

Perinatale audit ingevoerd

In 2010 is in Nederland de audit van perinatale sterfte (kortweg: perinatale audit) in alle Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV) van start gegaan. Hiermee volgen we, na jarenlange voorbereiding Engeland en Noorwegen waar de audit in de jaren 90 is ingevoerd. Het landelijk onderwerp voor de perinatale audit in 2010 tot en met 2012 is de 'à terme sterfte' voor, tijdens en na de bevalling.^{1,2} Bevindingen uit het ene VSV kunnen ook voor andere VSV's nuttig zijn. Daarom presenteren het Tijdschrift voor Verloskundigen (TvV) en het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie (NTOG) een nieuwe rubriek, met geselecteerde casus uit de audit: 'Wat komt er uit de PAN'. In dit eerste artikel staat de invoering van de audit in Nederland centraal.³

Doel van de audit

Audit is een belangrijk instrument om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te verbeteren. Door de geleverde zorg gestructureerd en kritisch te bekijken wordt duidelijk of deze voldeed aan de geaccepteerde standaarden, of eventueel substandaard factoren in de zorg aanwezig waren en in hoeverre die hebben bijgedragen aan de sterfte of andere uitkomsten. Hierdoor worden de zwakke plekken in het zorgproces blootgelegd en kan gericht worden gekeken welke verbeteringen nodig zijn.^{4,5}

Basisafspraken bij de audit

1. Alles wat besproken wordt, is vertrouwelijk. Door de presentielijst te tekenen verbinden de deelnemers zich moreel aan deze afspraak en gaan zij hiermee akkoord.
2. 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.
3. De zorg wordt getoetst aan de zorg zoals die had moeten zijn, niet aan eigen oordelen. Men vraagt aan elkaar waar de noodzakelijke handelingen beschreven staan, in welke richtlijn of welk protocol.
4. De deelnemers blijven niet te lang stilstaan bij de vraag of iets een substandaard factor is. Ze parkeren het punt eventueel als aandachtspunt voor later.
5. Alle uitgereikte chronologische verslagen worden aan het einde van de bijeenkomst ingeleverd en vernietigd.

Vorbereiding

In Nederland is gekozen voor een systeem van interne, lokale audits, uitgevoerd binnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). Dit sluit aan bij bestaande netwerken in de perinatale zorg, waar zorgverleners gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg.

Voor de voorbereiding en uitvoering van de audit krijgen de VSV's ondersteuning van een landelijk bureau en (negen) regioteams. De regioteams hebben de methodiek geïntroduceerd waarmee het IMPACT-project eerder al ervaring had opgedaan in de drie Noordelijke provincies.^{6,7} Via trainingen, informatiebijeenkomsten en proefsessies zijn alle VSV's bereikt. Ze zijn gestart met à terme sterfte voor, tijdens en in de eerste vier weken na de geboorte. De overlevingskans in deze groep is zeer hoog (99,7%).¹⁰ Wanneer een à terme geboren kind dan toch overlijdt, vraagt dat om extra uitleg.

In de voorbereiding naar de invoering van de audit zijn ook registraties ontwikkeld en is onderzoek gedaan naar het juridisch kader.⁸ Op basis van de eerste ervaringen van de regioteams heeft de PAN een aantal aanpassingen doorgevoerd om de audit efficiënter te laten verlopen, meer casuïstiek te kunnen bespreken en de registratie te verbeteren.

Organisatie van een auditbijeenkomst

Het chronologisch verslag (CV) is het basisdocument voor de audit: iets meer 240 CV-makers bereiden dit samen met de direct betrokken zorgverleners voor. Vervolgens wordt het geanonimiseerd. Een pool van voorzitters, veelal afkomstig uit de regioteams, zitten de audits voor. Ruim 200 zorgverleners voeren de resultaten van de audit in, wat monitoring van de audit en accreditatie voor de deelnemers mogelijk maakt.

