

A terme sterfte 2011

Perinatale audit: De voortgang

Conclusies en aanbevelingen

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.*



Conclusies en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk gaan we eerst in op een aantal aanbevelingen uit 2010 die om continue aandacht of herhaling vragen. Daarna clusteren we onze conclusies en aanbevelingen rondom een aantal relevante thema's die naar de mening van de redactiecommissie te destilleren zijn uit de audit van 2011:

- optimaliseren van het gebruik van echoscopie;
- casemanagement en ketenafspraken;
- voorkeuren van de vrouw en professionele verantwoordelijkheden;
- laagdrempeligheid: belinstructies;
- triage en piekbelasting;
- meer inzicht in doodsoorzaken; en
- het potentiële rendement van de audit.

Een deel van de aanbevelingen uit de audit van à terme sterfte 2010 heeft een plaats gekregen in lokale initiatieven en regionale projecten (zie hoofdstuk 2). Voor andere aanbevelingen geldt dat (nog) niet.

Openstaande aanbevelingen

- Ontwikkel multidisciplinaire richtlijnen voor de beschrijving/beoordeling CTG.
- Alle verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en verloskundig actieve huisartsen nemen deel aan de landelijke perinatale registraties.
- Voer de nieuwe, uitgebreidere PRN dataset zo spoedig mogelijk in bij alle betrokken beroepsgroepen.
- Het webbased perinataal dossier (PWD), moet zo spoedig mogelijk beschikbaar komen voor alle zorgverleners. Zo kunnen de continuïteit van zorg, de overdracht van zorginformatie en het automatisch genereren van input voor onder meer PRN en audit gegarandeerd worden.

Andere aanbevelingen hebben continu onderhoud nodig, zoals ondersteuning bij de voorbereiding van audit en de uitvoering van de aanbevelingen.

Blijf alert op voorgenomen acties

- Onderhoud vaardigheden voor de opvang van acute situaties, waaronder reanimatie van pasgeborenen.
- Voer binnen teams en over de keten heen binnen VSV's jaarlijks multidisciplinaire 'skills and drills' in.
- Memoreer eerder ingevoerde verbeteringen en afspraken regelmatig een eenmalige mededeling dat 'we het nu anders gaan doen' is niet voldoende.

Continueer

- de ondersteuning van verloskundige samenwerkingsverbanden voor de voorbereiding en coördinatie van de audit met menskracht en voorzieningen van de organisatie in het desbetreffende VSV, zoals een kwaliteitsmedewerker of datamanager.
- het beschikbaar stellen van tijd en ruimte om zorgverleners vrij te stellen die de audit voorbereiden.
- de betrokkenheid van leidinggevendenden, kwaliteitsfunctionarissen in ziekenhuizen en Regionale OndersteuningsStructuren (ROS) voor de eerste lijn. Zij kunnen de implementatie van de verbeteringen stimuleren, faciliteren en monitoren.

In afwachting van landelijke richtlijnen werkt een groot deel van de VSV's aan de ontwikkeling van lokale protocollen op deze terreinen. Dit kan er toe leiden dat overal het wiel opnieuw wordt uitgevonden.

Aanbeveling voor gebruik van elkaars protocollen

- Gebruik elkaars protocollen en wissel ze uit tussen VSV's.
- Streef naar regionale protocollen.

Optimaliseren van het gebruik van echoscopie

Echoscopie is een veelgebruikte diagnostiek, met steeds nieuwe ontwikkelingen. Er zijn strikte eisen voor de kwaliteit van de apparatuur en de deskundigheid van de echoscopist (Ziekenfondsraad, 1999; www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/T/Twintig_wekenecho/Voor_professionals/Echoscopie, www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/D/Downscreening/Voor_professionals/Echoscopie). Desondanks is er ruimte voor verbetering binnen de bestaande praktijk.

Aanbevelingen rondom echoscopisch onderzoek

- Maak binnen een VSV duidelijke afspraken over wie welke echo's doet.
- Gebruik de beschikbare landelijke richtlijnen en kwaliteitseisen.
- Maak binnen een VSV een protocol over de beoordeling van echo's en ga expliciet in op de documentatie en beoordeling van groeicurves, zeker bij gebruik van meerdere groeicurves.
- Zorg dat een echoscopist altijd de beschikking heeft over de uitslagen van eerdere echo's.
- Maak voldoende tijd om echobeelden en echocurves te beoordelen en roep bij twijfel, onduidelijkheid of lastige omstandigheden (obesitas) hulp in van een ervaren collega.

Ook bij kwalitatief hoogwaardige echografie is niet iedere aandoening prenataal op te sporen. Sommige kinderen worden daardoor niet op de juiste plaats geboren, dat wil zeggen de plaats met de voor hen beste opvang. Bekend is dat bij screening op hartafwijkingen slechts ongeveer de helft van de ernstige aangeboren hartafwijkingen opgespoord kan worden (Tegnander et al., 2006). Daarom blijft na de geboorte van een ogenschijnlijk gezond kind alertheid geboden.

