

*A terme sterfte 2010-2012:*

# Perinatale audit op koers

**Aanbevelingen**



## 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.





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

Eind 2011 verschijnt het eerste rapport met de bevindingen uit de lokale audits van à terme perinatale sterfte. De audit heeft belangrijke conclusies en aanbevelingen opgeleverd voor verbetering van de zorg. Een aantal aanbevelingen sluit nauw aan bij de aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte uit 2009. Zorgverleners, verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's), beroepsgroepen, regionale consortia en het College Perinatale Zorg (CPZ) zijn hiermee van start gegaan. De tijd is er rijp voor.

Ondertussen zijn we een paar jaar verder. Zorgverleners, beroepsgroepen en het CPZ hebben een groot deel van de aanbevelingen opgepakt (PAN, 2011; PAN, 2013a). In dit hoofdstuk zetten we dat uiteen. We willen vooral laten zien dat het om kruisbestuivingen gaat. De aanbevelingen uit de audit staan immers niet op zichzelf.

## Audit leidt tot aanbevelingen op een breed terrein

De aanbevelingen van voorgaande jaren zijn in een aantal thema's samen te vatten:

- inhoudelijke verbeteringen, zoals de ontwikkeling en het gebruik van multidisciplinaire standaarden, richtlijnen en lokale protocollen, en een beter gebruik van echoscopie en CTG;
- deskundigheidsbevordering en multidisciplinaire scholing in (basale) kennis en vaardigheden in VSV-verband;
- goede voorlichting aan vrouwen over de zorg die u kunt bieden en over het tijdig herkennen van signalen waarvoor ze contact moeten opnemen met een zorgverlener;
- samenwerking en organisatie van zorg, met betere ketenafspraken (inclusief triage) en duidelijk belegd casemanagement;
- oplossingen voor de opvang van piekbelasting, met een pleidooi voor triage;
- heldere en complete medische dossiers en tijdige overdracht van gegevens door de invoering van een (webbased) perinataal dossier;
- meer inzicht in doodsoorzaken, door gebruik te maken van de instrumenten die er zijn, maar vooral door samenwerking met pathologen;
- versterking van de audit door aanpassingen in de audit en door audit-gegevens beschikbaar te stellen voor onderzoek;
- organisatorische ondersteuning van de VSV's bij de audit en bij implementatie van verbeteringen die voortkomen uit de audit; en
- de vraag hoe om te gaan met het professionele spanningsveld dat soms ontstaat tussen wensen van zwangere vrouwen en de professionele verantwoordelijkheid.

### ***Aanbevelingen uit audit van à terme sterfte 2012***

De aanbevelingen uit de audit van à terme overleden kinderen uit 2012 laat een overlap zien met een deel van de aanbevelingen uit 2010 en 2011. Dit is niet verwonderlijk. Het oplossen van deze knelpunten vraagt inzet en tijd van iedereen. Aanbevelingen blijven daarom enkele jaren terugkomen voor ze echt opgepakt en uitgewerkt zijn. Daarmee blijft lange tijd onzichtbaar wat er gebeurt, maar de resultaten worden nu zichtbaar: de afgelopen maanden zijn meerder richtlijnen verschenen die

een antwoord zijn op aanbevelingen uit de audit van à terme sterfte in 2010 en 2011 (PAN, 2011; PAN, 2013a).

Tegelijkertijd is er een verschuiving zichtbaar in de aanbevelingen: waar het eerst vooral om ontwikkeling van verbeteringen gaat, verschuift de aandacht naar daadwerkelijke invoering van die verbeteringen en navolging van die verbeteringen (zie hoofdstuk 5).

## Verspreiding van de aanbevelingen én de resultaten

Aanbevelingen formuleren is niet voldoende om de zorg te verbeteren. Ze moeten breed bekend zijn en steeds opnieuw onder de aandacht gebracht worden. Regioteam en de stichting PAN benutten bijeenkomsten, symposia en andere presentaties om de aanbevelingen uit de audit onder de aandacht te brengen. Ook op de website van de PAN is hiervoor ruimte gemaakt ([www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking van aanbevelingen](http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking%20van%20aanbevelingen)).

Het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG) en het Tijdschrift voor Verloskundigen (TvV) voeren samen de rubriek 'Wat komt er uit de PAN'. Deze rubriek is bedoeld om een bijdrage te leveren aan de implementatie van de aanbevelingen. Geanonimiseerde casus uit het rapport over audit van à terme sterfte 2011 worden beschreven en van commentaar voorzien door experts uit het veld. Tevens worden verbeterpunten beschreven die lokaal of regionaal zijn aangepakt.

De perinatale audit is tijdens diverse bijeenkomsten genoemd en erkend als een *best practice* in de samenwerking binnen VSV's, zoals op de jaarlijkse congressen van CPZ of tijdens Kennispoort verloskunde (2014).