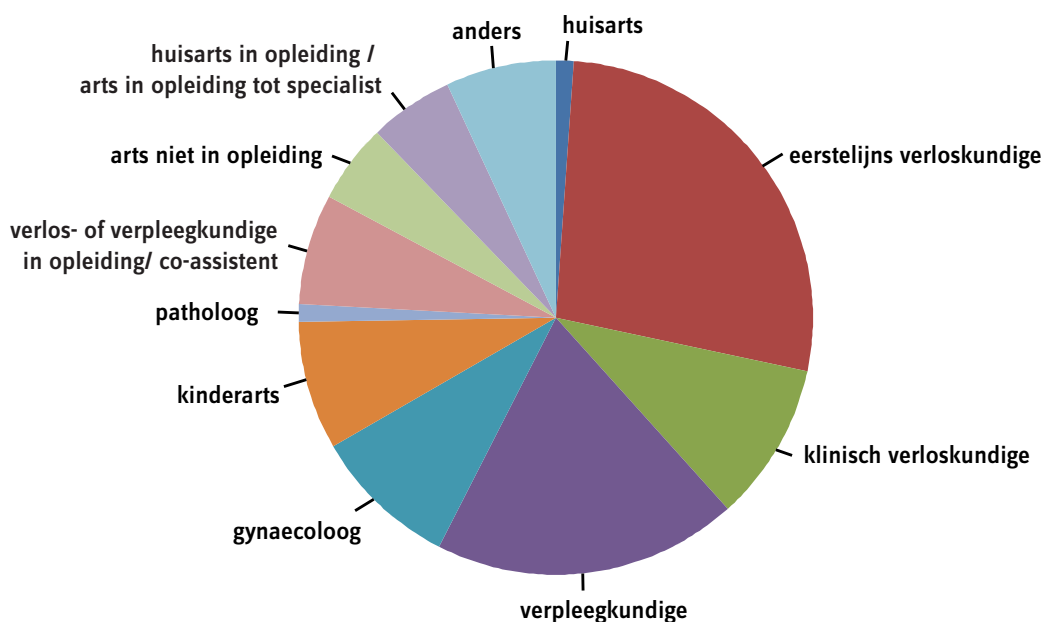
Om goed voor bereid te zijn op de audit biedt de PAN sinds 2009 trainingen aan. Daar hebben nu 584 zorgverleners gebruik van gemaakt: twee derde van hen heeft één training gevolgd, de anderen twee of meer.

Audit leeft!

Veiligheid

Om een veilige omgeving te creëren waar eerlijk over zaken gesproken kan worden, zijn er basisregels. Alle voorzitters staan aan het begin van de bijeenkomst stil bij de huisregels. Eén daarvan is 'bevraag elkaar en beoordeel jezelf' (zie kader). Het is aan de

Wat komt er uit de PAN?



Figuur 1: Perinatale audit in 2010-2012

groep, maar zeker aan de voorzitter van de auditbijeenkomst, om deze regels te bewaken. De basisregels zorgen er voor dat iedereen elkaar als gelijkwaardig aanspreekt, zo blijkt uit een enquête.³

Aantallen

Alle VSV's nemen inmiddels deel aan de perinatale audit. Zij hebben in 2010-2012 in totaal 642 lokale multidisciplinaire auditbijeenkomsten georganiseerd. Het merendeel van de bijeenkomsten vindt plaats binnen het VSV. Ongeveer 13% wordt besproken in kleinere kernteams die vaker bij elkaar kunnen komen dan een heel samenwerkingsverband. Hieraan hebben 8.269 (unieke) professionals deelgenomen (tabel 1). De deelnemers komen uit alle vakgebieden (figuur 1). Naast (verloskundig actieve) huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, pathologen en verpleegkundigen, nemen soms ook ambulancepersoneel, kraamverzorgenden, klinisch genetici, anesthesiologen en anderen deel. Steeds meer zorgverleners nemen al tijdens hun opleiding deel aan audit.

In totaal zijn er 1.224 casus besproken. Naast de à terme perinatale sterfte is ook sterfte van vroeggeborenen besproken en van een kinderen die met een slechte start ter wereld komen (zie tabel 1).

Aanbevelingen

Waar het uiteindelijk om gaat is de verbetering van de zorg voor moeder en kind. Audit biedt daarvoor concrete aanknopingspunten. Bij ruim driekwart van de vastgestelde substandaard factoren gebeurt dat ook. De uitwerking van de aanbevelingen gebeurt binnen lokale samenwerkingsverbanden en regionale of landelijke projecten. Een aantal aanbevelingen wordt nader bekeken via implementatieonderzoek (www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking-van-aanbevelingen).

Het is nog te vroeg om te evalueren of en hoe deze verbeterpunten worden ingevoerd én geborgd. In Engeland en Noorwegen is dit een paar jaar na de invoering van audit onderzocht. Invoering van audit had bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg en de onderlinge samenwerking.^{10,11}

Samen voor een betere geboortezorg voor moeder en kind

Met een zorgvuldige voorbereiding en ondersteuning hebben VSV's de perinatale audit opvallend snel ingevoerd. Hiervoor is gebruik gemaakt van bestaande structuren en netwerken binnen de perinatale zorgorganisatie en het principe van train-de-trainers. Ondertussen heeft een zeer groot deel van de professionals in de perinatale keten minstens één

Tabel 1: Perinatale audit in 2010-2012

	aantal
deelnemende VSV's	100%
deelnemers	8.269 unieke deelnemers; 20.011 aanwezigen (50% ≥ 1 keer aanwezig)
auditbijeenkomsten	642; met gemiddeld 31 aanwezigen/bijeenkomst
besproken casuïstiek	1.224 casus. 70% à terme en 30% preterme. Vooral mortaliteit, 3% morbiditeit

Wat komt er uit de PAN?

keer deelgenomen aan een audit. Dit toont ieders bereidheid om over de eigen grenzen heen te kijken en samen met anderen in de keten de zorg te evalueren en te verbeteren. De deelnemers komen uit alle vakgebieden. Helaas is er vaak van een beroepsgroep maar één zorgverlener aanwezig waardoor aan één van de basisafspraken van de audit niet optimaal is 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). Dit kan beter.

