

DE BEROEPSGROEPEN ZIJN ER KLAAR VOOR

WETENSCHAP

Landelijke Perinatal Audit

De perinatale sterfte in Nederland vertoont, vergeleken met de ons omringende landen, gedurende de afgelopen decennia mogelijk een minder snelle daling. Naar aanleiding daarvan formuleerden de beroepsgroepen in het Verloskundig Vademecum 2003 het voornemen een volledige landelijke perinatale sterfteregistratie en landelijke perinatale audit tot stand te brengen^[2]. Doel: betrouwbare sterftcijfers genereren en inzicht verwerven in de kwaliteit van de geleverde perinatale zorg. De Landelijke Perinatal Audit studie onderzocht of dit een haalbare zaak is.

*Martine Eskes, Mariet van Diem,
J.M.W.M. Merkus*

Het probleem met de perinatale sterftcijfers is dat ze niet volledig betrouwbaar zijn, dat de doodsoorzaken niet goed bekend zijn en de relatie met het zorgproces onduidelijk is. De onzekerheid over de perinatale sterftcijfers berust op het onvolledig zijn van de gegevens, zowel in de registratie van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) als in de registraties van de betrokken beroepsgroepen (verloskundigen, gynaecologen, huisartsen en kinderartsen, resp Landelijke Verloskunde Registratie, LVR 1 en 2 en Landelijke Neonatologie Registratie, LNR). Bovendien ontbreekt een goed inzicht in de doodsoorzaken en de belangrijke risicofactoren voor sterfte.

Om onder andere hierin verbetering te brengen werken de gezamenlijke beroepsgroepen sinds enkele jaren hard aan één, direct gekoppelde registratie voor alle zwangere vrouwen en hun kinderen met op termijn koppeling aan het elektronische patiëntendossier. Dit is echter een ingewikkeld proces, doordat de verloskundige zorg en de zorg voor de pasgeborene op verschillende plaatsen (thuis, ziekenhuis) en vaak onder verantwoordelijkheid van verschillende

beroepsbeoefenaren plaatsvindt. Uit een Europees onderzoek over de periode 1993-1998 kwam naar voren dat bij de gevallen van perinatale sterfte een aantal aspecten van het zorgproces verbeterd kan worden. Dit gold sterker voor Nederland dan bijvoorbeeld voor Zweden en Noorwegen^[3]. Enkele maanden geleden verscheen het rapport 'Met de besten vergelijkbaar?' uitgebracht door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)^[4]. De belangrijkste conclusie van dit rapport was dat de perinatale sterfte in de als 'beste' gekwalificeerde landen in de EU (Finland en Zweden) 30-35% lager was dan in Nederland. Op grond van literatuuronderzoek werd geschat dat 1,5-2,5% van het verschil verklaard kan worden door verschillen in meerlinggeboortes, 3-5% door een ongunstiger risico-profiel voor roken tijdens de zwangerschap, 5-11% door verschil in percentage geboortes bij allochtone vrouwen, 4 % door verschillen in prenatale screening op ernstige congenitale afwijkingen. Het verschil in voorkomen van onvolkomenheden in het zorgproces (substandaard factoren) werd op theoretische gronden verantwoordelijk geacht voor 4-7% van het verschil in perinatale sterfte. Eén van de aanbevelingen van het RIVM aan de minister betreft de

Op 24 november 2005 organiseerden het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de Dutch Society of Perinatal Medicine en de Stichting Perinatale Registratie Nederland het symposium 'Perinatal Audit in Nederland: de eerste ervaringen'. Tijdens dit symposium werd verslag gedaan van de Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS). De LPAS is een haalbaarheidsstudie naar de opzet van een volledige perinatale sterfteregistratie en de organisatie van landelijke perinatal audit. Deze studie werd uitgevoerd door de commissie perinatal audit (CPA) van het CVZ. In de CPA zijn de direct bij de perinatale zorg betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigd. Het eindrapport werd tijdens het symposium aangeboden aan de vertegenwoordiger van de Minister van VWS^[1].

