

A terme sterfte 2010-2012:

Perinatale audit op koers

Samenvatting

Colofon

A terme sterfte 2010-2012: Perinatale audit op koers

Redactiecommissie

Dr. H.P. (Herman) Oosterbaan, gynaecoloog-perinatoloog ('s-Hertogenbosch), voorzitter
Drs. H.B. (Hans) Burggraaff, huisarts (Weesp)
Dr. J. (Jeroen) van Dillen, gynaecoloog (Nijmegen)
Dr. M.F.C.M. (Maarten) Knapen, gynaecoloog-perinatoloog (Rotterdam)
M.A.A. (Marieke) Hermus MSc, eerstelijns verloskundige (Oosterhout)
Dr. M.A.H.B.M (Mark) van der Hoeven, kinderarts-neonatoloog (Maastricht)
Drs. J.L.A.M. (Jacqueline) van Hillegersberg-Schilder, kinderarts (Nieuwegein)
L.J.G. (Lidewijde) Jongmans, klinisch verloskundige (Veldhoven)
Dr. P.G.J. (Peter) Nikkels, patholoog (Utrecht)

Bestuur

Prof. dr. H.W. (Hein) Bruinse, voorzitter
Prof. dr. J.G. (Jan) Nijhuis (NVOG)
Dr. P.G.J. (Peter) Nikkels (NVVP)
Dr. P.A.O.M. (Paul) de Reu (KNOV)
Drs. J.H. (Joop) Blaauw (VVAH)
Dr. H.A.A. (Hens) Brouwers (NVK)
Ir. J.I.M. (Hans) de Goeij, adviseur

Bureau

Drs. A.J. (Arthur) Verheul, directeur a.i.
Drs. A.J.M. (Adja) Waelput (redactie)
Dr. A.E. (Aimée) van Dijk (redactie)
T.L. (Wineke) Bremmer-Bolhuis
I.S. (Irene) Dokter-van Zoest
L.A. (Lucie) van der Veer

Dataverwerking

dr. A.C.J. (Anita) Ravelli (AMC)
dr. M. (Martine) Eskes (PAN/AMC)

Vormgeving

Arnold Wierda, Haarzuilens

Druk

Xerox, Utrecht

© 2014 Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN).

De activiteiten van de PAN worden mogelijk gemaakt door een instellingssubsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het gebruik van de gegevens uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Deze publicatie kan geciteerd worden als:

Stichting Perinatale Audit Nederland. *A terme sterfte 2010-2012: Perinatale audit op koers*.

Utrecht: Stichting Perinatale Audit; 2014.

Met dit rapport wordt een periode van drie jaar afgesloten: in 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte (kortweg: perinatale audit) van start gegaan. In dit rapport zetten we de bevindingen over de audit van à terme sterfte uit 2010-2012 op een rij.

Keuze voor à terme sterfte

Het onderwerp voor de landelijke perinatale audit in 2010 tot en met 2012 is 'à terme sterfte'. Hieronder wordt verstaan: alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur vanaf 37 weken tot 42 weken. In dit rapport nemen we ook de geboorten vanaf 42 weken mee.

Waarom dit thema?

De meeste kinderen worden à terme geboren. Hun overlevingskansen zijn zeer hoog (99,7%). Wanneer een à terme geboren kind voor of na de geboorte overlijdt, vraagt dat om extra uitleg. Ongeveer een kwart van alle perinataal overleden kinderen wordt à terme geboren. De zorg voor à terme geboren kinderen is, meer dan bij vroeggeborenen, multidisciplinair.

Hoe werkt perinatale audit in de praktijk?

Perinatale audit is 'een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen.'

Het is een cyclisch proces, met verschillende stappen: de gegevens van de geleverde zorg - inclusief ontslagbrieven, laboratoriumuitslagen en gegevens van placenta en obductie - worden verwerkt tot een chronologisch verslag. Op basis van dit verslag wordt de doodsoorzaak geïdentificeerd. Tevens wordt beoordeeld of er sprake was van substandaard factoren, dat wil zeggen zorg die niet voldoet aan de professionele eisen voor gangbare zorg, landelijke richtlijnen of lokale protocollen. Bij iedere substandaard factor gaat de auditgroep na of er mogelijk een verband bestaat met de sterfte. De conclusies worden vertaald in concrete aanbevelingen en verbeterpunten. Na verloop van tijd worden de ingezette verbeterpunten geëvalueerd.

