



Ziekenhuis- hygiëne en infectiepreventie

LEERDOELEN

Dit hoofdstuk behandelt de **begrippen ziekenhuishygiëne, infectiepreventie en hospitalisme**. Tevens wordt beoogd de verpleegkundige of vroedvrouw te sensibiliseren voor de problematiek van fysiek, psychisch en sociaal hospitalisme.

Deze kennis omvat volgende aspecten:

- de verpleegkundige of vroedvrouw omschrijft de begrippen hygiëne, ziekenhuishygiëne en infectiepreventie,
 - de verpleegkundige of vroedvrouw omschrijft en illustreert de begrippen fysiek hospitalisme, psychisch hospitalisme en sociaal hospitalisme,
 - de verpleegkundige of vroedvrouw kent de factoren die leiden tot het ontstaan van psychosociaal hospitalisme,
 - de verpleegkundige of vroedvrouw omschrijft welke patiënten een verhoogd risico lopen voor de respectievelijke vormen van fysiek hospitalisme.
-

De drie facetten van gezondheid – lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn – zijn onverbreekbaar met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar voortdurend.

In de ruime betekenis van het woord zal de ziekenhuishygiëne ervoor waken dat de patiënt ten gevolge van zijn verblijf in een zorginstelling geen schade lijdt op een van deze vlakken. Inzicht in deze verschillende vormen van fysieke en psychosociale schade illustreert het belang van preventieve maatregelen en preventief gedrag door iedere zorgverstrekker. Zowel betreffende de infectieuze als de niet-infectieuze verwickelingen is het goed oog te hebben voor bijzonder kwetsbare patiënten, die een risicogroep voor de respectieve vormen van hospitalisme vormen.

I.I Hygiëne

Met het woord hygiëne bedoelt men: de zorg voor het in stand houden van de gezondheid. Het begrip gezondheid wordt, in navolging van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation), gedefinieerd als een toestand van optimaal lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn. Door deze omschrijving krijgt het woord hygiëne een veel bredere betekenis dan die waarin het vaak gebruikt wordt: het voorkómen van ziekten. Hygiëne is veel meer positief gericht op de bevordering van welzijn, de bevordering van een evenwichtige verhouding met de gehele omgeving, zowel op lichamelijk, geestelijk als maatschappelijk vlak.

Hoewel de hygiëne dus een zeer breed terrein omvat, zullen wij ons beperken tot de lichamelijke gezondheidszorg – en dan nog vooral tot de hygiëne voor zover deze verband houdt met ziekten veroorzaakt door bacteriën of andere micro-organismen.

Hygiënische maatregelen vergen aandacht in ziekenhuizen, verpleeginrichtingen, rust- en verzorgingsinstellingen evenals in de ambulante en thuiszorg. In ziekenhuizen en andere zorginstellingen is het belang van infectiepreventie het grootst aangezien hier vaak mensen samengebracht worden die aan infectieziekten lijden. Daardoor bestaat een grote kans op verspreiding van ziekten, zowel tussen de patiënten onderling als van patiënten naar zorgverstrekkers.

Niet alleen het samenbrengen van zieke mensen houdt een groter gevaar voor besmetting in dan normaal. Indien grote groepen mensen gebruikmaken van gemeenschappelijke voedsel- en drinkwatervoorzieningen, is de kans groot dat vele mensen tegelijk besmet worden. Indien een fout gemaakt wordt bij de drinkwatervoorziening of wanneer maaltijden bereid worden door een kok met een besmettelijke (darm)ziekte, bestaat een grote kans op het uitbreken van een epidemie.

Dankzij de ontdekking en ontwikkeling van allerlei antimicrobiële stoffen, zoals antibiotica, is het mogelijk de meeste infectieziekten te bestrijden of te voorkomen. Behalve

de voordelen die hieruit voor de gezondheid voortvloeien, zijn de laatste jaren echter ook de gevaren die aan het gebruik van dergelijke geneesmiddelen verbonden zijn, hoe langer hoe duidelijker geworden. Men kan niet ongestraft in een bestaand biologisch evenwicht ingrijpen. Dit mag daarom alleen gebeuren als er een goede reden is – en dan nog met de nodige voorzichtigheid – anders wordt er meer beschadigd dan geheeld. Het gebruik van antimicrobiële middelen kan behalve de gewenste ziektebestrijding een zodanige verstoring van bestaande gunstige evenwichtstoestanden teweegbrengen, dat daardoor nieuwe problemen ontstaan. Dit dwingt ons tot een zeer zorgvuldig en weloverwogen gebruik van deze middelen.

