

Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties binnen het PREZIES netwerk

Praktische punten naar aanleiding van de ontvangst van de surveillanceresultaten (fase 3)

A.E. v.d. Zeeuw, teamlid PREZIES/CBO
J.C. Wille, projectleider PREZIES/CBO
S. van den Hof, projectleider PREZIES/RIVM

Samenvatting

Dit artikel is het derde deel (fase 3) uit een serie van vier artikelen met als titel "Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van surveillance van ziekenhuisinfecties". Het is geschreven voor de ziekenhuishygiënist of ieder ander die belast is met de verantwoording voor het starten, uitvoeren en onderhouden van de surveillance van ziekenhuisinfecties.

Het doel van de artikelen is inzicht te verschaffen in de overwegingen en de daaruit volgende stappen die ten grondslag liggen aan het starten en onderhouden van het surveillancetraject.

De serie van vier artikelen is ingedeeld volgens de vier fasen van de Demingcirkel.

Fase 1, plan-fase: praktische punten voordat men de surveillance start.

Fase 2, do-fase: praktische punten tijdens de surveillance.

Fase 3, study-fase: praktische punten n.a.v. ontvangst resultaten.

Fase 4, act-fase: praktische punten bij kwaliteitsverbeterende activiteiten.

Met het schrijven van deze artikelen wordt gepoogd het veld praktische handvatten te bieden gedurende het surveillancetraject.

Het eerste artikel (fase 1) gaat in op de vragen die beantwoord dienen te worden en de voorwaarden die gecreëerd moeten zijn voordat men kan gaan starten met de surveillance¹. Het tweede artikel (fase 2) gaat in op het proces, dus de methode van opsporing van ziekenhuisinfecties en het verzamelen en invoeren van gegevens². Dit derde artikel gaat in op het ontvangen, verspreiden en interpreteren van de resultaten van de surveillance.

Terugrapportage van ingezonden gegevens

Terugrapportages van de door de ziekenhuizen ingezonden data worden door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) anoniem, alleen voorzien van een ziekenhuisnummer, naar het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (CBO) verzonden. Hier worden de ziekenhuisnummers omgezet in ziekenhuisnamen met de daarbij behorende contactpersonen. Vanuit het CBO wordt de terugrapportage naar de contactpersonen verzonden. De terugrapportage van gegevens uit de module Post-

operatieve wondinfecties is altijd voorzien van een leeswijzer, waarin uitgelegd wordt hoe de gegevens gelezen en geïnterpreteerd dienen te worden. Voor de andere modules worden nog leeswijzers ontwikkeld.

Soorten terugrapportages

Er wordt gebruik gemaakt van drie soorten terugrapportages, te weten het overzichtsrapport, het detailrapport en het verwerkingsrapport.

In het overzichtsrapport staan de (CTG)-codes vermeld waarvan onvoldoende data voorhanden zijn om er detailrapporten van te maken. Dit is het geval wanneer minder dan drie ziekenhuizen de betreffende (CTG)-code registreren, wanneer er landelijk minder dan 100 ingrepen van deze (CTG)-code voorhanden zijn of wanneer het ziekenhuis van deze (CTG)-code minder dan twintig ingrepen geregistreerd heeft.

In de detailrapporten worden de gegevens nader uitgesplitst. Dit is afhankelijk van de module, er kan bijvoorbeeld per CTG-code uitgesplitst worden, of er kan een uitsplitsing gemaakt worden in het wel of niet includeren van surveillance na ontslag. Ook kan men een uitsplitsing maken naar bijvoorbeeld het soort lijn dat gebruikt is.

Er zal ook een verwerkingsrapport gemaakt worden. Dit rapport toont de ingelezen periode, het aantal geaccepteerde patiënten en details van de geweigerde records. Bij meer dan 10% fouten wordt het bestand geweigerd.

Op verzoek vanuit een ziekenhuis kunnen nadere analyses gemaakt worden uit de toegezonden surveillancegegevens

De periode tussen het insturen van gegevens en het ontvangen van een rapport bedraagt maximaal vier weken.

Oorzaken weigeren records

De meest voorkomende redenen voor het weigeren van records zijn de volgende:

Er wordt geen logische datum opeenvolging weergegeven, dat wil zeggen, de geboortedatum, de opnamedatum, datum van verrichting en ontslagdatum.

