

## POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES ALS PRESTATIE-INDICATOR

F. van Wijck\*

**Gegevens over postoperatieve wondinfecties van onderlinge ziekenhuizen zijn niet zomaar met elkaar te vergelijken, omdat ieder ziekenhuis bij een ander soort ingreep kan meten. Toch ontstaan gaandeweg wel cijfers op grond waarvan ziekenhuizen hun eigen kwaliteit kunnen bepalen en waarmee ook de Inspectie, de zorgverzekeraars en de patiënten uit de voeten kunnen.**

Onlangs stelde de rechter een journalist van het *Algemeen Dagblad* in het ongelijk die had getracht op grond van de Wet Openbaarheid van Bestuur inzage te verkrijgen in de incidentiecijfers voor postoperatieve wondinfecties in Nederlandse ziekenhuizen. Opvallend detail hierbij is dat deelname aan het PREZIES-netwerk (zie kader) voor ziekenhuizen sinds medio 2004 eigenlijk geen vrijwillige keuze meer is. Het is vorig jaar als structuurindicator opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Postoperatieve wondinfecties zijn daarin een van de vier surveillancemodules. Dan moet het toch ook geen probleem zijn om de gegevens daaruit openbaar te maken, zou je denken. Maar dat blijkt te simpel gedacht: na de rechtbank in Rotterdam wees ook de Raad van State het hoger beroep van de dagbladjournalist af.

### VERWARRING

'Dat heeft in het land voor nogal wat verwarring gezorgd', zegt Jan Wille, senior adviseur bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en projectleider van het PREZIES-netwerk. 'Zowel het Ministerie van VWS als PREZIES vinden dat dit soort gegevens in principe openbaar moeten zijn, maar in het kader van PREZIES zou dit leiden tot onevenredige benadeling van ziekenhuizen. Binnen het PREZIES-netwerk vormen postoperatieve wondinfecties immers slechts één van de vier modules. De andere drie zijn wondinfecties na hartchirurgie, lijnsepsis en beademingsgerelateerde pneumoniën. Ziekenhuizen kunnen zelf bepalen aan welke module of modu-

les ze willen deelnemen en met welke ingrepen. Ook bepalen ze zelf per surveillancemodule de periode van deelname. Niet ieder ziekenhuis kiest dus voor de module postoperatieve wondinfecties, dat is één beperking. Openbaarmaking van de gegevens zou informatie geven over slechts een deel van de Nederlandse ziekenhuizen. En ziekenhuizen die wel voor deze module kiezen, kunnen dat doen voor uiteenlopende ingrepen die niet allemaal een even groot risico met zich meebrengen voor het ontstaan van een postoperatieve wondinfectie. Voor algemene chirurgie ligt dit bijvoorbeeld anders dan voor orthopedie of voor een baarmoederverwijdering. De gegevens die worden verzameld zijn dus niet sec te vertalen naar een landelijk beeld. Ze blijven gefragmenteerd. Bovendien doen op dit moment nog maar zestig ziekenhuizen mee aan PREZIES. De gegevens zijn dus niet vanuit patiëntenperspectief te gebruiken om te bepalen naar welk ziekenhuis ze het best kunnen toegegaan voor een bepaalde ingreep. Daarvoor zitten er teveel witte vlekken in. Wel kunnen ziekenhuizen hun eigen cijfers vergelijken met de gegevens in onze databank en controleren of ze voor de ingreep waarop ze meten beter of slechter scoren dan andere ziekenhuizen die dezelfde meting verrichten.'

### VERPLICHT STELLEN

De enige manier om hierin op korte termijn verandering te brengen, zou zijn door PREZIES verplicht te stellen voor de ziekenhuizen en hen bovendien verplicht gegevens te laten verzamelen over postoperatieve wondinfecties bij alle ingrepen. Arbeidstechnisch is dit niet te doen

en bovendien is dit niet de doelstelling die met PREZIES wordt nagestreefd. Deelname aan een PREZIES-module heeft immers tot doel te meten op een groep waarin een ziekenhuis verwacht kwaliteitsverbetering te kunnen realiseren. 'De Consumentenbond Gezondgids noemde het recent nog onbegrijpelijk dat de gegevens over ziekenhuisinfecties nog niet openbaar zijn gemaakt', zegt Wille. 'Ik denk dat ik voldoende duidelijk heb gemaakt waarom openbaarmaking niet haalbaar is. Er is kortom een verschil tussen enerzijds een indicator die een instelling intern gebruikt om de kwaliteit te verbeteren – PREZIES dus – en anderzijds een externe indicator die door iedereen eenvoudig en eenduidig kan worden geïnterpreteerd.'

### HARDE CIJFERS ONTBREKEN

Harde cijfers over het voorkomen van infecties in Nederlandse ziekenhuizen ontbreken. Naar schatting loopt tussen de vijf en tien procent van de patiënten in een ziekenhuis een infectie op. Dit is dan in 45 procent van de gevallen een urineweginfectie, in 25 procent van de gevallen een postoperatieve wondinfectie, eveneens in 25 procent van de gevallen een luchtweginfectie en wordt voor de overige vijf procent veroorzaakt door sepsis. Volgens een ruwe schatting betreft het op jaarbasis zo'n honderdduizend patiënten. 'De getallen die wij van de ziekenhuizen krijgen zijn doorgaans wat hoger dan het reële landelijk gemiddelde', voegt Wille hieraan toe. 'Dit komt omdat ziekenhuizen niet op alle operaties metingen uitvoeren, maar alleen op de hoogrisico ingrepen.'

