

Perinatale audit Noord-Nederland: de eerste twee jaar

Mariet Th. van Diem, Klasien A. Bergman, Katelijne Bouman, Nico van Egmond, Dennis A. Stant, Albertus Timmer, Lida H.M. Ulkeman, Wenda B. Veen en Jan Jaap H.M. Erwich

Perinatale audit is één van de instrumenten om de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren [Dunn PM, McIlwaine, 1996]. Hierdoor kan een ongewenste uitkomst van de zwangerschap, zoals sterfte en ook morbiditeit, voorkomen worden [Bergsjø P et al, 2003]. Perinatale audit is een ingang naar het zorgproces van alle zwangeren en pasgeborenen [Mancey-Jones M, Brugha RF, 1997]. Het gaat om het leren van ongewenste gebeurtenissen in het zorgproces door deze te identificeren en te analyseren; vervolgens worden stappen ondernomen om herhaling te voorkomen [Drife JO, 2006].

Perinatale audit kent verschillende vormen met meer of minder gedefinieerde beoordelingscriteria. De externe audit wordt uitgevoerd door onafhankelijke beoordelaars, waarna de bevindingen teruggekoppeld worden aan de betrokken zorgverleners [Schutte JM et al, 2005; Weindling AM, 2003]. De interne audit wordt in perinatale samenwerkingsverbanden uitgevoerd door de zorgverleners zelf [Diem vM et al, 2008; Amelink-Verburg MP et al, 2003]. Bij de interne audit vindt directe evaluatie en besluitvorming plaats en kunnen veranderingen in het zorgproces snel ingezet worden. Perinatale audit wordt momenteel geïmplementeerd in

geheel Nederland. Binnen de landelijke auditorganisatie vormt de interne lokale audit de basis voor zowel de regionale als de landelijke thematische audit (www.perinataleaudit.nl). In Noord-Nederland worden sinds september 2007 interne auditbijeenkomsten gehouden. De oorsprong van de introductie van deze auditbijeenkomsten is het door ZonMw gefinancierde 'Implementation of structural feedback by means of perinatal audit to caregivers in cases of perinatal mortality in the northern part of the Netherlands' (IMPACT)-project [Diem vM et al, 2008]. In dit project werd de implementatie van auditbijeenkomsten ontwikkeld en uitgevoerd.

In dit artikel beschrijven wij de eerste resultaten van 2 jaar perinatale audit met betrekking tot geïdentificeerde substandaard-factoren, aandachtspunten en verbeteracties. Daarnaast rapporteren wij de opmerkingen van de betrokken zorgverleners over de inhoud en uitvoering van auditbijeenkomsten.

Materiaal en methoden

Perinatale sterfte

Onder 'perinatale sterfte' wordt verstaan sterfte vanaf een zwangerschapsduur van ≥ 22 weken en/of een kruin-hiellengte van 25 cm en/of een geboortegewicht van ≥ 500 g [WHO, 1993]. Perinatale audit analyseert de kwaliteit van de verleende zorg, zowel vakinhoudelijke als organisatorische, volgens een vaste methode. Deze methode is gebaseerd op de 'root cause analysis' (zie uitlegkader), waarbij ervan uitgegaan wordt dat afwijkingen van de norm zelden toe te schrijven zijn aan één persoon, maar veelal het gevolg zijn van allerlei onderliggende oorzaken [Diem vM et al, 2008].

Zorgverleners

In de periode september 2007-maart 2010 werden in 15 perinatale samenwerkingsverbanden lokale perinatale auditbijeenkomsten gehouden. De samenwerkingsverbanden bevonden zich in en rond alle ziekenhuizen in Groningen, Friesland, Drenthe en regio Hardenberg [Boesveld-Haitjema, 2007]. Behalve uit gynaecologen (tweede en derde lijn),

Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen. Afd. Obstetrie en Gynaecologie: M.Th. van Diem, MSc, verloskundige-onderzoeker; L.H.M. Ulkeman, onderzoeksverpleegkundige; dr. J.J.H.M. Erwich, perinatoloog. Afd. Neonatologie: drs. K.A. Bergman, neonatoloog. Afd. Klinische Genetica: drs. K. Bouman, klinisch geneticus. Afd. Epidemiologie: dr. D.A. Stant, psycholoog-methodoloog. Afd. Pathologie: dr. A. Timmer, (perinataal)patholoog. Stafbureau Raad van Bestuur: mr. W.B. Veen, jurist. Huisartspraktijk 'De Kompe', Gorredijk. Drs. N. van Egmond, huisarts. Contactpersoon: M.Th. van Diem, MSc (m.t.van.diem@og.umcg.nl).

