

Perinatale audit in Nederland: Wat vindt de zorgverlener er zelf van?

Birgit van der Goes

Verloskundige Birgit van der Goes ondersteunt als implementatiemedewerker de perinatale audits in negen ziekenhuizen in de regio Amsterdam. Zij beschrijft haar ervaringen en die van zorgverleners met de perinatale audit.

Regioteams

Sinds het verschijnen van de Peristat-rapporten in 2003 en 2008 is er veel commotie ontstaan over het verloskundig systeem in Nederland. Om inzicht te krijgen in de omstandigheden waaronder perinatale sterfte optreedt is men vanaf januari 2010 in de meeste verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland gestart met perinatale audits. Dit wordt gedaan volgens de methodiek zoals ontwikkeld in het 'IMPACT' project [Van Diem et al., 2011], verder uitgewerkt door de stichting Perinatale Audit Nederland. Rondom de tien perinatologische centra zijn regioteams gevormd die bestaan uit vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen (huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, klinisch genetici en pathologen) uit de eerste, tweede en derde lijn. Ieder regioteam wordt versterkt met implementatiemedewerkers. Regioteams coördineren de auditwerkzaamheden in hun regio, stimuleren verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) om audits te organiseren en actief aan de slag te gaan met de aanbevelingen die uit de audits voortvloeiden.

Proef

Ter voorbereiding op de eerste 'echte' audit binnen een VSV is er overall een introductiepresentatie gegeven door het regioteam en een proefcasus behandeld. De bedoeling van een audit is om substandaardfactoren en aandachtspunten te identificeren en binnen het VSV acties in te zetten om de geleverde zorg te verbeteren. Het uiteindelijke oordeel of er sprake was van substandaard zorg kan alleen door beroepsgenoten uitgesproken worden. Betrokken zorgverleners worden dus blootgesteld aan op- en aanmerkingen van collega's over de door hen geleverde zorg. Het behoeft geen betoog dat dit heel

confronterend kan zijn. Tijdens de presentatie werd dan ook uitgebreid stilgestaan bij het gevoel van veiligheid dat betrokkenen, maar ook andere aanwezigen, zouden moeten ervaren tijdens een audit. Een veilige omgeving wordt onder andere gecreëerd door bij aanvang van iedere bijeenkomst de regels aan de orde te stellen. Een daarvan is dat alles wat besproken wordt vertrouwelijk is en binnenskamers blijft. Alle uitgereikte informatie over de casus wordt aan het einde van de bijeenkomst weer ingeleverd en vernietigd.

Ervaringen met audits

Het meeste onderzoek dat gedaan is naar het oordeel van zorgverleners over perinatale audit is gebaseerd op zogenaamde *externe, criterion-based* audits. Wat wil zeggen dat de audit is gedaan door niet betrokken zorgverleners op basis van vooraf gestelde criteria. Perinatale sterfte audits worden al sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw in landen om ons heen uitgevoerd [Bergsjö, Bakketeig, & Langhoff-Roos, 2003]. Ook in ons land zijn er verschillende audits geweest [Eskes et al., 2007; Alderliesten et al., 2008; Vredevoogd, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Amelink-Verburg, Verloove-Vanhorick, & Mackenbach, 2001; De Reu, Nijhuis, Oosterbaan, & Eskes, 2000; De Reu P et al., 2009]. Wat is er bekend over de ervaringen van de zorgverleners? Vredevoogd et al. [2001] deden onderzoek naar met name de relatie tussen perinatale sterfte en tekortkomingen in de zorg. In dit onderzoek bestond het audit panel uit drie niet betrokken zorgverleners (externe audit) en werden de uitkomsten omwille van de anonimiteit alleen op geaggregeerd niveau gepresenteerd. Terugkoppeling van een deel van deze auditresultaten naar een deel van de zorgverleners (interne audit) was het onderwerp van een onderzoek dat in 2003 verscheen [Amelink-Verburg, Van Roelofsen, Wolleswinkel-van den Bosch JH, & Verloove-Vanhorick, 2003]. Zorgverleners ontvingen de casus voorafgaand aan de audit met daarbij het oordeel van het auditpanel. Zij kregen de kans om te reflecteren op de gang van zaken rondom de casus en het bleek voor het begrip van het ontstaan van substandaardfactoren belangrijk te zijn om met name sociale achtergrondinformatie van de cliënt te hebben. De behandelde casus in dit onderzoek speelden zich allemaal vijf tot zes jaar voorafgaand aan de interne audit af. Toch bleken emoties nog