Het gebruik van vreemde codes, zoals het geslacht invoeren middels de letter (v) voor vrouw wordt wel geaccepteerd terwijl de letter (f) voor vrouw niet geaccepteerd wordt. Ditzelfde geldt voor koorts. Wanneer men "ja" invult met (j) dan wordt dit geaccepteerd, wordt dit met (y) gedaan dan niet.

Praktische punten naar aanleiding van de ontvangst van de surveillanceresultaten (fase 3)

Ook ingezonden records met onbekende waarden worden niet geaccepteerd. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld een ASA klasse 7 of een wondklasse 5. Ook bij het ontbreken van gegevens zoals het niet invullen van een infectiedatum wordt een record geweigerd.

Daarnaast komt het regelmatig voor dat er een oppervlakkige postoperatieve wondinfectie ingevuld staat, welke is vastgesteld na de periode van 30 dagen na de operatie. Ook van patiënten die in de surveillance zijn opgenomen met een lijn die binnen 48 uur al weer verwijderd is, worden de records geweigerd. Een ziekenhuis heeft de mogelijkheid de ontbrekende gegevens aan te leveren of de foutieve gegevens te corrigeren en de data opnieuw in te sturen. Er volgt dan een nieuwe rapportage.

Uit bovenstaande blijkt dat het van groot belang is de juiste en complete gegevens in te zenden. Controle op invoer van de juiste gegevens middels interne validatie zoals reeds besproken in het vorige artikel is onontbeerlijk ².

Verspreiden gegevens uit de terugrapportage

De terugrapportage wordt naar die contactpersoon in het ziekenhuis gestuurd die als zodanig bekend is bij het CBO. In één ziekenhuis kunnen meerdere contactpersonen zijn. Dit kan voorkomen wanneer een ziekenhuis aan meerdere modules deelneemt. De contactpersoon, meestal de hygiënist, is één van de eerste personen die de terugrapportage onder ogen krijgt en ziet waar het ziekenhuis staat met betrekking tot het infectiepercentage.

Het is goed om zich te realiseren dat deze infectiepercentages de uitkomst zijn van een ingewikkeld proces. Het proces van opname, behandeling en nazorg. Een proces waarin de hygiënist adviseert op het gebied van hygiëne en infectiepreventie, daarbij ondersteund door de nodige richtlijnen. Dit geldt ook voor de andere medespelers in het proces. De terugrapportage is de uitkomst van de optelsom van ieders bijdrage aan het proces vermeerderd met de conditie van de patiënt. Het is dan ook vanuit die optiek dat naar de infectiepercentages gekeken moet worden, namelijk als uitkomsten van een proces.

De eindverantwoordelijkheid van dit proces ligt bij de arts. Het is belangrijk de resultaten breed te verspreiden. De plaats waar de gegevens in ieder geval besproken dienen te worden, is de infectiecommissie.

In de infectiecommissie moet discussie naar aanleiding van de resultaten plaatsvinden en indien nodig moeten de verbeteracties besproken worden. De specialisten die zitting hebben in de commissie kunnen hun achterban informeren over de resultaten.

Bij de modules Postoperatieve wondinfecties en Wondinfecties na hartchirurgie dienen alle operateurs een kopie van de voor hen relevante gegevens te krijgen, evenals een overzicht van gegevens voor de maatschap. Bij de modules Lijnsepsis en Beademing-gerelateerde pneumonie geldt dit in de regel voor de intensivist en andere intensive-care artsen. De ervaring is dat naast het verspreiden van de schriftelijke gegevens een bijeenkomst om de terugrapportage nader toe te lichten zeer waardevol kan zijn. In zo'n bijeenkomst kan het toelichten van de leeswijzer een rol zijn voor de contactpersoon/hygiënist. Bij

het inhoudelijk bespreken van de uitkomsten wordt een bijdrage van alle aanwezigen verwacht en het is niet per definitie de taak van de hygiënist om met voorstellen te komen. Wanneer er veel aan surveillance van ziekenhuisinfecties gedaan wordt is het verstandig twee tot driemaal per jaar een vast surveillanceoverleg te organiseren. Naast het bespreken van de terugrapportages kunnen ook de criteria voor het vaststellen van een ziekenhuisinfectie weer eens opgefrist worden (zie ook de casusbespreking op website www.prezies.nl) ³ en kunnen de bijeenkomsten ongemerkt het karakter van een interne validatie krijgen, hetgeen uiterst zinvol is ⁴. Op deze wijze kunnen ook de medewerkers die nieuw aanschuiven in het surveillancetraject direct kennis maken met de werkwijze binnen de surveillance.

