

Lokale perinatale audit, de eerste ervaringen van het IMPACT- project

M.T. van Diem, B. Reitsma, K.A. Bergman, K. Bouman, A.H.M. Ulkeman, A. Timmer, N. van Egmond, A.D. Stant, W.B. Veen, J.J.H.M. Erwich

Inleiding

De landelijke perinatale audit komt er aan! Deze uitspraak staat boven een recente publicatie in dit tijdschrift van Waelput et al.^[1] Zij zet hierin de stand van zaken rond de opzet van het landelijke bureau perinatale audit (LBPA) uiteen. Het LBPA is de realisatie van het beleidsvoornemen van de perinatale beroepsgroepen voor de opzet van een landelijke organisatie van perinatale sterfte registratie en audit.^[2] Vanuit dit bureau wordt in de nabije toekomst de organisatie van zowel de landelijke als de lokale perinatale audit georganiseerd en ondersteund. Daarnaast zal het LBPA de resultaten van lokale perinatale sterfte audit anoniem verzamelen en verwerken voor beleid op nationaal niveau.^[3] Recente mediabelangstelling laat zien dat perinatale sterfte ook voor de minister van VWS een punt van zorg is.^[4] Vooruitlopend op de destijds onzekere, landelijke ontwikkelingen is in de drie noordelijke provincies op 1 maart 2007 het IMPACT- project gestart. Dit project, gefinancierd door ZONMW, biedt ondersteuning bij de opzet van lokale perinatale audit-bijeenkomsten in 15 perinatale samenwerkingsverbanden. Deze samenwerkingsverbanden bevinden zich in en rond

alle ziekenhuizen in Groningen, Friesland, Drente en de regio Hardenberg. Zij worden gevormd door al bestaande structuren van overleg tussen eerste- en tweedelijns verloskundige en/of kindergeneeskundige zorgverleners.^[5]

Wat is perinatale audit?

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 en het gebruik van voorzieningen, en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen"^[6]. Doel is de kwaliteit van de perinatale zorg te behouden en zonodig te verbeteren. In Nederland wordt met perinatale audit meestal perinatale sterfte audit bedoeld. Perinatale audit kan zowel landelijk als lokaal uitgevoerd worden.^[7]

Landelijk versus lokaal

In 2005 werd in de landelijke perinatale audit studie (LPAS) de haalbaarheid van een landelijke perinatale sterfte registratie en audit organisatie onderzocht in drie proefregio's.^[8] Een belangrijk advies was, dat naast een landelijke audit ook lokale audit uitgevoerd zou moeten worden. Bij landelijke audit gaat het meestal om externe thematische audit, bijvoorbeeld alle gevallen van à terme sterfte. De auditgroep bestaat hierbij uit niet direct betrokken perinatale zorgverleners. Een dergelijke audit kan leiden tot aanpassing van landelijk beleid. Bij lokale audit gaat het om audit van álle gevallen van perinatale sterfte die optreden in een perinataal samenwerkingsverband. Bij deze audit zijn het de perinatale zorgverleners zelf, die het eigen zorgproces evalueren en actiepunten ter verbetering formuleren. Indien gewenst kunnen externe deskundigen uitgenodigd worden, zoals een klinisch geneticus, een neonatoloog of een patholoog. Lokale perinatale audit maakt het mogelijk actiepunten direct voor de gehele lokale zorgketen uit te voeren. Deze kunnen liggen op het vlak van lokale samenwerkingsafspraken, protocollen of nascholingsactiviteiten.

Implementatieplan van lokale audit

In het IMPACT- project is een implementatiestrategie ontwikkeld voor lokale perinatale auditbijeenkomsten bestaande uit drie pijlers; een informatieplan, een

M.T. van Diem is verloskundige/onderzoeker, afdeling Obstetrie en Gynaecologie, UMC Groningen; B. Reitsma is klinisch psycholoog, Wenckebach Instituut, Groningen; K.A. Bergman is neonatoloog, afdeling Neonatologie, UMC Groningen; K. Bouman is klinisch geneticus, afdeling Klinische Genetica, UMC Groningen; A.H.M. Ulkeman is onderzoeksverpleegkundige, afdeling Obstetrie en Gynaecologie, UMC Groningen; A. Timmer is patholoog, afdeling Pathologie, UMC Groningen; N. van Egmond is verloskundig actieve huisarts, huisartspraktijk "de Kompe", Gorredijk; A.D. Stant is psycholoog/methodoloog, afdeling Epidemiologie, UMC Groningen; W.B. Veen is jurist, Stafbureau UMC Groningen; J.J.H.M. Erwich is gynaecoloog, afdeling Obstetrie en Gynaecologie, UMC Groningen.

