

De ziekenhuisbacterie bestaat niet'

Het ene na het andere ziekenhuis wordt geconfronteerd met uitbraken van 'enge' bacteriën. Ze trekken zich vrijwel niets meer van antibiotica aan en de artsen staan machteloos.

Hoe kan dat toch. En, belangrijker, wat doe je er aan. Twee deskundigen laten hun licht op de zaak schijnen. Ze komen gezamenlijk tot een verbazingwekkend eenvoudig aanvalsplan: handen wassen en betere opleiding van artsen en verplegend personeel.

tekst **Hans Brok**

foto **Lenneke Lingmont**

E HEC in Duitsland, ESBL in Rotterdam, MRSA in Weert en Arnhem en nu deze week weer MRSA in Enschede. Wat is er toch opeens aan de hand in de ziekenhuizen. Zijn ze zo smerig of hoe zit dat?

Irene ten Seldam: „Wat je ziet is dat ziekenhuizen beter gaan controleren.

En omdat de techniek veel beter is geworden, wordt er ook meer gevonden.

We moeten echter niet op basis van die incidenten doen alsof we in Nederland een onbeheersbaar probleem hebben. Dat is echt niet zo. Ziekenhuizen hebben daar goede richtlijnen en protocollen voor. Als er een resistente bacterie wordt ontdekt, worden klinische patiënten geïsoleerd, volgt eventueel een contactonderzoek enzovoort. Er wordt een cirkel van maatregelen rondom een patiënt met besmetting gelegd. Hoe ernstiger de uitbraak, hoe groter de cirkel.”

Neemt het aantal besmettingen toe?

Nashwan Al Naiemi: „Ja, dat is zeker het geval. Het aantal besmettingen neemt toe en dat is ook niet tegen te houden. We kunnen de opmars alleen vertragen.”

Waar komen al die resistente bacteriën vandaan?

„Vooral uit landen als India, Griekenland en China. Daar ontstaan de resistenties. De hygiëne op straat en in de ziekenhuizen is daar veel minder dan in Noord-Europa, waardoor mensen sneller ziek worden. Als antwoord daarop is men meer antibiotica gaan gebruiken. Dat effect daarvan is juist dat er meer resistentie ontstaat en de problemen alleen maar verergeren.

Omdat mensen veel reizen, verplaatsen deze bacteriën zich snel over de wereld.” Ten Seldam: „Als je gaat zoeken hoe iemand een resistente bacterie heeft opgelopen, kom je in veel gevallen uit op een connectie met het buitenland.”

Moeten we dan niet naar India en China om het probleem bij de bron aan te pakken?

Al Naiemi: „Daarvoor is het al te laat.

Pas sinds heel kort is men in India bezig om de problemen in kaart te brengen en registratie in te voeren. Heel mondjesmaat komen er nu gegevens beschikbaar. Uit China hebben we helemaal geen gegevens. Je kunt je daar ook niet mee gaan bemoeien. Dat ligt politiek heel gevoelig. Het lijkt dan al snel op bemoeienis met binnenlandse aangelegenheden.”

De meeste ophef lijkt te spelen rond ESBL, een bacterie die antibiotica onschadelijk kan maken en massaal bij kippen voorkomt. Hoeveel mensen zijn hier besmet met ESBL?

Al Naiemi: „Ik heb een onderzoek in Amsterdam en omgeving gedaan. Daar bleek tien procent van de mensen drager te zijn van ESBL, zonder dat ze daar ziek van waren. Dus gezonde mensen die niet recent antibiotica hadden gehad of in het ziekenhuis waren opgenomen. Tien procent. Ik ben daar wel van geschrokken. In landen als Griekenland, India en China zijn die getallen vele malen hoger. Voorbeeld?

Nou, als je een trip maakt naar India, en je doet verder niets bijzonders, dan is de kans 15 procent dat je met een ESBL terugkomt. Bij gezonde mensen verdwijnt die na een korte tijd vanzelf weer, maar het geeft wel aan hoe massaal ESBL voorkomt. In tegenstelling tot die landen gebruikt Noord-Europa te veel antibiotica in de veehouderij.

Dat is niet goed. Dat wordt nu aangepakt. In Denemarken worden al licenties van dierenartsen ingetrokken als ze drie keer onterecht die middelen voorschrijven. Hier heeft de sector twee jaar om het gebruik met de helft te verminderen. Lukt dat niet, dan volgen hier ook maatregelen.”

Ten Seldam: „Er zijn landen waar ze het op dat punt beter doen. Het gaat er niet om te zwartepieten. Van die landen

kunnen wij weer leren.”

Als de resistentie zo veel voorkomt, is het dan nog wel een 'ziekenhuisbacterie'?

Ten Seldam: „Nee, de naam ziekenhuisbacterie klopt helemaal niet. We moeten niet doen alsof ESBL een ziekenhuisprobleem is. Dat is het niet, net zomin als MRSA dat is. Die naam is er ooit aangehangen omdat de bacterie in het ziekenhuis werd ontdekt. Het probleem ligt echter niet in het ziekenhuis, maar in de maatschappij. Mensen komen er gewoon mee naar binnen lopen.”

Waarom is er om de haverklap een uitbraak in ziekenhuizen?

Ten Seldam: „Omdat daar de verzwakte en zieke mensen bij elkaar liggen.