Dit artikel is met toestemming van redactie en auteurs overgenomen uit NTvG 2011;155:A2892, 23-05-2011

DOEL

Beschrijving van de uitvoering van lokale auditbijeenkomsten en de geïdentificeerde substandaard-factoren, aandachtspunten, verbeteracties en de mening van de deelnemende zorgverleners.

OPZET

Beschrijvende studie.

METHODE

In de periode september 2007-maart 2010 werden een nieuwe organisatie en methodiek van perinatale auditbijeenkomsten geïntroduceerd in 15 samenwerkingsverbanden in Noord-Nederland. Tijdens multidisciplinaire auditbijeenkomsten werden, door het verloskundig samenwerkingsverband geselecteerde, casussen van perinatale sterfte onder leiding van een onafhankelijke voorzitter op gestructureerde wijze besproken.

RESULTATEN

In totaal werden 64 auditbijeenkomsten gehouden, waaraan 677 perinatale zorgverleners 1 of meerdere malen deelnamen en waarin 112 casussen van perinatale sterfte werden geëvalueerd.

verloskundigen (eerste, tweede en derde lijn) en kinderartsen (tweede en derde lijn), bestond een perinataal samenwerkingsverband uit verpleegkundigen van obstetrie- en kindergeneeskunde-afdelingen (tweede en derde lijn), al dan niet verloskundig actieve huisartsen, pathologen en klinisch genetici.

Lokale auditgroep

Alle zorgverleners uit een perinataal samenwerkings-

verband werden geïdentificeerd. Hierbij ging het om niet handelen volgens protocol, richtlijn, standaard (31%) of gangbare zorg (23%) en onvoldoende documentatie (28%) en communicatie tussen zorgverleners (13%). Er werd 442 maal een verbeteractie gerapporteerd op het gebied van 'externe samenwerking' (15%), 'interne samenwerking' (17%), 'praktijkvoering' (26%) en 'scholing' (10%). Als meest gewaardeerde aspecten van de auditbijeenkomsten kwamen naar voren: het multidisciplinaire karakter van de auditbijeenkomsten, het gezamenlijk zoeken naar substandaard-factoren, de veiligheid, de leerzaamheid en het gunstige effect op de samenwerking.

CONCLUSIE

In alle 15 perinatale samenwerkingsverbanden in Noord-Nederland werden casussen van perinatale sterfte besproken. Substandaard-factoren werden geïdentificeerd, maar verdere analyse van deze factoren verdient nog aandacht. Deelnemers vonden de multidisciplinaire benadering en het samenwerken tijdens de auditbijeenkomsten bevorderend voor de samenwerking tussen perinatale zorgverleners.

verband werden uitgenodigd voor de lokale auditgroep, die als dagelijkse leiding een kerngroep had. Deze kerngroep was gesitueerd in het ziekenhuis, bestond veelal uit vertegenwoordigers van de perinatale beroepsgroepen en zorgde voor de organisatie en voorbereiding van de auditbijeenkomsten. Bij auditbijeenkomsten konden zowel bij de casussen betrokken zorgverleners als niet bij de casussen betrokken zorgverleners aanwezig zijn.

Casussen

De selectie van te bespreken casussen werd uitgevoerd door de lokale zorgverleners. Hierbij werd binnen het kader van het IMPACT-project nog niet gestreefd naar evaluatie van alle casussen van perinatale sterfte.

Chronologisch verslag

Het chronologisch verslag vormde de basis van de auditbijeenkomst. In dit verslag werd de verleende zorg systematisch en in volgorde van tijd samengevat en werd de doodsoorzaak vermeld. Het verslag werd gemaakt door leden van het samenwerkingsverband. Door dit verslag konden ook zorgverleners die niet bij de casussen betrokken waren zich in korte tijd een beeld vormen van de verleende zorg.

