

INFECTIECIJFERS ZEGGEN WEINIG

Alleen publicatie van prestatiecijfers leidt nog niet tot kwaliteitsverbetering

Ziekenhuizen concurreren, patiënten en verzekeraars kiezen. Op die markt lijken prestatiecijfers interessante criteria. Maar getallen zijn soms onduidelijk en moeilijk te hanteren. De daadwerkelijke, praktische aanpak van infectiepreventie bijvoorbeeld verdient daarom meer aandacht dan infectiecijfers.

JAN WILLE
SUSAN VAN DEN HOF

Tijdens het congres 'Delen in verandering' in december 2005 zei minister Hoogervorst dat betrouwbare, objectieve en heldere informatie over prestaties de basis vormen van een goed systeem van gezondheidszorg. Ook cijfers over ziekenhuisinfecties mogen openbaar zijn, maar het is zeer de vraag of dat de betrouwbare en bruikbare informatie oplevert die de moderne zorgconsument nodig heeft en waar de minister om vraagt.

ILLUSIE

De vraag naar prestatiegegevens van zorginstellingen neemt toe. De belangrijkste reden hiervoor is de zelfbeschikking van de hedendaagse patiënt, die niet meer



BEELD: CORRISS ZEEA

*Het ruwe, gemiddelde infectiecijfer na een primaire totale heupprothese bedraagt 2,8 procent. Op de foto een door *Staphylococcus aureus* veroorzaakte wondinfectie.*

alles overlaat aan de arts en uit verschillende mogelijkheden wil kunnen kiezen. De nieuwe Zorgverzekeringswet sluit daar naadloos op aan. Bij die wet gaat het in feite om één ding: de invoering van concurrentie om de kosten te verlagen en zo de kwaliteit te verhogen. Daarbij is het essentieel dat de verzekerde over voldoende en betrouwbare informatie kan beschikken.

Het is van belang dat de kwaliteit van de geboden zorg transparant is en prestatiegegevens van ziekenhuizen voor iedereen toegankelijk zijn. Die informatie maakt het onderwerp 'kwaliteit van zorg' hanteerbaar, zodat de betrokken partijen in alle openheid kunnen discussiëren over de achterliggende problematiek. Alleen zo is het mogelijk optimaal samen te werken om knelpunten in de zorg aan te pakken. Ook de zorgaanbieder is daarbij gebaat; transparantie biedt bescherming tegen ongefundeerde kritiek van derden. Complete transparantie

van alle kwaliteitsaspecten van zorg is echter een illusie. De informatieverzameling wordt noodgedwongen geconcentreerd op bepaalde speerpunten - en die zijn niet voor iedere patiënt van belang. Het gevaar van deze beperking is dat alle aandacht is gericht op wat gemeten moet worden, en dat aan wat niet wordt gemeten, verder geen aandacht wordt besteed.

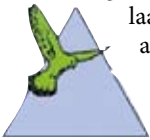
RANGLIJSTJES

In 2003 introduceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in samenwerking met de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde) de Basisset prestatie-indicatoren. Deze indicatoren voor ziekenhuizen zijn bedoeld voor interne sturing en het afleggen van maatschappelijke verantwoording. De basisset heeft tot meer openheid geleid. Zo verschenen er ranglijstjes van ziekenhuizen in >>

<< het Algemeen Dagblad. Patiënten en zorgaanbieders hechten waarde aan een hoge of lage notering, in tegenstelling tot de meeste wetenschappelijke verenigingen. Die werden er juist toe aangezet hun eigen indicatorensets te ontwikkelen.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) maakte september 2005 bekend dat zij voor de zorginkoop van 2006 een voorlopige set indicatoren heeft ontwikkeld voor elf veelvoorkomende DBC's. Deze landelijke ZN-indicatoren zijn totstandgekomen in samenwerking met de Orde, wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties.

