- **Instructie en toetsing**
 - Verplichte instructie van medische staf, verpleging en overige medewerkers
 - Zelfevaluatie, hygiëne audits en quickscans
- **Communicatie**
 - Informeren en voorlichten van patiënten (folders, website)
 - Informeren van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en andere ziekenhuizen in de regio
 - Informeren van de inspectie
 - Melding in het signaleringsoverzicht RIVM
 - Melding aan het meldpunt ziekenhuisinfecties en antimicrobiële resistentie (RIVM, Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie)
- **Externe toetsing van het beleid door een arts-microbioloog en een deskundige infectiepreventie van het UMC Utrecht**



De referenties en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.