

Inleiding

In 2013 en 2014 is een tweetal groepen casus geaudit. De eerste groep omvat alle kinderen, geboren na voldragen zwangerschappen (à terme), die op een neonatale intensive care unit (NICU) zijn opgenomen vanwege asfyxie. Zij zijn 4 weken na de geboorte nog in leven. De tweede groep bestaat uit alle à terme perinatale sterftecasus, nog in leven bij het begin van de baring. Hier kunnen dus ook asfyxiecasmus bij zitten. Deze tweede groep is overlappend met het thema van voorgaande jaren. Sterfte vóór het begin van de bevalling (IUVD) is echter vervallen.

In twee afzonderlijke rapportages worden de geauditte casus van à terme asfyxie en à terme sterfte (2013-2014) belicht. In deze rapportage ligt de focus op de overeenkomsten en verschillen tussen deze twee typen casus (Perined. 'Een nieuw thema: Perinatale audit van à terme asfyxie in 2013 & 2014' en 'Perinatale audit van à terme sterfte in 2013 & 2014'. Utrecht: Stichting Perined; 2016).

Belangrijkste conclusies

- Het percentage asfyxiecasmus met een zwangerschapsduur ≥ 41 weken is drie keer zo hoog als in de sterftecasus
- In de asfyxiecasmus betreffen de substandaard factoren over het niet-navolgen van richtlijnen meestal de richtlijn foetale bewaking en de richtlijn reanimatie pasgeborene. In de sterftecasus zijn de substandaard factoren verspreid over verscheidene richtlijnen
- Net als in de voorgaande jaren blijft gebrekkige communicatie, zowel binnen als tussen de lijnen, een veelgenoemd probleem in de samenwerking
- Het percentage substandaard factoren waarvan de relatie met de uitkomst niet wordt geclassificeerd is in de asfyxiecasmus ruim twee keer zo hoog als in de sterftecasus
- De verschillen in substandaard factoren tussen de asfyxie- en sterftecasus zijn mogelijk nog geprononceerder als de perinataal overleden asfyctische kinderen niet bij de sterftecasus worden meegerekend

Aantal besproken casus

Circa 90% van het opgegeven aantal casus van à terme sterfte en à terme asfyxie wordt besproken (asfyxie 326/348 (94%); sterfte 302/338 (89%)). In 2013 en 2014 wordt van circa 70-80% van de besproken casus de uitkomsten van de auditbespreking ingevoerd in het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS) (asfyxie 246/326 (71%); sterfte 250/302 (83%)).

Kenmerken van de casus

Van de asfyxiecasmus heeft 4,5% een zwangerschapsduur ≥ 41 weken, versus 1,2% van de sterftecasus. Landelijk is het aandeel met een zwangerschapsduur ≥ 41 weken 1,4% (perinatale registratie). Dit grotere aandeel zwangerschappen ≥ 41 weken komt overeen met de literatuur, waarin een zwangerschapsduur ≥ 41 weken als risicofactor voor asfyxie benoemd wordt (*Martinez-Biarge et al, Pediatrics 2013*).

Opvallend is dat bij 59% van de asfyxiecasmus de bevalling start in de tweede lijn (primaire medische indicatie volgens de VIL), terwijl dit percentage in de sterftecasus op 38% lag. Bij de asfyxiecasmus is het percentage dat in de derde lijn start lager: 1%, versus 20% van de sterftecasus.

Van de casus die starten in de eerste lijn wordt een vergelijkbaar percentage tijdens de bevalling overgedragen: 75% van de asfyxiecasmus en 73% van de sterftecasus.

Placentaonderzoek wordt bij lang niet alle gevallen verricht: in 2014 wordt 39% van de placenta's van de asfyxiecasmus onderzocht en 50% van de placenta's van de sterftecasus. Dit betekent zeer waarschijnlijk dat in een deel van de gevallen de oorzaak van asfyxie of overlijden onbekend of onduidelijk blijft.