Correspondentieadres:

*Mevrouw M. Th. van Diem, MSc Epid, verloskundige,
Coördinator IMPACT-project, UMCG
e-mail: m.t.van.diem@og.umcg.nl*

IMPACT: "Implementation of structural feedback to caregivers by means of Perinatal Audit in cases of perinatal mortality in the northern region of The Netherlands".

trainingsplan en een organisatieplan. Het IMPACT-projectteam bestaat uit vertegenwoordigers van alle perinatale beroepsgroepen en biedt met deze drie plannen ondersteuning aan perinatale zorgverleners bij de opzet van lokale perinatale audit.

Het *informatieplan* bestaat uit een introductiebrief van het IMPACT-projectteam aan de Raden van Bestuur van de 15 ziekenhuizen en alle perinatale zorgverleners in Groningen, Friesland, Drenthe en de regio Hardenberg. Dit betreft alle gynaecologen, kinderartsen, pathologen, verloskundig actieve en niet verloskundig actieve huisartsen, verloskundigen en leidinggevend verpleegkundigen. Vervolgens houdt het projectteam alle betrokkenen door middel van nieuwsbrieven op de hoogte van de stand van zaken. Naast deze schriftelijke weg informeert de projectcoördinator in elk perinataal samenwerkingsverband de sleutelfiguren van de verschillende beroepsgroepen persoonlijk over de opzet en het doel van het project. Deze informatie is onderdeel van interviews, die de projectcoördinator afneemt bij deze sleutelfiguren en de Raden van Bestuur. Het doel van deze interviews is stimulerende en belemmerende factoren te identificeren voor de opzet van perinatale auditbesprekingen. Hierbij kan gedacht worden aan een reeds goed functionerend perinataal samenwerkingsverband als stimulerende factor of aan een maatschap die te kampen heeft met een structureel tekort aan leden als belemmerende factor. Het *trainingsplan* voor de lokale zorgverleners bestaat uit ondersteuning door het projectteam bij de opzet van auditbijeenkomsten, zoals het maken van een chronologisch verslag, het classificeren van de doodsoorzaak en het aanleren van de auditmethodiek.

In het chronologisch verslag is het zorgproces en de doodsoorzaak van de te bespreken casus volgens een vast format samengevat. Dit houdt in dat de tijdas, het medisch proces, de omstandigheden waaronder de gebeurtenissen rond de sterfte zich voordeden beschreven zijn en dat de doodsoorzaak geïdentificeerd is. Het heeft meerwaarde dat de betrokken perinatale zorgverleners uit verschillende disciplines samenwerken bij het maken van dit chronologisch verslag. Het verslag maakt het mogelijk om met een relatief grote groep zorgverleners (de auditgroep) het zorgproces te evalueren.

In de methodiek voor de classificatie van de doodsoorzaak introduceren wij drie doodsoorzakenclassificaties, die internationaal gebruikt worden.^[9, 10, 11] Deze classificaties worden gepresenteerd aan de zorgverleners door een 'wat', een 'wanneer' en een 'waarom' vraag te stellen, waarbij de antwoorden in een digitaal invulformulier ingevuld kunnen worden. Hierdoor worden het klinisch beeld of de klinische beelden beschreven (Wat?), de zwangerschapsduur of leeftijd op het moment van de sterfte bepaald (Wanneer?) en de onderliggende oorzaak

van de sterfte beschreven (Waarom?). Idealiter is de doodsoorzakenclassificatie een multidisciplinaire activiteit. Voor de interpretatie van de uitkomsten van obductie en/of placenta onderzoek is een belangrijke rol weggelegd voor de (perinataal) patholoog. Omdat het classificeren van de doodsoorzaak niet altijd even eenvoudig is, wordt in het project de lokaal geïdentificeerde doodsoorzaak in een consultconstructie besproken met de patholoog van het projectteam. De classificatie van de doodsoorzaak is van belang voor de zorg (counseling, herhalingskansen, audit), de epidemiologie (herkennen van trends in oorzaken van sterfte), internationale vergelijking en uiteindelijk ook de verdeling van middelen voor preventie en behandeling.

De auditmethodiek die wij introduceren is gebaseerd op het principe van de root-cause-analysis.^[12] Bij deze methode wordt ervan uitgegaan, dat wanneer een substandaard factor (SSF) zich voordoet, dit zelden toe te schrijven is aan één persoon, maar veelal aan allerlei onderliggende oorzaken. Met substandaard factor wordt een omstandigheid in het zorgproces bedoeld, waarbij de zorg in ongunstige zin afwijkt van de standaarden, richtlijnen, protocollen of gangbare zorg.^[13] De onderliggende oorzaken kunnen liggen in

- 1) de organisatie en management van de zorg in een perinataal samenwerkingsverband, ziekenhuis of praktijk;
- 2) het team binnen een echelon of echelon overschrijdend;
- 3) de taakhoud;
- 4) de zorgverlener(s);
- 5) de patiënt;
- 6) de werkomgeving of een combinatie van twee of meer gebieden.

