

Opkomst en ondergang van de WIP

Gijs Ruijs

Op 24 oktober 1988 werd te Leiden de Stichting Werkgroep Infectie Preventie (WIP) opgericht door de Vereniging voor Hygiëne & Infectiepreventie in de Gezondheidszorg (VHIG), de Vereniging voor Infectieziekten (VIZ) en (twee voorgangers van) de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM).¹ De reden was dat er bij de infectiepreventieprofessionals behoefte was aan gelijklopende, nationale richtlijnen op hun vakgebied. De richtlijnen zijn voor hen wat de hamer is voor de timmerman, onmisbaar gereedschap. Het ging de WIP voor de wind. De WIP-richtlijnen, waar veel vraag naar was, kregen alom erkenning als veldnorm en het aantal richtlijnen, op uiteenlopende terreinen, steeg tot circa 130. De vraagbaak van de WIP, waar professionals bij problemen direct contact mee konden opnemen, werd frequent geraadpleegd en voldeed duidelijk aan een behoefte. De WIP werd een vanzelfsprekendheid in gezondheidszorgland. Een fantastisch resultaat van prof. Peterhans van den Broek en de zijnen en, niet te vergeten, de zorgprofessionals die zich al die tijd belangeloos voor de WIP hadden ingezet. Nu echter, zo'n dertig jaar na de oprichting, bevindt de stichting WIP, die icoon in de zorg, zich in liquidatie. Hoe heeft het in 's hemelsnaam zover kunnen komen?

Vanwege het format van dit tijdschrift beperk ik me tot de highlights van het proces van afbladderende in de finale vijf jaren dat ik bij de WIP betrokken was. Want helemaal wolkeloos was de hemel al niet meer toen ik in 2013 benaderd werd om het voorzitterschap op me te nemen. In 2010 organiseerde de WIP een invitationale conference met 20 stakeholders om de bouwstenen voor een nieuw beleidsplan te leggen. Het piepkleine budget (€ 350.000,00/jaar) was een van de serieuze knelpunten. Zeker toen in 2011 prof. Peterhans van den Broek met pensioen ging en toenemend achterstanden ontstonden bij de revisie

van richtlijnen, werd, alleen al om bij te blijven, het uitbreiden van het – met 3,6 fte al even piepkleine – bureau steeds urgenter. Ook in de contacten met prof. Roel Coutinho, directeur van het Centrum voor Infectieziektenbestrijding (CIb) van het RIVM, subsidieverlener van de WIP, was de tekortschietende financiering een terugkerend gespreksonderwerp. Aangezien de subsidie van de overheid als basisvoorziening bedoeld was, werd voor structurele budgetuitbreiding logischerwijs gekeken naar de partij die bij uitstek het meeste profijt had van de WIP-richtlijnen: de ziekenhuizen. Het gesprek dat door prof. Jan Kluytmans, toenmalig voorzitter WIP, en Roel Coutinho daartoe aangegaan werd met de NVZ leidde tot niets. De NVZ (evenals in het kielzog de NFU en Actiz) 'zag geen rol voor zichzelf als het ging om (structurele) financiering van richtlijnontwikkeling'. Dit zou al die jaren de mantra van de NVZ worden. Er was geen enkele constructieve, inhoudelijke dialoog mogelijk. De € 150.000,00 die in eerste instantie aan de WIP was toegezegd als eenmalige steun werd in één moeite weer ingetrokken. Het moet een bijzondere bestuursvergadering geweest zijn waarin dat werd besloten, want met een beetje gezond boerenverstand kon je weten dat infectiepreventie (WIP-richtlijnen!) voor de ziekenhuizen zéér lucratief was en is. Zowel medisch inhoudelijk (de WIP-richtlijn MRSA voorkomt bijvoorbeeld zo'n 150 MRSA-sterfgevallen per jaar),² als financieel onder meer door het voorkómen van – disproportioneel kostbare – ziekenhuisinfecties.^{3,4} Dit nog los van het feit dat de NVZ hiermee de infectiepreventieprofessionals van de eigen instellingen in de steek liet. Gezien het grote belang van de WIP vond ik het

Isala Klinieken, Zwolle, G.J.H.M. Ruijs arts-microbioloog.
Correspondentieadres: g.j.h.m.ruijs@isala.nl

waard mijn tijd en energie daarin te steken Dit móest wel goed komen, want ik had bij mijn bestuurlijke werkzaamheden, zowel in mijn beroepsuitoefening als daarbuiten, nog nooit meegemaakt dat partijen vanuit inhoudelijk perspectief niet tot oplossingen konden komen. Vrijwel gelijktijdig waren we met de komst van Patricia Houtman (VHIG) en Emile Schippers (VIZ) bestuurlijk compleet. Het bureau WIP was versterkt met een medisch directeur (Ingrid Spijkerman en na haar: Ellen Mascini) en ad interim directeur (Frank Leguijt). Het bleek ook als nieuw bestuur helaas onmogelijk om ter kennismaking contact te krijgen met het NVZ bestuur. In die laatste vijf jaar werden we op afstand gehouden door de met mantra bewapende beleidsmedewerkster.