Door de intensieve contacten is daar bovendien de verspreiding makkelijker. Het allerbelangrijkste in die omstandigheden is een goede samenwerking tussen de arts-microbioloog, de adviseurs infectiepreventie en de behandelaars. Hoe beter die driehoek loopt, hoe minder kans er is dat het uit de hand loopt. Nee, over wat er in Rotterdam is gebeurd, ga ik niets zeggen.

Ik zeg alleen, een goede samenwerking is heel belangrijk. Je moet tijdig weten wat er aan mogelijke besmettingen een ziekenhuis binnenkomt en hoe je daarop moet reageren. Daarom zijn we streng aan de voordeur. Daarbij wil ik wel nadrukkelijk opmerken dat je niet alles kunt voorkomen. Soms heb je echt heel veel pech, zowel als patiënt, maar ook als zorginstelling. Echter, hoe beter iedereen zich aan de richtlijnen en protocollen houdt - want die zijn er genoeg - hoe kleiner de kans op uitbraken zoals we nu in de media zien. Dat vergt discipline en mankracht. Daarom moeten ziekenhuisbesturen investeren in artsen-microbioloog en hygiënisten. We hebben daar als beroepsverenigingen VHIG, NVMM en FIZ een richtlijn voor opgesteld, maar veel ziekenhuizen beantwoorden er nog niet aan. We zouden de richtlijn graag verplicht zien.”

Moet je niet gewoon iedereen die een ziekenhuis binnenkomt testen op resistente bacteriën?

Ten Seldam: „We controleren wel streng, maar niet iedereen. We richten ons op bepaalde risicogroepen zoals veehouders en mensen die uit het buitenland komen. Die patiënten worden na binnenkomst eerst gescreend. Dat wordt vaak als discriminerend ervaren, maar zo is het beslist niet. Het screenen heeft voor het ziekenhuis, maar ook voor henzelf grote voordelen.

Door eerst de ernst van de besmetting aan te pakken, lopen ze minder kans op een nare infectie. Als zo iemand naar een ander ziekenhuis moet worden overgebracht, dan is daar vooraf contact over. Ik wil maar zeggen, als je alert blijft en goed reageert, is het een beheersbaar probleem. Dan houd je controle, ook al gaat het om een superbacterie. Het rare is, als je een uitbraak hebt van ESBL of MRSA, dan kost dat een ziekenhuis enorm veel geld. Nog afgezien van de schade voor de patiënt en de imagoschade voor het ziekenhuis. Als je dat geld in de preventie had gestoken, dan had je de hele tram-melant waarschijnlijk mogelijk kunnen voorkomen.”

„Het gevolg van de besmettingen is dat verzekeraars nu ook geïnteresseerd meekijken naar de ontwikkelingen.

Minder infecties in een ziekenhuis betekent namelijk: kortere ligduur, betere zorg en minder kosten. Dat kan een rol gaan spelen bij keuzes die ze maken.”

Al Naiemi: „Raden van Bestuur moeten nu investeren in ziekenhuishygiëne. Dat geeft snel resultaat en is veel goedkoper dan het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen. Dat moet óók gebeuren natuurlijk, maar dat geeft pas na een jaar of tien resultaten.”

Hoe gaan we het vertragen, die opmars van de resistente bacteriën?

Al Naiemi: „Alles staat of valt met het besef van noodzaak bij de medewerkers in het ziekenhuis. Ik constateer dat in veel ziekenhuizen veel te weinig kennis is van de basishygiëne en infectiepreventie. Dat is ook helemaal niet zo gek. Artsen krijgen in zes jaar studie maar twee uur les in ziekenhuishygiëne. Op dat punt zit er in de opleiding structureel wat fout. Ik houd wel eens presentaties voor chirurgen. Dan kijken ze me aan met een blik van 'wat doe ik hier, ik moet snijden'. Ze zijn niet van het belang doordrongen. En dat zou wel moeten. Niet alleen de operatie moet slagen, de patiënt moet ook weer gezond naar huis. Aan de opleiding moet nodig wat gebeuren.”

En verder?

Ten Seldam: „Preventie is echt relatief eenvoudig. Tachtig procent van de besmettingen verloopt via de handen. De oplossing is dus: handen wassen. Echt, goede handhygiëne is cru-ci-aal. Ik kan dat niet genoeg benadrukken. Als je artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten ziet die gewoon ringen en horloges dragen, dan weet je dat er geen goede handhygiëne kan plaatsvinden.

Dan kun je de handen niet goed desinfecteren. Zo simpel zijn die dingen.” Al Naiemi beaamt dat: „Ik ben het levende bewijs. Ik heb in mijn leven meer dan 5.000 kweken van resistente bacteriën in handen gehad. Dat kunnen maar weinigen me nazeggen. En toch ik heb mezelf onlangs gescreend draag geen ESBL.”

Nemen de bacteriën, na vijftig jaar door ons met antibiotica te zijn gebombardeerd, ons nu toch weer te grazen?

Ten Seldam: „We dachten dat we met de uitvinding van antibiotica in de jaren vijftig, de ziektes hadden overwonnen. Dat de techniek ons gezond zou maken. Maar micro-organismen zijn veel slimmer dan we dachten. Zij zijn snel en wij zijn steeds langzamer geworden. Daar lopen we nu tegenaan.”



Powered by TECNAVIA

Copyright (c)2011 De Twentsche Courant Tubantia 06/08/2011