I.2 Ziekenhuishygiëne

Ziekenhuishygiëne is de wetenschap die bestudeert hoe de gezondheid van patiënten die in het ziekenhuis of een zorginstelling verblijven, gevrijwaard kan worden. Ziekenhuishygiëne betreft niet de persoonlijke hygiëne of de arbeidshygiëne van het personeel dat in het ziekenhuis werkzaam is. Bij de studie van de ziekenhuishygiëne staat immers de patiënt centraal. Er wordt naar gestreefd in het ziekenhuis of de zorginstelling dergelijke omstandigheden te scheppen dat de patiënt er geen bijkomende hinder of schade voor zijn gezondheid ondervindt.

Door zijn verblijf of in aansluiting met zijn verblijf kan de patiënt immers bijkomende of secundaire schade lijden op drie domeinen: op sociaal, psychisch en fysiek vlak. Deze schade wordt het hospitalisme genoemd.

Op *sociaal* gebied heeft een hospitalisatie voor de patiënt meerdere negatieve aspecten. Hij is uit zijn vertrouwde milieu weggerukt en hij wordt overgebracht naar een andere wereld met nieuwe relaties. Hij moet zich willens nillens aanpassen aan een andere dagindeling en aan bestaande reglementen zoals de bezoekenregeling. Hij verliest een deel van zijn vrijheid. Dit aspect kan samengevat worden in de uitdrukking dat de patiënt ontheemd is.

Op *psychisch* vlak moet de patiënt op de eerste plaats de ongerustheid over het verloop van zijn ziekte verwerken: daardoor wordt hij soms angstig en depressief. Behalve zijn gezondheidsproblemen kunnen er nog moeilijkheden voortspruiten uit het contact met het ziekenhuis, de nieuwe, ongekende omgeving en met het personeel. Er kunnen communicatiestoornissen optreden. De zieke kan het gevoel hebben te veel als een nummer behandeld te worden. Hij kan de indruk hebben dat zijn klachten niet ernstig genomen worden. Hij kan ontevreden zijn over de verzorging. Kortom, meerdere oorzaken liggen aan de basis van het feit dat de patiënt zich in het ziekenhuis ongelukkig kan voelen en er psychische schade kan ondervinden.

De begrippen psychisch institutionalisme, inrichtingsneurose, dehumanisatie, hospitalisatiesyndroom en klinische iatrogenese wijzen alle op dezelfde stoornissen die ontstaan na langdurig verblijf in een instelling of ziekenhuis. Het hospitalisatiesyndroom kreeg vooral aandacht in de psychiatrie. Het langdurig verblijf in gesloten psychiatrische ziekenhuizen veroorzaakte bij de patiënten gedragsveranderingen zoals apathie, verlies van persoonlijkheid en in zichzelf teruggetrokken zijn. Ten slotte kwam men tot de vaststelling dat een groot aantal somatische patiënten tijdens hun hospitalisatie eveneens psychosociale veranderingen ondergingen. Het hospitalisatiesyndroom omvat niet alleen de negatieve psychosociale veranderingen, maar ook alle bijkomende somatische en materiële schade die de patiënt oploopt en waarvan de zorginstelling, het medisch en verpleegkundig personeel of de gebruikte behandelingsmethode de oorzaak zijn.

Ten slotte is er ook de mogelijke schade op *fysiek* gebied. Voorbeelden van fysiek hospitalisme zijn in de eerste plaats chirurgische fouten en anesthesieongevallen. Administratieve vergissingen kunnen leiden tot het nemen van verkeerde bloedmonsters of tot overvloedige onderzoeken. Medicatiefouten bestaan onder andere in het vergeten voorgeschreven geneesmiddelen toe te dienen, het toedienen ervan op een verkeerd tijdstip of langs een verkeerde weg en het geven van niet-voorgeschreven geneesmiddelen. Ook ongevallen zoals het vallen van een brancard of van een trap komen in het ziekenhuis voor. Bovenstaande voorbeelden zijn mogelijk spectaculair en vallen voor een buitenstaander op. Het fysiek hospitalisme springt in het oog omdat het objectief waargenomen en gemeten kan worden.