Voor de totale heupoperatie en totale knieoperatie (DBC's 511 1701 223 en 511 1801 223) zijn vier inkoopindicatoren ontwikkeld, waaronder één met betrekking tot postoperatieve wondinfecties. Deze indicator bestaat uit twee subvragen. Er wordt gevraagd of men in de laatste drie jaar heeft deelgenomen aan het PREZIES-netwerk voor de betreffende operaties en wat



Prestatiecijfers moeten vooral de discussie voeden over het hoe en waarom van een complicatie

in 2005 de percentages waren voor postoperatieve wondinfecties bij primaire totale heup- en knieoperaties. PREZIES (PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) beoogt vermindering van het optreden van ziekenhuisinfecties en hun risicofactoren in Nederlandse ziekenhuizen. Het middel dat daarvoor gebruikt wordt is surveillance.

PATIËNTENSELECTIE

Het is de vraag wat het effect is als cijfers over postoperatieve wondinfecties expliciet als verantwoordingsinformatie worden gebruikt, of als ze normstellend of zelfs taakstellend worden toegepast door de zorgverzekeraar. Stel dat een ziektekostenverzekeraar van een ziekenhuis eist dat het infectiepercentage bij een bepaald type operatie niet hoger is dan 2 procent, wat zijn dan de consequenties van? De verwachting is dat de verzekeraar precies die percentages krijgt waar hij om vraagt, maar tegen welke prijs?

Mogelijke negatieve effecten van zo'n benadering zijn de manipulatie van prestatiegegevens en patiëntenselectie. In

de praktijk is gesjoemel met cijfers niet te voorkomen: de gegevensverzameling is in hoge mate manipuleerbaar. Door een patiënt in een hogere risicoklasse in te delen of een infectie te 'missen', is het niet moeilijk om op papier beter te presteren. Bovendien zullen specialisten vragen om patiënten die bij een bepaald percentage horen, met als mogelijk gevolg dat een oude, te dikke patiënt met diabetes niet meer in aanmerking komt voor een operatie, omdat het infectierisico te groot wordt geacht. Het gevolg van openbaarheid zal mogelijk, naast manipulatie van data, patiëntenselectie zijn, om zo de uitkomst onder de opgelegde grenswaarde te houden.

PERVERSE EFFECTEN

Dat uitkomsten worden bijgestuurd als de mogelijkheid daartoe bestaat, bewijst een voorbeeld uit een heel andere hoek: het onderwijs. Nu de resultaten van de Citotoets ook worden gebruikt om schoolgemiddelden met elkaar te verge-

lijken, stijgt het aantal leerlingen dat een aanzienlijke leerachterstand zou hebben: dé uitzonderingsgrond om de toets niet te hoeven maken.

Het voornaamste doel van de toets was en is het geven van onafhankelijke informatie over de mogelijkheden van een individuele leerling. Voor de beoordeling van de onderwijskwaliteit zijn echter meer gegevens nodig dan alleen het schoolgemiddelde. Er zijn - net als in de gezondheidszorg - tal van factoren waar scholen geen invloed op hebben, maar die wel mede de resultaten van hun onderwijs bepalen. Een voorbeeld hiervan is de sociaal-culturele achtergrond van de leerlingen. Voor een zinvolle vergelijking zal het schoolgemiddelde voor dit soort beïnvloedende factoren moeten worden gecorrigeerd. Om perverse effecten te voorkomen is het van het allergrootste belang dat er aan prestatiegegevens in de zorg geen taakstellende consequenties worden verbonden. Het openbaar maken van prestatiecijfers moet vooral de discussie voeden over het hoe en waarom van een bepaalde complicatie van het medisch handelen. Uit-

eindelijk dient dát debat ter verbetering van de kwaliteit van zorgverlening.

