

A terme sterfte 2011

Perinatale audit: De voortgang

Samenvatting

Colofon

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)
M.A.A. (Marieke) Hermus MSc, eerstelijns verloskundige (Oosterhout)
J.L.A.M. (Jacqueline) van Hilligersberg-Schilder, kinderarts (Nieuwegein)
L.J.G. (Lidewijde) Jongmans, klinisch verloskundige (Veldhoven)
Dr. P.G.J. (Peter) Nikkels, patholoog (Utrecht)
Dr. B.J. (Bert) Smit, kinderarts (Rotterdam)
Dr. H.C.J. (Liesbeth) Scheepers, gynaecoloog/perinatoloog (Maastricht)

Bestuur

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

Bureau

Drs. F.M. (Fenneke) van Swigchum, directeur
T.L. (Wineke) Bremmer-Bolhuis
I.S. (Irene) Dokter-van Zoest
Dr. M. (Martine) Eskes (red.)
L.A. (Lucie) van der Veer
Drs. A.J.M. (Adja) Waelput (red.)

Dataverwerking

dr. A.C.J. (Anita) Ravelli (AMC)

Tekstadviezen

Drs. L. (Lex) Boezeman, Utrecht

Vormgeving

Arnold Wierda, Haarzuilens

Druk

Xerox, Utrecht

© 2013 Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN), maart 2013.

De activiteiten van de stichting 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 2011. Perinatale audit: De voortgang. Utrecht, 2013.*

In 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte (kortweg: perinatale audit) van start gegaan. Hiermee volgen we, na jarenlange voorbereiding, Engeland en Noorwegen waar de audit in de jaren '90 is ingevoerd.

In dit rapport zetten we de bevindingen over de audit van à terme sterfte uit 2011 op een rij. We bouwen voort op de resultaten en aanbevelingen uit het eerdere rapport over 2010.

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 geclassificeerd. 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 een mogelijk verband met de sterfte bestaat. 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 en pathologen, maar ook verpleegkundigen en zorgverleners in opleiding. Soms nemen ook kwaliteitsfunctionarissen, klinisch genetici, kraamverzorgenden, ambulanceverpleegkundigen of anesthesiologen deel. Voorzitters van de auditbijeenkomsten bewaken het proces. Zij zijn meestal afkomstig uit het regioteam, niet uit het eigen ziekenhuis, en daarmee relatieve buitenstaanders.

Keuze voor à terme sterfte

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

Waarom dit thema?

De meeste kinderen worden à terme, voldragen, geboren. Hun overlevingskansen zijn zeer hoog (99,7%). Ongeveer een kwart van alle perinataal overleden kinderen wordt à terme geboren. Wanneer een à terme geboren kind overlijdt, vraagt dat om extra uitleg. Perinatale audit maakt het mogelijk om met alle zorgverleners in de keten de sterfte te analyseren en verbeteringen voor te stellen.

Aantallen à terme sterftes

In 2001 overlijden volgens de gegevens van de Perinatale Registratie Nederland (PRN) 651 kinderen die à terme geboren worden. In 2011 is dit afgenomen tot 367 kinderen. Daarmee is de à terme sterfte in tien jaar gedaald van 3,8 per duizend naar 2,3 per duizend, een daling van 39%. Dit blijkt uit de vergelijking van definitieve PRN-bestanden van 2001 en voorlopige PRN-bestanden uit 2011.

De auditgroepen in het land registreerden 368 perinataal overleden kinderen, waarvan er 342 zijn besproken (93%). Het definitieve sterftcijfer van de PRN over 2011 zal echter pas bekend zijn ná koppeling van de bestanden van de beroepsgroepen tot één landelijk bestand door de PRN.

Het totale aantal kinderen dat na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer 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 1.613 (9,0 per duizend) in 2010, een daling van 26%.

