

# Resultaten uit de eerste landelijke perinatale audit

Relinde van der Stouwe

**Eind november 2011 werden, tijdens een drukbezocht symposium in Lunteren, de bevindingen uit de eerste landelijke perinatale audit gepresenteerd. Er is positief nieuws: de perinatale sterfte in Nederland neemt af, de inzet en betrokkenheid van de deelnemers aan de audit zijn groot en uit de lokale audits komen concrete aanwijzingen voor verbeteringen.**

## A terme sterfte

Vanaf januari 2010 zijn de meeste verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland gestart met de perinatale audit. Het doel van deze audit is meer inzicht krijgen in de omstandigheden waarbij sterfte rond de geboorte optreedt. In het Perinataal Audit Registratie Systeem (PARS) worden de resultaten uit deze audits vastgelegd. Het gaat hier om geanonimiseerde gegevens van betrokken zorgverleners, over de omstandigheden waarin de sterfte optrad, de doodsoorzaak, mogelijke relatie tussen sterfte en de geïdentificeerde substandaard factoren, aanbevelingen enz. Dit registratiesysteem vormt de basis voor het eerste rapport van de perinatale audit Nederland (PAN) dat zich richt op de sterfte van atermen kinderen in 2010. De meeste kinderen worden namelijk tussen 37 en 42 zwangerschapsweken geboren en hun overlevingskansen zijn zeer hoog (99,7%). Niettemin betreft een kwart van alle perinatale sterftegevallen in Nederland atermen kinderen. Dat vraagt om meer uitleg, zo stelt het PAN-rapport.

Daarnaast is de zorg voor atermen kinderen, meer dan bij vroeggeboren kinderen, multidisciplinair en dus bij uitstek geschikt om te bespreken in de perinatale audit waar alle betrokken zorgverleners in de keten samen naar de casus kijken.

## Dalend sterftecijfer

De perinatale sterfte daalt in Nederland. In 2001 stierven 12,2 per 1000 kinderen na 22 weken zwangerschapsduur; in 2008 9,4 per 1000. Ook het aantal atermen sterftegevallen neemt af: van 651 kinderen in 2001 (3,8 per 1000) naar 367 in 2010 (2,3 per 1000).

Van de atermen geboren, maar overleden kinderen zijn in 2010 de zorggegevens van 90% (n=324) vastgelegd. De andere 10% betrof kinderen met ernstige aangeboren afwijkingen. Deze groep werd niet besproken in de audit omdat de relatie tussen zorgverlening en sterfte hier geen rol zou spelen.

In de eerste lijn stierven 68 van de 324 atermen overleden kinderen (21%). Dit betekent dat de verloskundige de verantwoordelijke zorgverlener was ten tijde van de sterfte in de zwangerschap, dan wel aan het begin van de baring. In de tweede en derde lijn stierven 227 kinderen atermen (70%). In de overige 9% van de gevallen was de verantwoordelijke zorgverlener onbekend.

In de eerste lijn vindt bijna 30% van de sterfte plaats vóór aanvang van de baring, 30% tijdens de baring en 40% tijdens de eerste 28 dagen post partum. In de tweede en derde lijn ligt deze verhouding anders: 68% antenaal, 9% durante partu en 22% in de eerste 28 dagen post partum.

## Oorzaken

In de perinatale audit wordt de Tulip classificatie gebruikt om de onderliggende oorzaak van het ziektebeeld waaraan het kind is overleden vast te stellen (zie kader). Bij ruim een derde van de overleden kinderen is er sprake van placentabedpathologie en navelstrengcomplicaties. Bijna 20% heeft aangeboren afwijkingen. En bij 34% is de oorzaak onbekend. In de helft van deze gevallen blijft de oorzaak onbekend ondanks volledig onderzoek. In de andere helft ontbreekt er belangrijke informatie. Zo wordt in 26% van alle gevallen van perinatale sterfte de placenta niet nader onderzocht en wordt bij 64% van de overleden kinderen geen obductie verricht. Terwijl autopsie belangrijke informatie en zelfs een geheel andere diagnose op kan leveren. De klinisch psycholoog Keirse bracht in zijn voordracht naar voren dat zorgverleners het lastig vinden om obductie te bespreken met de ouders van het overleden kind. Toch blijken veel ouders het belang van het onderzoek wel degelijk in te zien.

Voor het vaststellen van de doodsoorzaak is de betrokkenheid van de patholoog bij de audit van groot belang. Patholoog Peter Nikkels maakte duidelijk dat goed pathologisch onderzoek van het overleden kind of de placenta niet mogelijk is zonder bepaalde informatie over

de omstandigheden waaronder het kind gestorven is. Op de PAN-website kunnen zorgverleners aanvraagformulieren vinden die zij moeten gebruiken in geval van obductie en onderzoek van de placenta.