Tabel 1. Verdeling naar beroepsgroep van alle 677 deelnemers aan perinatale auditbijeenkomsten in Noord-Nederland in september 2007-maart 2010

beroepsgroep	n
verloskundigen (klinisch en 1e lijn)	245
verpleegkundigen (obstetrie en kindergeneeskunde)	103
gynaecologen, inclusief aiassen	100
kinderartsen, inclusief aiassen	64
pathologen	11
klinisch genetici	3
huisartsen, inclusief hato's	53
studenten (geneeskunde en verloskunde)	46
leidinggevenden (afdeling, sector en hager)	16
ondersteunend (secretarieel)	16
overig (zonder andere kwaliteitsfunctionaris)	18
totaal	677

Substandaard-factoren, aandachtspunten, verbeteracties

Aan de hand van het chronologisch verslag werden substandaard-factoren geïdentificeerd. Daarnaast werden aandachtspunten benoemd. Een 'substandaard-factor' is een omstandigheid in het zorgproces, waarbij de zorg in ongunstige zin afwijkt van de standaarden, richtlijnen, protocollen of gangbare zorg én die de potentie heeft de uitkomst negatief te beïnvloeden [Eskes M, Diem Mv, 2005; Vincent C, 2003]. Bij een 'aandachtspunt' is het onduidelijk of de zorg niet aan de eisen voldeed, omdat er onzekerheid bestaat bij de auditgroep of er een 'standaard' is. De geïdentificeerde substandaard-factoren werden op een systematische wijze geanalyseerd met als doel de oorzaak van het optreden ervan te identificeren en de relatie met de sterfte te benoemen. Naar aanleiding van de uitkomsten van deze analyse werden 'verbeteracties' geformuleerd die aangrijpen op de oorzaak van het optreden van de substandaard-factor [Diem, vM, 2008].

Dataverzameling

Gegevens over substandaard-factoren en aandachtspunten werden tijdens auditbijeenkomsten verzameld door de projectcoördinator. Gegevens over acties werden verzameld met een vragenlijst die deelnemers na elke auditbijeenkomst invulden. In de vragenlijst werd onder andere gevraagd naar verbeteracties naar aanleiding van vorige auditbijeenkomsten en de mening van de deelnemers over de auditbijeenkomst zelf.

Categorieën De verzamelde substandaard-factoren werden ingedeeld in de volgende hoofdcategorieën: 'gebruik protocollen', 'inhoud protocollen', 'gangbare zorg', 'communicatie', 'documentatie', 'medicatie' en 'diagnostisch onderzoek', onderverdeeld in subcategorieën die passen bij de hoofdcategorie. De aandachtspunten werden ook onderverdeeld in categorieën: 'protocollen', 'gangbare zorg', 'communicatie', 'documentatie', 'diagnostisch onderzoek' en 'anders'. De verbeteracties na auditbijeenkomsten werden verdeeld in de categorieën: 'externe samenwerking', 'interne samenwerking', 'praktijkvoering', 'scholing', 'vakinhoudelijk' en 'anders'. Door de grote diversiteit van de gegevens werden bij de aandachtspunten en de verbeteracties geen subcategorieën benoemd.

Resultaten

Samenwerkingsverbanden

Perinatale audit werd in september 2007-maart 2010 geïntroduceerd in 15 perinatale samenwerkingsverbanden. Aan het eind van het project waren 2 ziekenhuizen met de bijbehorende samenwerkingsverbanden gefuseerd en waren 2 andere in het kader van de landelijke auditorganisatie overgegaan naar de regio Zwolle.

Bijeenkomsten

In totaal werden 64 auditbijeenkomsten gehouden: 49 plenaire halfjaarlijkse auditbijeenkomsten, waarbij alle perinatale zorgverleners in het samenwerkingsverband waren uitgenodigd, en vijftien kleinere auditbijeenkomsten – dertien in een academisch centrum, en twee in een groot perifeer ziekenhuis. Deze kleine auditgroepen kwamen vaker bij elkaar vanwege het grote aanbod van casussen en bestonden eveneens uit vertegenwoordigers van alle perinatale beroepsgroepen.

Deelnemers en casussen

In totaal namen 677 zorgverleners 1 of meerdere malen deel aan auditbijeenkomsten (tabel 1). Er werden 112 casussen van perinatale sterfte geëvalueerd (tabel 2).

Tabel 2. Karakteristieken van de 111* casussen van perinatale sterfte die werden besproken tijdens perinatale auditbijeenkomsten in Noord-Nederland in september 2007-maart 2010

amenor- roeduur (in weken)	casussen van sterfte (%) ^a					
	ante partum	durante partu	neonataal			totaal
			< 24 h	24 h-7 dagen	8-28 dagen	
< 29 6/7	3 (41)		0 (0)			3 (8)
29-37 6/7	3 (41)				2 (22)	5 (5)
37-40 6/7	11 (86)		1 (6)	1 (10)		13 (12)
32-36 6/7	15 (22)	1 (13)	1 (6)	2 (20)	1 (11)	20 (18)
37-40 6/7	29 (43)	5 (83)	4 (25)	3 (50)	6 (67)	49 (43)
> 41	7 (10)	2 (25)	4 (25)	2 (20)		15 (13)
totaal	68 (100)	8 (100)	16 (100)	10 (100)	9 (100)	111 (100)

^a 1 neonaat overleefde, maar werd veel besproken in verband met de ernstige afwijking bij de geboorte bij een amenorroduur van 37-40 6/7 weken.