De auditgroep doorloopt aan de hand van een zestal zogenaamde "Wat" vragen dit proces. Wat is er gebeurd? (identificatie van de SSF); Wat waren de omstandigheden waaronder het gebeurde? (situatieschets); Wat maakte dat het gebeurde? (onderliggende oorzaken); Wat is de relatie tussen het gebeurde en de sterfte? (geen tot zeer waarschijnlijk); Wat zijn de conclusies, die getrokken kunnen worden? (analyse van de antwoorden op de eerste vijf vragen); Wat moet er gedaan worden om het gebeurde te voorkomen? (actiepunten naar aanleiding van de analyse). Alleen op deze wijze is uiteindelijk duidelijkheid te verkrijgen over het aandeel van substandaard factoren in het zorgproces in het relatief hoge perinatale sterftcijfer in Nederland.

Het *organisatieplan* bestaat uit een logistiek en een inhoudelijk stappenplan voor de lokale kerngroep met daarnaast een voorbeeld uitnodigingsbrief voor de deelnemers en suggesties voor de uit te nodigen zorgverleners. De lokale kerngroep bestaat veelal uit een gynaecoloog, een kinderarts, een eerste- en tweedelijns

verloskundige, leidinggevend verpleegkundigen en soms een kwaliteitsfunctionaris van het ziekenhuis. In het logistieke stappenplan wordt een tijdpad aangegeven voor het versturen van de uitnodigingen en reminders aan de deelnemers van de auditbijeenkomst, het specifiek uitnodigen van bijvoorbeeld de huisarts van de te bespreken patiënt, het reserveren van een ruimte met audiovisuele middelen, de catering, het kopiëren van het chronologisch verslag of verslagen, het maken van een lijst met genodigden en een aanwezigheidslijst ten bate van de accreditatie door de verschillende beroepsverenigingen. Dit stappenplan gaat gepaard met het advies dit aan een administratieve kracht over te laten. Deze administratieve kracht wordt ondersteund door de secretaresse van het project.

In het inhoudelijk stappenplan wordt een tijdpad aangegeven voor de begeleiding door de projectcoördinator bij het maken van het chronologisch verslag. Het op een gestructureerde wijze samenvatten van het zorgproces van een casus blijkt vaak lastig te zijn. Enerzijds omdat het een andere manier van werken is en anderzijds omdat belangrijke informatie voor dit verslag vaak niet goed achterhaald kan worden in het patiëntendossier. Zowel het inhoudelijke als het logistieke stappenplan worden tijdens een lokaal georganiseerde voorbereidingsbijeenkomst door de projectcoördinator besproken met de lokale kerngroep. Tijdens deze bespreking worden tevens data afgesproken voor de auditbijeenkomst en de tijdpaden.

De auditbijeenkomsten

Over een periode van twee jaar zal het projectteam voor elk van de 15 perinatale samenwerkingsverbanden vier auditbijeenkomsten begeleiden. Naarmate de leden van een auditgroep meer vertrouwd raken met de organisatie en uitvoering van perinatale audit zal de begeleiding afnemen. De auditgroepen variëren in grootte van 20 – 50 zorgverleners. De eerste auditbijeenkomst bestaat uit een aantal voordrachten en een oefensessie. Leden van het projectteam belichten de achtergronden van het IMPACT- project, bespreken het begrip perinatale audit, leggen het belang van de doodsoorzakenclassificatie uit, gaan in op psychologische aspecten rondom perinatale audit en nemen de auditmethodiek door. Ook wordt aandacht besteed aan de juridische aspecten van perinatale audit en de rol van de vertrouwenscommissie. De vertrouwenscommissie bestaat uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen met daaraan toegevoegd een psycholoog. De commissie staat los van het IMPACT-projectteam. Auditgroepleden kunnen de commissie consulteren, wanneer tijdens of na de auditbijeenkomst procedurele of emotionele problemen worden ervaren. Bovendien wordt een Elektronische Leer

Omgeving (ELO) aangeboden, waarin de inhoud van het IMPACT- project en vooral het functioneren van een auditgroep aan de orde komt. In de oefensessies met de auditgroep wordt de auditmethodiek geoefend aan de hand van een demonstratiecasus. Vervolgens wordt een eigen casus besproken. Dit alles onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. Deze onafhankelijke voorzitter is volgens het merendeel van de geïnterviewde zorgverleners een voorwaarde voor het welslagen van lokale auditbesprekingen.

