PERINATALE PAN AUDIT NEDERLAND

Procesevaluatie

Landelijke invoering van perinatale audit 2009-2012

PERINATALE PAN AUDIT NEDERLAND

Procesevaluatie

Landelijke invoering van perinatale audit 2009-2012

Colofon

Procesevaluatie. Landelijke invoering van perinatale audit: 2009-2012

Bestuur
Prof.dr. H.W. (Hein) Bruinse, voorzitter
Drs. J.H. (Joop) Blaauw (VVAH)
Dr. H.A.A. (Hens) Brouwers (NVK)
Prof.dr. J.G. (Jan) Nijhuis (NVOG)
Dr. P.G.J. (Peter) Nikkels (NVVP)
Dr. P.A.O.M. (Paul) de Reu (KNOV)
Ir. J.I.M. (Hans) de Goeij, adviseur

Bureau
Drs. F.M. (Fenneke) van Swigchum, directeur
T.L. (Wineke) Bremmer-Bolhuis
I.S. (Irene) Dokter-van Zoest
Dr. M. (Martine) Eskes
L.A. (Lucie) van der Veer
Drs. A.J.M. (Adja) Waelput (red.)

Vormgeving
Arnold Wierda, Haarzuilens

Druk
Xerox, Utrecht

© 2013 Stichting Perinatale Audit Nederland (PAN), maart 2013.

De activiteiten van de stichting PAN worden mogelijk gemaakt door een instellingssubsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het gebruik van de gegevens uit deze publicatie is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Deze publicatie kan geciteerd worden als:
Stichting Perinatale Audit Nederland. *Landelijke invoering van perinatale audit: 2009-2012. Utrecht, 2013*.

Inhoud

	Voorwoord	7
	Samenvatting	9
1	**Wat is audit?**	13
	Kwaliteitsverbetering door audit	13
	Audit: een cyclisch proces	13
2	**Voorgeschiedenis**	15
	Audit: initiatief van zorgverleners	15
	De eerste voorbereidingen in Nederland	15
	Politieke besluitvorming	16
	Regionaal initiatief	16
	Start van de landelijke invoering van audit	16
	Stichting Perinatale Audit Nederland	16
3	**Opzet**	17
	Uitgangspunt: audit door de direct betrokkenen	17
	Decentrale opzet	17
	Trainingen	20
	Een veilige omgeving creëren	20
	Gegevens voor en over de audit	22
	Financiën	23
4	**Invoering van de audit**	25
	Afbakening	25
	Start met opbouw van de landelijke organisatie	25
	Geleidelijk toewerken naar een landelijk bereik	25
	Al doende leren	26
	Elkaar inspireren	26
5	**Resultaten**	27
	Nulmeting: wat was er?	27
	Is het opzetten van de organisatie gelukt?	27
	Trainingen	27
	Auditbijeenkomsten 2010-2012	28
	Uitkomsten uit de audit	30
	Opvolging van de aanbevelingen	31

6 Conclusies en aanbevelingen 33
Grote deelname aan audit 33
Wat willen we verbeteren? 34
Zorg voor uitwerking van de aanbevelingen 35
Wat kunnen anderen met onze ervaringen? 36
Tot slot 37

Referenties 39

Bijlagen
A Afkortingen en websites 43
B Verklarende woordenlijst 45
C Handleidingen en formulieren 47
D Aanvullende vragen PARS landelijke audit 2011 49

Voorwoord

Sinds 2009 is de landelijke invoering van perinatale audit echt op gang gekomen en snel ingeburgerd als kwaliteitsinstrument. Na jaren voorbereiding nemen in 2012 alle verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland deel.

We zijn niet uit het niets begonnen: we hebben voortgebouwd op eerdere ervaringen met perinatale audit in het land en een jarenlange voorbereiding door de betrokken beroepsgroepen. In dit rapport leest u hoe dit gerealiseerd is, wat hier voor ontwikkeld is en welke ondersteuning is opgezet. Zonder investering door het Ministerie van VWS was dit alles niet mogelijk geweest.

Dit rapport laat ook zien hoe de audit zich snel heeft verspreid over het land, met steeds meer bijeenkomsten, meer deelnemers en meer besproken casus. Voor deze beschrijving is gebruik gemaakt van gegevens over de audit en resultaten uit een enquête onder zorgverleners.

Deze procesevaluatie is bedoeld als verantwoording van de werkzaamheden van de afgelopen jaren. Tegelijkertijd is dit een kritische evaluatie van de processen die een rol spelen bij de totstandkoming van de landelijk audit. Deze evaluatie geeft ons nuttige informatie voor ons eigen beleid, wellicht ook voor anderen die de zorg willen evalueren en verbeteren .

De stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) heeft in 2011 de eerste resultaten gepubliceerd over de audit van à terme sterfte in 2010. Gelijktijdig met deze procesevaluatie verschijnen de resultaten van de audit van à terme sterfte in 2011.

De perinatale audit is niet mogelijk zonder de enorme inspanning van al die zorgverleners die binnen hun samenwerkingsverband de audit voorbereiden, alle zorgverleners die deelnemen aan audits en de regioteams die dit ondersteunen. Allen zijn we hiervoor veel dank verschuldigd.

Prof. dr. H.W. Bruinse,
voorzitter stichting Perinatale Audit Nederland

Samenvatting

Deze procesevaluatie is bedoeld als verantwoording van de werkzaamheden van de afgelopen jaren. Tegelijkertijd is dit een kritische evaluatie van de processen die een rol spelen bij de totstandkoming van de landelijk audit. Deze moet ons en anderen inzichten opleveren waarmee we de zorg kunnen evalueren en verbeteren.

Perinatale audit in Nederland

Audit is een instrument om de kwaliteit van de perinatale zorg te verbeteren. Bij een audit kijken zorgverleners samen kritisch naar het eigen handelen. Dit biedt mogelijkheden om tekortkomingen vast te stellen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Aanbevelingen die hier uit voortkomen komen ten goede aan alle vrouwen en kinderen die aan onze zorg zijn toevertrouwd.

Eind jaren '80, begin jaren '90 hebben zorgverleners in Nederland al de eerste perinatale sterfte audits opgezet en zijn ze binnen de Landelijk Studie Perinatal Audit (LPAS) gestart met de voorbereidingen voor de landelijke invoering van audit. Een kleine 20 jaar later wordt de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN) opgericht en gaat de landelijke invoering van perinatale audit van start. Hiermee gaat een langgekoesterde wens van betrokken beroepsgroepen in vervulling.

Hoe werkt perinatale audit in de praktijk?

Perinatale audit is `een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening, inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen.´ Zo kunnen mogelijkheden gesignaleerd worden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Na invoering van de verbeteringen wordt de zorg opnieuw geëvalueerd.

Opzet

In Nederland is gekozen voor een systeem van interne, lokale audits, uitgevoerd binnen verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV). Zo wordt aangesloten bij de bestaande netwerken in de perinatale zorg, waar zorgverleners gezamenlijk de verantwoordelijkheid delen voor de kwaliteit van de zorg.

De PAN heeft een decentrale organisatie opgezet: een klein landelijk bureau en (negen) regioteams ondersteunen de VSV's bij de voorbereiding en uitvoering van de audit. Het bureau en de regioteams hebben een methodiek geïntroduceerd waarmee het IMPACT-project al ervaring had opgedaan in de drie Noordelijke provincies. De auditbijeenkomsten worden begeleid door een onafhankelijke voorzitter, in eerste instantie afkomstig uit het regioteam. Om een veilige omgeving te creëren waar eerlijk over zaken gesproken kan worden, zijn basisregels opgesteld.

In de voorbereiding naar de invoering van de audit zijn trainingen opgezet en registraties ontwikkeld. Ook is onderzoek gedaan naar het juridisch kader. De invoering van de audit is mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Invoering

In 2009 hebben regioteams bijeenkomsten georganiseerd om de audit te introduceren met een toelichting op de auditmethodiek en een proefcasus. Via trainingen, informatiebijeenkomsten en proefsessies zijn alle VSV's bereikt.
Op basis van de eerste ervaringen door de regioteams heeft de PAN een aantal aanpassingen doorgevoerd om de audit efficiënter te laten verlopen, meer casuïstiek te kunnen bespreken en de registratie te verbeteren.

Perinatale audit is in principe een breed instrument. De VSV's zijn gestart met het thema 'à terme sterfte' voor, tijdens en na de bevalling. Hieronder wordt verstaan alle doodgeboorte en sterfte gedurende de eerste vier levensweken van kinderen geboren na een zwangerschapsduur vanaf 37 weken of meer. Deze groep vormt ongeveer een kwart van de totale groep kinderen die perinataal overlijden.

Resultaten

Het landelijk bureau ondersteunt en informeert regioteams en zorgverleners met allerhande instrumenten en trainingen. Regioteams vervullen een ondersteunende rol voor de VSV's.

De basis
Het chronologisch verslag (CV) is het basisdocument voor de audit: iets meer dan 240 CV-makers bereiden dit samen met de direct betrokken zorgverleners voor. Een pool van voorzitters, veelal afkomstig uit de regioteams, zitten de audits voor. Ruim 200 zorgverleners voeren de resultaten van de audit in, wat monitoring van de audit en accreditatie voor de deelnemers, mogelijk maakt.