### **Bekendheid via beroepsgroepen, IGZ en CPZ**

De beroepsgroepen en CPZ benadrukken dat de uitwerking van de aanbevelingen vooral op lokaal niveau plaatsvindt. Daarvoor is echter ondersteuning nodig door bijvoorbeeld kwaliteitsfunctionarissen of de Regionale OndersteuningsStructuren (ROS'en) (PAN, 2013b).

In 2012 heeft de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) via een enquête onder haar leden de activiteiten van VSV's geïnventariseerd, mede bedoeld om een beter beeld te krijgen van wat er ontwikkeld moet worden om VSV's te ondersteunen. In de integratiemeter voor verloskundige samenwerkingsverbanden is de audit opgenomen als één van de elementen die kan bijdragen aan integrale verloskunde ([www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/1838](http://www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/1838)).

Het CPZ wijst aanbevelingen uit de audit toe aan specifieke commissies van CPZ. Zij nemen de uitwerking van de aanbeveling, of het toezicht daarop, op zich. De commissie onderwijs adviseert bijvoorbeeld over de bevordering van multidisciplinaire training van skills & drills, inclusief een format waaraan een succesvolle training moet voldoen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) legt de input uit de audit bij de koepel kwaliteit, die de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen op zich neemt. De KNOV vertaalt aanbevelingen van de PAN eveneens in richtlijnen en handreikingen. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) bespreekt de audit en wat daar uit komt binnen specifieke gremia, zoals de sectie neonatologie.

De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) maakt gebruik van indicatoren over deelname aan audit en wat er gedaan wordt met de aanbevelingen. Het is niet onderzocht hoe vaak maatschappen of VSV's in hun jaarverslag opnemen wat zij met de aanbevelingen doen/hebben gedaan.

## Uitwerking van aanbevelingen in richtlijnen

Een aantal aanbevelingen uit de audit komt al langere tijd terug, bijvoorbeeld uit de Landelijke Perinatale Audit Studie (LPAS; CVZ, 2005) of de aanbevelingen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (2009). Voorbeelden daarvan zijn de oproep tot de ontwikkeling van richtlijnen en andere

afspraken voor minder leven voelen; de opsporing van foetale groeivertraging en de handelwijzen bij verdenking op groeivertraging; vervolgacties bij niet verschijnen op afspraak; de beschrijving/beoordeling van een CTG; en de samenwerking bij acute verwijzingen vanuit thuis.

De beroepsgroepen en het CPZ ontwikkelen hiervoor richtlijnen, wat doorgaans een tot twee jaar tijd in beslag neemt. In de loop van 2014 verschijnen meerdere richtlijnen. Een belangrijke mijlpaal is het verschijnen van de multidisciplinaire richtlijn 'Verminderde kindsbewegingen tijdens de zwangerschap' in december 2013 (NVOG/KNOV, 2013).

Eind 2014 verschijnt de zorgstandaard die ontwikkeld wordt door het CPZ. Deze geeft een beschrijving van alle inhoudelijke en organisatorische aspecten van de verloskundige zorg. De zorgstandaard wordt de basis voor multidisciplinaire richtlijnen. Ook binnen de consortia wordt gewerkt aan nieuwe instrumenten (zie onder 'kruisbestuiving'). Een actueel overzicht is te vinden op [www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/213/standaarden-richtlijnen-en-protocollen](http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/213/standaarden-richtlijnen-en-protocollen).

## De rol van de huisarts in de perinatale keten

Sommige aanbevelingen gaan expliciet in op de rol van - of de afstemming met - de huisarts. Naar de mening van de redactiecommissie verdient dit extra aandacht. De betrokkenheid van huisartsen bij de actieve verloskundige is sterk verminderd. Een klein deel van de huisartsen is verloskundige actief: in 2011 zijn er nog 239 praktijken met verloskundig actieve huisartsen (Van der Velden et al., 2012). Huisartsen, zowel verloskundig actieve als niet-verloskundige, nemen niet of nauwelijks deel aan VSV's en audits.

Hoewel de meeste huisartsen geen zwangere vrouwen meer begeleiden, wenden zwangere vrouwen zich met verschillende klachten tot huisartsen. Ruim 65% van alle vrouwen bezoekt hun huisarts tijdens de zwangerschap of in de eerste zes weken na de bevalling tenminste één keer. In deze periode komen zij gemiddeld bijna zes keer bij hun huisarts (Feijen-de Jong et al., 2013).

Bij de presentatie van klachten aan de huisarts is niet altijd meteen duidelijk dat deze verband houden met de zwangerschap, of kunnen klachten zich anders presenteren. Ook om die reden moeten huisartsen goed op de hoogte zijn van de fysiologie en pathologie van deze periode (Feijen-de Jong et al., 2013). Soms zijn op het eerste gezicht onschuldige klachten een voorbode van ernstige zwangerschapscomplicaties (Boomsma et al., 2005; Vink et al., 2013). In hun artikel pleiten Boomsma et al. er voor om bij problemen in de zwangerschap te overleggen met een verloskundige.