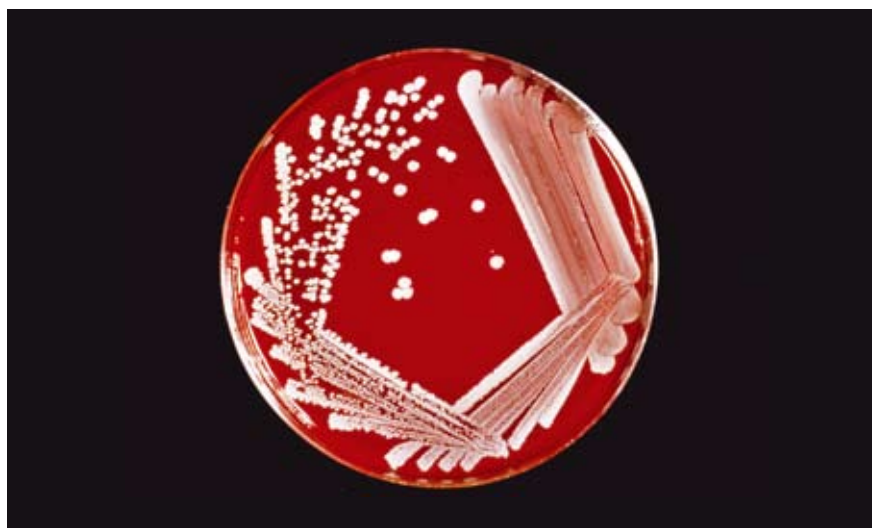
HEUPPROTHESES

Prestatiecijfers zijn niet los te zien van de definities waarop ze zijn gebaseerd. Als niet expliciet wordt gemaakt waarop een indicator precies van toepassing is, is het gebruik ervan bij voorbaat zinloos. Een voorbeeld, gebaseerd op data uit het PREZIES-netwerk, maakt duidelijk dat de formulering van een definitie nauw luistert. Het ruwe, gemiddelde infectiecijfer voor primaire totale heupprotheses bedraagt 2,8 procent. Hierin zijn zowel oppervlakkige als diepe postoperatieve wondinfecties meegenomen. Het cijfer is gebaseerd op alle ziekenhuizen die over deze ingreep gegevens hebben aangeleverd in de periode 1996-2004; dus zowel op ziekenhuizen die zich beperken tot registratie gedurende de ziekenhuisopname, als op ziekenhuizen die de patiënten na de operatie een heel jaar volgen. Wordt uitsluitend gekeken naar oppervlakkige infecties tijdens de ziekenhuisopname, dan bedraagt het gemiddelde infectiecijfer 1,7 procent; voor diepe infecties is dit 0,4 procent. Omvat de categorie diepe postoperatieve wondinfecties ontstaan in de periode van een jaar volgend op de ingreep, dan is 0,9 procent het juiste gemiddelde.

HOGER BEROEP

De discussie over openbaarheid van een specifiek kwaliteitsaspect van de zorg - de infectiecijfers - leefde de afgelopen jaren op. Aanleiding was een verzoek dat het Algemeen Dagblad in 2001 indiende bij de minister van VWS om openbaarmaking van alle documenten over infecties in ziekenhuizen.¹ Voor het PREZIES-netwerk betekende dit concreet een lijst met ziekenhuizen en daaraan gekoppeld de infectiecijfers, zoals ingestuurd door de ziekenhuizen zelf. Maar zowel de Rechtbank Rotterdam als de Raad van State - naar aanleiding van het hoger beroep - oordeelde dat het algemene belang van openbaarmaking van de gevraagde informatie niet opweegt tegen het belang van het voorkomen van onevenredige benadeling van de betrokken ziekenhuizen.

De argumentatie hiervoor is dat gegevens die in het kader van PREZIES zijn verzameld op zichzelf en zonder nadere analyse geen betrouwbare informatie over ziekenhuisinfecties opleveren. De hoogte van het infectiecijfer



Een kweek van de *Staphylococcus aureus* 24 uur na inzetten.

wordt namelijk niet alleen bepaald door de mate waarin voorschriften voor infectiepreventie zijn nageleefd, maar ook door factoren als de soort en zwaarte van verrichte operaties en de gezondheid van de patiënt. Ook zijn de cijfers uit PREZIES landelijk gezien niet representatief, omdat niet alle Nederlandse ziekenhuizen eraan deelnemen.

OPERATIETYPE

Praktisch betekent dit dat betrouwbare prestatiegegevens over ziekenhuisinfecties, verzameld binnen het PREZIES-netwerk, alleen op detailniveau te presenteren zijn. Zo zijn cijfers over postoperatieve wondinfecties alleen bruikbaar voor een specifiek omschreven operatietype. Dit heeft voor bijna alle operaties tot gevolg dat de jaarlijkse aantallen ervan per ziekenhuis te klein zijn om een zodanig accurate schatting te maken van het infectiepercentage, dat die bruikbaar is voor een snelle vergelijking

teitsverbetering is, waardoor juist infecties die na behandelingen optreden in de surveillance worden opgenomen, waarbij het vermoeden bestaat dat er kwaliteitswinst valt te behalen.