De alles overheersende taak voor ons was om meer middelen te genereren. Geld vragen voor (toegang tot) de richtlijnen was geen optie. De WIP richtlijnen zijn een door de gehele zorg gebruikt, collectief goed dat iedereen drempelloos ter beschikking moet staan en toen het NVZ-bestuur incommunicado bleek, verlegden we in 2014 de koers naar de ziekenhuizen zelf met een verzoek voor een – al even piepkleine – bijdrage. Aan Isala (mijn ziekenhuis, dat niet wegliep voor zijn verantwoordelijkheid) vroegen we bijvoorbeeld €9.000,-, i.e. 1,5 procent van het budget infectiepreventie, ofwel ongeveer een derde van de meerkosten van één postoperatieve heupprothese-infectie.^{5,6}

Nog geen twee dagen nadat de brief bij de Raden van Bestuur aankwam reageerde het NVZ-bestuur als door een wesp gestoken met een oekaze naar de leden om geen gehoor te geven aan ons (vrijwillig) financieringsverzoek. Je onttrekken aan je verantwoordelijkheid is één, maar moedwillig een stok tussen de spaken steken is iets geheel anders.

Hoewel we legio kansen zagen om de WIP verder door te ontwikkelen (gebruikers/stakeholdersenquêtes, Wikipedia type commentaarmogelijkheden, maatwerkapps, toevoegen budget impact analysis (BIA), actualiteitsrichtlijnen (bijvoorbeeld Ebola) et cetera) moesten we noodgedwongen de andere kant uit: kosten reduceren. Het aantal richtlijnen terugbrengen tot de allernoodzakelijkste, de zogenaamde kernrichtlijnen voor de ziekenhuizen en verpleeghuizen. Van 130 naar zo'n 80.

Ook die richtlijnen raakten steeds meer over hun revisiedatum en het voelde helemaal niet goed

om daar bestuurlijke verantwoordelijkheid voor te dragen, zelfs als dat buiten onze macht lag. We besloten daarom in 2014 met pijn in het hart de verlopen richtlijnen van de website te verwijderen, wat een hele opluchting gaf. Voor even, want al snel werden we gebombardeerd met verzoeken, ook vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die zijn veldnormen zag verdwijnen, en VWS, om alles weer terug te draaien. Waar we, aardig als we zijn, aan hebben voldaan. VWS zegde toe dat er een oplossing voor ons financiële probleem zou komen. Dat zou fijn geweest zijn.

Ondertussen was gekeken naar mogelijkheden tot samenwerking. De twee opties waren de Landelijke Coördinatie Infectieziekten (LCI) van het Clb en het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (KiMS). Een plek bij het LCI werd uiteindelijk door de directieraad van het RIVM geblokkeerd en de toenmalige Orde (nu: Federatie Medisch Specialisten) had problemen met de brede scope van de WIP. Er zaten bij de richtlijnen veel die niet medisch-specialistisch maar (uiteraard) instellingsgericht waren, wat bezwaarlijk was en daarnaast speelde het financiële risico dat de WIP inmiddels vertegenwoordigde een niet onbelangrijke rol.

Het stond weer stil en het perspectief werd gaandeweg somberder, de risico's op een infaust beloop groter. Medewerkers van het bureau vertrokken naar elders. Als laatste redmiddel hebben we een brandbrief naar de minister van VWS gestuurd over het naderende einde van de WIP, waarop CDA-kamerlid Hanke Bruins Slot in november 2014 in het Algemeen Overleg van de Vaste Kamercommissie VWS vragen aan de minister van VWS stelde over een dreigend faillissement van de stichting Werkgroep Infectie Preventie. Deze antwoordde dat er een duurzame oplossing zou komen voor de problematiek van de infectiepreventierichtlijnen en de WIP: "Daar kan geen misverstand over bestaan."

We werden door de top van het ministerie uitgenodigd om de stand van zaken toe te lichten. De conclusie van dat gesprek was het houden van een overleg met alle stakeholders waarin besloten zou gaan worden hoe het financiële probleem van de WIP definitief op te lossen. Onze dossierhouder bij VWS vertrok echter en het werd weer stil.

