

# De landelijke perinatale audit komt er aan!

*Adja Waelput, Martine Eskes, Peter Achterberg*

## Introductie

Het is zo ver. Binnenkort gaat de implementatie van de landelijke perinatale audit van start. Het ministerie van VWS heeft hiertoe voor de komende vijf jaar budget gereserveerd. De organisatie van de audit en de ondersteuning van de zorgverleners bij de uitvoering van de audit zal bij een nog op te richten Landelijk Bureau Perinatale Audit komen te liggen<sup>[1]</sup>.

Dit VWS-besluit volgt de aanbevelingen uit een rapport dat het RIVM onlangs heeft afgerond<sup>[2]</sup>.

Na uitvoerige gesprekken met de beroepsgroepen en experts in het veld is gekozen voor een systeem met twee pijlers, te weten:

- regionale (lokale) audits voor evaluatie van de eigen zorgverlening en het eigen beleid. Hierbij worden alle gevallen van perinatale sterfte in die regio periodiek besproken.
- landelijke thematische audit, voor detectie van bepaalde patronen rond de zorg voor specifieke subgroepen of bij specifieke ziektebeelden, die op regionaal niveau niet zichtbaar worden.

Naast een beschrijving van het auditproces zijn in het RIVM-rapport ook de randvoorwaarden beschreven die nodig zijn voor een succesvolle implementatie. De minister van VWS heeft het RIVM gevraagd als kwartiermaker te fungeren in het opzetten van deze pijlers en het landelijk bureau. De bij de perinatale audit betrokken partijen zullen hier nauw bij betrokken worden.

## Waarom perinatale audit

Een van de belangrijkste uitkomstmaten voor de kwaliteit van de zorg tijdens de zwangerschap en rond de geboorte is het perinatale sterftcijfer. In Nederland daalt de perinatale sterfte langzamer dan in de landen om ons heen. De verklaring daarvoor moet deels gezocht worden

in het relatief vaak vóórkomen van een aantal bekende risicofactoren voor perinatale sterfte (zoals oudere moeders, allochtone moeders, meerlinggeboortes, roken door zwangeren). Maar er zijn ook aanwijzingen dat gezondheidswinst te behalen is door verbeteringen in preventie en zorg<sup>[3,4,5]</sup>.

Perinatale audit wordt gezien als één van de instrumenten om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. In Noorwegen is in 1986 een landelijk systeem van perinatale audit van start gaan, in 1992 in Engeland. Ervaringen in deze landen laten zien dat audit bijdraagt aan de samenwerking binnen de perinatale keten en aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg<sup>[6,7]</sup>.

## Stappen in het auditproces

De audit van perinatale sterfte bestaat uit verschillende, systematische stappen. Nadat gegevens over de geleverde zorg en uitkomsten van relevante aanvullende onderzoeken zijn verzameld, worden deze verwerkt tot een chronologisch verslag. Op basis van dit verslag gaat het audit panel aan de slag. Leden van dit panel classificeren de doodsoorzaak en beoordelen of er sprake was van substandaard factoren bij de zorgverlener, binnen het zorgsysteem en/of bij de zorgvrager (wijkt de geleverde zorg in ongunstige zin af van bijvoorbeeld geaccepteerde richtlijnen/standaarden of afspraken tussen beroepsgroepen?). Bij de aanwezigheid van substandaard factoren kwalificeert het panel de mogelijke relatie met de sterfte (is het wel of niet waarschijnlijk dat de substandaard zorg heeft bijgedragen aan de sterfte?). Conclusies uit de audit moeten vertaald worden in concrete aanbevelingen en verbeterpunten. Na verloop van tijd worden de ingezette verbeterpunten geëvalueerd in een nieuwe audit cyclus.

