

Iedere slechte uitkomst verdient een audit!

Een verslag van een audit over fluxus post partum

Relinde van der Stouwe

De audit als methode voor de verbetering van de verloskundige zorg staat volop in de belangstelling (Van Diem et al, 2008; Waelpot et al, 2008). Niet alleen gevallen van perinatale sterfte worden op deze manier geëvalueerd maar ook maternale sterfte en ernstige maternale morbiditeit (Schutte et al, 2008; Zwart et al, 2009).

Hoe wordt kwaliteit van verloskundige zorg gemeten? Hoe kan audit hieraan bijdragen en hoe komen de zorgverleners tot een beoordeling van de door hen verleende zorg? Een redacteur van dit tijdschrift mocht aanwezig zijn bij een audit naar fluxus post partum en doet verslag van een leerzame middag.

Inleiding

De zogenaamde LEMMoNstudie onderzoekt de incidentie van en de achtergronden bij ernstige maternale morbiditeit in Nederland in 2004-2006 (zie ook pagina 33 van dit tijdschrift). Volgens deze studie komt ernstige morbiditeit voor bij 0,71% van alle zwangerschappen in Nederland. Uterusruptuur, eclampsie en fluxus p.p. vormen de top drie van meest voorkomende condities die maternale morbiditeit veroorzaken.

In het kader van een studie naar risicoselectie en substandaard zorgfactoren bij de thuisbevalling, hebben Dirk Dietz de Loos en Jeanette Mesman de casus uit de LEMMoNstudie, waarbij fluxus en eclampsie optraden in de eerstelijns, nader onderzocht. De Loos is student geneeskunde en Mesman werkt als verloskundige in het LUMC. Zij heeft deze studie verricht voor haar masteropleiding Physician Assistant Klinische verloskundige. Als onderdeel van hun onderzoek organiseerden De Loos en Mesman een audit: in twee bijeenkomsten met de betrokken zorgverleners in eerste- en tweedelijns werden de gevallen waarbij respectievelijk eclampsie en ernstige fluxus optraden, besproken. Daarbij waren ook een aantal deskundigen uit het verloskundig onderwijs en onder-

zoek aanwezig. Centraal stond de vraag hoe de risicoselectie en de zorg in de eerstelijns waren verlopen?

Ernstig bloedverlies

Omdat het schatten van bloedverlies weinig accuraat is, werd in de LEMMoNstudie ernstig bloedverlies gedefinieerd als bloedverlies waarbij een bloedtransfusie van vier of meer zakjes packed cells nodig was of een hysterectomie of embolisatie. Zo gedefinieerd trad bij 4,5 per 1000 bevallingen in deze studiepopulatie ernstig bloedverlies op. In 88% van de gevallen gaat het hierbij om een fluxus post partum. De meest voorkomende oorzaken zijn vastzittende placenta of achterblijven van een placentarest en uterus atonie. Bij 6,7% van de gevallen van fluxus post partum vond een hysterectomie plaats, en in 7,2% van de gevallen arteriële embolisatie.

Jeanette Mesman selecteerde vanuit de LEMMoN database vervolgens casus met een ernstige fluxus post partum waarbij de patiënt thuis was bevallen. Negen casus voldeden aan de volgende criteria: de toediening van acht of meer eenheden packed cells, opname op de IC of plaatsvinden van één of meerdere chirurgische interventies: embolisatie, balloncatheter, laparotomie of uterusextirpatie. Deze negen casus werden in een ruim drie uur durende bijeenkomst besproken.

De juiste vragen

Elke casus werd kort ingeleid door de onderzoekers. Daarna werden de aanwezigen uitgenodigd om de eerstelijns verloskundige, die betrokken was geweest bij de casus, vragen te stellen zodat de aanwezigen een volledig beeld konden krijgen van de casus. Na de eerstelijns verloskundige kwam vervolgens de gynaecoloog (in opleiding) aan het woord om het verloop in de tweedelijns toe te lichten. Na elke casus vulden de deelnemers een formulier in waarmee zij de zorg beoordeelden. Was er sprake van inadequate risicoselectie, substandaard zorgfactoren en risicomomenten die (achteraf) te onderkennen waren geweest?

In een open sfeer werden over en weer vragen gesteld. "Wanneer vraag je een ambulance met A1 te komen?" Of: "Komt het achterblijven van een placentarest na manuele verwijdering vaak voor?" Wel was het soms lastig om neutrale vragen te stellen. In een vraag kan

snel een beoordeling zitten: “waarom heb je zo lang gewacht met het bellen van de ambulance?” en “waarom heb je niet eerder een infuusnaald ingebracht?”, zo luiden de vragen van de ene aan de andere verloskundige. Een betere vraag zou zijn geweest: op welk tijdstip overwoog je de ambulance te bellen en waarom? Goede vragen vereisen goede voorbereiding. De deelnemers hadden tevoren een heel pakket gekregen met kopieën van de dossiers. Om in de wirwar van papieren een goed beeld te krijgen van alle casus en de ontbrekende informatie, vraagt tijd. Niet iedereen had zich even goed voorbereid; de input van de deelnemers was dan ook wisselend.