De redactiecommissie signaleert op basis van de resultaten uit de audit dat er extra aandacht nodig is voor de relatie en communicatie tussen huisartsen en perinatale zorgverleners. De Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen (VVAH) en de KNOV gaan overigens intensiever samenwerken op het terrein van inhoudelijke ontwikkelingen zoals onderzoek en richtlijnen ([www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/verloskundig-actieve-huisartsen-en-verloskundigen-intensiveren-samenwerking/1353](http://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/verloskundig-actieve-huisartsen-en-verloskundigen-intensiveren-samenwerking/1353)).

De redactiecommissie sluit zich aan bij eerdere aanbevelingen uit het Verenigd Koninkrijk, waarin gepleit wordt voor betere communicatie en informatie-uitwisseling tussen huisartsen, verloskundigen en de verloskundige keten (Lewis, 2011). Dan gaat het om *alle* huisartsen.

## Kruisbestuiving: hoe audit en onderzoek elkaar inspireren

Aanbevelingen uit de audit kunnen inspireren tot nieuwe activiteiten. Dat is ook gebeurd binnen de regionale multidisciplinaire consortia rond zwangerschap en geboorte, die eind 2012 van start zijn gegaan. Binnen ieder consortium werken zorgverleners en onderzoekers uit de eerste, tweede en derde lijn samen aan de verbetering van de zorg en het onderzoek daarnaar in hun regio. In een aantal consortia doen ook de jeugdgezondheidszorg (JGZ) of de GGD mee, soms ook opleidingen. Evenals een aantal specifieke projecten zoals het evaluatieonderzoek naar geboortecentra, het onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van echoscopie om groeivertraging vroegtijdig op te kunnen sporen (Iris-studie), of preconceptiezorgprojecten worden deze projecten gefinancierd vanuit het ZonMw-programma Zwangerschap en Geboorte, (bron: [www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Zwangerschap\\_en\\_geboorte/Z\\_G\\_e-magazine\\_Zwangerschap\\_en\\_Geboorte\\_10-13.pdf](http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Zwangerschap_en_geboorte/Z_G_e-magazine_Zwangerschap_en_Geboorte_10-13.pdf)).

Binnen de consortia staat onderzoek naar lijnoverstijgende, multidisciplinaire samenwerking centraal. In deze onderzoeken komen een aantal thema's terug zoals versterking van de VSV's, de ontwikkeling van lokale protocollen, versterking van de positie van (aanstaande) ouders en hun partners en goede (naadloze) samenwerking binnen de keten en vooral bij de overdracht van de zorg.

## Uitwerking van auditaanbevelingen door regionale consortia

### **Gestructureerde overdracht**

Het Regionaal Consortium Verloskunde Brabant onderzoekt de impact van verloskundige teamtraining op het procesmanagement en op de uitkomsten van de Big 4 (vroeggeboorte, groei-vertraging, congenitale afwijkingen en zuurstofgebrek tijdens de geboorte). Bij de teamtraining in simulatiesetting worden alle zorgverleners in de keten betrokken, zoals ambulancepersoneel, verloskundigen, kraamverzorgenden, verpleegkundigen en gynaecologen.

Het Netwerk geboortezorg Noordwest Nederland onderzoekt of samenwerking in de verloskundige keten verbetert door een gestandaardiseerde overdracht tussen eerstelijns verloskundigen en ziekenhuizen. De LOCoMOTive studie zet hiervoor een programma met teamtrainingen op.

### **Overdracht: ervaringen van vrouwen en audit van de verleende zorg**

Bij Regionaal Consortium Overijssel ligt de focus op overdracht en coördinatie van zorg. Hiervoor worden vrouwen gevolgd gedurende de hele zwangerschap. Bij 800 ouders wordt onderzoek gedaan naar hun ervaringen met de aan hen verleende zorg. Bij een klein deel van de vrouwen die tijdens de zorg zijn overgedragen aan de tweede lijn evalueert een interdisciplinair team van zorgverleners de verleende zorg.

Het doel van dit project is het verbeteren van de kwaliteit van zorg tijdens zwangerschap en bevalling. De focus ligt op de momenten waarop zorg wordt overgedragen en de coördinatie van zorg.

### **Action: strategieën voor implementatie van verbeterpunten uit de audit**

Het blijkt lastig om verbeterpunten uit de audit daadwerkelijk uit te voeren. Het Regionaal Consortium Noord-Nederland doet onderzoek naar de introductie van veranderingen in de perinatale zorg. Binnen het Action-onderzoek (Introduction of Audit generated Changes in perinatal care using Tailored implementation strategies) krijgen zorgverleners training en begeleiding om verbeterpunten uit de audits zelfstandig en efficiënt te kunnen invoeren in hun organisatie. Onderzocht wordt of dit mogelijk/haalbaar is en welke factoren dit proces beïnvloeden.