## Voorgeschiedenis

In de afgelopen jaren zijn er enkele onderzoeken geweest op het gebied van perinatale audit in Nederland<sup>[8,9,10]</sup>. De Commissie Perinatale Audit van het College voor Zorgverzekeringen heeft de methode van perinatale audit onderzocht<sup>[11]</sup>. Binnen deze Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS) werd onderzoek gedaan naar de haalbaarheid van een volledige perinatale sterfteregistratie en perinatale audit door een uitgebreid panel van zorg-

---

*Drs A.J.M. Waelput is verloskundige/onderzoeker, Dr M. Eskes is gynaecoloog/onderzoeker, Dr P.W. Achterberg is onderzoeker, allen verbonden aan het Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, RIVM, Bilthoven.  
Correspondentieadres: mw. drs. A.J.M. Waelput,  
E: [adja.waelput@rivm.nl](mailto:adja.waelput@rivm.nl)*

*Dit artikel stond in februari 2008 in het NTOG, volume 121; 21-24*

verleners. Met de gebruikte methodiek, de ondersteuning en de inhoudelijke voorbereiding door het LPAS-secretariaat bleken de panels tot een hoge mate van overeenstemming te kunnen komen in de classificatie van doodsoorzaken, de identificatie van substandaard factoren in de zorgverlening en van een eventuele relatie met de perinatale sterfte.

Eind 2005 heeft de Commissie Perinatale Audit haar eindrapportage aangeboden aan de minister van VWS met het advies om een structureel programma van perinatale audit landelijk in te voeren. Alvorens tot invoering te besluiten heeft de minister van VWS het RIVM gevraagd scenario's te ontwikkelen voor de invoering van perinatale audit. Het RIVM is gevraagd rekening te houden met een aantal belangrijke aandachtspunten en randvoorwaarden uit in het LPAS-rapport.

### **Keuze voor een aanpak met twee pijlers**

Voor de ontwikkeling van scenario's heeft het RIVM de betrokken beroepsgroepen en deskundigen op het gebied van perinatale audit, kwaliteitsbeleid en perinatale registraties bevestigd op hun ervaringen, ideeën en verwachtingen over de landelijke invoering van perinatale audit. Ook de IGZ is benaderd. Zij waren het er over eens dat een landelijk systeem van perinatale audit uit twee pijlers moet bestaan, die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

- (periodieke) regionale, interne audit van alle sterfte in de desbetreffende regio, bij voorkeur georganiseerd binnen Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) en uitgevoerd door (vertegenwoordigers van) de betrokken zorgverleners binnen de perinatale keten.
- (jaarlijks) een landelijke, externe audit over een specifiek thema of onderwerp, uitgevoerd door een landelijk panel van zorgverleners en deskundigen dat specifiek voor deze audit is samengesteld.

Deze aanpak biedt verschillende mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering in de perinatale zorg. De regionale audit is bedoeld om de eigen zorgverlening en het eigen beleid te evalueren. Door de directe betrokkenheid van de zorgverleners bij de regionale audit is de kans groter dat aanbevelingen uit de audit, zoals aanpassing of ontwikkeling van multidisciplinaire protocollen in de regionale zorgketen, worden uitgewerkt en ingevoerd. Bij een landelijke thematische audit kunnen bepaalde patronen in de zorg aan specifieke subgroepen of bij specifieke ziektebeelden ontdekt worden. De aanbevelingen uit een landelijke audit kunnen leiden tot aanpassing of ontwikkeling van nieuwe (multidisciplinaire) landelijke richtlijnen, (na)scholing, implementatiestrategieën of beleidsveranderingen (preventie, zorgsystemen). Voor deze aanpak moet aan een aantal randvoorwaarden voldaan worden, die we hieronder beschrijven. Wanneer daaraan wordt voldaan, kunnen alle betrokkenen in de

perinatale keten met elkaar een samenhangend systeem van perinatale audit opzetten én vasthouden.

### **Randvoorwaarde: registratie als basis van de audit**

De registratie en gegevensverstrekking rondom perinatale sterfte moet compleet en volledig zijn. Zo ontstaat een compleet overzicht van sterfte en doodsoorzaken. Ten tweede zijn deze gegevens nodig voor het opstellen van het chronologische verslag op basis waarvan de audit uitgevoerd wordt. Maar zorgverleners moeten niet belast worden met dubbele registraties. Bestaande dossiers en registraties, zoals de nieuwe perinatale registratie van de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN), moeten zoveel mogelijk gebruikt worden. Een landelijk dekkende invoering van de perinatale registratie is daarom essentieel voor het welslagen van het audit project. De integratie van de nieuwe databank in de automatiseringsprogramma's van perinatale zorgverleners gaat begin 2008 van start en zal enkele jaren kosten<sup>[12]</sup>. Om toch te kunnen beschikken over de juiste en voldoende informatie over perinatale sterfte zal de PRN in opdracht van de kwartiermaker een web based applicatie ontwikkelen. Zorgverleners kunnen hiermee de gegevens over perinatale sterfte direct aanleveren aan de nieuwe registratie. Door deze gegevens te gebruiken kunnen aanvullende vragenlijsten, zoals tijdens de LPAS-studie, tot het minimum beperkt blijven.