I.3 Infectiepreventie

Aan de meest frequente vorm van fysiek hospitalisme, die – afhankelijk van de patiëntenpopulatie – bij 2%, 5%, 10% tot soms 20% van de patiënten voorkomt, wordt spontaan minder aandacht besteed: de zorginfecties. Dit zijn infecties die niet bestonden op het ogenblik van de opname van de patiënt, maar die hij verworven heeft tijdens zijn verblijf in een zorginstelling. Het zwaartepunt van de infectiepreventie ligt in de preventie en de beheersing van zorginfecties.

Dit omvat de maatregelen die genomen worden opdat de kiemen van een patiënt niet verder over het ziekenhuis of zorginstelling verspreid zouden worden, zoals handhygiëne, isolatiemaatregelen, het uitvoeren van aseptische technieken, voorzorgsmaatregelen bij reiniging, ontsmetting en sterilisatie. Zij vormen infectiepreventiemaatregelen.

I.4 Hospitalisme

I.4.1 Psychosociale schade

I.4.1.1 Ontstaan

De psychosociale schade die ontstaat na een langdurig verblijf in het ziekenhuis of zorginstelling, drukt zich uit in gedragsveranderingen bij de patiënt. Mogelijke gedragsveranderingen zijn: contactarmoede, verarming van interesse, toenemende afhankelijkheid, verlies van inzicht in de eigen sociale rol, regressie, neerslachtigheid, depressiviteit en apathie.

Het syndroom berust op verschillende ziekmakende factoren:

❑ Verlies van contact met de eigen sociale omgeving

Een opname in een zorginstelling is een ingrijpende gebeurtenis. De eigen vertrouwde omgeving moet plaatsmaken voor een vreemde isolerende wereld. Bij langdurige opname neemt het gevaar voor 'contactarmoede' steeds toe.

❑ Inactiviteit en verlies van zelfstandigheid

Dikwijls worden de patiënten gedwongen tot rust en passiviteit. Men verwacht van de patiënt dat hij kalm, gedwee en erkentelijk is. Zijn medewerking bestaat erin zich te laten verzorgen en de goede werking van de dienst niet te storen. Dit kan leiden tot een volkomen verlies van initiatief en individualiteit en zelfs tot een verzet tegen ontslag. Het onderdrukt de eigen verantwoordelijkheid in het genezingsproces. Onderzoeken tonen aan dat patiënten die een sterk verantwoordelijkheidsgevoel bezitten voor het herstel van hun gezondheid, ook sneller genezen.

❑ Gebruik van kalmerende en slaapmiddelen

In sommige instellingen is het voorschrijven van kalmerende en slaapmiddelen gebruikelijk. Slaapproblemen komen vaak voor bij gehospitaliseerden. Pijn, ademhalingsstoornissen, het zich niet kunnen draaien in bed, het vreemde milieu, de angst en onzekerheid, de gedwongen vroege bedrust na een dag van inactiviteit zijn allemaal factoren die het inslapen bemoeilijken.

❑ Zakelijke houding van het personeel en de weinig huiselijke sfeer

De zakelijke of autoritaire houding van sommige personeelsleden en het ontbreken van een positieve woonsfeer zijn medeverantwoordelijk voor het ontstaan van het hospitalisatiesyndroom. De patiënt wordt dikwijls beschouwd als een passief wezen van wie geen enkele activiteit verwacht wordt, zelfs niet mentaal.

De sfeer op de verpleegeenheid wordt ook bepaald door de woonsfeer: de kleur van de muren, het soort meubilair, de verlichting, de verluchting, de temperatuur, het lawaai,

het eventuele gemis aan uitzicht naar buiten. Het ziekenhuisklimaat kan ziekmakend inwerken en de sociale beperkingen van de patiënt versterken.

