

Reactie op het anesthesie artikel in Medisch Contact

5-10-2011

De Werkgroep Infectiepreventie heeft de discussie in Medisch Contact met interesse gevolgd betreffende haar richtlijn '[Veilig werken in de anesthesie](#)', gevoerd door drie anesthesiologen uit de Sint Maartenkliniek in Nijmegen en Martin Bucx, de anesthesist die namens de Nederlandse Vereniging voor Anesthesie (NVA) aan de betreffende richtlijn heeft bijgedragen.

De Werkgroep Infectiepreventie (WIP) hanteert bij het opstellen en herzien van richtlijnen een vaste procedure. De WIP heeft het bestuur van de NVA gevraagd om een vertegenwoordiging van tenminste twee leden af te vaardigen voor de revisie van de richtlijn 'Veilig werken in de anesthesie'. De NVA heeft hierop de Heer Bucx afgevaardigd en gemandateerd. Vervolgens heeft de WIP de conceptversie van de nieuwe richtlijn gedurende 4 maanden op de website geplaatst voor landelijk commentaar. Hierop zijn een aantal reacties gekomen (o.a. van de NVA) waarna de richtlijn op een aantal punten is aangepast door de expertgroep. Het is jammer dat zowel de drie auteurs als de NVA de mogelijkheden tot inspraak op de richtlijn niet of suboptimaal hebben benut, om nu wel via de media die discussie te voeren.

Als reactie op een richtlijn wordt vaak de kritiek geuit dat er geen 'evidence' is voor een bepaalde maatregel. Er wordt dan bedoeld dat er geen trials, case control studies, cohort studies of time series (level 1 of 2) zijn gedaan die de maatregel rechtvaardigen. Op het gebied van infectiepreventie hebben we vaak te maken met een situatie dat een specifieke maatregel alleen in een zgn. bundel is onderzocht of dat er helemaal geen vergelijkende studies zijn verricht. Daarbij is een belangrijke overweging dat de kans op infectie veelal multifactorieel bepaald is. Afzonderlijke maatregelen die een klein effect hebben op het risico kunnen alleen in studies met heel veel patiënten worden aangetoond en het vraagt nog grotere studies om aan te tonen dat het weglaten van een maatregel geen negatief effect heeft (non-inferiority). Als er geen 'evidence' is wordt er een risicoinschatting gemaakt op basis van kennis over het micro-organisme, de transmissieroute, uitbraken, casestories met duidelijke bronnen en gezond verstand. Zo kan casuïstiek, bijvoorbeeld in de vorm van één uitbraak van sepsis ten gevolge van gecontamineerde propofol leiden tot een aanscherping van het infectiepreventie beleid op dat gebied. Het is evident dat ook zonder level 1 of 2 'evidence' er goede richtlijnen gemaakt kunnen worden. Het niet accepteren van expert opinion, zoals het commentaar van de anesthesisten suggereert, maakt het ontwikkelen van richtlijnen op gebied van infectiepreventie (en op welk gebied dan ook) onmogelijk. Wel moet de belasting van bepaalde maatregelen (financieel, praktisch) worden afgewogen tegen de beoogde risicoreductie. Daarnaast is het nodig dat er meer onderzoek wordt gedaan naar de daadwerkelijke risico's van diverse procedures. Recent werd bijvoorbeeld daartoe in Duitsland een netwerk opgezet om infecties na regionale anesthesie in kaart te brengen. Op basis van een inventarisatie bij 8.781 procedures werd geconcludeerd dat deze infecties regelmatig voorkomen en dat strikte hygiëne van groot belang was (1).

Als we het bovenstaande in ogenschouw nemen komen we tot de volgende afwegingen in de nieuwe aanbevelingen voor de anaesthesie: De 4 tot 6-voudige ventilatie-eis (om technische redenen kan de ventilatievoud wisselen in de praktijk) geldt als minimale standaard voor het hele ziekenhuis. Het is bedoeld voor het comfort van de patiënt (kwalijke geuren, genoeg frisse lucht) en heeft geen significante invloed op de microbiologische luchtkwaliteit. Het is dus een misverstand dat dit niet op de holding het geval zou zijn.

Bij spinaalanesthesie met een achterblijvende katheter is er sprake van een relatief laag risico op infecties, echter de gevolgen van een infectie zijn ernstig. De WIP adviseert daarom aseptisch handelen. Hierbij horen het dragen van steriele handschoenen, een steriele jas, chirurgisch mondneusmasker, hoofdbedekking en uitvoering onder OK klasse 2 omstandigheden (naar analogie van het inbrengen van een centraal veneuze catheter, level 2b 'evidence'). Wij realiseren ons dat ruimtelijke voorzieningen niet eenvoudig aan te passen zijn aan veranderende inzichten. De holding is

een ruimte die binnen het OK-complex valt en derhalve kan dit gezien worden als een schone ruimte. Mogelijk kan deze wat betreft de luchtcondities gelijkgesteld worden aan een OK klasse 2. De WIP wil graag in overleg treden met de anesthesisten om te bezien of we tot een praktisch haalbare oplossing kunnen komen waarbij de patiëntveiligheid gewaarborgd is.

Referenties

1. Volk T, Engelhardt L, Spies C, Steinfeldt T, Incidence of infection from catheter procedures for regional anesthesia: first results from the network of DGAI and BDA. *Anaesthesist*, 2009 Nov;58(11):1107-12 ■.

Prof.Dr. Peterhans van der Broek, voormalig voorzitter adviesraad

Dr. Gijs Ruijs, voorzitter adviesraad WIP

Prof.dr. Jan Kluytmans, bestuur WIP

Dr. Ingrid Spijkerman, directeur bureau WIP