Substandaard-factoren

Er werden 163 substandaard-factoren geïdentificeerd. Bij 31% werd niet gehandeld volgens protocol, richtlijn of standaard en bij 23% werd afgeweken van wat de auditgroep als 'gangbare zorg' beschouwde. Bij 28% was de documentatie in het patiëntendossier onvoldoende en bij 13% was er onvoldoende of geen communicatie geweest. In ruim 4% ging het om de inhoud van protocollen (bijvoorbeeld tegenstrijdigheden in protocollen van 2 beroepsgroepen), medicatiefouten en fouten bij diagnostisch onderzoek (tabel 3). Tabel 4 laat voorbeelden zien van substandaard-factoren van de meest voorkomende en belangrijkste geachte categorieën.

Aandachtspunten

Tijdens auditbijeenkomsten werden 119 aandachtspunten

Tabel 3. Aantal substandaard-factoren in perinatale zorg, verdeeld naar (sub)categorie zoals vastgesteld uit 112 casussen van perinatale sterfte tijdens perinatale auditbijeenkomsten in Noord-Nederland in september 2007-maart 2010

categorie	n (%)	subcategorie	n (% per subcategorie)
gebruik protocollen	51 (31)	te lang wachten	8 (16)
		onvoldoende/incompleet toegepast	9 (18)
		inquit toegepast	1 (2)
		niet toegepast zonder onderbouwing	13 (26)
gangbare zorg	37 (23)	te lang gewacht	6 (16)
		onvoldoende/incompleet toegepast	14 (38)
		inquit toegepast	1 (3)
		niet toegepast zonder onderbouwing	12 (32)
documentatie	45 (28)	andere gegevens	4 (11)
		overregingen en beleid	10 (22)
		compleet informatie te laat	1 (2)
		onvoldoende informatie voor indeling in subgroepen	4 (8)
		andere	10 (22)
communicatie	22 (13)	zelfde schelen gelijk niveau	8 (36)
		zelfde schelen ongelijk niveau	1 (5)
		verschillende echelons	8 (36)
		naar patiënt	1 (5)
		tussen afdelingen	1 (5)
		andere	1 (5)
onvoldoende informatie voor indeling subgroepen	1 (5)		
overig	7 (4)		7 (100)
totaal	163 (100)		163

*De categorieën 'medicatie', 'diagnostisch onderzoek' en 'inhoud protocollen'.

geformuleerd. Bij 46% ging het om de behoefte aan afspraken of lokale protocollen voor zowel vakinhoudelijke als organisatorische zaken en bij 30% om de wisselende uitvoering van gangbare zorg. Bij 12% ging het om documentatie en bij 21% om communicatie, zoals de instructies en informatie naar patiënten en tussen zorgverleners.

Verbeteracties

Er werd 442 maal een verbeteractie naar aanleiding van een auditbijeenkomst gerapporteerd. Bij 'externe samenwerking' (15%) ging het veelal om onderwerpen die nader besproken werden in het verloskundig samenwerkingsverband en bij 'interne samenwerking' (17%) ging het veelal om overdrachtgerelateerde zaken. Bij 'praktijkvoering' (26%) kwamen zowel vakinhoudelijke als organisatorische of managementzaken aan de orde. Bij 'scholing' (10%) ging het om bij- en nascholing van zowel gynaecologen, verloskundigen als verpleegkundigen en in de categorie 'vakinhoudelijk' (27%) over protocollen en gangbare zorg. In de categorie 'andere'

ging het meest om toetsing en reflectie. Tabel 5 laat voorbeelden zien.