❑ Verlies van het persoonlijke

Naarmate de opname langer duurt, worden de bezoeken minder frequent. Vriendschapsbanden nemen af, de patiënt raakt meer en meer geïsoleerd, eenzaam en apathisch. Persoonlijke bezittingen worden om redenen van ruimtegebrek beperkt. De persoonlijke betrokkenheid bij het gebruik van maaltijden en kleding neemt af. Gebeurtenissen die een persoonlijk karakter hebben, die het dagelijkse leven maken tot iets om naar te verlangen, verdwijnen.

❑ Toestand van angst, hulpeloosheid en onwetendheid

De opname in het ziekenhuis gaat gepaard met angst en onzekerheid: angst voor pijn, angst voor een mogelijk ongeneesbare aandoening en angst om zijn rol in de maatschappij te verliezen. Ook een onzeker optreden van het medisch en verpleegkundig personeel tegenover de twijfels van de patiënt en het feit dat men de patiënt de kans ontnemt zich uit te spreken, zijn belastende factoren. Hem geen of onvoldoende inlichtingen geven omtrent onderzoeken, diagnose, behandelingen en mogelijke gevolgen van tijdelijke of blijvende aard versterkt zijn angst en zijn onzekerheden. Het zichzelf niet meer kunnen behelpen en lichamelijk afhankelijk worden van anderen kunnen een sterke neerslachtigheid veroorzaken.

❑ Verlies van toekomstperspectief

Patiënten die gedurende maanden in een zorginstelling verblijven, zijn moeilijk te motiveren tot interesse voor de buitenwereld. Veelal zijn de verwachtingen na een langdurig verblijf in een zorginstelling verbleekt. Vooral voor chronisch zieken met beperkte mogelijkheden verloopt het terugkeren naar de maatschappij niet zonder moeilijkheden.

❑ Geluidshinder

Bij klachten van patiënten over hun verblijf in een zorginstelling komt lawaai zeer dikwijls voor. Meer nog dan in het gewone leven ergert de patiënt zich daaraan. Voor een gezonde mens of een personeelslid kan een bepaald geluid aanvaardbaar zijn, terwijl het voor de patiënt al vervelend is of zelfs onuitstaanbaar wordt. Verder is het gehoor het zintuig dat na anesthesie of bij coma het eerst opnieuw functioneert, maar eveneens bij het levenseinde het langst contact houdt met de buitenwereld. Patiënten die schijnbaar niets waarnemen, kunnen soms toch nog horen. Het lawaai op een verpleegeenheid hangt vooral af van het aantal personeelsleden en hun activiteit. Vooral op eenheden voor intensieve verzorging worden de vooropgestelde normen overtreden, en niet alleen overdag, maar zelfs tijdens een groot deel van de avond- en nachturen. Vaak zijn toestellen een bron van lawaai. Bedpanspoelers en afwasmachines halen tot 80 dB(A), monitoren tot 70 dB(A). Het is zinloos het ziekenhuis akoestisch te isoleren van de omgeving indien de interne geluidsbronnen niet weggenomen of afgezonderd worden.

1.4.1.2 Risicogroepen

Iedere patiënt die langdurig in een ziekenhuis of zorginstelling verblijft, kan symptomen van het hospitalisatiesyndroom ontwikkelen. Bepaalde groepen patiënten zoals kinderen, chronisch zieken, psychiatrische patiënten en intensieve-zorgpatiënten vertonen een grotere gevoeligheid voor de psychosociale nadelen van de hospitalisatie.

❑ Psychosociaal hospitalisatiesyndroom bij kinderen

De opname in een zorginstelling is zeker voor kinderen een ingrijpende gebeurtenis. De vreemde omgeving, de eventuele scheiding van de ouders en vroegere (negatieve) ziekenhuiservaringen leiden gemakkelijk tot gedragsstoornissen. De meest kwetsbare kinderen zijn kinderen jonger dan 5 jaar en kinderen met een langdurige opname.