Bron: [www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Zwangerschap\\_en\\_geboorte/Z\\_G\\_e-magazine\\_Zwangerschap\\_en\\_Geboorte\\_10-13.pdf](http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Zwangerschap_en_geboorte/Z_G_e-magazine_Zwangerschap_en_Geboorte_10-13.pdf)

## Audit staat niet op zichzelf

De audit van à terme sterfte uit 2011 riep de vraag op of zorgverleners voldoende zijn toegerust voor het mogelijke spanningsveld tussen de wensen en het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw aan de ene kant en de professionele eisen aan de andere kant. In Amsterdam is hiervoor de 'Poli op Maat' gestart (De Graaf et al., 2014).

Het is aan de beroepsorganisatie om hun leden de juiste middelen te bieden voor verloskundige zorgvragen die buiten de richtlijnen en verloskundige indicatielijsten (lijken te) vallen. Zowel de KNOV als de NVOG hebben de handschoen opgepakt: beide beroepsgroepen hebben debatten georganiseerd over 'botsende belangen' (Kroon et al., 2014) en 'de perfecte geboorte: dilemma's in de geboortezorg'.



## Werken de aanbevelingen?

De invoering van de aanbevelingen uit de audit van à terme overleden kinderen uit 2010 is in de loop van 2011 gestart. Sommige aanbevelingen hebben snel een plaats gekregen in de perinatale zorg, zoals de invoering van multidisciplinaire trainingen voor acute situaties. De effecten hiervan worden ook onderzocht (Fransen et al., 2012).

Een deel van de aanbevelingen is later voorbereid of afgerond. Voor onderzoek naar de effecten van bijvoorbeeld de richtlijn 'Verminderde kindsbewegingen tijdens de zwangerschap' (2014) is het nog te vroeg.

Voor een actueel overzicht van de voortgang van de aanbevelingen: zie [www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking van aanbevelingen](http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking-van-aanbevelingen).





## Perinatale audit: op koers?

Dit rapport is de afsluiting van het eerste landelijke thema, de audit van à terme sterfte, dat drie jaar lang centraal stond. De verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) hebben het merendeel van de casus besproken.

In dit hoofdstuk gaan we in op de sterke kanten en de beperkingen van de perinatale audit. We sluiten af met een aantal aanbevelingen voor de audit.

### Voornemen in 2009

Bij de landelijke invoering van perinatale audit staat kwaliteitsverbetering voorop. Waar het uiteindelijk om gaat zijn verbeteringen in de zorg die leiden tot een zo gezond mogelijke moeder en een zo gezond mogelijk kind. Audit biedt daarvoor concrete en breed gedragen aanknopingspunten.

Op basis van eerdere ervaringen is gekozen voor interne audits, binnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) (zie hoofdstuk 3). Door gebruik te maken van bestaande structuren en netwerken en het principe van train-de-trainers is dit in relatief korte tijd gelukt. Alle VSV's organiseren audits en een zeer groot deel van de professionals in de perinatale keten heeft minstens één keer deelgenomen aan een audit (PAN, 2013b).

### Wat gaat goed?

De landelijke audit van perinatale sterfte is in 2010 echt van start gegaan. Sindsdien zijn er 1.765 casus besproken in 912 bijeenkomsten, waaraan 10.138 zorgverleners één of meerdere keren hebben deelgenomen (stand van zaken per 1 april 2014). Zij zijn afkomstig uit de hele perinatale keten. De grote deelname hangt zeker samen met de tijdgeest, waarin iedereen overtuigd is van het feit dat de perinatale zorg beter moet en beter kan (Stuurgroep, 2009; ZonMw, 2010; CPZ, 2012).

Het merendeel van de besproken casus betreft à terme sterfte. Een deel van de besproken sterfte gaat over vroeggeborenen. Daarnaast bespreken auditgroepen kinderen met ernstige morbiditeit die niet zijn overleden aan hun ziekte of complicaties (zie tabel 3.1).

In eerdere rapportages over de audit van à terme sterfte (PAN, 2011; PAN, 2013a; PAN, 2013b) zijn de volgende sterke kanten benoemd:

- De deelnemers aan de audit ervaren het met elkaar in gesprek gaan en werken aan verbetering van de zorg als positief (Van Diem et al., 2011; PAN, 2011).
- Een systematische aanpak, een empathische voorzitter die enige afstand kan nemen en duidelijke omgangsregels (basisafspraken) zorgen voor een veilige sfeer tijdens de auditbijeenkomst. Zo kunnen de deelnemers samen zoeken naar verbetering van de zorg, zonder direct te oordelen over elkaar (Van Diem et al., 2011; PAN, 2011).