Waardering van de auditbijeenkomsten

In totaal werden 1026 vragenlijsten ingevuld. 786 deelnemers gaven aan wat zij het meest waardeerden in de auditbijeenkomst. Vooral het multidisciplinaire karakter van de auditbijeenkomsten (13%) en het gezamenlijk zoeken naar substandaard-factoren zonder direct te oordelen (21%) werden genoemd. Dit leidde volgens hen tot een beter begrip voor elkaars handelen, hetgeen een gunstig effect had op de samenwerking in de keten. Daarnaast werd de veilige atmosfeer (13%) genoemd, waardoor betrokken zorgverleners open waren over hun zorg en de omstandigheden rondom de opgetreden substandaard-factor. Men vond in de bijeenkomsten aanknopingspunten voor reflectie op het eigen handelen (5%) en verbetering in de toekomstige zorg (5%). Daarnaast vond men de bijeenkomsten leerzaam op vakinhoudelijk gebied (10%) (tabel 6).

Beschouwing

Tijdens 64 auditbijeenkomsten werden door 677 zorgverleners 163 substandaard-factoren geïdentificeerd in 112 casussen van perinatale sterfte. Substandaard-factoren gingen vooral over het gebruik van protocollen (31%), gangbare zorg (23%), communicatie (13%) en documentatie (28%). Acties om hier verbetering in te brengen lagen op het gebied van de interne en externe samenwerking (resp. 17% en 15%), vakinhoudelijke zaken (27%), praktijkvoering (26%) en scholing (10%). Daarnaast kwam de veiligheid van de auditbijeenkomsten en vooral de gunstige invloed van auditbesprekingen op de samenwerking tussen zorgverlengroepen en individuele zorgverleners naar voren. Zorgverleners zelf vonden dat ze regelmatig in gebreke bleven op het gebied van communicatie en documentatie. Eén van de bijzondere eigenschappen van het Nederlands verloskundig zorgsysteem is de verdeling van de perinatale zorg over verschillende echelons. Dit systeem wordt door velen als een aantrekkelijk concept gezien, zowel vakinhoudelijk als financieel, hoewel het de laatste jaren steeds vaker onderhevig is aan kritiek [Stuurgroep, 2009; Bonsel GJ et al, 2010]. Het stelt echter hoge eisen aan de documentatie van gegevens, bevindingen, het te volgen beleid en de manier waarop over deze gegevens wordt gecommuniceerd tussen zorgverleners, beroepsgroepen en echelons. Tijdens auditbijeenkomsten werden soms ogenschijnlijk triviale substandaard-factoren geïdentificeerd, zoals het niet documenteren van het foliumzuurgebruik, van de BMI of van het, vaak algemeen bekend veronderstelde, te volgen beleid. Deze ontbrekende gegevens hadden in

de specifieke casus geen directe relatie met de sterfte. Zij kunnen en moeten echter beschouwd worden als symptoom van een cultuur waarin goede statusvoering en dus overdraagbaarheid van zorg in het geding is. Verbeteracties op het gebied van samenwerking, vakinhoudelijke zaken, praktijkvoering en scholing werden genoemd als middel ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Hoewel verbeteracties verder uitgewerkt werden (bijvoorbeeld in de verloskundige samenwerkingsverbanden), gebeurt dit vaak met de beste intenties, maar op ongestructureerde wijze. Veelal zullen zij hierdoor op den duur niet beklijven in de organisatie.

Het uitvoeren van verbeteracties en vervolgens toetsen of door een andere werkwijze het gestelde doel bereikt wordt, is een intrinsiek onderdeel van de auditpraktijk. Dit betekent dat als verbeteringen niet, onvolledig of verkeerd worden uitgevoerd, de substandaard-factor zal blijven bestaan en weer terug zal komen in volgende auditbijeenkomsten. Het uitwerken en implementeren van soms complexe verbeteracties is weerbarstige materie en laat vaak te wensen over [Grol RP et al, 2007]. De inzet van de kwaliteitsfunctionarissen in ziekenhuizen en van ondersteuningsstructuren in de eerste lijn, lijkt een

logische en effectieve manier om ook deze laatste stap van de auditcirkel te zetten, zodat er daadwerkelijk structurele verbetering van de zorg kan komen. Het is aannemelijk dat de perinatale audit ook de gezondheidszorgkosten voor kinderen en hun ouders gunstig zal beïnvloeden. Immers, vlak vóór het overlijden van een kind worden vaak hoge kosten gemaakt om de sterfte te voorkomen, terwijl bij morbiditeit de levenslange kosten vaak enorm zijn [Blom EA et al, 2010]. Ook de kosten van de zorg voor ouders neemt toe door perinatale sterfte en morbiditeit. Enerzijds door de extra zorgconsumptie in volgende zwangerschappen, anderzijds door toegenomen gezondheidszorgconsumptie in verband met – in deze groep vaker voorkomende – psychosociale problematiek [Blom EA et al, 2010].