Bij alle kinderen die in een zorginstelling worden opgenomen, ziet men een aantal emoties en reacties optreden. Bij opname voelt het kind zich in de steek gelaten waardoor angst en paniek ontstaan. Kinderen gaan huilen of protesteren tegen alles wat vreemd is en angst verwekt. Het kind wil niet praten en niet kijken en soms treden er ernstige gedragsveranderingen op zoals het weigeren van eten of bedwateren. Het kind gaat op een lager ontwikkelingsniveau functioneren. Dit noemt men regressie. Uitgaande van het feit dat de psychische ontwikkeling van kleine kinderen erg kwetsbaar is en dat onzorgvuldig omgaan met deze ontwikkeling kan leiden tot langdurige negatieve reacties, is het noodzakelijk het psychosociaal ziekenhuisklimaat zorgvuldig te bewaken. Het aanmoedigen van rooming in door de ouders is ingegeven door deze bezorgdheid.

❑ Psychosociaal hospitalisatiesyndroom bij chronisch zieken

Door het langdurig ziek zijn zonder uitzicht op herstel raakt de patiënt sociaal geïsoleerd. Hij wordt geconfronteerd met de vraag naar de zin van het lijden en zijn bestaan. Zijn mogelijkheden zijn beperkt. De patiënt raakt ontmoedigd, neerslachtig en depressief. Het grootste gevaar dat chronisch zieken bedreigt in een zorginstelling, zijn passiviteit en afhankelijkheid.

❑ Psychosociaal hospitalisatiesyndroom bij psychiatrische patiënten

Bij patiënten die aan langdurige psychische stoornissen lijden, is de kans op een psychosociaal hospitalisatiesyndroom zeer groot. Het verlies aan activiteit en interesse, de affectvervlakking, de afhankelijkheid en de apathie die dikwijls eigen zijn aan het ziektebeeld, beletten de patiënt vaak deel te nemen aan het sociale leven.

Niet alleen de aard van de aandoening, maar ook het instellingsmilieu heeft een sterke invloed op het gedrag van de chronisch psychiatrische patiënt. De institutionalisering waardoor de patiënten een beperkt en strikt gereguleerd leven leiden, werkt isolerend en ontnemt persoonlijk initiatief.

❑ Psychosociaal hospitalisatiesyndroom bij patiënten op een intensieve-zorgafdeling

Patiënten die behandeld worden op een intensieve-zorgafdeling, worden sterk bedreigd door de psychosociale aspecten van het hospitalisatiesyndroom. De intensieve technische bewaking en de continue verzorging wijzen op de bedreigde levenssituatie van de patiënt. Pijn, vermoeidheid, immobiliteit, verlaagd bewustzijn en communicatiestoornissen leiden tot angst en depressie.

De aard van de verpleegeenheid met zijn medisch-technische uitrusting, het wegvallen van privacy, de isolatie, het beperkte bezoek en de sensorische deprivatie met stoornis in het dag-nachtritme kunnen de patiënt psychisch ernstig belasten. Deze psychische toestand kan zich uiten in een intensivecaresyndroom. Dit is een psychopathologische toestand die gekenmerkt wordt door verwardheid, desoriëntatie, angst, agressiviteit en hallucinaties. Elke samenhang in het psychisch functioneren is weggefallen. Dergelijke exogene psychotische toestanden kunnen eveneens optreden na ernstige operaties.

1.4.2 Fysieke schade

Bij de fysieke schade die de patiënt tijdens zijn verblijf in een zorginstelling kan oplopen, moet niet alleen gedacht worden aan lichamelijke, maar ook aan materiële of financiële schade. Fysiek hospitalisme komt frequent voor, vooral dan onder de vorm van ziekenhuisinfecties. Voorbeelden van niet-infectieuze fysieke schade zijn het uit bed vallen of uitglijden van de patiënt, medicatiefouten, chirurgische fouten, verbrandingen en het ontstaan van doorligwonden.

Alhoewel de patiënt er ook fysieke schade van kan ondervinden, worden volgende fouten hier niet behandeld: vergissingen in diagnose, verkeerde of nutteloze onderzoeken en behandelingen, bijwerkingen van geneesmiddelen. Zij kunnen te wijten zijn aan verkeerde intenties of onkunde van het medisch personeel en vallen dan meer onder de medische ethiek en deontologie dan onder de ziekenhuishygiëne. Bij een nieuw ingevoerde verzorgingstechniek of behandeling kunnen bijwerkingen optreden die soms slechts bij enkele patiënten of bij een toevallige samenloop van omstandigheden voorkomen. Dit overzicht wordt beperkt tot die vormen van fysiek hospitalisme die frequent voorkomen en waarvoor preventieve maatregelen genomen kunnen worden.