### Doodsoorzaken classificeren

In de perinatale audit worden drie verschillende classificaties gebruikt om vast te stellen waaraan het kind is overleden.

1. Met de Wigglesworth classificatie wordt een indeling naar zwangerschapsduur en het moment van overlijden: antepartum, intrapartum, neonataal < 24 uur, neonataal  $\geq$  24 uur -7 dagen, neonataal 8-28 dagen.
2. De gemodificeerde ReCoDe onderscheidt verschillende klinische condities die mogelijk hebben bijgedragen aan de sterfte. Er worden 10 hoofdgroepen van condities gehanteerd: foetaal, neonataal, navelstreng, placenta, vruchtwater, uterus, moeder, intrapartum, trauma en onbepaald.
3. De Tulip classificatie richt zich op de waaromvraag. Er wordt teruggeredeneerd wat de onderliggende oorzaak van het ziektebeeld is waaraan het kind is overleden. Deze classificatiemethode is door de Nederlandse gynaecoloog (in opleiding) Korteweg ontwikkeld en uitgetest. Er zijn zes hoofdcategorieën: aangeboren afwijking, placenta, prematuriteit, infectie, anders, en onbekend. Voor de Tulip classificatie is vrijwel altijd onderzoek van de placenta nodig. Het insturen van de placenta bij elke perinatale sterfte is dan ook één van de aanbevelingen uit het PAN-rapport.

### Substandaard factoren

Niet alle zorggegevens van atermen kinderen zijn vastgelegd, niet alle kinderen zijn besproken tijdens de audit en van kinderen die wel besproken zijn, zijn niet altijd de gegevens ingevoerd in het PARS. Dit is mogelijk te wijten aan onervarenheid met de audit, alsook tijdgebrek. Van de 359 overleden kinderen zijn 312 casus besproken tijdens de audit en daarvan zijn van 222 gevallen gegevens vastgelegd in het PARS.

Bij ruim een derde van de casus wordt geen substandaard factor vastgesteld; bij de helft van de casus (n=116) worden één of meerdere factoren geconstateerd. In 10% van de 222 sterftegevallen, hebben de substandaard factoren een waarschijnlijke of zeer waarschijnlijke relatie met de sterfte. In bijna alle gevallen zijn meer dan één

zorgverlener bij de substandaard factor(en) betrokken. Er bestaat nog geen systeem hoe de diverse substandaard factoren gerubriceerd kunnen worden. In het PAN-rapport wordt een grof onderscheid gemaakt tussen het afwijken van richtlijnen in de tweede lijn (23% van alle substandaard factoren) en het afwijken van standaarden in de eerste lijn (14%) enerzijds en anderzijds het afwijken van de gangbare zorg (42%) en anders (21%). Voor beide categorieën geldt dat het om een groot aantal verschillende factoren gaat, van het ontbreken van diagnostische verwijzing bij verdenking op negatieve dyscongruentie tot het niet functioneren van een noodbel.

De 186 aanbevelingen die de auditgroepen hebben gedaan betreffen de organisatie van de zorg (35%), richtlijnen, protocollen/gangbare zorg (27%), communicatie (12%), documentatie (11%) en scholing (8%).

### Een grote lijn?

Het is lastig om in de veelheid van factoren en aanbevelingen een lijn te zien. Algemene uitspraken over wat er verkeerd gaat en wat anders moet, zijn dan ook niet te doen. Bij de 23 casus waarin de auditgroep een waarschijnlijk of zeer waarschijnlijk verband tussen de gevonden substandaard factoren en de sterfte zag, vallen wel een aantal gemeenschappelijke elementen op. De beoordeling van en beleid rond het CTG speelt in vijf sterftegevallen een belangrijke rol. Vier casus hebben betrekking op het niet verschijnen van de zwangere op het spreekuur en het uitblijven van actie van de zorgverleners daarop. Gebrekkige communicatie en documentatie domineren vier sterftegevallen. Het omgaan met de klacht [cursief]minder leven voelen [cursief] staat in drie casus centraal, en groei retardatie in twee gevallen. De redactiecommissie die de totstandkoming van het PAN-rapport begeleidt, formuleert op basis hiervan een aantal aanbevelingen voor het landelijk beleid:

- het ontwikkelen van een richtlijn *beoordelen en beschrijven CTG*
- een multidisciplinaire richtlijn *minder leven voelen* en het ontwikkelen van een patiëntenfolder
- een multidisciplinaire richtlijn *opsporen van en handelen bij groeivertraging*
- vervolgacties bij niet verschijnen op afspraken
- samenwerking bij acute verwijzingen vanuit thuis