*Mw. dr M. Eskes, gynaecoloog n.p., MPH,
College voor zorgverzekeringen,
Mw. M. Th. van Diem, verloskundige
n.p., Msc Epid, College voor
zorgverzekeringen
Commissie Perinatal Audit van het
College voor zorgverzekeringen:
prof.dr. J.M.W.M. Merkus,
onafhankelijk voorzitter,
namens de KNOV:
Mw. A.E. Floor ,
P.A.O.M. de Reu
namens de LHV:
Mw. drs.T.M. Slagter-Roukema
namens de NVOG:
prof.dr. J.G. Nijhuis,
dr. C.A.G. Holleboom
namens de NVK:
dr. H.A.A. Brouwers,
prof.dr. W.P.F. Fetter*

WETENSCHAP

opbouw van een landelijk dekkend structureel systeem van perinatal audit en een verbeterde doodsoorzakenclassificatie.

Doel van het LPAS onderzoek

Voor de uitvoering van de Landelijke Perinatal Audit Studie benoemde het CVZ de deskundigen Commissie Perinatal Audit. Het doel van het onderzoek was aanbevelingen te doen over:

1. de realisatie van een zo volledig mogelijke perinatale sterfte-registratie;
2. de opzet van een structurele landelijke audit organisatie.

Uitvoering onderzoek

Melding perinatale sterfte

De LPAS studie werd verricht in drie regio's die samen 12% van alle geboorten in Nederland gedurende één jaar omvatten. Het betrof de regio's Amsterdam, Midden- en Noordoost-Brabant en Zuid Limburg (gedefinieerd naar post-code). Aan de zorgverleners werd gevraagd gedurende één jaar (2003/2004) alle gevallen van perinatale sterfte te melden. Perinatale sterfte werd gedefinieerd als doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren bij een amenorroeduur vanaf 22 complete weken, of vanaf een geboortegewicht van 500 gram bij onbekende amenorroeduur, of een kruin-hiellengte vanaf 25 cm. Deze definitie is conform de aanbevelingen van de WHO. Het aantal meldingen van perinatale sterfte werd aan het eind van de meldingsperiode op volledigheid onderzocht.

Doodsoorzakenclassificatie

Als onderdeel van de audit zijn methoden voor het vaststellen van de doodsoorzaak op bruikbaarheid en betrouwbaarheid getest. Hierbij werden de volgende classificaties gebruikt:

1. Modified Aberdeen classificatie
2. Extended Wigglesworth classificatie
3. Fundamenteel Tulip classificatie. De eerste twee classificaties worden internationaal veel gebruikt, maar zijn weinig specifiek. De Fundamenteel Tulip classificatie geeft meer inzicht in de achterliggende doodsoorzaak en is geschikt voor nationale surveillance.

Perinatal audit

Ook is een methode ontwikkeld en in de praktijk getoetst voor het op systematische wijze identificeren van onvolkomenheden in het zorgproces (substandaard factoren) en de relatie hiervan met de sterfte (perinatal audit). Van alle gemelde gevallen van sterfte werden gegevens verzameld om het gehele zorgproces in kaart te brengen en de doodsoorzaak vast te stellen. Van iedere casus werd een chronologisch verslag gemaakt en werden de aanvullende gegevens bijgevoegd (zwangerschapskaart, ontslagbrieven, P.A. verslagen van placenta en obductie, CTG).

Het vaststellen van de doodsoorzaak, de beoordeling van het zorgproces en de relatie tussen eventuele onvolkomenheden in het zorgproces gebeurde in panels van zorgverleners (1 eerstelijns verloskundige, 1 tweedelijns verloskundige, 1 tweedelijns gynaecoloog, 1 derdelijns gynaecoloog, 1 tweedelijns kinderarts, 1 kinderarts NICU, 1 huisarts en 1 patholoog) onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. De panelleden beoordeelden de casus eerst individueel, waarna plenair getracht werd consensus te bereiken. Het zorgproces werd in drie niveaus beoordeeld:

- **Onvolkomenheden aan de kant van de zorgverlener**
Zorg, die in ongunstige zin afwijkt van de standaard minimaal vereiste

zorg (vastgelegd in richtlijnen en standaarden) of van de gangbare zorg (niet vastgelegd in standaarden of protocollen maar algemeen aanvaard door de beroepsbeoefenaren, 'best practice'). Aangegeven kon worden of de substandaard factor gelegen is op het vlak van de diagnostiek, de behandeling of anders en bij welke categorie hulpverlener.

- **Onvolkomenheden aan de kant van de organisatie van de zorg**

Factoren, die de uitvoering van de gewenste zorg bemoeilijken of onmogelijk maken. Bijvoorbeeld: onduidelijke afspraken of capaciteitsproblemen etc.