Het belang van het fysiek niet-infectieus hospitalisme ligt vooral in het feit dat het door de patiënt of zijn omgeving doorgaans waargenomen en herkend kan worden. Van infecties is men vaak niet op de hoogte en vormen van psychosociaal hospitalisme worden gemakkelijk als overdreven afgewimpeld. Maar ongevallen, verbrandingen, enzovoort komen ook buiten het ziekenhuis voor en worden als abnormaal herkend en ervaren. De patiënt zal de instelling of het personeel hiervoor sneller aansprakelijk stellen.

1.4.2.1 Schade aan goederen

Bij de bespreking van schade aan goederen komen diefstallen op de eerste plaats. Het is niet moeilijk bij patiënten die voor een onderzoek of een ingreep hun kamer verlaten hebben, of bij bewusteloze, bejaarde of seniele zieken geld of goederen te ontvreemden. De patiënten moeten er attent op gemaakt worden dat ze beter geen geld of waardevolle voorwerpen in de instelling bewaren.

De patiënt lijdt eveneens financiële schade indien niet-aangevraagde onderzoeken of behandelingen op hem uitgevoerd worden die hij toch moet vergoeden. Aan de basis hiervan liggen soms administratieve fouten.

1.4.2.2 Ongevallen

Ook bij patiënten in een zorginstelling komen ongevallen zoals vallen en uitglijden, verbranding, enzovoort voor. Hoewel deze ongevallen gewoonlijk voorkomen wanneer de patiënt alleen is, blijven de zorginstelling en het personeel er verantwoordelijk voor. De meeste van deze ongevallen kunnen voorzien en voorkomen worden.

Wat de oorzaken van het vallen betreft, maken we onderscheid tussen patiëntgebonden en omgevingsgebonden risicofactoren. Omtrent de patiëntgebonden risicofactoren zijn de verschillende onderzoeken eenduidig wat leeftijd, fysiologische veranderingen die eigen zijn aan het verouderingsproces, medische diagnose en medicatie betreft. Naast de patiëntgebonden variabelen spelen ook heel wat omgevingsgebonden risicofactoren een grote rol met betrekking tot het vallen van patiënten. Hierbij wordt vooral gedacht aan het bed, het nachtkastje en andere omgevingsfactoren zoals vloeren en trappen.

In 50% van de valpartijen gaat het om vallen uit het bed. Daaruit blijkt dat ziekenhuisbedden eerder ontworpen zijn voor de hulpverlener dan voor de patiënt. Zelfs de hoog-laagbedden zijn niet altijd zo gemaakt dat ze makkelijk door de patiënt zelf kunnen worden bediend. Bovendien is het veelal zo dat de bedden in die stand blijven staan die het laatst door de zorgverstreker is ingesteld. Er zou door die beide groepen meer aandacht besteed kunnen worden aan de juiste stand van het bed na beëindiging van de verzorging of behandeling. Daarbij is het een misvatting te denken dat de laagste stand de beste is. Onrusthekkens van de juiste hoogte kunnen valpartijen voorkomen doch garanderen de patiënt niet altijd veiligheid. Verwarde patiënten klauteren soms over de hekkens of geraten gekneld. Ook kunnen veel ongevallen voorkomen worden door extra aandacht te schenken aan de positie van het nachttafeltje en ervoor te zorgen dat alles wat de patiënt nodig kan hebben (bijvoorbeeld bel, glas water, lichtschaakelaar) binnen handbereik is.

De trap en de vloer zijn voor zowat 25 tot 30% van de valpartijen verantwoordelijk. Om struikelen of uitglijden te voorkomen moet losliggende vloerbekleding vastgelegd worden en moeten op mogelijk gladde plaatsen antislipvoorzieningen aangebracht worden.