Kengetallen van de à terme sterftes uit 2011

Van ongeveer 90% van de à terme geboren kinderen die in 2011 rond de geboorte zijn overleden, zijn basisgegevens vastgelegd in PRN-Audit, de eerste stap in de voorbereiding van de auditbespreking. Enkele bevindingen zijn:

- In 55% van deze gevallen vindt de sterfte voor de bevalling (antepartum) plaats, in 10% van de gevallen tijdens de bevalling (intrapartum) en in 35% van de gevallen in de eerste vier weken na de geboorte.
- Bij 21% van de vrouwen met à terme sterfte ligt de verantwoordelijkheid voor verloskundige begeleiding aan het begin van de bevalling bij de verloskundige of huisarts. Bij 68% van de vrouwen ligt deze in de tweede lijn en bij 10% in de derde lijn.
- Bij 29% van de overleden kinderen is de doodsoorzaak volgens de Tulip-classificatie als 'onbekend' gerubriceerd, onder meer omdat in meer dan de helft van deze gevallen belangrijke informatie ontbreekt. De placenta is bij 79% onderzocht en obductie is uitgevoerd bij 40% van de sterfte.

Het merendeel (342) van deze casus is in een lokale audit besproken. Van 272 besproken casus zijn de gegevens vastgelegd in het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS), het registratiesysteem met gegevens over en uit de audit

In vergelijking met 2010 is het aantal voorbereide en besproken casus van à terme sterfte in 2011 toegenomen. Het aantal besproken casus is gestegen van 87% naar 93%. Het aantal besproken casus waarvan de auditresultaten zijn vastgelegd is met 9% toegenomen tot 80%.

Substandaard factoren in 2011

Tijdens de evaluatie van de à terme sterfte beschrijven zorgverleners de substandaard factoren (SSF's) en brengen ze die in vier categorieën onder. Deze zijn geclassificeerd als afwijkend van bestaande richtlijnen (in de tweede lijn), afwijkend van standaarden (in de eerste lijn), afwijkend van de gangbare zorg of anders.

Bij 147 van de 272 casus waarvan de gegevens zijn vastgelegd in PARS, benoemen de auditgroepen een of meerdere substandaard factoren. In totaal gaat het om 273 SSF's. Afwijkingen van richtlijnen en standaarden zijn verantwoordelijk voor 32% van de substandaard factoren (2010: 37%). Daarnaast is een belangrijk deel van de substandaard factoren gerubriceerd als 'afwijkend van de gangbare zorg' (42%). Dit komt overeen met de uitkomsten uit 2010. De overige SSF's (26%) zijn ingedeeld onder 'anders' (2010: 21%). Het gemiddeld aantal SSF's per casus (1,9) is gelijk aan het gemiddelde in 2010.

Relatie met de sterfte

In 2011 stellen de auditgroepen bij 37% van de SSF's vast dat deze geen relatie heeft met de sterfte (30% in 2010). Bij 16% is de relatie met de sterfte niet te bepalen (2010: 11%).

Bij 9% (n=24) van alle besproken casus van à terme sterfte 2011 is naar de mening van de auditgroep sprake van een waarschijnlijke of zeer waarschijnlijke relatie tussen de substandaard factoren en de sterfte. Bij 12% is er een mogelijke relatie. In 2010 ging het om respectievelijk 10% en 13%.

Deze percentages komen overeen met bevindingen uit eerder onderzoek met externe auditpanels.

Betrokkenheid van zorgverleners bij substandaard factoren

Bij de 147 casus met in totaal 273 substandaard factoren zijn 483 zorgverleners betrokken. Gemiddeld zijn er 3,3 zorgverleners betrokken bij casus met SSF (1,8 per SSF). Van hen is 26% gynaecoloog, 21% verloskundige in de eerste lijn en 12% klinisch verloskundige. Verpleegkundigen maken 9% uit van deze groep, kinderartsen/neonatologen 8% en 10% is arts assistent in opleiding tot gynaecoloog. In 34% van alle substandaard factoren zijn meerdere zorgverleners betrokken bij de zorg (2010: 56%).