De reductie van perinatale sterfte is actueel bij zowel de beroepsgroepen als de overheid en krijgt veel aandacht in de media. Perinatale audit wordt door velen als kwaliteitsinstrument omarmd. Er is echter ook zorg over het vooralsnog niet direct te meten rendement, de tijdsinvestering en de kosten die audit met zich meebrengt. Behalve maatregelen op individueel en lokaal niveau zullen ook regionale en landelijke maatregelen kunnen bijdragen aan het terugdringen van perinatale sterfte.

Tabel 4. Voorbeelden van substandaard-factoren in perinatale zorg bij 112 casussen van perinatale sterfte die het meest genoemd werden of zeer belangrijk tijdens perinatale auditbijeenkomsten in Noord-Nederland in september 2007-maart 2010; de sub-standaard factoren zijn verdeeld per categorie.

categorie	subcategorie	voorbeelden substandaard-factoren (betrokken zorgverlenersgroepen)
geltaal protocollen	niet toegepast zonder onderbouwing	richtlijn bij verhoogde intra-uteriene groeiwijziging (MG) lokale protocol (post)mortaal onderzoek (E) controle van een post-partum (VPL) fentanyloediering (A) consult kinderarts (bij kindje dat > 1 h leeft na inducie) (G) rectale temperatuurmeting bij analfix gemeten temperatuurverhoging (VPL) afvragen van de anamnese (MG)
	niet toegepast zonder onderbouwing	aandacht durante partu (VPL) opvoeding informatie (MG) diagnostiek polyhydramnion (E)
gangbare zorg	in voldoende/incomplete toegepast	opname op IC-afdeling van ernstig zieke zwangere (G) maken behandelplan voor partus met borderline stoornis (MG) interval tussen zwangerschapcontroles binnen geïndiceerde ranges (G) huidgegevens foliumzuurgebruik, lengte, gewicht, etniciteit overnemen (MG, G) afvragen bloedonderzoek, echoscopisch onderzoek (MG, G)
	overweegingen/besluit niet in status	afvoeren van een acute caesaria (G)
documentatie	gegevens niet in status	keuze voor bepaalde medicatie (G) overdracht van verloskundige zorg van huisarts naar verloskundige (HA)
	overweegingen/besluit niet in status	informatie over behandeling van urineweginfecties van huisarts naar verloskundige (HA) gegevensuitwisseling tussen obstetrie, klinische genetica en pathologie (G, BS, P) terugkoppeling na consult of behandeling moeder en/of kind naar zowel huisarts als verloskundige (G, A)
communicatie	in voldoende binnen echelon, gelijk niveau	tegenstrijdige interpretatie ultraceliebevindingen in casusrapportage naar 1e lijn (P)
	in voldoende tussen echelons	

HA = verloskundige; G = gynaecoloog; VPL = verpleegkundige; A = anesthesioloog; HA = huisarts; BS = klinische geneticus; P = patholoog; IC = intensive care.

Tabel 5. Voorbeelden van verbeteracties voor perinatale zorg die werden vastgesteld tijdens perinatale auditbijeenkomsten in Noord-Nederland in september 2007-maart 2010, onderverdeeld in categorieën.

categorie verbeteracties	n (%)	voorbeelden (betrokken zorgverlenergroepen)
externe samenwerking	64 (15)	afspraken over het beleid bij minder leven van een geformuleerd beleid in lokale protocollen (G, K) aanscherpen en formaliseren van informele samenwerkingsovereenkomsten tussen te en Zelfrij (G, NK) aanscherpen en formaliseren van informele afspraken tussen specialisten (G, K, A)
interne samenwerking	76 (17)	beter en meer 'to the point' documenteren (NK) duidelijk en specifiek overdragen van het afgesproken beleid (M, G) regelmatig bespreken van alle zwangerschappen binnen de maatschappij of praktijk (NK) duidelijk afspraken tussen verpleegkundigen en artsen over taal en communicatie (G, NK)
praktijkvoering	114 (26)	routine voor het afdrukken van protocollen (G, NK) het toegankelijk maken van protocollen (K, A) aanschaf van een eigen manuaal tabel op de verloskamers (G, K) verbetering van de procedure voor het opvolgen van laboratoriumuitslagen (K, H) opnieuw opzetten van 'skills and drills'-programma (E) het weer nieuw leven inblazen van multidisciplinaire patiëntbesprekingen (G, NK) candidatocognitie-cursus voor verpleegkundigen (K, P)
scholing	42 (10)	opnieuw opzetten van 'skills and drills'-programma (E) het weer nieuw leven inblazen van multidisciplinaire patiëntbesprekingen (G, NK)
inhoudelijk	117 (27)	aanscherpen en herzien van lokale protocollen (NK, E) maken van een standaard-vragenlijst-manuaal als gespreksaids (NK)
andere	29 (7)	binnen de maatschappij of bij bespreking over handelingen (M, G) deelnemen aan intercollegiale toetsing (M) meer tijd nemen voor reflectie op eigen handelen (NK, G)

G = gynaecoloog; K = kinderarts; NK = verloskundige; A = anesthesioloog; VP = verpleegkundige.