- **Onvolkomenheden aan de kant van de zorgontvanger**

Factoren waarvan bekend is dat zij een ongunstige invloed hebben op de uitkomst van de zwangerschap, bijvoorbeeld roken of obesitas, maar ook het niet signaleren van ongunstige symptomen of het niet verschijnen voor controle etc.

Resultaten

Er werden 239 gevallen van perinatale sterfte gemeld. Bij controle van de verloskundige en kindergeneeskundige archieven in de deelnemende ziekenhuizen en door enquêtering van de huisartsen en verloskundigen kwamen de onderzoekers nog 59 gevallen op het spoor (20% van het totale aantal gevonden gevallen van perinatale sterfte). De berekende perinatale sterfte was 13,4 ‰. Dit cijfer is hoger dan de thans in Nederland bekende cijfers. Hiervoor zijn meerdere verklaringen te geven:

- in dit onderzoek werd een ruimere definitie van perinatale sterfte (de WHO definitie) gehanteerd: sterfte vanaf 22 weken amenorroeduur en de eerste 28 dagen na de geboorte
- er is in Nederland sprake van onderregistratie

- de onderzochte regio's samen zijn mogelijk niet representatief voor Nederland

De in de LPAS gevonden perinatale sterfte (13,4 %) wijkt niet veel af van de sterfte die in 2001 in het gekoppelde bestand van de Stichting Perinatale Registratie Nederland werd gevonden (12,2 %) [5]. In dat bestand wordt eveneens de WHO definitie gebruikt. Echter, in de LVR 1, 2 /LNR ontbreken de registraties van de huisartsen en de registraties van ongeveer 40% van de kinderartsenpraktijken buiten de NICU's. Bovendien kan de sterfte na de eerste week niet in de LVR 1 en 2 geregistreerd worden.

Er was een hoge mate van overeenstemming in de beoordelingen in panels van zowel de doodsoorzaken-classificatie als de identificatie van substandaard factoren. In 9% van de gevallen was het oordeel dat substandaard factoren in de directe patiëntenzorg waarschijnlijk geleid hebben tot de sterfte.

Een volledige perinatale sterfte-registratie en classificatie van doodsoorzaken en in het bijzonder perinatal audit is zeer arbeidsintensief. De kosten zullen zo spoedig mogelijk opgenomen moeten worden in de tarieven/DBC's. Voor de eerste jaren is een startsubsidie van de overheid onontbeerlijk.

Conclusie en beschouwing

De studie liet zien dat de registratie van de perinatale sterfte niet goed plaats vindt. Verbetering is mogelijk en kan o.a. door de meldingen aan de perinatale sterfte registratie te controleren tijdens de maandelijkse of tweemaandelijks perinatale besprekingen in de verloskundige samenwerkingsverbanden in en rond de ziekenhuizen. Deze zogenaamde interne audits dienen in de eerste plaats voor reflectie op het eigen beleid en eventuele

aanpassingen van de plaatselijke protocollen.

Met een volledige perinatale sterfte en een doodsoorzakenregistratie die gebaseerd is op de achterliggende oorzaken, kan perinatale sterfte in Nederland in breder perspectief beoordeeld worden. Bovendien kan zo ook inzicht verkregen worden in de veranderingen van het sterfjepatroon in de loop der jaren en belangrijke factoren, die hierop van invloed zijn. Ook kan op deze wijze het effect van beleidsveranderingen onderzocht worden.

Daarnaast is met een volledige en betrouwbare registratie internationale vergelijking pas zinvol. De beoordeling van het zorgproces op substandaard factoren bleek goed mogelijk en de relatie tussen substandaard factoren en de sterfte kan benoemd worden. Op deze wijze kunnen structurele problemen in het zorgproces aan het licht komen en kunnen aanbevelingen voor verbetering geformuleerd worden. Aanscherping van bestaande richtlijnen en ontwikkeling van nieuwe richtlijnen kan plaats vinden aan de hand van de resultaten van de audit. Voorts kunnen daarmee de onderwerpen voor bijscholing aangedragen worden. De verbetering van de kwaliteit van de zorg zal niet alleen een gunstige invloed hebben op het aantal gevallen van perinatale sterfte, maar ook op de kwaliteit van de zorg voor alle zwangere vrouwen en hun kinderen en kan daarmee leiden tot minder handicaps.