Veel zorgverleners bereikt met trainingen
Om goed voor bereid te zijn op de audit biedt de PAN sinds 2009 trainingen aan. Ondertussen hebben 584 zorgverleners hiervan gebruik gemaakt: twee derde van hen heeft één training gevolgd, de anderen hebben aan twee of meer trainingen deelgenomen. De training worden over het algemeen goed beoordeeld.

Aantal bijeenkomsten, deelnemers en besproken casuïstiek
VSV's hebben in 2010-2012 in totaal 642 lokale auditbijeenkomsten georganiseerd. Het merendeel van de bijeenkomsten vindt plaats binnen het VSV, Ongeveer 13% wordt besproken in kleinere kernteams die vaker bij elkaar kunnen komen dan een heel samenwerkingsverband.
Aan deze 642 bijeenkomsten hebben 8.269 (unieke) professionals deelgenomen. De helft van hen was twee keer, of vaker, aanwezig. Daardoor komt het totaal aantal aanwezigen op 20.011 professionals, gemiddeld 31 per bijeenkomst.
Zij hebben 1.224 casus besproken: 204 casus in het eerste jaar, waarin iedereen moest leren werken met de methodiek, 500 casus in 2011 en 520 in 2012. De auditgroepen hebben vooral perinatale sterfte besproken, waarvan 70% à terme sterfte en bijna 30% perinatale sterfte bij kinderen jonger dan 37 weken. Daarnaast zijn er ook casus met perinatale morbiditeit besproken (3%).

Thematische aanpak
Tot en met 2012 is het landelijk thema de à terme sterfte voor, tijdens en na de bevalling. Eind 2011 heeft de PAN de resultaten over de audit van à terme sterfte in 2010 gepresenteerd tijdens een drukbezocht symposium. Zorgverleners, beroepsgroepen en het College Perinatale Zorg (CPZ) hebben vervolgens een groot deel van de aanbevelingen opgepakt. De uitwerking daarvan vindt plaats in lokale samenwerkingsverbanden, regionale projecten en of via landelijke plannen.
Tegelijkertijd met dit rapport publiceert de PAN de rapportage over de audit van à terme sterfte 2011.

Conclusies en aanbevelingen

De implementatie van de audit is opvallend succesvol geweest. Met een zorgvuldige voorbereiding en ondersteuning vanaf het begin, hebben we de audit in relatief korte tijd landelijk kunnen invoeren. Hiervoor is gebruik gemaakt van bestaande structuren en netwerken en het principe van *train-de-trainers*. Hiermee beschikken zorgverleners over een uniek instrument dat hen, en anderen, inzicht geeft in de concrete mogelijkheden de zorg systematisch te evalueren en verbeteren. Ondertussen heeft een zeer groot deel van de professionals in de perinatale keten minstens één keer deelgenomen aan een audit.
De invoering van de perinatale audit kan rekenen op brede steun onder de betrokken beroepsgroepen en heeft ook brede maatschappelijke steun. De implementatie van deze audit was niet mogelijk geweest zonder een instellingssubsidie van VWS en de inzet van velen.

Om de audit te borgen zijn een aantal zaken nodig. De audit hoort structureel ingebed te worden in de organisatie van de perinatale keten, inclusief de financiering daarvan. Verder is de invoering van het perinataal Webbased Dossier binnen de hele keten nodig, evenals verbetering van de registraties voor de audit. Duidelijkheid over de juridische status van gegevensgebruik voor audit (en andere kwaliteitsinstrumenten) en vereenvoudiging van de accreditatie van multidisciplinaire activiteiten dragen ook bij aan de borging.

Samen naar een betere geboortezorg voor moeder en kind

De audit toont ieders bereidheid om over de eigen grenzen heen te kijken en samen met anderen in de keten de zorg te evalueren en te verbeteren. Dat beperkt zich niet tot à terme sterfte: VSV's hebben ook sterfte van te vroeg geboren kinderen of kinderen met een slechte start besproken. Dat zijn zeer bemoedigende signalen, die we in 2013 verder uitwerken. Dan zal het thema verschuiven naar à terme kinderen die tijdens en na de geboorte overlijden of met een zeer slechte start worden opgenomen op een neonatale intensive care unit.

Waar het uiteindelijk om gaat is de verbetering van de zorg voor moeder en kind. Audit biedt daarvoor aanknopingspunten. De komende jaren werkt de PAN aan de verdere borging van de audit zodat dat zorgverleners audits kunnen (blijven) organiseren en aanbevelingen kunnen uitwerken. Dit kan alleen samen met anderen. Wij zien dat raden van bestuur van ziekenhuizen en zorggroepen, regionale ondersteuningsstructuren eerste lijn, beroepsgroepen, het College Perinatale Zorg en verzekeraars hier al vaak aan bijdragen. Met die ondersteuning kunnen we de zorg voor moeder en kind verder verbeteren.
Wij zijn dan ook veel dank verschuldigd aan alle mensen die zich met hart en ziel hiervoor inzetten.