Birgit van der Goes is onderzoeksverloskundige en werkt onder andere als researchmedewerker voor het verloskundig en gynaecologisch consortium in het AMC en als implementatiemedewerker voor de perinatale audit in de regio Amsterdam.

vaak hoog te zitten. In dit onderzoek vonden de deelnemers aan de interne audit het bijna allemaal (20 van de 23) belangrijk dat de casus al beoordeeld waren door panelleden die niet in de eigen regio werkten, volgens van te voren gestelde criteria. Alle zorgverleners bij de interne audit waren vooraf op de hoogte van dit oordeel. Zij vonden het nooit een probleem als zijzelf bij de interne audit als betrokken zorgverlener niet anoniem waren. De conclusie van dit onderzoek was dat zorgverleners perinatale audit niet als bedreigend ervaren maar juist motiverend voor het kwaliteitsdenken.

Onderzoek naar de haalbaarheid van een nationale audit door De Reu [De Reu P et al., 2009] liet zien dat de leden van een auditgroep de audit beoordeelden als zeer instructief en zelfs noodzakelijk voor het opsporen van zwaktes in de zorg verleend aan zwangeren. In het 'IMPACT' project [Van Diem et al., 2011] waarin zorgverleners bij de evaluatie van de audit konden aangeven welk aspect van de audit zij het meest gewaardeerd hadden, scoorden het multidisciplinaire karakter (13%), de veilige sfeer (13%) en het samen bespreken van een casus (21%) het hoogst.

De sfeer

Bij de perinatale audit zoals we die sinds 2010 binnen de VSV's uitvoeren, wordt de casus pas tijdens de audit voor de eerste keer beoordeeld. Het oordeel komt tot stand nadat alle aanwezigen (en dat kan oplopen tot meer dan 40) de mogelijkheid hebben gekregen vragen te stellen over de gang van zaken rondom de casus. Het is een interne audit: betrokken zorgverleners zijn aanwezig en worden nadrukkelijk uitgenodigd toelichting te geven op het hoe en waarom van hun handelen. De vorm van de audit is open: de criteria waaraan getoetst wordt liggen niet vast. De betrokken zorgverlener kan er voor kiezen anoniem te blijven, in de praktijk gebeurt dat echter zelden. In onze regio is het streven om alle casus die tijdens een audit behandeld worden van te voren te bespreken met de betrokken zorgverleners. Tijdens zo'n voorbespreking ontstaat in grote lijnen al een idee over de substandaardfactoren. Zorgverleners kunnen zich daar op voorbereiden. Toch blijkt dat er tijdens de audit regelmatig factoren gevonden worden die tijdens de voorbespreking niet naar voren zijn gekomen. Dat kan

Van de redactie: kwalitatief onderzoek naar ervaringen van deelnemers aan de perinatale audit

"En dan denk ik: o ja, dat soort dingen spelen ook allemaal, daar heb ik natuurlijk helemaal geen last van en niets mee te maken... Daar moet je toch allemaal maar aan denken als je daar thuis zit. En dat kweekt wel sympathie... Dan denk ik ja, wat een rotsituatie."
(citaat van gynaecoloog)