Om deze impasse te doorbreken besloot in 2015 prof. Jaap van Dissel, de opvolger van prof. Roel

Coutinho als directeur van het Clb, die hier ook mee in zijn maag zat, om het bureau Panteia de WIP te laten evalueren, inclusief aanknopingspunten voor de toekomst. Als vervolg hierop stelde hij een commissie in van stakeholders onder leiding van prof. Henri Verbrugh, arts-microbioloog met als opdracht een toekomstvisie voor de WIP te ontwikkelen. Panteia concludeerde dat er her en der ambities onvervuld waren gebleven om op de állerlaatste pagina te constateren dat er onvoldoende middelen voor waren geweest. De pluriformiteit, inhoudelijke kennis en doelgerichtheid van de Commissie Verbrugh resulteerde in een helder, praktisch toepasbaar document: "WIP-ip-to-date". Het rapport is in een la verdwenen.

Omstreeks dezelfde tijd startte mw. Edith Schippers, minister van VWS, haar Antibacteriële Resistentie (ABR) project op, waarbij opgemerkt dat bacteriële resistentie in Nederland (nog) betrekkelijk weinig voorkomt. Met dank aan onder meer de WIP-richtlijnen. Om het veld te binden werden breed samengesteld werkgroepen ingesteld, zoals de Werkgroep Richtlijnen en Standaarden (R&S), waarin ook de WIP participeerde. De werkgroep R&S concludeerde dat "zowel zorgverzekeraars, zorgaanbieders als gebruikers moesten bijdragen aan richtlijnontwikkeling". Toegezegd werd dat dit later in de Werkgroep Bekostiging uitgewerkt zou worden. De Werkgroep Bekostiging kwam er nooit. Het was klaar. Op 12 januari 2017 ontving mw. Edith Schippers een brief van het bestuur van de WIP waarin medegedeeld werd dat de bestuursleden hun functie ter beschikking stelden en dat, bij gebrek aan opvolgers, het bestuur besloten had de WIP op te heffen. Hoe triest ook voor de nog bij ons werkzame collega's, hoe triest ook voor wat er verloren is gegaan. We hadden dit nooit, maar dan ook nooit, mogen laten gebeuren.

Met dank aan medebestuurleden Patricia Houtman, deskundige infectiepreventie, en Emile Schippers, internist-infectioloog, en aan Frank Leguijt, ad interim directeur WIP, voor hun hulp bij het tot stand komen van dit artikel.

Een bewerkte versie van dit artikel is eerder verschenen in Medisch Contact.

Toelichting van de auteur bij het artikel:

"Dit artikel lijkt op een eerder in Medisch Contact (MC) verschenen artikel, een bewerking van het oorspronkelijke, door mij ingediende manuscript, over de teloorgang van de WIP. De reden om dit originele artikel in het NTMM te plaatsen is gelegen in de merkwuurde wijze waarop Medisch Contact ingezonden manuscripten behandelt. Niet iedereen weet dat het artikel dat in MC verschijnt niet is wat de erbij vermelde auteur heeft ingediend. In de mail waarin MC meedeelt dat het is geaccepteerd voor publicatie, wordt namelijk ook vermeld dat het manuscript door een redacteur van MC zal worden bewerkt. Dat geldt ook voor manuscripten die aan alle eisen van MC voldoen. Het is daarna maar afwachten wat er uit dat bewerkingsproces tevoorschijn komt. Daar heb je als auteur geen invloed meer op anders dan je manuscript terugtrekken, wat gezien de monopoliepositie van een opinieblad als MC, onaantrekkelijk is. Gelukkig hebben we nog het NTMM!"

Referenties

1. Broek, van den PJ, Dertig jaar Werkgroep Infectiepreventie. Ned Tijdschr Med Microbiol. 2011;19:7-11.
2. van Cleef BA, Kluytmans JA, van Benthem BH, Haenen A, Monen J, Daniels-Haardt I, Jurke A, Friedrich AW. Cross border comparison of MRSA bacteraemia between The Netherlands and North Rhine-Westphalia (Germany): a cross-sectional study. PLoS One. 2012;7:e42787.
3. Pennsylvania Patient Safety Advisory. Demonstrating Return on Investment for Infection Prevention and Control. Pa Patient Saf Advis. 2010;7:102-7.
4. Raschka S, Dempster L, Bryce E. Health economic evaluation of an infection prevention and control program: are quality and patient safety programs worth the investment? Am J Infect Control. 2013;41:773-7.
5. Peel TN, Dowsey MM, Buising KL, Liew D, Choong PF. Cost analysis of debridement and retention for management of prosthetic joint infection. Clin Microbiol Infect. 2013;19:181-6.
6. Fernandez-Fairen M, Torres A, Menzie A, et al. Economical analysis on prophylaxis, diagnosis, and treatment of periprosthetic infections. Open Orthop J. 2013;7:227-42.