### **Randvoorwaarde: ondersteuning van zorgverleners bij invoering audit**

Om de drempels (tijd!) voor deelname aan audit te verlagen, is ondersteuning van zorgverleners en auditgroepen nodig: handleidingen, trainingen, decentrale begeleiding via regiocoördinatie en landelijke coördinatie van alle activiteiten. Denk bijvoorbeeld aan de eenduidige criteria voor de doodsoorzakenclassificatie en beoordeling van de geleverde zorg; aan handleidingen voor het auditproces en voor de vertaling van aanbevelingen in concrete verbeteracties; of formats voor chronologische verslagen en rapportage. Dit versterkt overigens ook het systematische karakter van de audit. Een deel van deze hulpmiddelen is eerder al ontwikkeld, bijvoorbeeld door LPAS, en vraagt alleen om aanpassing voor landelijke implementatie. Via een ondersteunende website moet al deze informatie steeds up-to-date en voor iedereen beschikbaar zijn. De verantwoordelijkheid voor de ondersteuning ligt bij het op te richten Landelijk Bureau Perinatale Audit (LPBA). Regiocoördinatoren kunnen zorgverleners stimuleren tot deelname aan regionale audits. Zij kunnen bijvoorbeeld auditbijeenkomsten begeleiden. Het LBPA krijgt veel taken, zoals de ontwikkeling en implementatie van hulpmiddelen en instrumenten,

registratie, databeheer, epidemiologie en onderzoek. Dat pleit er voor om het LBPA onderdeel te laten zijn van een organisatie met ervaring op (een groot deel van) deze terreinen. Welke organisatie dat zal zijn, wordt in een later stadium door VWS beslist.

### **Randvoorwaarde: inbedding van audit in het primaire zorgproces, het kwaliteitsbeleid en samenwerkingsrelaties**

Audit is bedoeld ter evaluatie van de verleende zorg en ter verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dit kan alleen als de audit nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk (geen extra administratieve verplichtingen) en bij de perinatale zorgketen (regionale audit in de bestaande samenwerkingsverbanden). De audit moet ook aansluiten bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen, zoals de huidige systemen voor accreditatie, visitatie en (her)registratie in het specialistenregister (huisarts, gynaecoloog, kinderarts) of kwaliteitsregister (verloskundigen). Bij een systematische opzet van perinatale audit is dat mogelijk.

### **Randvoorwaarde: duidelijk juridisch kader ontwikkelen en benutten**

Zorgvuldige omgang met gegevens van patiënten en resultaten uit de audit is essentieel. Dit vereist een duidelijk juridisch kader voor zowel de omgang met de persoonsgegevens van patiënten (incl. registratie, opslag en gebruik) als voor de resultaten uit de audit en de rechtsbescherming van zorgverleners. Daar waar nodig moet het wettelijk kader aangepast of aangescherpt worden, daar waar de wetgeving al voldoende bescherming biedt, moet deze volledig benut worden. De bescherming en verwerking van persoonsgegevens, het inzagerecht en het beroepsgeheim zijn geregeld via wetten zoals de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP), de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en via de Code Goed Gedrag (een gedragscode). De folder 'Zwanger'<sup>(13)</sup> speelt een belangrijke (ondersteunende) rol bij de informatieplicht en het toestemmingvereiste, waarbij de zwangere wordt voorgelicht over het gebruik van haar gegevens voor registratie, kwaliteitsbeleid en onderzoek en daar uitdrukkelijk toestemming voor geeft. Desondanks moet er nog veel worden uitgezocht. Aan welke eisen moet het gebruik van (niet-geanonimiseerde) medische gegevens tijdens een regionale perinatale audit voldoen om niet in strijd te zijn met de wetgeving? Welke gegevens kunnen teruggekoppeld worden? Welke gegevens kunnen gebruikt worden voor rapportage over perinatale audit in Nederland? Ook de opslag, verwerking en toegankelijkheid van resultaten uit audits kent (nog) een aantal onduidelijkheden.