Anne Marije Wiersma is verloskundige op het Friese platteland. Voor haar masterstudie verloskunde aan de UvA onderzocht ze de ervaringen van deelnemers aan de perinatale audit. Op het symposium over de landelijke perinatale audit in Lunteren presenteerde zij de bevindingen uit het kwalitatieve deel van haar onderzoek. Ze interviewde twaalf zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen; de professionals werken in Friesland, Overijssel, Gelderland, Noord-Holland en Brabant. De ondervraagde deelnemers tonen grote betrokkenheid bij het fenomeen perinatale audit. Ze zijn enthousiast over het effect van de perinatale audit op de samenwerking tussen de beroepsgroepen. Men krijgt meer inzicht in elkaars werkwijze en omstandigheden en daardoor meer begrip voor elkaar. Er komen concrete verbeteringen uit voort – alhoewel niet alle verbeteracties in daden worden omgezet. Het tempo waarmee veranderingen worden doorgevoerd zou hoger kunnen volgens de deelnemers aan het onderzoek. Ook werd

opgemerkt dat er in verhouding nog erg veel aandacht besteed wordt aan de analyse. Dit gaat ten koste van het werken aan verbeterpunten. 'De audit is nu veel te verklaringgericht en niet voldoende veranderinggericht', zegt een van de geïnterviewden. Het succes van de audit wordt vaak toegeschreven aan de methodiek en de regels van veiligheid. Hoewel de meeste deelnemers inmiddels de methodiek goed kennen, heeft de voorzitter een grote rol in het bewaken ervan. Door de dynamiek in de groep domineert een opvatting of visie soms erg de discussie. Daarnaast is het soms lastig om niet teveel te blijven hangen in bepaalde details. De methodiek helpt de deelnemers om terug te gaan naar de essentie van de casus, maar zonder een goede voorzitter kunnen de auditgroepen dat niet zelf. De geïnterviewden geven aan dat de onafhankelijkheid en de professionele expertise van de voorzitter belangrijke voorwaarden zijn om de audit goed te laten verlopen. De voorzitter speelt ook een rol in het waarborgen van de veiligheid. Het blijkt dat de anonimiteit van de betrokken zorgverleners bij de casus moeilijk te realiseren is. Juist daarom is een veilige sfeer belangrijk. *'Ja, de audit draait natuurlijk bij de gratie dat we open en eerlijk tegen elkaar zijn en dat die sfeer een beetje veilig is, want anders hoeft je het niet te doen.'* (citaat van een eerstelijns verloskundige).

voor betrokken zorgverleners confronterend zijn, zeker als dit wordt opgeteld bij het feit dat emoties rondom een nog vrij recente casus (maximaal één jaar) vaak nog hoog zitten. Het is dan heel afhankelijk van de sfeer die er in het samenwerkingsverband heerst of de betrokkenen en anderen zich vrij voelen om datgene te zeggen wat zij ook echt bedoelen. De rol van de voorzitter (in onze regio een lid van het regioteam, niet werkzaam in het ziekenhuis waar de audit plaatsvindt) is dan essentieel: veiligheid creëren voor alle aanwezigen.

Pas vrij recent ontwikkelde het landelijk bureau van de Perinatale Audit Nederland (PAN) een evaluatieformulier waarin de deelnemers aan de audit kunnen aangeven wat zij van de sessie vonden. Er kan onder andere gescoord worden op sfeer, nut en inbreng. In onze regio delen we deze formulieren uit na afloop van een bijeenkomst. Het is nog te vroeg om hiervan resultaten te laten zien. Een indruk kan ik echter wel geven: over het algemeen krijgen betrokkenen van alle echelons voldoende ruimte om hun zaken in te brengen. Er wordt meestal goed geluisterd naar elkaar en er komt inzicht in elkaars overwegingen over de gegeven zorg. Richtlijnen van alle beroepsorganisaties worden gebruikt om de geleverde zorg te toetsen. We kunnen er echter niet omheen dat de sfeer die er heerst binnen een VSV ook afhankelijk is van factoren die los staan van de audit. Hoe groot de invloed van die sfeer is op het inzicht geven in het eigen, mogelijke professionele falen, kan ik niet zeggen. Een nulmeting zou interessant geweest zijn, maar is niet gedaan. Mijn indruk is dat het meedoen aan de audits de echelons dichter bij elkaar brengt. Wel wordt het organiseren van de audit nu in veel VSV's voornamelijk door de tweede lijn gedaan. De eerste lijn zou deze taak nog beter op moeten pakken. Kwaliteit van zorg is immers de verantwoordelijkheid van de hele zorgketen rondom de zwangere.