Gemeenschappelijke elementen

Volledig inzicht krijgen in negen casus in drie uur tijd bleek niet haalbaar te zijn. Aan de andere kant kwamen juist door het bespreken van meerdere casus met dezelfde problematiek gemeenschappelijke elementen naar voren. Opvallend is het ontbreken van eenduidig handelen bij bloedverlies post partum in de thuissituatie. Doorgaans wachten verloskundigen de spontane geboorte van een placenta een uur af, mits de vrouw natuurlijk niet (meer dan normaal) vloeit. In een aantal casus wordt 45 tot 60 minuten gewacht met het bellen van de ambulance, terwijl de vrouw wel meer dan de gemiddelde 200 cc vloeit. In een paar casus is de conditie van de vrouw goed als de verloskundige het ziekenhuis belt, maar komt de vrouw wel in shock aan in het ziekenhuis. In sommige gevallen duurt het een uur voordat de vrouw in het ziekenhuis arriveert. Dit roept de vraag op of wij in de eerstelijns niet eerder moeten anticiperen op het bloedverlies dat nog mogelijk gaat komen. Is het zinvol om bijvoorbeeld bij 500 ml bloedverlies een infuusnaald in te brengen? De aanwezigen kwamen tot de conclusie dat een richtlijn over hoe te handelen bij een fluxus zeer wenselijk is.

Voor wat betreft de zorgverlening in de tweedelijns viel op dat in een aantal casus na een manuele placenta-removal (MPV), de uterus meerdere keren werd nageast en er mogelijk nog placentaweefsel werd gecuretteerd. Omdat in veel gevallen de verslagen van de patholoog anatoom in de status ontbraken, kon helaas niet worden bevestigd of er inderdaad sprake was van placentaweefsel. Het riep echter wel vragen op over het beleid bij bloedverlies na een MPV.

Verslaglegging

Het is geen nieuws dat de verslaglegging in eerste- en tweedelijns verbetering behoeft. In deze audit wordt dit bevestigd. Tijdstippen worden slecht of niet juist genoteerd. Gegevens in de LVR-1 en LVR-2 blijken niet overeen te komen, informatie die de eerstelijns wel heeft genoteerd, komt niet terecht in de registratie van de tweedelijns. Slechte verslaglegging bemoeilijkt een goede evaluatie, vooral wanneer het een casus betreft van enkele jaren geleden of de betrokken zorgverlener niet aanwezig is bij de audit. Zo bleven de deelnemers aan de audit in het ongewisse waarom een gynaecoloog in een bepaalde casus koos voor een hysterectomie en niet voor een andere optie zoals embolisatie.

Daarnaast kan inadequate verslaglegging of overdracht van gegevens ook als een substandaard zorgfactor beschouwd worden. Een van de casus betrof een vrouw met een spontane partus en een fluxus (3 l) in de anamnese. Deze gegevens stonden wel vermeld in het eerstelijns dossier, maar nergens was terug te vinden welke actie de verloskundige hier op had ondernomen.

Een leerzame middag

Ondanks de kritische noten bij deze audit, vond uw verslaggeefster het een leerzame middag. Drie deelnemers die na afloop om hun ervaring gevraagd werden, gebruikten de woorden leuk én leerzaam. Behalve dat een dergelijk audit stimuleert tot kritisch nadenken over het ‘eigen’ beleid vergroot het ons begrip voor het werk van de ‘ander’. Ook frist het kennis op of vult deze aan. Heeft u, net zoals de verslaggeefster altijd gedacht dat een inversio uteri veroorzaakt wordt door teveel tractie aan de navelstreng of druk op de fundus? Verloskundig handelen mag vaak de oorzaak zijn, maar een inversio uteri kan ook spontaan optreden. ■

Referentie

- Diem van, MT, Reitsma B, Bergman KA, Bouman K, Ulkeman AHM, et al. Lokale perinatale audit. De eerste ervaringen van het IMPACT-project. Tijdschrift voor Verloskundigen 2008;12: 31-34;
- Schutte JM, Schuitemaker NWE, Roosmalen van J, Steegers EAP on behalf of the Dutch Maternal Mortality Committee. Substandard care in maternal mortality due to hypertensive disease in pregnancy in the Netherlands. BJOG 2008;115:732-736;
- Waelput A, Eskes M, Achterberg PW. De landelijke perinatale audit komt er aan! Tijdschrift voor Verloskundigen 2008; 3: 15-18;
- Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JIP, Bloemenkamp KWM, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery, and puerperium in the Netherlands: a nationwide population based study of 371 000 pregnancies. BJOG 2008; 115:842-850.