In het eerste artikel werd aangeraden om voor de start van de surveillance te inventariseren welke medewerkers of afdelingen een rol gaan spelen in de surveillance ¹. Het is van belang om deze betrokken medewerkers en/of afdelingen ook op de hoogte te stellen van de uitkomsten van de terugrapportage, want niet elke discipline is vertegenwoordigd in de infectiecommissie. Niets is zo frustrerend dan wel mee te helpen gegevens te verzamelen en vervolgens nooit wat over de resultaten te horen.

Interpretatie uitkomsten

De uitkomsten van de terugrapportage geven inzicht waar het ziekenhuis staat met het infectiepercentage van een bepaalde operatie, lijnsepsis of beademing-gerelateerde pneumonie ten opzichte van andere ziekenhuizen. Bij de analyse en gebruik van de surveillancegegevens moeten meetfouten en daardoor interpretatiefouten worden uitgesloten. Voordat de surveillancegegevens binnen de instelling worden teruggekoppeld is het goed als men zich afvraagt of het mogelijk is dat een eventueel gevonden verschil op toeval berust (berekenen betrouwbaarheidsinterval). Tevens dient men nogmaals te bedenken of er geen selectie is opgetreden bij de opname van patiënten in de surveillance, of er niet is afgeweken van de definities voor het vaststellen van een ziekenhuisinfectie en/of de classificatie van ingrepen en of de resultaten (mede) afhankelijk kunnen zijn van niet meegewogen patiënt-, behandelings- of ziekenhuisgebonden risicofactoren.

Wanneer één van bovengenoemde zaken van toepassing is, is het belangrijk om de invloed van de meetfout op het resultaat in te schatten ⁵.

Daarnaast kan de inhoud van de hoofdstukken 'Het gebruik van referentiecijfers' in de diverse PREZIES-protocollen in het Handboek PREZIES als leidraad dienen bij het gebruik van de referentiecijfers ⁶.

De uitkomsten van de terugrapportage geven tevens inzicht in het antwoord op de vraag of de vooraf afgesproken doelstelling is behaald. Onderstaande voorbeelden laten zien hoe men naar de cijfers uit de terugrapportage kan kijken vanuit twee verschillende doelstellingen.

Wanneer de uitkomsten van de surveillance worden afgezet tegen de doelstelling 'Het verkrijgen van inzicht in de hoeveelheid postoperatieve wondinfecties bij mamma-operaties', dan heeft men dit inzicht verkregen en kan men

Praktische punten naar aanleiding van de ontvangst van de surveillanceresultaten (fase 3)

zich afvragen of men er tevreden mee is dan wel of er interventies moeten gebeuren om na de volgende surveillancerperiode met gunstiger resultaten uit de bus te komen. Wanneer voor dit laatste gekozen wordt, zal opnieuw een duidelijke doelstelling geformuleerd moeten worden. Wanneer de uitkomsten van de surveillance worden afgezet tegen de doelstelling 'Het terugdringen van het aantal postoperatieve wondinfecties bij mamma-operaties met 40%', dan zijn in de regel reeds interventies gedaan om het terugdringen van het aantal wondinfecties te bewerkstelligen. Is dit gelukt dan is de vraag of men met het behaalde resultaat genoeg neemt of dat men naar een nog beter resultaat wenst te streven, bijvoorbeeld een resultaat onder de P25 waarde. (Dit betekent dat 25% van de ziekenhuizen een infectiepercentage heeft dat lager is dan deze waarde).

Is de doelstelling niet behaald dan zal de effectiviteit van de reeds ondernomen interventies nog eens onder de loep genomen moeten worden. Nieuwe interventies kunnen dan noodzakelijk zijn.

De uitkomsten van het eerste voorbeeld kunnen richtinggevend werken voor een instelling, terwijl de uitkomsten van het tweede voorbeeld het resultaat weergeven van het succes van ingevoerde interventies. Het interpreteren van de cijfers uit de terugrapportage kan dus verschillend zijn bij twee verschillende doelstellingen. In het vierde deel van deze serie zal hier verder op ingegaan worden.