Aanbevelingen voor observatie van de pasgeborene

- Blijf ouders informeren over 'normaal' gedrag van hun pasgeborene en over de signalen waarover ze direct contact moeten opnemen.

Casemanagement en ketenafspraken

Verskillende auditgroepen onderstrepen het belang van goede afspraken binnen de keten. Dit is des te urgenter bij vrouwen met complexe problematiek, bij mogelijke zorgmijding, in geval van overdracht of bij lange ketens met veel verschillende zorgverleners. Zonder dergelijke afspraken kan een vrouw tussen wal en schip vallen.

Goede ketenzorg kan niet zonder een Perinataal Webbased Dossier (PWD) en uitwisseling van gegevens met zorgverleners buiten de perinatale keten, zoals niet verloskundig actieve huisarts, diabetesverpleegkundigen, behandelend artsen enzovoort.

Een casemanager, zoals eerder voorgesteld door de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (Stuurgroep, 2009), kan de zorg coördineren en bewaken.

Aanbevelingen rondom casemanagement en ketenafspraken

- Het webbased perinataal dossier, zoals voorgesteld door het College Perinatale Zorg, moet zo spoedig mogelijk beschikbaar komen voor alle zorgverleners. Zo kunnen de continuïteit van zorg, de overdracht van zorginformatie en het automatisch genereren van input voor ondermeer PRN en audit gegarandeerd worden.
- Zorg dat iedere vrouw een casemanager heeft met wie ze een geboorteplan kan opzetten, met afspraken en ijkpunten voor de gehele zorg.
- Informeer de zwangere wie ze moet bellen, zeker rondom overdrachten van zorg, en kom hier regelmatig op terug.
- Organiseer een systematische overdracht, bijvoorbeeld door gebruik te maken van SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), SPAR-kaart (Situatie, Patiëntencasus, Analyse, Repeteer), of DeMIST (Demografic, Mother, Infant, Signs, Treatment).
- Waarschuw de casemanager bij bijzonderheden en problemen, én bij afgezegde afspraken.
- Zorg dat vrouwen met complexe zorg en/of psychosociale problematiek op vaste momenten in de zwangerschap besproken worden in het VSV.
- Stem de zorg ook af met de huisarts en andere zorgverleners buiten de perinatale keten.
- Bouw in digitale afsprakensysteem alerts in waarmee zorgverleners worden geattendeerd op afgezegde afspraken.

Voorkeuren van de vrouw en professionele verantwoordelijkheden

Hoe kan de wens van de vrouw gehonoreerd worden in omstandigheden waar de professionele standaard ander beleid voorschrijft? Zijn zorgverleners altijd in staat om hun eigen (professionele) grenzen duidelijk te maken, evenals het waarom van die grenzen? Hoe houden zorgverleners rekening met zowel (de wensen van) de vrouw als met de gevolgen van haar keuzes voor het nog ongebooren kind?

Het is de vraag of zorgverleners voldoende zijn toegerust voor het mogelijke spanningsveld tussen de wensen en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en de professionele eisen.

Deze vraag speelt nog sterker in geval van zorgmijding. Soms uit zich dat in afspraken afzeggen, soms in eerder gedane afspraken niet nakomen en soms in het niet melden dat er meerdere zorgverleners betrokken zijn.

Aanbevelingen rondom het professionele spanningsveld

- De beroepsorganisatie moeten hun leden de juiste middelen bieden om te kunnen omgaan met het spanningsveld tussen enerzijds vrouw centraal en anderzijds professionele verantwoordelijkheid.
- Zorg dat zorgverleners zich hierin kunnen bekwamen.
- Bespreek binnen het VSV iedere casus waarin wensen van de zwangere en professionele normen op gespannen voet staan.
- Bespreek binnen het VSV iedere vrouw die zich onttrekt aan zorg, of deze mijdt.
- Overleg met externe deskundigen hoe u toch in contact kunt blijven met vrouwen die (mogelijk) zorg mijden. In veel gemeenten en ziekenhuizen kunt u hiervoor terecht bij het (medisch) maatschappelijk werk. Ook het AMK kan u adviseren, zonder uw naam of de naam van het desbetreffende gezin.

Laagdrempeligheid: belinstructies

Tijdens de audit blijkt dat cliënten signalen vaak niet herkennen of niet weten hoe te handelen. Hierdoor gaat er tijd verloren. De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte heeft er voor gepleit dat iedere zwangere vrouw tijdig kan herkennen dat er 'iets' aan de hand is: ze moet deze signalen kunnen interpreteren en weten hoe ze moet handelen (Stuurgroep, 2009).

Hiervoor zijn verschillende belinstructies ontwikkeld, zoals de patiëntveiligheidskaart **Neem direct contact op met je verloskundige** bij de volgende signalen op

http://www.mijnzorgveilig.nl/kaart/zorgverleners/verloskundige/details.php?kaart_id=7 of de 'symptomen wijzer' van de HELLP stichting (www.hellp.nl).