Deelname aan perinatale audit

Inmiddels hebben in alle 15 perinatale samenwerkingsverbanden eerste auditbijeenkomsten plaatsgevonden. Dit betekent dat vooralsnog alle benaderde perinatale samenwerkingsverbanden perinatale audit als middel voor kwaliteitsverbetering hebben omarmd. Naast de eerste auditbijeenkomst is in twee samenwerkingsverbanden al een tweede begeleide auditbijeenkomst geweest en worden hiervoor met de overige perinatale samenwerkingsverbanden afspraken gemaakt. Gemiddeld namen ruim 80% van de uitgenodigde perinatale zorgverleners deel aan de trainingsbijeenkomsten. De belangrijkste redenen voor het niet bijwonen van de bijeenkomst waren vakantie en dienst. Bij de niet verloskundig actieve huisartsen was dit percentage 20%. Hierbij speelt de geringe affiniteit met de verloskunde een belangrijke rol.

Evaluatie auditbijeenkomsten

In een mondelinge evaluatie met de lokale organisatoren werd vooral waardering uitgesproken over de aanwezigheid van verschillende leden van het projectteam bij de eerste bijeenkomsten (neonatoloog, klinisch geneticus, derdelijns gynaecoloog en patholoog). Hun aanwezigheid werd gezien als een blijk van betrokkenheid. Daarnaast leverde het de deelnemers informatie op over de laatste ontwikkelingen in de verschillende vakgebieden. Naast de mondelinge evaluatie met de lokale organisatoren vroegen wij de auditgroepleden een evaluatieformulier in te vullen. De reacties op de eerste bijeenkomsten waren veelal enthousiast en het commentaar was constructief. Het oefenen met een proefcasus vond men zinvol en men voelde zich over het algemeen vrij en veilig genoeg om deel te nemen aan de discussies. Ook vond men het trainingsprogramma een goede basis voor toekomstige auditbijeenkomsten.

Tot slot

De landelijke perinatale audit komt er aan! In de noordelijke regio hebben wij een begin gemaakt met de opzet van lokale perinatale audit in 15 perinatale samenwerkingsverbanden. Met de ervaring die wij nu opdoen

hopen wij, in het kader van de landelijke perinatale audit organisatie, andere perinatale samenwerkingsverbanden te kunnen helpen perinatale auditbijeenkomsten op te zetten. ■

Referenties

- (1) Waelput A, Eskes M, Achterberg PW. De landelijke perinatale audit komt er aan! Tijdschrift voor Verloskundigen [maart], 15-18. 2008.
- (2) Commissie Verloskunde van het College voor Zorgverzekeringen. Verloskundig Vademecum 2003. 2003. Diemen, College voor Zorgverzekeringen.
- (3) Legemaate J, de Roode RP. Juridische aspecten van perinatale audit. Legemaate J, de Roode RP, editors. 2008. Utrecht, KNMG.
- (4) Baltesen F. Aanpak Klink sterfte baby's. NRC Handelsblad 2008.
- (5) Boesveld-Haitjema I. Van tweeën één..... Verloskundige Samenwerkingsverbanden in Nederland Amsterdam: UvA/AMC; 2007.
- (6) Dunn P.M., MacIwaine G. Perinatal Audit. A report produced for the European Association of Perinatal Medicine. Dunn P.M., MacIwaine G., editors. 5-43. 1996. Carnforth, Lancashire, The Parthenon Publishing Group Ltd.
- (7) Bowie P, Cooke S, Lo P, McKay J, Lough M. The assessment of criterion audit cycles by external peer review - when is an audit not an audit? J Eval Clin Pract 2007; 13(3):352-357.
- (8) Eskes M, van Diem MTh. Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS). 231, 1-64. 2005. Diemen, [College voor zorgverzekeringen] The Health Care Insurance Board.
- (9) Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. BMJ 2005; 331(7525):1113-1117.
- (10) Wigglesworth JS. Causes and Classification of Fetal and Perinatal Death. In: Wigglesworth JS, Singer DB, editors. Textbook of Fetal and perinatal pathology. 2 ed. London: Blackwell Science; 1998. 75-86.
- (11) Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A, Erwich JJ, Bergman KA, Bouman K et al. The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter-rater agreement. BJOG 2006; 113(4):393-401.
- (12) Vincent C. Understanding and responding to adverse events. N Engl J Med 2003; 348(11):1051-1056.
- (13) Eskes M, van Diem MTh. Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS). 231, 1-64. 2005. Diemen, [College voor zorgverzekeringen] The Health Care Insurance Board.