Tot slot

In Nederland is de perinatale sterfte waarschijnlijk de laatste jaren minder gedaald dan in ons omringende landen. De in de LPAS voorgestelde betrouwbare en complete perinatale sterfteregistratie maakt het mogelijk om na te gaan hoe de werkelijke perinatale sterfte in Nederland is.

Samenvatting

De gezamenlijke beroepsgroepen in de perinatale zorg verrichtten samen met het CVZ een haalbaarheidsstudie naar de opzet van een volledige perinatale sterfteregistratie en een structurele audit organisatie.

De systematiek van de uitvoering van de doodsoorzaken classificaties voor nationale surveillance en internationale vergelijking is ontwikkeld, getoetst en betrouwbaar gebleken.

Het vaststellen van substandaard factoren en de relatie tot de sterfte is getoetst in panels met zorgverleners werkzaam in alle echelons en een patholoog en goed bevonden.

Een volledige perinatale sterfteregistratie kan bereikt worden door naast de directe meldingen, aanvullende meldingen te genereren vanuit de interne audit besprekingen in alle verloskundige samenwerkingsverbanden.

Directe realisatie van een volledige perinatale sterfteregistratie, betrouwbare doodsoorzaken-classificaties en de uitvoering van structurele perinatal audit is mogelijk. Dit biedt de mogelijkheid meer inzicht in de stand van de perinatale gezondheid te verkrijgen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Internationale vergelijkingen worden hiermee zinvoller.

De in de LPAS ontwikkelde perinatal audit biedt aanknopingspunten voor verbetering van de kwaliteit van de Nederlandse perinatale zorg en dus voor verlaging van de perinatale sterfte.

Het wordt dan ook hoog tijd dat wij in Nederland in navolging van landen als het Verenigd Koninkrijk en Noorwegen starten met struc-

WETENSCHAP

turele perinatale audit. Dat is eveneens de aanbeveling van het RIVM aan de minister van VWS. Zo kan een belangrijke volksgezondheidsdoelstelling, een optimale start van het leven, gerealiseerd worden en een goede, internationaal vergelijkbare, surveillance tot stand komen.

Dankwoord

De CPA is de leden van het in dit artikel genoemde panel zeer erkentelijk voor hun belangrijke bijdrage aan het proces van doodsoorzaken-classificatie en audit. Voorts dankt de commissie de beroepsbeoefena-

ren in de betreffende regio's voor het aanleveren van de gegevens. De uitvoering van de audit werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van de Stichting Perinatale Registratie Nederland.

Referenties

[1]. Landelijke Perinatale Audit Studie.

Eindrapport van de Commissie Perinatale Audit van het College voor zorgverzekeringen. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2005.

[2]. Verloskundig Vademecum 2003.

Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2003.

[3]. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP et al. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 97-105.

[4]. Achterberg PW. Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in sterfte rond de geboorte. Bilthoven: RIVM, 2005. Rapport 270032001.

[5]. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2001. Bilthoven, 2005.




van Hogerop?

Volg dan de Universitaire Masterstudie Verloskunde
Geen korte cursus, maar een volwaardige en intensieve universitaire masterstudie.

Interesse?
 Onderwijsbureau Masterstudies
 Bel (020) 566 6944 of
 mail: masterstudies@amc.uva.nl

amc
 Academisch Medisch Centrum

KIJK ook op www.amc.nl/masterverloskunde



**Vroedvrouwenpraktijk
 nieuw-west&badhoevedorp
 zoekt waarneming**

Per wanneer? 150306
 Waar? Amsterdam nieuw-west, Badhoevedorp en Lijnden
 Waarom? Wegens zwangerschap en verhuizing van een van ons
 Hoelang? In ieder geval de rest van 2006
 Hoeveel? 8 - 10 dagen per 4 weken

We zijn een goedlopende met Orfeus geautomatiseerde praktijk in een gemeleerd praktijkgebied. Een assistente is drie ochtenden per week aanwezig. Iedere maand hebben we ongeveer 40 atermen, 80% bevalt thuis. Meerdere werkvormen zijn bespreekbaar. Ben je geïnteresseerd, schrijf of mail ons dan!

Judit Keulen Jose Manshanden Charlotte van de Meerendonk Sandra Hoetmer Thessa de Bode

J. Halbertsmastraat 26, 1065 VG Amsterdam
 info@vroedvrouwennieuwwest-badhoevedorp.nl
 diensttelefoon 06 53169871