- Bij een interne audit is de terugkoppeling over hoe de zorg verbeterd kan worden directer dan in geval van een audit door een extern panel van deskundigen. Voorbeelden daarvan zijn betere naleving van bestaande richtlijnen of afspraken en verbetering van de onderlinge samenwerking (Van Dillen et al., 2010; Buitendijk & Van der Post, 2011; Van Diem et al., 2011; Amelink-Verburg, 2011). Wat opvalt is het grote bereik van de audit: zorgverleners hebben samen, over de grenzen van hun eigen professie en eigen werkorganisatie heen, kritisch gekeken naar waar hun zorg beter kan.

Zoals beschreven in hoofdstuk 3 kan de audit bijdragen aan het lerend vermogen van een organisatie of een samenwerkingsverband, én aan dat van een individu. Audit kan het enthousiasme van individuele beroepsbeoefenaren voor kwaliteitsverbetering prikkelen en kan concrete input leveren voor een efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk. Ook de communicatie tussen zorgverleners kan positief beïnvloed worden (Johnston et. al, 2000). Audit kan, mits de uitkomsten en aanbevelingen gezamenlijk worden geïmplementeerd en geëvalueerd, een bijdrage leveren aan integrale zorg (integratiemeter voor VSV's, op [www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/1838](http://www.goedgeboren.nl/netwerk/Multimedia/Get/1838)).

#### **Openheid tijdens de bespreking**

Tijdens de auditbespreking wordt gebruik gemaakt van een geanonimiseerd chronologisch verslag. Door de opzet van de bespreking en het gebruik van een duidelijke methodiek (met huisregels) wordt een veilig klimaat gecreëerd. Daardoor zijn betrokken zorgverleners regelmatig open over hun zorg en de omstandigheden rondom de opgetreden substandaard factor (Van Diem et al., 2011). Dit bleek ook het geval te zijn in eerder onderzoek (Amelink-Verburg, 2003).

Wanneer direct betrokkenen op eigen initiatief de anonimiteit doorbreken wint de auditbespreking aan kwaliteit. Dit is althans de ervaring van de regioteams.

## **Wat kan beter?**

#### **Zorgen voor volledige dekking**

Het streven is om alle casus binnen het landelijk thema te bespreken. Dit is voor een groot deel gelukt: VSV's hebben 93% van de à terme sterfte uit 2010-2011 geaudit. Van bijna een kwart van deze casus ontbreken echter de gegevens in PARS.

#### **Kwaliteit van de perinatale audit in Nederland**

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de audit(bijeenkomsten). Het is wel opvallend dat auditgroepen minder vaak van oordeel zijn dat er onvoldoende informatie is om te bepalen óf er een SSF is, en zo ja, óf er een relatie is tussen de SSF en de sterfte. Mogelijk wordt de zorg beter beschreven, zijn auditgroepen betere bedreven in het formuleren van een SSF of is het benoemen van een SSF minder lastig geworden.

De deelnemers komen uit alle vakgebieden, maar regelmatig is er van een beroepsgroep maar één zorgverlener aanwezig. Daarmee is één van de basisafspraken van de audit niet optimaal na te komen (*iedereen is expert in haar of zijn eigen vak en identificeert substandaard factoren in het eigen vakgebied. De collega's uit de andere vakgebieden kunnen hen daarover bevragen*). Voorzitters van auditbijeenkomsten zijn van mening dat in dat geval de discussie over substandaard factoren niet goed te voeren is (PAN, 2013b).

Iedereen die actief betrokken is bij perinatale zorg, ook als dit zich beperkt tot diensten, zou regelmatig moeten deelnemen aan perinatale audit. De huidige indicatoren over deelname aan perinatale audit zijn uitgewerkt op ziekenhuisniveau (IGZ, 2007). Via herregistratie-eisen en tijdens visitatie kan dit verfijnd worden naar individueel niveau.

#### **Deskundigheid van pathologen kan niet voldoende benut worden**

De bijdrage van pathologen is belangrijk voor de kwaliteit van de perinatale audit. In de loop van de jaren hebben 106 pathologen één of meer keer deelgenomen aan auditbijeenkomsten (bron: PARS). Er is echter een structureel tekort aan perinataal pathologen.

### ***Kwaliteit van de doodsoorzakenclassificatie***

In de trainingen voor perinatale audit wordt expliciet stilgestaan bij het belang van de classificatie van de doodsoorzaak voor de audit van de sterfte. De PAN biedt ook trainingen aan voor de classificatie van doodsoorzaken. Desondanks is bij 32% van alle casus de doodsoorzaak volgens de Tulip classificatie geïdentificeerd als 'onbekend' (tabel 4.9). Dit percentage is aanmerkelijk hoger dan bekend uit de literatuur: Bij correct gebruik van de Tulip classificatie kan het percentage 'onbekende doodsoorzaak' net boven de 10% liggen (Korteweg et al., 2006; Gordijn et al., 2009).