De onderhoudsproducten mogen de vloer niet gladder maken. Gemorste etensresten, vloeistoffen, enzovoort moeten opgeruimd worden. Veel aandacht dient ook te worden besteed aan de vloeren in badkamer, douche, ... Verder moet in de instelling gezorgd worden voor voldoende verlichting. Aan beide zijden van de trap moeten leuning en aangebracht zijn en aan beide zijden van de gangen een doorlopende handgreep. Mechanische hulpmiddelen zoals handgrepen in toiletten en badkamers zijn nuttige preventieve maatregelen. Onaangepast schoeisel en kleding (losse veters, losse pantoffels, te lange kamerjas, ...) zijn ook niet zonder gevaar en verdienen extra aandacht. Ook verbrandingen en elektrische ongevallen kunnen voorkomen bij patiënten. De aanwezigheid van zuurstof en het gebruik van licht ontvlambare stoffen zoals alcoholische ontsmettingsmiddelen vergroten het gevaar. Vooral als de patiënt gevoelloos is, kan hij brandwonden oplopen, bijvoorbeeld door elektrische apparatuur die opwarmt of door bijtende chemische stoffen. Elektrische ongevallen komen eveneens voor omdat sommige toestellen blijkbaar minder veilig zijn, of omdat ze niet adequaat onderhouden worden.

1.4.2.3 Nevenwerkingen van ontsmettingsmiddelen

Geneesmiddelen worden voor elke patiënt afzonderlijk voorgeschreven; indien nevenwerkingen voorkomen, herkent de arts het effect ervan bij de zieke. Anders is het voor middelen die routinematig, zonder expliciet of individueel voorschrift van de geneesheer, aangewend worden; dit zijn vooral ontsmettingsmiddelen.

Zij kunnen lokale of algemene toxische symptomen veroorzaken. Ernstige nevenwerkingen worden vlug opgemerkt, maar intoxicaties komen slechts tot uiting bij meer gevoelige patiënten, bijvoorbeeld prematuren. Meer frequent komen chemische dermatitis en verbranding voor. Die kunnen te wijten zijn aan een te hoge gebruikconcentratie van het ontsmettingsmiddel. Een andere mogelijkheid is dat de contacttijd te lang is: omdat het preoperatief aangebrachte preparaat niet kan verdampen, ontstaat tijdens de ingreep een verbranding ter hoogte van een huidplooi of aan de rug. Op en in behandeld materiaal kunnen toxische resten aanwezig zijn, bijvoorbeeld omdat het materiaal na ontsmetting met perazijnzuur of glutaraaldehyde onvoldoende nagespoeld werd, of omdat het ontsmettingsmiddel na de ontsmetting van linnen onvoldoende uitgespoeld werd.

1.4.2.4 Schade ten gevolge van een ingreep

Bij elke invasieve handeling, en zeker bij een chirurgische ingreep, zijn zorginfecties de meest voorkomende vorm van hospitalisme. Andere vormen van fysiek hospitalisme worden ook waargenomen. Zo sterft tot 0,2% van de patiënten tijdens de operatie of kort erna ten gevolge van de anesthesie. Deze houdt op zichzelf een risico in; hoe langer de ingreep duurt, hoe hoger de mortaliteit is.

Een typische chirurgische fout is het vergeten van materiaal, bijvoorbeeld een kompres, in de operatiewonde. Daarom zullen de gebruikte en niet-gebruikte kompressen geteld worden en wordt met een veelvoud van tien kompressen gewerkt. In vele kompressen is om die reden overigens een radio-opake draad ingeweven.

1.4.2.5 Doorligwonden

Doorligwonden of decubituswonden ontstaan bij langdurig bedlegerige patiënten, ten gevolge van een minder goede bloeddorstrooming van de weefsels. Door het gewicht van het lichaam worden de onderste weefsels platgedrukt en worden de capillaire bloedvaten onvoldoende doorstroomd. Indien dit te lang duurt, treedt er zuurstofgebrek op met later een afsterven van het weefsel. Doorligwonden komen vooral voor ter hoogte van de stuit, de hielen en de rug.