INTERNE STURING

Gezien de genoemde beperkingen zouden zorgverzekeraars zich beter kunnen richten op structuurindicatoren - de aanpak van preventie van ziekenhuisinfecties in brede zin - dan op uitkomstindicatoren. Vragen daarbij zijn of het ziekenhuis een beleidsplan heeft om het aantal zorginfecties effectief aan te pakken, welke doelstellingen het hanteert en welke interventies worden uitgevoerd om die te behalen. Ook is het nodig te weten of de formatie voor infectiebestrijding aan de geldende norm voldoet. Bij het formuleren van resultaten zouden ziektekostenverzekeraars zich beter kunnen richten op verbeteringen op procesniveau, die vervolgens leiden tot verbete-

Effecten belangrijke risicofactoren meewegen

tussen ziekenhuizen. In sommige gevallen maakt dan één infectie meer of minder het verschil tussen 'goed' en 'slecht'.

Daarnaast vereist een zinvolle vergelijking van infectiecijfers dat de effecten van de belangrijkste risicofactoren worden meegewogen. Voorbeelden hiervan zijn patiënt- en behandelinggebonden risico's, maar ook ziekenhuisgebonden risicofactoren, zoals de opleidingsstatus van een ziekenhuis. Dit staat nog los van het feit dat het doel van PREZIES kwali-

ringen op uitkomstniveau, dan sec op de uitkomstmaat.

Het voornaamste doel van het verzamelen van infectiecijfers is de opsporing en preventie van oorzaken voor het optreden van deze soms zeer ernstige complicatie van medisch handelen. Deze gegevens zijn primair bedoeld voor interne sturing. Het is dan ook de vraag of openbaarmaking van infectiecijfers zal bijdragen aan kwaliteitsverbetering. En als de cijfers al gepubliceerd moeten

SAMENVATTING

- Het nieuwe zorgstelsel is gebaat bij betrouwbare, objectieve, heldere en toegankelijke informatie over prestaties van de gezondheidszorg.
- Prestatiecijfers zijn niet los te zien van de definities waarop ze zijn gebaseerd. Om die reden zijn infectiecijfers voor patiënten, zorgverzekeraars en overheid moeilijk hanteerbaar.
- Om perverse effecten - zoals de manipulatie van gegevens en patiëntenselectie - te voorkomen, moeten aan infectiecijfers geen taakstellende consequenties worden verbonden.
- Infectiecijfers zijn primair bedoeld voor interne sturing. Het is de vraag of openbaarmaking ervan bijdraagt aan kwaliteitsverbetering.
- Het zou een enorme stap voorwaarts zijn als zorgverzekeraars en overheid zich zouden richten op structuur- en procesindicatoren voor de preventie van ziekenhuisinfecties in brede zin, in plaats van op specifieke infectiecijfers.

MC-artikelen over PREZIES en over openbaarheid vindt u via onze site: www.medischcontact.nl/dezeweek.



worden, staat voorop dat ziekenhuizen dit zelf doen. Alleen zij kunnen de cijfers in perspectief plaatsen en van de juiste toelichting voorzien. Zowel de zorgverzekeraar als de overheid zou vooral consequenties moeten verbinden aan de inspanningen van een ziekenhuis om het aantal infecties te reduceren en minder aan de infectiecijfers zelf. ■

J.C. Wille,
senior adviseur, Kwaliteitsinstituut CBO, projectleider
PREZIES-netwerk

dr. S. van den Hof,
epidemioloog, RIVM, projectleider PREZIES-netwerk

Correspondentieadres: j.wille@cbo.nl
Belangenverstrengeling: niet gemeld

Referentie

1. Wille, J.C., Van den Hof, S. Openbaarheid geen doel op zich. *Medisch Contact* 2005 (60); 10: 399-401.