De afgelopen jaren hebben de Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen (WKPLL) van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) en de PAN extra ondersteuning geboden bij deskundigheidsbevordering van pathologen (2009). Ze hebben samen een handleiding voor de classificatie van doodsoorzaken ontwikkeld (WKPLL/RIVM, 2009) en er zijn aanvraagformulieren voor placenta-onderzoek en obductie beschikbaar (2010). Ook is er standaardisatie van pathologisch onderzoek ingevoerd (PALGA, 2012).

Desondanks wordt de Tulip classificatie over het algemeen onvoldoende correct toegepast. Het percentage placentabedpathologie onder de beschreven à terme populatie is twee keer hoger dan verwacht (Korteweg et al., 2009; Evers et al., 2011). Onder een groep doodgeborenen kwam bij 33,6% van alle kinderen placentabedpathologie voor, met een piek tussen 24-32 weken. Onder de groep à terme kinderen was dit aanmerkelijk lager (13,2%; Korteweg et al., 2009). Hoe deze opvallende verschillen ten opzichte van de bestaande literatuur veroorzaakt worden is moeilijk aan te geven. Eén van de oorzaken zou de beperkte participatie van de pathologen bij de audits kunnen zijn.

### ***De positie van de (aanstaande) ouders***

Tot nu toe zijn (aanstaande) ouders niet betrokken bij perinatale audit. Informatie van de cliënt kan echter een waardevolle toevoeging zijn tijdens de audit. Hun perspectief op de geleverde zorg of ervaringen tijdens de gebeurtenissen voorafgaand aan het overlijden van hun kind speelt nog nauwelijks een rol bij de audit.

Ook ontbreekt informatie over de begeleiding van ouders van wie het kind is overleden. Verschillende VSV's hebben lokale draaiboeken voor deze begeleiding. De NVOG werkt aan een richtlijn 'Beleid en begeleiding bij foetale sterfte en doodgeboorte'. Deze is gebaseerd op 'Late intrauterine fetal death and stillbirth', een evidence based richtlijn met aanbevelingen voor de begeleiding van vrouwen (en hun verwanten) bij een doodgeboorte (RCOG, 2010).

In het Verenigd Koninkrijk is een instrument ontwikkeld om de zorg aan ouders van een overleden kind te toetsen (Sands, 2011). Dit is in Nederland nog geen vast onderdeel van de audit, maar kan dit wel worden.

## **Bedreigingen voor de perinatale audit**

### ***Onvoldoende implementatie van aanbevelingen***

Het uitvoeren van verbeteracties, gevolgd door evaluatie van de effecten van de verbeteringen, is integraal onderdeel van het auditproces (Van Diem et al., 2011; Flenady et al., 2011; [www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/129/stappenplan-voor-audit](http://www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/129/stappenplan-voor-audit)). Er is nader onderzoek nodig naar hoe vaak verbeteringen worden ingevoerd én of de veranderingen beklijven.

Als de verbeteringen niet, onvolledig of verkeerd worden uitgevoerd, zal de substandaard factor in volgende bijeenkomsten terugkomen (Van Diem et al., 2011). Dit kan demotiverend werken.

### ***Audit vraagt grote inzet***

Perinatale audit wordt beschouwd als een best practice voor VSV's: audit kan de samenwerking binnen VSV's ondersteunen en richting geven aan verbeterpunten en individuele zorgverleners. Voorzitters van audit, CV-makers, invoerders van PARS en anderen noemen echter verschillende barrières bij de invoering van de verbeterpunten, zoals gebrek aan tijd en menskracht, maar ook onduidelijkheid over wie-wat-doet, met welk mandaat en met welke ondersteuning (PAN, 2013b). Het ontbreken van eenduidig landelijk beleid is lastig voor VSV's: lokale en regionale protocollen zijn in principe vertalingen van landelijke richtlijnen. Wanneer landelijke richtlijnen ontbreken wordt het belang van lokale protocollen groter. Maar vaak ontbreekt het aan de menskracht en/of expertise binnen een VSV om (alle) aanbevelingen te vertalen in verbeteracties. Het CPZ signaleert behoefte aan ondersteuning door bijvoorbeeld kwaliteitsfunctionarissen of ROS'en. Deze behoefte is onderwerp van gesprek

tussen CPZ en de overheid en zorgverzekeraars (schriftelijke mededeling). De kosten én de baten van perinatale audit moeten zichtbaarder worden. Alleen dan zullen meer mensen zich medeverantwoordelijk (willen) voelen voor de audit en krijgt deze een plaats in de (integrale) zorg en het bijbehorende integrale tarief.

#### ***Soms onvoldoende actieve betrokkenheid***

Samen zoeken naar verbetering van de zorg, zonder direct te oordelen over elkaar, vraagt van de direct betrokkenen een kwetsbare opstelling en van alle aanwezigen een constructieve houding. Dit blijkt haalbaar te zijn. Tegelijkertijd kan de grote deelname aan een lokale audit, met gemiddeld 31 aanwezigen, een bedreiging vormen. Is in die situatie actieve betrokkenheid nog mogelijk? Kritische evaluatie van de huidige aanpak van de audit kan alternatieven bieden om ook in die situaties ieder een actief te betrekken bij de audit.