De stuurgroep 'Zwangerschap en geboorte' heeft de minister geadviseerd en diverse speerpunten benoemd. De effectiviteit van deze speerpunten zal uit toekomstige perinatale audits blijken [Stuurgroep, 2009].

Beperkingen

Een belangrijke beperking in deze studie is dat nog niet alle gevonden substandaard-factoren geanalyseerd konden worden volgens de aangeboden methode. Het aanleren van de nieuwe organisatie en vorm van de bijeenkomsten, en de methodiek voor de analyse van substandaard-factoren bleek aanzienlijk meer tijd te vergen dan voorzien.

Uitkomsten over de oorzaken voor het optreden van substandaard-factoren, de daaruit volgende verbeteracties en de relatie met sterfte zijn daardoor onvoldoende beschikbaar om conclusies aan te kunnen verbinden. Deze bevindingen verdienen veel aandacht bij de landelijke introductie van perinatale audit.

Conclusie

Met een nieuwe organisatie en methodiek werden in alle vijftien perinatale samenwerkingsverbanden in Noord-Nederland casussen van perinatale sterfte besproken. Substandaard-factoren in het zorgproces werden op deze manier geïdentificeerd. Deelnemers vonden de multidisciplinaire benadering en het samenwerken tijdens de auditbijeenkomsten bevorderend voor de samenwerking tussen perinatale zorgverleners.

Leerpunten

Perinatale audit is een bij uitstek multidisciplinaire inspanning, die tot doel heeft de kwaliteit van de

perinatale zorg op verschillende niveau's te beïnvloeden. De multidisciplinaire benadering en het samenwerken tijdens de auditbijeenkomsten werd gezien als een manier om de samenwerking in de keten te bevorderen. Perinatale audit wordt beschouwd als een ingang naar het zorgproces van alle zwangerschappen en pasgeborenen. De gestructureerde uitwerking van geformuleerde verbeteracties behoeft nog aandacht.

Tabel 6. Door de deelnemers meest gewaardeerde aspecten van de perinatale auditbijeenkomsten in Noord-Nederland in september 2007-maart 2010

onderwerp	n (%)
collaboratie met lokale van perinatale audit (vooraf bij de bijeenkomst)	81 (17)
methodiek voor de analyse van het zorgproces (vooraf bij de bijeenkomst)	91 (17)
multidisciplinaire samenwerking van de auditbijeenkomsten	100 (19)
namen bespreken van de casus	167 (31)
verliefde discussie tijdens de auditbijeenkomsten	102 (19)
aanscherpen reflectie op het eigen handelen	37 (7)
bespreken op valrisico's van de praktijk	78 (15)
verandering in de praktijk (na de auditbijeenkomst)	16 (3)
aankomst van de auditbijeenkomsten voor de komende tijd	40 (8)
diversiteit in de inhoud (leiding auditbijeenkomst, specifiek inhoudelijk)	74 (14)
totaal	706 (100)

Uitleg

'Root cause analysis' (RCA) RCA is een systematische benadering om de wortels van een procesprobleem op te sporen, zodat ze kunnen worden geëlimineerd. Ieder probleem biedt een mogelijkheid om door analyse te achterhalen waardoor en hoe het zich voordeed (<http://process.nasa.gov/documents/RootCause-Analysis.pdf>).

Alle perinatale samenwerkingsverbanden in de noordelijke regio namen deel aan het IMPACT- project. Aan de voorbereiding, organisatie en uitvoering van de audit-bijeenkomsten namen deel: de kernteams van de samenwerkingsverbanden in en rond het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, het Delfzicht Ziekenhuis Delfzijl (nu Ommelander Ziekenhuis Groep), Ziekenhuis de Sionsberg Dokkum, Ziekenhuis Nij Smellinghe Drachten, het Antonius Ziekenhuis Sneek, het Scheper Ziekenhuis Emmen, het Röpke Zweers Ziekenhuis Hardenberg, Ziekenhuis de Tjongerschans Heerenveen, Ziekenhuis Bethesda Hoogeveen, het Medisch Centrum Leeuwarden, het Martini Ziekenhuis Groningen, het Diaconessen Ziekenhuis Meppel, het Refaja Ziekenhuis Stadskanaal, het Lucas Ziekenhuis Winschoten (nu Ommelander Ziekenhuis Groep) en het UMCG Groningen.