Aanbevelingen uit de lokale auditbesprekingen

Auditgroepen hebben in totaal worden 225 aanbevelingen uitgebracht bij 273 benoemde substandaard factoren (76%): bij 197 SSF's is één aanbeveling geformuleerd, bij 12 SSF's worden twee of, in een enkel geval, drie aanbevelingen gedaan. Bij 64 SSF's hebben de auditgroepen geen aanbeveling geformuleerd. In 2010 ging om 186 aanbevelingen bij 212 SSF's.

Belangrijkste aanbevelingen van de auditgroepen 2011 (bron: PARS)

Organisatie van de zorg

- Tijd tot aanrijden voor alle disciplines gelijktrekken.
- Achterwacht organiseren, waarnemers goed instrueren.

Richtlijnen/protocollen

- Ontwikkel een richtlijn en een cliëntenfolder voor minder/geen leven voelen.
- Protocol datering zwangerschap maken.
- IUVD protocol altijd volgen.

Gangbare zorg

- Bij tweemaal verwijzing vanwege dezelfde reden, overname.
- CTG pas afkoppelen indien CTG als normaal beoordeeld is door tweede zorgverlener.
- Elke zwangere mondelinge instructies geven m.b.t. minder leven voelen.

Documentatie

- Betere documentatie van bevindingen, beleid en/of wijziging van beleid.
- Opstellen van een differentiaal diagnose bij afwijkend/moeilijk verloop van baring.
- Streef naar volledige en voldoende documentatie volgens SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).

Onderwijs

- Vaker 'skills and drills' oefenen.
- Teamtraining reanimatie pasgeborene.
- Communicatie training SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).

Algemene aanbevelingen

In aanvulling op de concrete aanbevelingen van de lokale auditgroepen doet de redactiecommissie een aantal aanbevelingen. Deze zijn mede gebaseerd op de 24 casus waarbij het lokale team een (zeer) waarschijnlijke relatie tussen substandaard factoren en de sterfte vaststelde.

Zo zijn aanbevelingen geformuleerd voor het optimaliseren van het gebruik van echoscopie en CTG; voor casemanagement en ketenafspraken; voor het professionele spanningsveld dat soms ontstaat tussen wensen van zwangere vrouwen en de professionele verantwoordelijkheid; rondom laagdrempeligheid van zorg en belinstructies; en voor de opvang van piekbelasting, met een pleidooi voor triage.

Audit in de komende jaren

Ook in 2012 staat de audit van à terme sterfte centraal. Voor 2013-2014 vindt een verschuiving van het thema plaats naar:

- audit van à terme kinderen die aan het begin van de baring nog in leven zijn, maar tijdens de baring of in de eerste vier weken daarna overlijden;
- audit van de à terme kinderen die op de NICU worden opgenomen.

Voor beide onderwerpen geldt de vraag: hoe komt het dat een à terme kind dat aan het begin van de baring nog in leven is, zo'n slechte uitkomst heeft? Hoe verliep bij hen de zwangerschap en de baring? Welke substandaard factoren hangen samen met het overlijden of zo'n slechte start dat NICU opname nodig is?

Tot slot

In alle (93) verloskundige samenwerkingsverbanden is de perinatale audit gerealiseerd. Dit is een belangrijke stap voor de verbetering van de uiteindelijke uitkomst van de zorg: een zo gezond mogelijke moeder en kind.

Een groot deel van de conclusies en aanbevelingen uit de audit van à terme sterfte 2010 heeft een plaats gekregen in lokale initiatieven, regionale projecten of onderzoeksprojecten. Andere aanbevelingen hebben onderhoud en borging nodig, zoals ondersteuning bij de voorbereiding van audit of bij de uitvoering van de aanbevelingen.

Bij de evaluatie van deze projecten is de perinatale audit een waardevol instrument voor de verbetering van de zorg. De stichting PAN zal hieraan blijven werken, samen met zorgverleners, beroepsgroepen, cliënten en veldpartijen zoals het College Perinatale Zorg.