## **De volgende fase voor perinatale audit**

Bovenstaande sterke kanten en beperkingen moeten verwerkt worden in de koers van de stichting PAN voor de komende jaren. Zo kan de audit behouden blijven als instrument waarmee de gehele zorgketen tezamen werkt aan betere zorg.

#### ***Betrek ouders***

Ouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan inzicht over kwaliteit van zorg. Zij zijn degenen die het gehele proces doorlopen, van eerste contact tot en met afsluitend gesprek. Zij zien daarvoor meer dan anderen, zelfs zaken die niemand anders ziet (Egmond et al., 2014). Soms hebben zij (ongevraagd) ook een belangrijke rol bij de communicatie tussen zorgverleners (Egmond et al., 2014; Schölmerich et al., 2014). Het Rathenau-instituut bepleit daarom om (positieve en negatieve) ervaringen van patiënten vast onderdeel te maken van de kwaliteitszorg van ziekenhuizen (Egmond et al., 2014).

Al opgedane ervaringen met de schriftelijk inbreng van ervaringen van ouders, bijvoorbeeld als onderdeel van of aanvulling op het chronologisch verslag, verdienen verdere uitwerking.

#### ***Verbindt audit en onderzoek***

Audit en epidemiologisch onderzoek kunnen elkaar aanvullen: waar epidemiologisch onderzoek de causale verbanden bij specifieke uitkomsten blootlegt, kan audit dieper ingaan op de bijdrage van geleverde zorg (en eventuele substandaard factoren) aan die uitkomsten. Dit leidt tot het pleidooi om verbandingen te leggen tussen perinatale audit en epidemiologisch onderzoek. In samenwerking met onderzoekers, PRN en ZonMw kan de PAN nader onderzoek naar sterfte en substandaard factoren onder subpopulaties (laten) doen en inbedden in breder opgezet onderzoek. Een verbreding van de audit naar audit van een aselechte groep vrouwen en/of een groep vrouwen met goede zwangerschapsuitkomsten behoort dan ook tot de mogelijkheden.

#### ***Invoering van aanbevelingen***

In hoofdstuk 6 is de uitwerking van de aanbevelingen uit de audit beschreven. Dit proces verdient alle ondersteuning die beroepsgroepen, CPZ, raden van bestuur, ROS'en en anderen kunnen bieden (PAN, 2013b). Zoals hierboven bepleit gaat de invoering van audit-aanbevelingen idealiter gepaard met nader onderzoek naar de beste manier van implementatie én naar de effecten van de maatregelen (Alderliesten, 2008; Buitendijk & Van der Post, 2011). De regionale consortia implementeren een deel van de aanbevelingen en onderzoeken de effecten daarvan (zie hoofdstuk 6). Het ACTION-onderzoek is een implementatieonderzoek naar de invoering van verbeterpunten uit de audits ([http://rosfriesland.nl/userfiles/Docs/ Docs\\_Themas/ACTION.pdf](http://rosfriesland.nl/userfiles/Docs/ Docs_Themas/ACTION.pdf)). Dit onderzoek zal een belangrijke bijdragen kunnen leveren aan de invoering van de aanbevelingen uit de audit.

#### ***Kwaliteitseisen aan de perinatale audit***

Audit kan een belangrijke stimulans zijn voor verbetering van de kwaliteit van zorg, mits de kwaliteit van de audit dat mogelijk maakt. Deelnemers moeten dit laatste ook zo ervaren. De PAN heeft hiertoe een evaluatieformulier voor de auditbijeenkomsten ontwikkeld ([www.perinataleaudit.nl/inc/getdocument.cfm?filename=upload/Evaluatieformulier\\_Perinatale\\_Audit\\_bijeenkomst.pdf](http://www.perinataleaudit.nl/inc/getdocument.cfm?filename=upload/Evaluatieformulier_Perinatale_Audit_bijeenkomst.pdf)). De uitkomsten worden echter (nog) niet centraal opgeslagen.

Vooralsnog zijn er geen expliciete kwaliteitseisen waaraan perinatale audit moet voldoen. Flenady et al. hebben essentiële voorwaarden benoemd om een kwalitatief hoogwaardige audit mogelijk te maken.

### Essentiële voorwaarden voor kwalitatief hoogwaardige audit

- volledige registratie en documentatie van iedere te bespreken casus;
- deskundige en betrokken ondersteuning;
- training in de auditmethodiek;
- een onafhankelijke voorzitter;
- analyse van wat goed ging; wat beter had gekund; en van de substandaard factoren (*root-cause-analysis\**);
- verbeterpunten identificeren en benoemen;
- invoering van de verbeterpunten met methoden zoals de kwaliteitscirkel van Deming (*plan-do-check-act*);
- toetsen of de verbeteracties zijn ingevoerd (en wat de resultaten zijn); en
- altijd het doel van audit voor ogen houden, te weten verbetering van de kwaliteit van de zorg.