Belangenconflict: Dr. J.J.H.M. Erwich ontvangt royalty's voor een leerboek verloskunde. Financiële ondersteuning: Het IMPACT-project werd door ZonMw gefinancierd. ■

Literatuur

- Amelink-Verburg MP, Roosmalen Jv, Roelofsen JM, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Verloove-Vanhorick SP. Evaluatie en validatie van perinatale-sterfte-audit door koppeling naar zorgverleners. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2003;147:2333-7
- Bergsjø P, Bakkeiteig LS, Langhoff-Roos J. The development of perinatal audit: 20 years' experience. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:780-8
- Boesveld-Haitjema I. Van tweeën één ... Verloskundige Samenwerkingsverbanden in Nederland. Amsterdam: UvA/AMC; 2007.
- Blom EA, Jansen PW, Verhulst FC, et al. Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG.* 2010;117:1390-8.
- Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de perinatale sterfte, Signalementstudie zwangerschap en geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC; 2010.
- Diem van M, Reitsma B, Bergman KA, Bouman K, Ulkeman AHM, Timmer A et al. Lokale perinatale audit, de eerste ervaringen van het IMPACT project. *Nederl Tijdschr Obstetrie Gynaecol* 2008;121:292-5.
- Drife JO. Perinatal audit in low- and high-income countries. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2006;11:29-36
- Dunn PM, McIlwaine GM. Perinatal Audit: A report produced for the European Association of Perinatal Medicine. New York, London: Parthenon Publishing group; 1996.
- Eskes M, van Diem MTh. Landelijke Perinatale Audit Studie. Diemen: CVZ; 2005.
- Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q.* 2007;85:93-138
- Mancey-Jones M, Brughla RF. Using perinatal audit to promote change: a review. *Health Policy Plan.* 1997;12:183-92
- Schutte JM, de Boer K, Briët JW, Pel M, Santema JG, Schuitemaker NWE et al. Moedersterfte in Nederland: het topje van de ijsberg. *Nederl Tijdschr Obst Gynaecol* 118:89-91. 2005.
- Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte; 2009.
- Vincent C. Understanding and responding to adverse events. *N Engl J Med.* 2003;348:1051-6
- Weindling AM. The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). *Arch Dis Child.* 2003;88:1034-7
- WHO. Statistical presentation. Standards and reporting requirements related to fetal, perinatal, neonatal and infant mortality. ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems. 10 ed. Geneva: World Health Organisation; 1993. 129-134.

Nieuwe media

Communiceren in de zorg

Het vak van verloskundige verbreedt en verdiept zich. Er worden steeds hogere eisen gesteld, de kwaliteit van zorg moet verder verbeteren, het moet goedkoper enzovoort. Bij dit alles wordt goed communiceren steeds belangrijker. Sandra van Dulmen, Julia van Weert en Jesse Jansen schreven in samenwerking met NIVEL en de Universiteit van Amsterdam een boekje 'Communiceren in de zorg'. Feitelijk is het boekje bedoeld voor verpleegkundigen, maar er zitten zoveel goede ideeën en aardige voorbeelden in dat het goed is het op deze pagina te vermelden. ■



Titel	: Communiceren in de zorg
Auteurs	: Sandra van Dulmen, Julia van Weert en Jesse Jansen
Uitgever	: Noordhoff Uitgevers
ISBN	: 9001804978
Prijs	: 27,95

www.alleenmaazwanger.nl

Dit is een website speciaal voor vrouwen die tijdens de zwangerschap alleen komen te staan! ook b.a.m moeders zijn zeker welkom. Solidariteit is een belangrijk uitgangspunt, want de website schrijft: 'We helpen elkaar zo veel mogelijk en echt je bent niet de enige die er alleen voor komt te staan tijdens de zwangerschap!' Care for Women trekt het initiatief.

Het zorgeloos zwanger spreekuur met speciaal opgeleide vrouwelijke verpleegkundigen helpt je bij al die vragen. Dit is een initiatief van Care for Women in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Utrecht. ■