### Proces en uitkomst

De perinatale audit is bij uitstek bedoeld voor het evalueren van het zorgproces op de werkvloer met de zorgverleners onder wier verantwoordelijkheid de sterfte optreedt. Dichtbij de kern is alle informatie te halen. Hoe de analyse verloopt van wat er gebeurd is, welke substandaard factoren geïdentificeerd worden en welke verbeterpunten geformuleerd worden, is afhankelijk van

het groepsproces. Het benoemen van substandaard factoren en aanbevelingen vraagt oefening en tijd. In een kwart van de 212 benoemde substandaard factoren wordt geen aanbeveling gegeven. Daarnaast blijft het op dit moment soms onduidelijk of een bepaalde factor geen rol speelde in de casus of dat het niet aan de orde kon komen. De PAN houdt er dan ook rekening mee dat meer ervaring met de audit de uitkomsten in de toekomst zullen beïnvloeden.

In meerdere voordrachten werd tijdens het symposium de rol van de voorzitter benadrukt bij het bewaken van de veiligheid en het goed verloop van het auditproces. Een goede voorzitter of juist het ontbreken daarvan, beïnvloedt de uitkomsten van het proces. Dat geldt ook voor de voorbereiding van de audit. Het opstellen van het chronologisch verslag vraagt veel tijd van een kleine groep mensen. Tijd en mankracht zijn belangrijke randvoorwaarden voor een goede voorbereiding van de audit en deze zouden op de één of andere manier gewaarborgd moeten worden. De PAN zelf werkt aan het gebruiksvriendelijker maken van het registratiesysteem.

### Toekomst

Het PAN-rapport doet een aantal aanbevelingen om het auditproces te optimaliseren en te waarborgen. Een belangrijke constatering betreft het oppakken van de geformuleerde verbeteracties. Hoe zorg je ervoor dat deze uitgewerkt en opgevolgd worden? Daarvoor is coördinatie nodig en kunnen leidinggevendenden, kwaliteitsfunctionarissen in ziekenhuizen en ROS'en een rol spelen, aldus de PAN.

Voor de audits in 2012 streeft de PAN naar meer volledigheid in het aantal besproken casus en in de verzamelde informatie. De focus blijft voorlopig op de atermen sterfte liggen. Op basis van de ervaringen tot nu toe, zijn aanvullende vragen ontwikkeld rond vier thema's: 24/7 beschikbaarheid, transportproblemen, interventie (te afwachtend beleid) en groeivertraging. Aan zorgverleners die bij perinatale sterfte in 2012 gegevens invullen in het PARS zal extra informatie over deze onderwerpen worden gevraagd. ■

# 3e landelijke conferentie pre- en neonatale screeningen

**Pre- en neonatale screeningen stellen (aanstaande) ouders voor vele, soms moeilijke, keuzes. Dit geldt ook voor de betrokken professionals. Kennis met elkaar delen over keuzegedrag van (aanstaande) ouders is belangrijk. Hoe komen keuzes tot stand? Hoe weegt de individuele ouder zijn of haar belang en dat van het kind? Wat is de rol van de professional en het informatiemateriaal daarbij? Maar ook, hoe maken we keuzes voor het wel of niet invoeren van innovaties in de screening? In welke mate zijn burgers daarbij betrokken?**

**Deze vragen en enkele andere actuele thema's staan centraal tijdens de derde landelijke conferentie pre- en neonatale screeningen.**

De conferentie vindt plaats op dinsdag 17 april 2012 van 10.00 – 17.00 uur in Conferentiecentrum Zonheuvel, Amersfoortseweg 98 in Doorn. Er is een plenair programma en u heeft de mogelijkheid twee workshops bij te wonen. U kunt zich nu al inschrijven via [fd8.formdesk.com/rivm2/aanmeldformulier-pns-congres-2012](http://fd8.formdesk.com/rivm2/aanmeldformulier-pns-congres-2012)

Op [www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/P/PNS\\_Conferentie\\_2012](http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/P/PNS_Conferentie_2012) staat meer informatie over het programma en de workshops. Deelname is gratis, het aantal beschikbare plaatsen per doelgroep is beperkt.

Meer informatie: [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) ■

**De White Ribbon Alliantie**  
nodigt u uit voor 10 Maart 2012

*Global Dinner Party*  
Dinnershow voor Veilig Moederschap

Bij het ter perse gaan van dit tijdschrift was de exacte locatie nog niet bekend. Raadpleeg de website van White Ribbon Nederland, [www.whiteribbon.nl](http://www.whiteribbon.nl)