(Johnston et al., 2000; Van Diem et al., 2008; Flenady et al., 2001).

\* *root-cause-analyses: analyse van de onderliggende oorzaak*

Indicatoren voor perinatale audit kunnen zorgen voor minder vrijblijvendheid. Zo kunnen ze bijdragen aan het sluiten van de auditcyclus, inclusief onderzoek naar/ondersteuning bij de invoering van verbeterpunten en de evaluatie van de ingezette verbeteracties. Hierin zijn de regionale consortia die aanbevelingen uit (onder andere) de audit uitwerken belangrijke samenwerkingspartners. Eerder al hebben de expertise en ervaringen uit het IMPACT-onderzoek gezorgd voor de snelle landelijke invoering van perinatale audit (PAN, 2013b). Met de resultaten uit de regionale consortia en met name de expertise uit ACTion kunnen vergelijkbare stappen gezet worden voor de toekomstige audit.

#### **Inspanning van velen**

De rol van de regioteams blijft cruciaal: de perinatale audit heeft haar plaats verworven dankzij de concrete ondersteuning door de regioteams en implementatiemedewerkers. Zij konden gebruik maken van de instrumenten die zij via het landelijk bureau kregen aangereikt (PAN, 2013b).

#### **Borging van de audit als instrument**

Om de audit te borgen hoort deze structureel ingebed te worden in de organisatie van de perinatale keten, inclusief de financiering van de voorbereiding en uitvoering van de audit en de aanbevelingen. Alleen dan kunnen zorgverleners audits (blijven) organiseren en aanbevelingen uitwerken. Dit kan alleen samen met anderen. In hoofdstuk 6 hebben we laten zien wat de beroepsgroepen en CPZ oppakken. De daar genoemde kruisbestuiving draagt ook bij aan de structurele inbedding van audit. Andere partijen zoals raden van bestuur van ziekenhuizen en zorggroepen, ROS'en en verzekeraars roepen we op aan deze initiatieven bij te dragen.

### Involed van perinatale audit op sterfte en morbiditeit

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is de à terme sterfte in het afgelopen decennium gedaald van 3,8 per duizend in 2001 naar 2,0 per duizend in 2012. In de jaren 2010-2012 is de à terme sterfte met 11% gedaald. Deze daling lijkt groter dan de daling van de totale perinatale sterfte in die periode (5,6%).

In dat hoofdstuk hebben we ook beschreven dat een duidelijk aanwijsbare reden voor de sterke daling van de à terme sterfte ontbreekt. In Noorwegen en het Verenigd Koninkrijk daalde de sterfte eveneens na de introductie van perinatale audit. Daar heeft de invoering van audit bijgedragen aan

de onderlinge samenwerking en aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg (CESDI, 2001; Bergsjø et al., 2003). Mogelijk is in Nederland iets vergelijkbaars gebeurd en heeft de invoering van de audit bijgedragen aan een groter bewustzijn over de kwaliteit van de zorg, aan de invoering van kleine verbeteringen, aan betere documentatie en overdracht en/of aan betere samenwerking. Andere grote veranderingen hebben dit proces mogelijk versterkt. Eén van de voorbeelden is de vorming van regionale consortia, met nieuwe vormen van samenwerking in zorg en onderzoek. Uit ervaringen uit het veld blijkt ook dat audit wederzijds waardering heeft opgeleverd, evenals bekendheid met elkaars werkveld en de eisen die daaraan gesteld worden.

## Tot slot

In de afgelopen jaren is de audit ingeburgerd als kwaliteitsinstrument in de verloskundige zorg. Het ondersteunt een kritische, reflectieve houding die de perinatale zorg op koers kan houden.

De audit heeft geleid tot een betere communicatie tussen zorgverleners die betrokken zijn bij de perinatale zorg. Audit kan verdergaande samenwerking stimuleren tussen zorgverleners onderling, maar zeker ook tussen cliënten en zorgverleners. Ouders laten ons een ander perspectief zien van de zorg waar zij van begin tot eind alles van meemaken en waaraan iedere zorgverlener slechts een beperkte bijdrage levert. Het meenemen van beide perspectieven kan tot een zo optimaal mogelijke audit en perinatale zorg leiden.

Het is nog te vroeg om op onze lauweren te rusten. In de komende jaren streven we naar een volledige analyse van alle casus en naar een verhoging van de kwaliteit van het auditproces. Vertaling van aanbevelingen in echte verbeterpunten, bewaken van de invoering van die verbeterpunten en evaluatie van de effecten daarvan zijn andere belangrijke aandachtspunten.

De audit ligt op koers. Laten we blijven werken aan verbeteringen van de zorg.



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 onderzoekconsortia 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.