Het is de taak van zorgverstrekkers doorligwonden te voorkomen, niet in het minst omdat de genezing ervan zo moeilijk en langdurig is. De preventie richt zich vooral op zieken die voorbestemd zijn om doorligwonden te ontwikkelen. Dit zijn op de eerste plaats patiënten in coma of subcoma, verlamde patiënten en patiënten met vochttekort. Ook bij oudere, zwaarlijvige of zeer magere, geïmmobiliseerde en chronische patiënten komen doorligwonden meer voor. Bijzondere aandacht wordt geschonken aan zieken met een slechte bloedsomloop, anemie, hypoalbuminemie, en aan patiënten die incontinent zijn.

Zeker bij deze patiënten met een verhoogd risico voor decubitus zal men het ontstaan ervan trachten te voorkomen door zo vlug mogelijk een actieve mobilisatie door te voeren. Is dit niet mogelijk, dan moeten deze patiënten om de twee uur een andere houding aannemen indien zij over een gewone matras beschikken. Bij gebruik van antidecubitusmatrassen kan dit minder frequent gebeuren; sommige alternerende matrassen zouden een wisselhouding zelfs overbodig maken. Alle oneffenheden van de lakens worden weggewerkt en er wordt vermeden dat harde voorwerpen, bijvoorbeeld katheters of kruimels, de weefsels plat drukken. Voorbestemde patiënten zullen dagelijks zorgvuldig geïnspecteerd worden op mogelijke alarmtekens, zoals een rood hard geïnfiltreerd huidletsel of een oppervlakkig huiddefect.

1.4.2.6 Medicatiefouten

Medicatiefouten komen in ziekenhuizen veel meer voor dan men zou vermoeden. Vaak wordt dit niet opgemerkt door de patiënt, noch door het personeel, omdat de meeste geneesmiddelen geen onmiddellijke uitwerking hebben. Bij het uitblijven van een werking wordt eerder gedacht aan een niet beantwoorden aan de therapie dan aan een vergissing. Indien daarentegen het effect te sterk is, aanziet men dit als een nevenwerking van het middel of een overgevoeligheid van de patiënt.

Bij de toediening van de voorgeschreven medicijnen komt in ongeveer een derde van de gevallen een fout voor. De categorie fouten die het meest voorkomt (87% van alle medicatiefouten), is het toedienen van een geneesmiddel op een verkeerd tijdstip. In studies wordt dit bepaald als meer dan 30 minuten vóór of na het ogenblik dat het geneesmiddel zou moeten worden toegediend.

Andere medicatiefouten zijn: het niet of verkeerd toedienen van een voorgeschreven geneesmiddel, het toedienen van een verkeerd geneesmiddel, het toedienen van een geneesmiddel in een onjuiste dosering en het toedienen van een geneesmiddel aan de verkeerde patiënt.

De voornaamste oorzaken van fouten liggen in het overschrijven van de voorschriften, de onduidelijke mondelinge of schriftelijke instructies door de arts of in een verkeerde uitvoering door de zorgverstrekker.

De belangrijkste preventieve maatregel is het personeel bewustmaken van de frequentie van de medicatiefouten en van het belang ervan voor de patiënt. Het elektronisch medisch voorschrift is een belangrijke stap in het voorkomen van bepaalde medicatiefouten. Het gelijktijdig 'scannen' van de identiteit van de patiënt en de naam of code van het geneesmiddel zal foutieve toediening voorkomen.

I.4.2.7 Zorginfecties

De belangrijkste vorm van fysieke schade, evenals van hospitalisme in zijn breedste betekenis, is het optreden van een zorginfectie. Zorginfecties komen vaak voor. Ze kosten de gemeenschap veel en veroorzaken voor de patiënt een verlengd ziekenhuisverblijf, een verhoogde inname van geneesmiddelen, een heringreep, ...

Eenvoudige maatregelen en discipline van het personeel kunnen een groot aantal zorginfecties voorkomen. Dit boek wil inzicht verstrekken in het ontstaan van zorginfecties, maar meer nog in de verschillende maatregelen die het ontstaan van zorginfecties kunnen voorkomen. Deze maatregelen betreffen zowel de klinische zorg aan de patiënt als de meer ondersteunende dienstverlening zoals voeding, linnen, schoonmaak, ...



Test op Sofia je kennis over dit hoofdstuk aan de hand van de oefeningen.