Tot slot

De perinatale audit heeft in verloskundig Nederland in korte tijd zijn plaats veroverd. Samen met andere disciplines kritisch kijken naar eigen handelen wordt als motiverend ervaren voor het denken over kwaliteit van zorg. Een veilige sfeer is daarbij een voorwaarde. Hoewel niet vanzelfsprekend blijkt deze in de meeste gevallen gelukkig wel aanwezig te zijn. De voorzitter heeft daarin een belangrijke rol.

De audit geeft ons inzicht in omstandigheden waaronder perinatale sterfte optreedt en mogelijke handvatten om de zorg te verbeteren. Bovendien is het een goed instrument om de samenwerking tussen en binnen de echelons te verbeteren. Audit alleen kan echter nooit de basis zijn voor aanpassingen in de zorg omdat slechts wordt gekeken naar casus met een slechte uitkomst. Onderzoek blijft noodzakelijk.

Referenties

- Alderliesten ME, Stronks K, Bonsel GJ, Smit BJ, Van Campen MM, Van Lith JM et al. (2008). Design and evaluation of a regional perinatal audit. *Eur.J.Obstet.Gynecol. Reprod.Biol.*, 137, 141-145.
- Amelink-Verburg MP, Roelofsens JM, Wolleswinkel-van den Bosch JH & Verloove-Vanhorick SP. (2003). [Evaluation and validation of a perinatal death audit by means of feedback to the caregivers]. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 147, 2333-2337.
- Bergsjö P, Bakketeig LS & Langhoff-Roos J. (2003). The development of perinatal audit: 20 years' experience. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.*, 82, 780-788.
- De Reu P, Eskes M, Oosterbaan H, Smits L, Merkus H et al. (2009). The Dutch Perinatal Audit Project: a feasibility study for nationwide perinatal audit in the Netherlands. *Acta Obstet.Gynecol.Scand.*, 88, 1201-1208.
- De Reu P, Nijhuis JG, Oosterbaan HP & Eskes TK. (2000). Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod. Biol.*, 88, 65-69.
- Eskes M, Van Diem MT, Brouwers H, Slagter-Roukema T, Merkus H. (2007). Perinatale sterfte en tekortkomingen in de zorg: de eerste resultaten van landelijke perinatale audit beschouwd. *Ned.Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie*, 120, 19-26.
- Van Diem MT, Bergman KA, Bouman K, Stant DA, Timmer A. et al. (2011). [Perinatal audit in the North of the Netherlands: the first 2 years]. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 155, A2892.
- Vredevoogd CB, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Amelink-Verburg MP, Verloove-Vanhorick SP & Mackenbach JP. (2001). [Perinatal mortality assessed: results of a regional audit]. *Ned.Tijdschr.Geneeskd.*, 145, 482-487. ■

Het PWD maakt digitale gegevensuitwisseling mogelijk



PWD

Met het PWD (Perinataal Webbased Dossier) stuurt u straks gegevens vanuit uw eigen softwaresysteem naar centrale registraties, zoals PRN. Daarnaast kunt u in de toekomst deze gegevens ook elektronisch uitwisselen met andere zorgverleners. Het gaat daarbij om de uitwisseling van zowel basale cliëntgegevens, als van zorginhoudelijke en medische informatie. De eerste fase van het project om tot gegevensuitwisseling bij 'de acute overdracht' te komen, is klaar voor implementatie. Hierdoor zijn de gegevens straks bij een acute overdracht direct beschikbaar voor andere zorgverleners en kunnen zij sneller en beter zorg verlenen als tijd een belangrijke factor is.

Al 210 praktijken doen mee. Uw praktijk ook?

Op dit moment hebben zich al meer dan 210 verloskundigen praktijken aangemeld om mee te doen aan de 1e fase van het PWD-project. Is uw praktijk al aangemeld?

Hoe kunt u uw praktijk aanmelden?

U kunt uw praktijk (kosteloos) aanmelden door een mail te sturen naar pwd@knov.nl. Na aanmelding neemt het PWD-team contact met u op en geeft begeleiding bij de stappen die gezet moeten worden.

Meer weten: <http://leden.knov.nl/leden/>

30Werken_aan_kwaliteit/PWD/ ■