Aanbevelingen voor belinstructies

- Alle zorgverleners spreken met iedere vrouw door wanneer ze moet bellen en naar wie.
- Alle zwangere vrouwen ontvangen deze belinstructies mondeling en schriftelijk.
- Op belangrijke plaatsen in de praktijken en ziekenhuizen zijn folders en posters met belinstructies duidelijk zichtbaar.

Triage en piekbelasting

Bij een aantal casus speelt drukte op de verloskamer een rol, evenals het feit dat niet altijd de juiste mensen aanwezig zijn. Idealiter is er altijd voldoende menskracht en expertise beschikbaar, maar dit is niet realistisch: er komen regelmatig piekbelastingen voor. Dan is het zaak om de aanwezige bezetting zo goed mogelijk te benutten. Via triage of *time out* is prioritering mogelijk, of inschakeling van extra personeel.

Aanbevelingen voor goede triage

- Gebruik instrumenten als triage of *time out* om in geval van grote drukte te prioriteren.
- Maak gebruik van SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).
- Regel dat er tijdens iedere dienst iemand triage op zich *kan én mag* nemen.
- Zorg dat er objectieve criteria zijn om de bezetting tijdig en voldoende op te schalen en (extra) achterwachten op te roepen.

Meer inzicht in doodsoorzaken

Bij de à terme overleden kinderen in 2011 is vaker aanvullend pathologisch onderzoek gedaan en is de doodsoorzaak vaker bekend dan van de kinderen in 2010. Maar dit kan zeker nog beter: het percentage casus dat geclassificeerd wordt als 'onbekend' kan van de huidige 29% nog omlaag tot circa 10% (Korteweg et al., 2006; Gordijn et al., 2009). Om dit te verbeteren is training in de classificatie van doodsoorzaken noodzakelijk, evenals de inbreng van pathologen, die desgewenst een beroep kunnen doen op experts op het gebied van kinderpathologie in hun regio.

PAN ontwikkelt een e-learning voor de classificatie van doodsoorzaken. In de loop van 2013 zal deze beschikbaar zijn. De huidige handleiding voor de classificatie van doodsoorzaken is Engelstalig. De PAN ontwikkelt een Nederlandstalige versie, met daarin ook casuïstiek.

Aanbevelingen voor de vaststelling van de doodsoorzaak

- Volg met minstens één gynaecoloog en één kinderarts uit ieder verloskundig samenwerkingsverband de training over doodsoorzakenclassificatie.
- Gebruik de instrumenten die er zijn, zoals handleiding en protocollen op <http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/158/classificatie>, <http://www.perinataleaudit.nl/zoeken/resultaat/?q=perinatale+audit+en+klinisch+pathologisch+onderzoek> en (later in dit jaar) de e-learning.
- Doe, voorafgaand aan de auditbijeenkomst, een beroep op de deskundigheid van pathologen bij de classificatie van de doodsoorzaak.
- Zorg dat er in ieder pathologisch laboratorium één patholoog de kinderpathologie als aandachtsgedebied op zich neemt en voor anderen in de perinatale keten het vaste aanspreekpunt wordt.
- Plan de auditbijeenkomsten zo dat pathologen zich op inhoud uitgenodigd voelen om deel te willen nemen aan een auditbespreking. Zo wordt hun deskundigheid optimaal gebruikt.
- Zorg dat in iedere perinatologische regio minstens één kinderpatholoog benaderd kan worden als externe deskundige.
- Stuur bij perinatale sterfte altijd de placenta in voor pathologisch onderzoek.

Het potentiële rendement van de audit

De resultaten uit de audit kunnen bijdragen aan de verbetering van de perinatale zorg (Bergsjø et al., 2003; CESDI, 2001). Maar dan moeten de resultaten wel goed vastgelegd worden in PARS. Alleen dan kunnen de resultaten binnen het VSV, maar ook regionaal en landelijk gedeeld worden. Van een op de vijf besproken casus worden de gegevens nog niet in PARS vastgelegd. Dit verdient verbetering. De redactiecommissie onderkent de behoefte aan diepgaandere, kwalitatieve beschrijvingen. Daarom doet zij de aanbeveling om een extern auditpanel nader onderzoek te laten doen naar een selecte groep casus, bijvoorbeeld naar de sterfte tijdens de baring en sterfte onder de groep 41+ weken.

Aanbevelingen om meer uit de audit te halen

- Zorg dat van iedere casus de uitkomsten worden vastgelegd in het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS).
- Doe nader onderzoek naar sterfte en substandaard factoren onder subpopulaties.

Vooruitblik

In de komende jaren zullen zorgverleners, beroepsgroepen en het CPZ nog meer lokale en landelijke projecten rond de perinatale zorg opzetten. Ook andere partijen, zoals cliënten, gemeenten en zorgverzekeraars, worden hier steeds meer bij betrokken. Voor de evaluatie van de effecten van deze projecten op de uiteindelijke uitkomst van de zorg – een zo gezond mogelijke moeder en kind – is de perinatale audit een onmisbaar instrument.

Onze hoop en verwachting is dat de implementatie van de aanbevelingen uit de audit hieraan zal bijdragen.

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 gelijk trekken.
- 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.