De deelnemers aan een audit zijn (verloskundig actieve) huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, pathologen en verpleegkundigen, maar ook zorgverleners in opleiding. Soms nemen ook ambulancepersoneel, kraamverzorgenden, klinisch genetici, anesthesiologen en/of microbiologen deel. Voorzitters van de auditbijeenkomsten bewaken dit proces. Zij zijn veelal afkomstig uit het regioteam, niet uit het eigen ziekenhuis, en daarmee relatieve buitenstaanders.

Aantal besprekingen

In 2010 is de perinatale audit van start gegaan. In april 2010 worden de eerste casus van à terme sterfte uit 2010 besproken, de casuïstiek uit 2012 is tot 1 juli 2013 besproken. Tussen 1 april 2010 en 1 juli 2013 zijn er in totaal 764 auditbijeenkomsten geweest in de samenwerkingsverbanden, waaraan 9.055 zorgverleners één of meerdere keren hebben deelgenomen.

Daling in à terme en totale perinatale sterfte

Tussen 2001 en 2012 daalt de à terme sterfte met 47%. In 2001 overlijden volgens de gegevens van de Perinatale Registratie Nederland (PRN) 651 kinderen die à terme geboren worden voor, tijdens de geboorte of in de eerste vier weken na de geboorte (3,8 per duizend). In 2012 gaat het om 325 kinderen (2,0 per duizend).

Het totaal aantal kinderen dat vanaf een zwangerschapsduur van 22 weken wordt geboren en rond de geboorte overlijdt (voor, tijdens of in de eerste vier weken na de geboorte) is gedaald van 2.322 kinderen (12,2 per duizend) in 2001 naar 1.491 kinderen (8,5 per duizend) in 2012, een daling van 30%.

Kengetallen van de à terme sterftes uit 2010-2012

Van 943 à terme geboren kinderen die in 2010-2012 rond de geboorte zijn overleden, zijn basisgegevens vastgelegd in PRN-Audit. Dit is de eerste stap in de voorbereiding van de auditbespreking. Van hen overlijdt 55% vóór de bevalling, 10% tijdens de geboorte en 35% in de eerste vier weken na de geboorte.

Enkele andere bevindingen zijn:

- Bij 19% van de vrouwen met à terme sterfte ligt de verantwoordelijkheid voor verloskundige begeleiding aan het begin van de bevalling bij de verloskundige of huisarts. Ruim driekwart van de vrouwen (77%) start de bevalling in de tweede of de derde lijn. Bij de overige 4% is dit onbekend.
- Bij 77% is de placenta onderzocht en bij 37% is obductie uitgevoerd.
- Bij 32% is de doodsoorzaak volgens de Tulip classificatie als 'onbekend' gerubriceerd: in meer dan de helft van deze gevallen ontbreekt belangrijke informatie.

Besproken casus van à terme sterfte uit 2010-2012

Het merendeel van de casus met à terme sterfte is in een lokale audit besproken (91%). Van 76% besproken casus zijn de gegevens vastgelegd in het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS), het registratiesysteem met gegevens over en uit de audit.

Na drie jaar audit van à terme sterfte is het percentage besproken casus toegenomen van 87% in 2010 naar 95% in 2012. De audituitkomsten worden vaker vastgelegd: van 2010 zijn de gegevens van 71% van alle geaudite casus van à terme sterfte beschikbaar in PARS, van 2012 gaat het om 79%.

Wat komt er uit de audit?

Voorkomen van substandaard factoren

Tijdens de evaluatie van de à terme sterfte beschrijven zorgverleners de substandaard factoren (SSF). In 252 casus (36%) van de 707 casus uit 2010-2012 waarvan de gegevens zijn vastgelegd in PARS, hebben de auditgroepen géén SSF vastgesteld.

Bij 376 casus (53% van alle geaudite casus) zijn er volgens de auditgroepen een of meerdere SSF. In totaal gaat het om 717 SSF. Bij 10% van de casus uit 2010-2012 is er onvoldoende informatie om iets te zeggen over SSF. Dit is gedaald van 12% in 2010 naar 9% in 2012.