Die keuze is ervoor verantwoordelijk dat het eindgetal dat we kennen kunstmatig is. Een liesbreukoperatie bijvoorbeeld wordt vaak niet mee gemeten. Het risico dat daarbij een postoperatieve wondinfectie optreedt zit onder de één procent. Werd dat wel meegewogen, dan zag het eindcijfer er heel anders uit.'

### MAATREGELEN

Om het voor ziekenhuizen mogelijk te maken om te spiegelen, geeft PREZIES heel specifieke percentages per ingreep. 'Dan zie je nog steeds behoorlijke variaties tussen ziekenhuizen onderling', zegt Wille. 'Die zijn deels te verklaren uit de ervaring die in een ziekenhuis bestaat met een bepaalde ingreep en ook deels uit verschillen in patiëntenpopulatie. Daarnaast speelt ook de effectiviteit van werken een rol. Hierin zijn drie hoofdoorzaken aan te wijzen. De eerste heeft betrekking op de antibiotische profylaxe. Die blijkt in de praktijk niet altijd te worden gegeven, of het gebruikte middel is niet het goede of de timing is niet optimaal. De tweede heeft te maken met de luchtbehandeling op de OK. Recent is een richtlijn uitgebracht die beschrijft hoe een ziekenhuis hierop controle kan uitoefenen. Deze informatie is terug te vinden op de website van de Vereniging Contamination Control Nederland ([www.vccn.nl](http://www.vccn.nl)), die hierover recent ook in samenwerking met de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie in de Gezondheidszorg een congres belegde.'

### DISCIPLINE

De derde hoofdoorzaak is een oude bekende: de discipline van de medewerkers op de OK. Wille vertelt: 'We hebben twee keer een CBO Doorbraakproject (zie kader) gedaan over postoperatieve wondinfecties. Daarin zagen we bijvoorbeeld dat mensen heel vaak een OK in en uit lopen. Iedere keer als de toegangsdeur open en dicht gaat, geeft dat luchtverwelingen in de OK-ruimte. Eén ziekenhuis mat wel zestig deur-bewegingen tijdens één total hip operatie. Zo'n meting maakt dit inzichtelijk, zodat mensen ervan

schrikken. Dan staan ze er open voor om er adequate maatregelen tegen te nemen. Zorgen dat alle hulpmiddelen voor een ingreep op de OK aanwezig zijn, niet onnodig personeel wisselen, niet éven in of uit lopen om iemand iets te vragen. Kortom: beter plannen. Toch is de deurdiscipline een hardnekkig probleem waarin heel veel winst te behalen valt. Dat is niet alleen een taak van de ziekenhuishygiënist, maar van het gehele OK-team. Het is hierbij zaak alle knelpunten in kaart te brengen en alle mogelijke maatregelen voor verbetering te nemen. Dat blijkt overigens ook te kunnen, want ziekenhuizen die hiermee aan de slag gaan, blijken hun percentage postoperatieve wondinfecties zelfs te kunnen halveren. De kosten van dergelijke maatregelen zijn over het algemeen laag. De luchtbeheersing aanpassen vergt natuurlijk wel een investering, maar de rest is meer discipline dan techniek. En bovendien: zet de kosten voor verbetering eens af tegen wat een infectie kost. Behandeling van een oppervlakkige infectie kost al zo'n duizend euro. Bij een heupingreep heb je het al snel over vierduizend euro en bij een broekprothese kunnen de kosten wel oplopen tot twintigduizend euro. De ligdagen zijn hierin de grootste kostenpost, vooral natuurlijk in academische centra. De arbeid en eventuele materialen voor het doorvoeren van interventies verdient een ziekenhuis dus snel genoeg terug als het dit effectief aanpakt.'

Het is interessant voor een ziekenhuis om dit middels een CBO Doorbraakproject te doen. Bij een verbetertraject zijn veel partijen betrokken (hoofd OK, anesthesioloog, snijdend specialist, OK team, ziekenhuishygiënist, microbioloog) en die zijn zonder deelname aan zo'n project niet altijd zo eenvoudig bij elkaar te brengen.

### ACTIEF TOETSEN

Zoals gesteld heeft de Inspectie de surveillance van postoperatieve wondinfecties vorig jaar als structuurindicator opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren voor de ziekenhuizen. Wille toont zich hier verheugd over: 'In 2006 gaat de

## PREZIES EN CBO DOORBRAAKPROJECTEN

PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) is een in 1996 opgericht surveillancenetwerk waarin de deelnemende ziekenhuizen, het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu met elkaar samenwerken. Doel is het aantal ziekenhuisinfecties te verminderen. CBO

Doorbraakprojecten zijn multidisciplinaire samenwerkingsverbanden waarin de deelnemers worden ondersteund om de kwaliteit van zorg meetbaar te maken en op basis daarvan verbetertrajecten te implementeren.

Zie voor verdere informatie [www.prezies.nl](http://www.prezies.nl) en [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl).

Inspectie hierop actief toetsen. We verwachten dat dan het aantal deelnemers aan PREZIES zal stijgen, omdat de Inspectie er bij de ziekenhuizen op zal aandringen om de surveillance van ziekenhuisinfecties op te pakken.'

De meeste ziekenhuizen maken de prestatie-indicatoren uit de basisset inmiddels bekend op hun eigen internetsites. Zorgverzekeraars zullen hiervoor ook in toenemende mate oog krijgen, denkt Wille. 'Het is denkbaar dat ze van de ziekenhuizen gaan eisen dat deze meetbare inspanningen gaan leveren om het percentage infecties omlaag te brengen', zegt hij. Tot die tijd kunnen patiënten in ieder geval selecteren op het feit of een ziekenhuis wel of niet deelneemt aan surveillanceprojecten, want dat gegeven maken ziekenhuizen gewoon openbaar op hun eigen website.

\* Frank van Wijck