Doorgaan of veranderen

Tijdens het bespreken van de resultaten van de surveillance zal men steeds moeten bedenken dat men de surveillance uitvoert ter verbetering van de patiëntenzorg. Dit houdt in dat men niet registreert om het registreren. Het komt in de praktijk regelmatig voor dat bepaalde ingrepen eindeloos geregistreerd worden zonder dat er nog sprake is van het behalen van kwaliteitswinst, bijvoorbeeld omdat de infectiecijfers onder de P25 waarde liggen of omdat men ingrepen registreert waarvan vanuit de literatuur bekend is dat het infectiepercentage bij die ingrepen al erg laag is. Het is dan aan de voor de surveillance verantwoordelijke persoon om bijvoorbeeld binnen het overleg van de infectiecommissie aan te geven dat verdere registratie van deze ingreep niet meer echt zinvol is op dit moment. Wellicht is het wel zinvol op een later tijdstip de registratie van een ingreep voor een korte periode op te pakken, om te zien of eerder behaalde resultaten beklijven. Hetzelfde probleem doet zich voor wanneer postoperatieve wondinfecties gevolgd worden van patiënten die slechts zeer kort in het ziekenhuis verblijven en bij wie geen surveillance na ontslag plaatsvindt. Ook hier geldt weer dat er veel energie gestoken wordt in het verzamelen van de gegevens terwijl er geen uitkomsten zijn waar men iets mee kan.

De tijd die aan surveillance van ziekenhuisinfecties besteed kan worden dient zo efficiënt mogelijk gebruikt te worden. Zodra duidelijk wordt dat de kwaliteitswinst vanuit de

surveillanceresultaten gering(er) wordt zijn voorstellen om nieuwe ingrepen of andere modules te gaan volgen op zijn plaats.

Tot slot

Er zijn vele mogelijkheden om de gegevens van de terugrapportages te verspreiden binnen de organisatie. Dit is afhankelijk van de wijze waarop de communicatie binnen de instelling is georganiseerd. Alleen maar kennis nemen van een aantal cijfers is wel de meest passieve vorm die te bedenken valt. Het belangrijkste onderdeel van de terugrapportage is de discussie over de inhoud ervan, de interpretatie van de cijfers en het met elkaar brainstormen over de eventuele stappen die ondernomen kunnen worden om het goede niveau te behouden dan wel een tegenvallend resultaat te verbeteren. Want daar gaat het uiteindelijk om.

Overzicht praktische punten

Het is belangrijk om de juiste en complete gegevens aan te leveren om te voorkomen dat records geweigerd worden.

Gegevens uit de terugrapportage dienen in een (infectie-)commissie besproken te worden.

Gegevens uit de terugrapportage dienen schriftelijk naar de betrokken artsen, maatschap en andere bij de surveillance betrokkenen in de instelling gezonden te worden. Een mondelinge toelichting op de terugrapportage is zeker aan te bevelen.

Het instellen van een surveillanceoverleg is zinvol en kan een onderdeel zijn van het proces van interne validatie.

Leg de resultaten uit de terugrapportage naast de geformuleerde doelstelling en trek conclusies.

Niet registreren om het registreren. Kies die ingrepen of modules waar een grote kwaliteitswinst te behalen is.

Durf te stoppen met registreren wanneer de resultaten niet (meer) bijdragen tot een kwaliteitswinst voor de patiënt.

Literatuur

- 1 Zeeuw van der AE, Wille JC, Hof van den S. Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van Surveillance; praktische punten voordat men de surveillance start. Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie 2004; 6: 135 - 139.
- 2 Zeeuw van der AE, Wille JC, Hof van den S. Aandachtspunten bij het starten en onderhouden van Surveillance; praktische punten tijdens de uitvoering van de surveillance. Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie 2005; 2: 27 - 32.
- 3 Casusbespreking op website www.prezies.nl.
- 4 Manniën J, Hof van den S, Wille JC. Interne validatie binnen het PREZIES netwerk. Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie 2004; 5: 118 - 119.
- 5 Wille JC, Interpreteren en besluiten. Cursusboek Boerhave cursus. Surveillance als Kwaliteitsinstrument; Leiden, 2001: 77 - 84.
- 6 Het gebruik van referentiecijfers. Handboek PREZIES; zie de hoofdstukken B1.8, B2.9, B3.8 en B4.8; CBO Utrecht, nov. 2004.

Geaccepteerd april 2005