Relatie tussen substandaard factoren en sterfte

De auditgroepen stellen bij 26% van de casus met SSF uit 2010-2012 vast dat er geen relatie is tussen de SSF('s) en sterfte. Bij 6% is de relatie met de sterfte niet te bepalen.

Naar het oordeel van de auditgroepen is die relatie in 8% van alle casus uit 2010-2012 (zeer) waarschijnlijk, met een daling van 10% in 2010 naar 5% in 2012. Bij 15% is er een mogelijke relatie. Deze percentages komen overeen met bevindingen uit eerder onderzoek met externe auditpanels.

Betrokkenheid van zorgverleners

Bij de 376 casus met in totaal 717 SSF zijn er volgens de auditgroepen 1.269 zorgverleners betrokken, gemiddeld 3,4 zorgverleners per casus. Van hen is 26% gynaecoloog, 20% verloskundige in de eerste lijn en 12% klinisch verloskundige. Verpleegkundigen maken 11% uit van deze groep, kinderartsen/neonatologen 7% en 10% is arts-assistent in opleiding. De overige 14% bestaat uit onder anderen huisartsen, verloskundigen in opleiding, echoscopisten, pathologen, kraamverzorgenden en ambulanceverpleegkundigen.

In 30% van alle SSF zijn meerdere zorgverleners betrokken bij de zorg. Bij 54% gaat het om één zorgverlenergroep

Aanbevelingen uit de lokale auditbesprekingen

Bij de 717 vastgestelde substandaard factoren benoemen auditgroepen in totaal 595 aanbevelingen. Bij 512 SSF formuleren zij één aanbeveling en bij 41 SSF twee of, in een enkel geval, drie aanbevelingen. Bij 164 SSF hebben de auditgroepen geen aanbeveling geformuleerd.

Implementatie van aanbevelingen uit de audit van à terme sterfte 2010-2011

Audit leidt tot aanbevelingen op een zeer breed terrein, maar aanbevelingen alleen zijn niet voldoende om de zorg te verbeteren. De vertaling in verbeterpunten en de uitwerking daarvan kost veel inzet en tijd. Lange tijd blijft onzichtbaar wat er gedaan wordt, maar dit is aan het veranderen: beroepsgroepen, CPZ en regionale onderzoeksconsortia hebben een deel van de aanbevelingen uitgewerkt of zijn hiermee bezig. Deze activiteiten versterken elkaar en de audit. Verder is ook de 'zichtbaarheid' en bekendheid van de aanbevelingen groter geworden door artikelenreeksen en presentaties over wat er uit de audit komt.

Wat ook verandert is de rol van de huisarts in de perinatale keten. Hoewel de meeste huisartsen geen zwangere vrouwen meer begeleiden, wenden zwangeren zich met verschillende klachten tot huisartsen. Dit vraagt om versterking van de relatie en communicatie tussen huisartsen en perinatale zorgverleners.

Op koers?

De grote deelname en de bereidheid om met elkaar in gesprek te gaan blijft opvallend, evenals het feit dat zorgverleners regelmatig hun eigen anonimiteit doorbreken en laten blijken dat zij betrokken waren. Hierdoor wint de audit aan kwaliteit. Tegelijkertijd kan die kwaliteit beïnvloed worden door de dynamiek binnen een groep. Audituitkomsten zijn daardoor niet generaliseerbaar. Ze leveren evenmin sluitend bewijs voor oorzakelijke verbanden. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig.

Ouders hebben nu nog geen rol bij de audit. Hun perspectief op verleende zorg kan belangrijke aanvullende informatie geven op die van de zorgverleners. In sommige regio's wordt geëxperimenteerd met de schriftelijk inbreng van ervaringen van ouders, bijvoorbeeld als onderdeel van of aanvulling op het chronologisch verslag. Dit verdient verdere uitwerking.

Dit rapport houdt een pleidooi om kwaliteitseisen op te stellen waaraan audit moet voldoen. Hiermee zijn knelpunten in de uitvoering van de audit te prioriteren, ook op lokaal niveau. Dergelijke eisen maken ook (beter) zichtbaar wat er nodig is voor een goede audit én de afronding van de auditcyclus. Invoeren van verbeterpunten en de evaluatie daarvan moet hierin zeker een plaats krijgen.