à terme perinatale sterfte: alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken

Substandaard factoren

De auditgroepen hebben in 15% van de casus aangegeven dat er onvoldoende informatie beschikbaar was voor een uitspraak over substandaard factoren (SSF). Het percentage casus waarin één of meer SSF geïdentificeerd is, is 57% in de asfyxiecaser en 50% in de sterftecasus. Het gemiddelde aantal SSF in deze casus is binnen beide thema's 1,7.

Van 17% van de SSF in de asfyxiecaser wordt de relatie met de uitkomst als (zeer) waarschijnlijk geïdentificeerd, versus 9% van de SSF in de sterftecasus. Het percentage SSF met geen of een onwaarschijnlijke relatie met de uitkomst is lager in de asfyxiecaser dan in de sterftecasus (47% asfyxie; 67% sterfte). Bij 12% van de SSF in asfyxiecaser wordt de relatie met de uitkomst als 'onbekend/niet te bepalen/geen consensus' geïdentificeerd. Dit percentage is ruim twee keer zo hoog als in de sterftecasus (5%).

De gebruikte auditmethodiek is bedoeld om de bespreking veilig en zo gestructureerd mogelijk te laten verlopen. Dat neemt niet weg dat de groepsdynamiek van invloed kan zijn op de auditbespreking.

De (landelijke) audit-uitkomsten kunnen daarom niet als 'harde', reproduceerbare uitkomsten beschouwd worden.

Substandaard factoren over richtlijnen

Zowel bij de asfyxie- als de sterftecasus is een niet-adequate navolging van de richtlijn foetale bewaking het vaakst als SSF benoemd. Bij asfyxiecaser worden vervolgens het niet goed naleven van de richtlijn reanimatie pasgeborene en van de richtlijn basis prenatale zorg/VIL het vaakst genoemd. Bij de sterftecasus zijn de SSF verspreid over verscheidene richtlijnen.

Substandaard factoren over zorgcontext

Zowel bij à terme sterfte als bij à terme asfyxie bestaat de top drie van SSF over zorgcontext uit: gebrekkige communicatie en/of samenwerking, onvoldoende of slechte documentatie en delay. Het vaakst genoemde probleem van documentatie is een 'gat' in de documentatie over het verloop tijdens en vlak na de bevalling. In de communicatie/samenwerking betreft het meestal een substandaard overdracht, zowel binnen als tussen de echelons. De vormen van delay verschillen tussen de asfyxie- en sterftecasus: vertraging in behandeling, uitvoering reanimatie, actie naar aanleiding van suboptimaal CTG spelen bijvoorbeeld een rol in de asfyxiecaser. Bij de sterftecasus gaat het om een onderschatting van de ernst van een casus in de eerste lijn en een probleem bij het in gang zetten van een spoedsectie.

© 2016 Perined.

Redactie: dr. A.E. van Dijk, dr. M.F.C.M. Knapen, drs. A.J.M. Waelput, dr. H.A.A. Brouwers, K. Slobben-Mager, dr. M.E. Alderliesten, dr. C.W. Hukkelhoven en T.L. Bremmer-Bolhuis.

Met dank aan prof. dr. F. Groenendaal en M.E. Maasbach-van den Eijk.

Bestuur voormalige Stichting Perinatale Audit Nederland: prof. dr. H.W. Bruinse, voorzitter, prof. dr. J.G. Nijhuis (NVOG), dr. P.G.J. Nikkels (NVVP), dr. P.A.O.M. de Reu (KNOV), drs. J.H. Blaauw (VVAH), dr. H.A.A. Brouwers (NVK), ir. J.I.M. de Goeij, adviseur.

Vormgeving: Arnold Wierda, Haarzuilens.

De activiteiten van Perined worden mogelijk gemaakt door o.a. 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: Perined. *Perinatale audit van à terme asfyxie en sterfte: Opvallende verschillen*. Utrecht: Stichting Perined; 2016.

à terme perinatale sterfte: alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur van ten minste 37 weken