De audit beperkt zich niet tot à terme sterfte: VSV's hebben ook sterfte van te vroeg geboren kinderen of kinderen met een slechte start besproken. Dat zijn zeer bemoedigende signalen, die we in 2013 verder uitwerken. Dan ligt de focus op à terme kinderen die tijdens de geboorte of in de eerste vier weken daarna overlijden óf op een neonatale intensive care unit (NICU) worden opgenomen vanwege asfyxie.

Met de invoering van de perinatale audit is in Nederland in korte tijd een uniek, landelijk dekkend kwaliteitssysteem neergezet. Het multidisciplinaire karakter van de auditsessies stimuleert wederzijds begrip en kennis over elkaars vakgebied. Als bijscholing worden de audits zeer goed beoordeeld en gewaardeerd. De eerste fase van de audit, implementatie in Nederland, is dan ook geslaagd: met dank aan alle inzet van iedereen. Nu komt het aan op verdere uitwerking van verbeterpunten. Wij hopen dat deze rubriek hier een bijdrage aan kan leveren.

Referenties

1. PAN/Stichting Perinatale Audit Nederland. *A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen*. Utrecht: PAN; 2011. www.perinataleaudit.nl
2. PAN/Stichting Perinatale Audit Nederland. *A terme sterfte 2011. De voortgang*. Utrecht: PAN; 2013. www.perinataleaudit.nl
3. PAN/Stichting perinatale Audit. *Procesevaluatie. Invoering van landelijke perinatale audit*. Utrecht: Stichting Perinatale Audit Nederland; 2013. www.perinataleaudit.nl
4. Dunn, P.M., G. McIlwaine eds. *Perinatal audit. A report produced for the European Association of Perinatal Medicine*. New York: Parthenon Publishing Group; 1996.
5. Johnston, G., I.K. Crombie, H.T. Davies, E.M. Alder & A. Millard *Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit*. Qual Health Care. 2000:23-6.
6. Diem, M.Th. van, B. Reitsma et al. *Lokale perinatale audit, de eerste ervaringen van het IMPACT project*. Ned Tijdschr Obstetrie Gynaecol. 2008;121:292-5.
7. Diem, M. Th .van, K.A. Bergman et al. *Perinatale audit Noord Nederland: de eerste 2 jaar*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2892.
8. Roode, R.P. de, L. Legemaate *Perinatale audit: de belangrijkste juridische aspecten*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2741-4.
9. Ravelli, A.C.J., M. Eskes, et al *Perinatale sterfte in Nederland 2000-2006 risicofactoren en risicoselectie*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2728-33.
10. Bergsjø, P., L.S. Bakketeig, J. Langhoff Roos *The development of perinatal audit: 20 years' experience*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82:780-8.
11. CESDI (Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy). *8th Annual Report Focusing on Stillbirths, European Comparisons of Perinatal Care, Paediatric Post Mortem Issues, Survival Rates of Premature Babies: Project 27/28*. London: Cesdi; 2001

De perinatale audit is niet mogelijk zonder de enorme inspanning van al die zorgverleners die binnen hun samenwerkingsverband de audit voorbereiden, zorgverleners die deelnemen aan audits en de regioteams die dit ondersteunen. De audit is opgezet in nauwe samenwerking met IMPACT en de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN). De invoering van de audit is mogelijk door een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Rubrieksredactie i/o

dr. Jeroen van Dillen gynaecoloog UMCN en regiovoorzitter PAN-regio Nijmegen

dr. Hens Brouwers kinderarts-neonatoloog UMCU en bestuurslid PAN

Fayette Buist verloskundige, manager polikliniek verloskunde & gynaecologie Flevoziekenhuis Almere en lid regioteam Amsterdam

dr. Wessel Ganzevoort gynaecoloog-perinatoloog en lid redactie NTOG

Marieke Hermus Msc eerstelijns verloskundige Oosterhout en lid redactiecommissie PAN

drs. Adja Waelput, verloskundige n.p., coördinator Stichting PAN

In samenwerking met

dr. Martine Eskes gynaecoloog n.p. en senioradviseur

drs. Fenneke van Swigchum, directeur St. PAN

Meer informatie

dr. Jeroen van Dillen
uitdepan@perinataleaudit.nl