

COMMENTAAR

Infectiepreventie in Nederlandse ziekenhuizen

RESULTATEN ZEGGEN MEER DAN PROCESINDICATOREN

Marc J.M. Bonten, Alexander Friedrich, Jan A.J.W. Kluytmans, Christina M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, Andreas Voss en Margreet C. Vos

De wereldwijde toename van infecties veroorzaakt door bacteriën die resistent zijn tegen antibiotica, zogenaamde bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), wordt beschouwd als een van de belangrijkste bedreigingen voor de mens. De toename van resistentie tegen carbapenems kan ook voor Nederlandse patiënten relevant worden, aangezien deze antibiotica steeds vaker ingezet moeten worden voor infecties veroorzaakt door bacteriën die 'extended'-spectrum-betalactamases produceren en die ongevoelig zijn voor bijna alle antibiotica die we doorgaans inzetten in onze ziekenhuizen.

IGZ-RAPPORT: PROCESINDICATOREN

Net vóór kerst 2013 presenteerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) haar rapport 'Keten van infectiepreventie in ziekenhuizen breekbaar: meerdere zwakke schakels leiden tot onveilige zorg'.¹ Op basis van een enquête onder alle Nederlandse ziekenhuizen en van

bezoeken van 26 ziekenhuizen concludeert de IGZ dat de Nederlandse ziekenhuizen niet goed zijn voorbereid op de toename van BRMO, omdat richtlijnen onvoldoende worden nageleefd. Ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bezorgd en volgens haar blijkt uit dit onderzoek dat er binnen de ziekenhuizen onvoldoende besef is dat goede infectiepreventie een voorwaarde is voor veilige patiëntenzorg. De IGZ doet een dringende oproep de normen aan te scherpen, en kondigt aan de naleving van de aangescherpte normen strikt te zullen handhaven.

Het onderzoek van de IGZ concentreert zich op de mate waarin individuele aspecten van vigerende richtlijnen ter voorkoming van verspreiding van BRMO en methiciline-resistente *Staphylococcus aureus* worden nageleefd. Hierbij heeft de IGZ uitsluitend gescoord op het letterlijk naleven van de richtlijnen, zonder de verschillende aspecten van de richtlijn te waarderen op relevantie. In het UMC Utrecht, bijvoorbeeld, is vastgesteld dat het aan de schoonmaker van patiëntenkamers wordt overgelaten om naar eigen inzicht de doekjes te bevochtigen om er klamvochtig mee te kunnen werken. Er was geen doseerbeker voor het toe te voegen water en daarmee scoorde het ziekenhuis een onvoldoende voor het onderdeel 'schoonmaak'. Daarnaast ontbraken in menig ziekenhuis formulieren met resultaten van audits over handhygiëne, werd niet elke patiënt die zich op de Spoedeisende Hulp meldde bevraagd op aanwezigheid van risicofactoren voor dragerschap van BRMO, en waren aftekenlijsten voor de schoonmaak van individuele kamers en zichtbare indicatoren voor de luchtstromen in isolatiekamers vaak afwezig.

Op zich zijn dit interessante bevindingen, maar de relevantie voor de patiëntveiligheid is niet zonder meer duidelijk. Aspecten als 'wat is de kans om een infectie veroorzaakt door een BRMO in een Nederlands ziekenhuis op te lopen?' en 'is die kans de laatste jaren toegenomen?' zijn niet onderzocht. De IGZ heeft zich beperkt tot het meten van procesindicatoren, terwijl de relevante en beschikbare uitkomstindicatoren niet meegenomen zijn.

DISCREPANTIE

De incidentie van ernstige ziekenhuisinfecties veroorzaakt door BRMO is in Nederlandse en Scandinavische

Universitair Medisch Centrum, afd. Medische Microbiologie, Utrecht.

Prof.dr. M.J.M. Bonten, arts-microbioloog (tevens: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht).

Universitair Medisch Centrum, afd. Medische Microbiologie, Groningen.

Prof.dr. A. Friedrich, arts-microbioloog.

Amphia Ziekenhuis, Laboratorium voor Microbiologie en Infectiepreventie, Breda.

Prof.dr. J.A.J.W. Kluytmans, arts-microbioloog (tevens: VUmc, afd. Medische Microbiologie en Infectiepreventie, Amsterdam).
VUmc, afd. Medische Microbiologie & Infectiepreventie, Amsterdam.

Prof.dr. C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls, arts-microbioloog.
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, afd. Medische Microbiologie en Infectieziekten, Nijmegen.

Prof.dr. A. Voss, arts-microbioloog (tevens: Radboudumc, afd. Medische Microbiologie, Nijmegen).

Erasmus Medisch Centrum, afd. Medische Microbiologie en Infectieziekten, Rotterdam.

Prof.dr. M.C. Vos, arts-microbioloog.