Dit kan deelname aan audits belemmeren. Vóór de daadwerkelijke invoering van perinatale audit zal een juridische knelpuntenanalyse uitgevoerd worden. Deze moet leiden tot aanbevelingen over de aanpak van deze onduidelijkheden.

### **Wat levert deze inspanning op?**

Voorgesteld wordt om perinatale audit op te zetten met zowel een regionale als een landelijke thematische pijler. Bij een systematische en structurele aanpak geeft dit een compleet beeld van het aantal gevallen van perinatale sterfte, van de doodsoorzaken en van de geleverde zorg in ons land. Hierdoor krijgen we beter beeld van trends in de perinatale (volks)gezondheid in Nederland. Dit kan een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de perinatale zorg voor alle zwangeren en hun (ongeboren) kinderen en aanpassingen van het gezondheidsbeleid en landelijke preventieve maatregelen mogelijk maken. Ook de basis voor (nader) epidemiologische onderzoek, voor de evaluatie van eerder ingezet beleid en internationale vergelijkingen wordt verbeterd. Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren, overheid en zorgverzekeraars om deze nieuwe kansen te benutten en de informatie uit audits daadwerkelijk te vertalen in aanpassingen van het perinatologisch- en volksgezondheidsbeleid.

### **Tijdpad van invoering en evaluatie**

Audit van perinatale sterfte zal geleidelijk uitgerold worden, beginnend met samenwerkingsverbanden waar al sterftebesprekingen gehouden worden of die daar klaar voor zijn. Het LBPA zal het eerste jaar na oprichting veel tijd moeten investeren in de introductie van de audit; de ontwikkeling van hulpmiddelen, trainingen en de bijbehorende website; de opbouw van het netwerk van regiocoördinatoren; en het in kaart brengen van best practices. Hiermee groeit de ondersteuning aan regionale samenwerkingsverbanden, door het LBPA en de regiocoördinatoren. Inmiddels is in de noordelijke provincies een implementatieproject voor regionale audit van start gegaan (IMPACT).

Maar zijn er wel voldoende verloskundige samenwerkingsverbanden, de plaats waar regionale audits uitgevoerd zullen worden? Begin 2007 is een inventariserend onderzoek verricht naar functionerende Verloskundige Samenwerkingsverbanden en sterftebesprekingen<sup>(14)</sup>. In 85% van de regio's is inmiddels sprake van een functionerend VSV. In principe is er dus sprake is van een toereikende infrastructuur voor de start van regionale perinatale audit. Mogelijk zijn extra stimulansen nodig om het aantal VSV's tot een landelijk dekkend systeem uit te breiden. Er zal een aantal jaren nodig zijn voor het

neerzetten en verankeren van een structuur van audit van perinatale sterfte, met een regionale en een landelijke thematische pijler. Wanneer het eenmaal loopt, kan deze structuur gebruikt worden voor uitbreidingen naar andere audits in de perinatale zorg<sup>[15]</sup>.

Met de beslissing van VWS om structureel gelden te reserveren voor de implementatie en uitvoering van een landelijk systeem van perinatale audit en zodoende een aantal belangrijke randvoorwaarden te laten verwezenlijken is een unieke kans ontstaan voor het Nederlandse perinatale zorgveld om de zorgkwaliteit in gewenste richtingen bij te kunnen sturen. ■

### Literatuur

1. VWS. Brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer over stand van zaken prenatale screening, perinatale sterfte en perinatale audit (kenmerk CZ-CB-U-2791383, 3 september 2007). Den Haag: Ministerie van VWS; 2007.
2. Leeman LD, Waelpuut AJM, Eskes M et al. Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit. Bilthoven: RIVM; 2007 (rapportnummer 270032005).
3. Achterberg PW. Met de besten vergelijkbaar? Internationale verschillen in de sterfte rond de geboorte. Bilthoven: RIVM; 2005 (rapportnummer 270032001).
4. 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. BJOG 2003; 112:205-9.

5. Galan-Roosen AEM de, Kuypers JC, Mackenbach JP. Perinatale sterfte in Delft en omstreken 1983-1992: verdere reductie mogelijk door gerichte aandacht voor letale congenitale afwijkingen en placenta-insufficiëntie. Ned Tijdschr Geneesk 1999;143:52-7.
6. Bergsjø P, Bakketeig LS, Langhoff-Roos J. The development of perinatal audit: 20 years' experience. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82:780-8.
7. Papworth S, Cartledge R. Learning from adverse events-the role of confidential enquiries. Semin Fetal Neonatal Med 2005;10:39-43.
8. Reu PA de, Nijhuis JG, Oosterbaan HP et al. Perinatal audit on avoidable mortality in a Dutch rural region: a retrospective study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;88:65-9.
9. Vredevoogd CB, Wolleswinkel-van den Bosch JH, Amelink-Verburg MP et al. Perinatale sterfte getoetst: resultaten van een regionale audit. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:482-7.
10. Alderliesten ME. Quality of perinatal care in a Multi-ethnic population. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2006.
11. CVZ. Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS). Eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen. Diemen: CVZ; 2005.
12. PRN-nieuwsbrief: [www.perinatreg.nl/uploads/162/69/nieuwsbrief\\_11\\_juli\\_augustus\\_2007.doc](http://www.perinatreg.nl/uploads/162/69/nieuwsbrief_11_juli_augustus_2007.doc)
13. NVOG, KNOV, NHG, LHV, VVAH, LVE, Erfocentrum en RIVM. (Folder) Zwanger. Algemene informatie, versie 2007. [http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/Images/Zwanger!\\_2007\\_tcm97-36075.pdf](http://www.rivm.nl/zwangerschapsscreening/Images/Zwanger!_2007_tcm97-36075.pdf)
14. Boesveld-Haitjema I. Van tweeën één... Verloskundige Samenwerkingsverbanden in Nederland. Afstudeerscriptie Master Verloskunde Beleid en Management UvA/AMC. Amsterdam; 2007
15. Ziekenfondsraad. Verloskundig Vademecum. Amstelveen: Ziekenfondsraad; 1999.

### Zorggroep Almere is in verband met het vertrek van één van onze verloskundigen, per 1 maart 2008 op zoek naar een verloskundige voor een dienstverband van 80% per week.

Wij zoeken een deskundige, ervaren collega met een warm hart voor onze gevarieerde cliëntenpopulatie.

Woon je al in Almere of ben je bereid te verhuizen, dan zijn wij op zoek naar jou!

Als groepspraktijk van 5 verloskundigen zijn wij een onderdeel van Zorggroep Almere, net als drie andere praktijken in Almere. Hierdoor hebben wij onze achterwacht uitstekend geregeld. Ons werkgebied bestaat uit Almere Haven, Muziekwijk, Literatuurwijk, Stedenwijk en Noorderplassen-West. Wij hebben 3 spreekuurlocaties en zijn geautomatiseerd met Orfeus.

#### Geïnteresseerd?

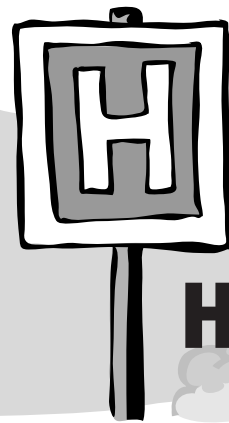
Bel voor meer informatie met Heidi Reijerkerk, manager verloskunde, 06-13697172.

Stuur een sollicitatiebrief vóór 18 maart a.s. naar Zorggroep Almere, Personeelsadministratie t.a.v. Anita van Reenen, Postbus 10136, 1301 AC Almere. Per email kan ook: [werving@zorggroep-almere.nl](mailto:werving@zorggroep-almere.nl)

**Zorggroep**  
Almere



Voor meer informatie [www.zorggroep-almere.nl](http://www.zorggroep-almere.nl)



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](mailto:masterstudies@amc.uva.nl)



Academisch Medisch Centrum

**KIJK ook op [www.amc.nl/](http://www.amc.nl/)  
masterverloskunde**