Contactpersoon: prof.dr. M.J.M. Bonten (mbonten@umcutrecht.nl).

ziekenhuizen de laagste in de wereld, en dat is al jaren zo. In 4 grote Nederlandse en 3 Scandinavische ziekenhuizen was de kans op een in het ziekenhuis opgelopen bacteriëmie veroorzaakt door BRMO 3 en 4,8 per 100.000 patiëntdagen in respectievelijk 1998 en 2007.² In een prospectief onderzoek in 2008 in 18 Nederlandse ziekenhuizen werden op basis van genotypering nauwelijks clusters van besmetting door BRMO vastgesteld.³ Infecties of uitbraken veroorzaakt door carbapenemase-producerende bacteriën zijn nog steeds uiterst zeldzaam. De uitbraak van OXA-48-producerende *Klebsiellapneumoniae* in het Maasstad Ziekenhuis kreeg zeer veel aandacht in de media maar was de spreekwoordelijke uitzondering.⁴

De discrepantie tussen de conclusies van de IGZ en de actuele veiligheidssituatie in onze ziekenhuizen is een gevolg van de eenzijdige aandacht voor procesindicatoren, door de IGZ gedestilleerd uit door de beroepsgroep opgestelde richtlijnen. Voor infectiepreventie worden veel verschillende maatregelen aanbevolen, terwijl de effectiviteit van geen enkele individuele maatregel wetenschappelijk is vastgesteld. Dat geldt zelfs voor handhygiëne. Jarenlange ervaring heeft geleerd dat een combinatie van maatregelen gewenste effecten heeft, zoals een lage incidentie van infecties door BRMO, maar het is onbekend welke maatregel in welke mate bijdraagt aan dat succes. Het is ook al jaren bekend dat handhygiëne in Nederlandse ziekenhuizen suboptimaal is,⁵ maar niemand kan zeggen hoeveel verbetering noodzakelijk is en welk resultaat daarmee geboekt kan worden. Desalniettemin worden ziekenhuizen nu afgerekend op 100% naleving van deelaspecten van de richtlijn.

De conclusies van de IGZ zullen in veel ziekenhuizen tot 'verbeteracties' leiden. Dit lijkt op het eerste gezicht positief, maar het kan ook negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. In een aantal ziekenhuizen is al berekend dat de kosten van de door de IGZ gewenste aanpassingen aan de isolatiekamers honderdduizenden euro's zullen bedragen, zonder enige garantie dat de patiëntenzorg daardoor veiliger wordt. De werk-

zaamheden van deskundigen infectiepreventie zullen afgestemd worden op de 'scoreformulieren' van de IGZ, waardoor andere, al dan niet zelf-gedefinieerde verbetertrajecten niet uitgevoerd kunnen worden. Nog het kwalijkst is dat patiënten ten onrechte het gevoel krijgen dat er op dit moment binnen de Nederlandse ziekenhuizen een onveilige situatie bestaat en dat er onvoldoende besef is dat goede infectiepreventie een voorwaarde is voor veilige patiëntenzorg. Ten slotte zal het feit dat de IGZ nu een door de beroepsgroep opgestelde richtlijn zonder nuancering als wet hanteert waarschijnlijk ook de manier van toekomstige richtlijnformuleringen beïnvloeden.

OBJECTIEVE EN RELEVANTE INDICATOREN

De minister heeft aangekondigd toezicht te blijven houden op infectiepreventie in ziekenhuizen en daar vanaf dit jaar het verantwoord gebruik van antibiotica in mee te nemen. We realiseren ons terdege dat de opmars van antibioticaresistentie een reële bedreiging is, dat ziekenhuizen zich daarop moeten voorbereiden, dat de IGZ instrumenten nodig heeft om erop toe te zien dat dat gebeurt en dat er ook in Nederlandse ziekenhuizen nog ruimte voor verbetering is. We doen daarom een klemmend beroep op de IGZ om in overleg met de beroepsgroepen objectieve en voor de patiëntveiligheid relevante indicatoren te formuleren om de veiligheid van Nederlandse ziekenhuizen op het gebied van infectiepreventie en verspreiding van BRMO vast te stellen.

Belangenconflict: formulieren met belangenverklaringen zijn beschikbaar bij dit artikel op www.ntvg.nl (zoeken op A7395; klik op 'Belangenverstrengeling'). Financiële ondersteuning voor dit artikel: A. Friedrich ontving een onderzoekssubsidie van EU-Interreg/Dutch Provinces voor het 'EurSafety health-net'-project.

Aanvaard op 20 januari 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7395

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/OPINIE**

LITERATUUR

- 1 Keten van infectiepreventie in ziekenhuizen breekbaar: meerdere zwakke schakels leiden tot onveilige zorg. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2013.
- 2 Ammerlaan HS, Harbarth S, Buiting AG, et al. Secular trends in nosocomial bloodstream infections: antibiotic-resistant bacteria increase the total burden of infection. *Clin Infect Dis*. 2013;56:798-805.
- 3 Willemsen I, Elberts S, Verhulst C, et al. Highly resistant gram-negative microorganisms: incidence density and occurrence of nosocomial transmission (TRIANGLE Study). *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011;32:333-41.
- 4 Bonten MJM. Antibioticaresistente bacteriën: lessen uit het Maasstad Ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2011;155:A3992.
- 5 Erasmus V, Kuperus MN, Richardus JH, Vos MC, Oenema A, van Beeck EF. Improving hand hygiene behaviour of nurses using action planning: a pilot study in the intensive care unit and surgical ward. *J Hosp Infect*. 2010;76:161-4.