1 Wat is audit?

Kwaliteitsverbetering door audit

Audit is een instrument om de kwaliteit van de perinatale zorg te evalueren en daardoor de uitkomsten te verbeteren (CVZ, 2005). Bij een audit kijken zorgverleners samen kritisch naar het eigen handelen. Hiermee kunnen zij tekortkomingen vaststellen. Aanbevelingen die uit deze evaluatie voortkomen komen ten goede aan alle vrouwen en kinderen die aan onze zorg zijn toevertrouwd.

Audit: een cyclisch proces

Perinatale audit is 'een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen' (Dunn, 1996).

Het is een cyclisch proces met verschillende stappen: de gegevens van de zorg (inclusief ontslagbrieven, laboratoriumuitslagen en gegevens van placenta en obductie) worden verwerkt tot een chronologisch verslag. Op basis van dit verslag wordt de doodsoorzaak geclassificeerd. Tevens wordt beoordeeld of er sprake was van substandaard factoren (SSF), dat wil zeggen zorg die niet voldoet aan de professionele eisen voor gangbare zorg, landelijke richtlijnen of lokale protocollen. Bij iedere SSF gaat de auditgroep na of er mogelijk een verband bestaat met de sterfte. De conclusies worden vertaald in concrete aanbevelingen en verbeterpunten. Na verloop van tijd worden de ingezette verbeterpunten geëvalueerd.
De voorzitter van de auditbijeenkomst bewaakt dit proces.

Door deze gestructureerde analyse van de zorgverlening worden de zwakke plekken in het zorgproces blootgelegd en kunnen verbeteracties in gang gezet worden (Dunn & McIlwaine,1996; Johnston et al., 2000). Dit blijkt ook uit de ervaringen in Engeland en Noorwegen, waar de invoering van audit heeft bijgedragen aan de onderlinge samenwerking en aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg (CESDI, 2001; Bergsjø et al., 2003).

De deelnemers aan een audit zijn niet alleen (verloskundig actieve) huisartsen, verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen, pathologen, verpleegkundigen, maar ook zorgverleners in opleiding. Soms nemen ook ambulancepersoneel, kraamverzorgenden, klinisch genetici, anesthesiologen en microbiologen deel.

2 Voorgeschiedenis

In 2003 blijkt uit de eerste Peristatstudie dat de perinatale sterfte in 1998 2000 in Nederland het hoogst is binnen de toenmalige Europese Unie. In 2004 is de sterfte in Nederland gedaald ten opzichte van de vorige periode, maar deze daling zet in andere landen nog sneller door (Buitendijk et al., 2003; Mohangoo et al., 2008).
Deze bevindingen roepen vragen op naar de oorzaken van die relatief hoge perinatale sterfte. Perinatale audit kan bijdragen aan deze analyse.

Audit: initiatief van zorgverleners

De basis voor perinatale audit gaat terug naar de jaren '70-´80. Bij zorgverleners ontstaat de behoefte aan een instrument om de zorg structureel te kunnen evalueren en te verbeteren (Donabedian,1978). Eind jaren '80, begin jaren '90 maken ook de perinatale beroepsgroepen in Nederland een begin met de invoering van audit. In eerste instantie gebeurt dat via onderzoeksprojecten en later via een landelijk haalbaarheidsonderzoek.

De eerste voorbereidingen in Nederland

In 1994 wordt de basis gelegd voor de huidige audit en de stichting Perinatale Audit Nederland (PAN). De Ziekenfondsraad richt het Werkoverleg Verloskunde op om de samenwerking tussen de beroepsgroepen te stimuleren en tot een gezamenlijk kwaliteitsbeleid te komen. In dit werkoverleg zijn de Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (NOV, later KNOV), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) vertegenwoordigd. Participatie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) volgt later, in de Subgroep Perinatal Audit (SPA).

Het werkoverleg buigt zich over drie aandachtsgebieden: de Verloskundige IndicatieLijst (VIL), het echoscopisch onderzoek en de perinatale audit. In het eerste Verloskundig Vademecum wordt het begrip perinatale audit en de te evalueren uitkomst (perinatale sterfte) gedefinieerd (Ziekenfondsraad, 1999). Het werkoverleg beschrijft wat nodig is voor de uitvoering van audit, zoals een actuele, gedetailleerde databank over perinatale sterfte en een vorm voor de gestructureerde evaluatie van de zorg. Het werkoverleg gaat uit van een centrale auditorganisatie, waarbij een onafhankelijk panel van kundige zorgverleners de casus evalueert. Het werkoverleg benadrukt het epidemiologisch belang van een zo volledig mogelijke landelijk inzicht in de stand van de verloskundige zorg en de daarbij optredende perinatale sterfte. Zo worden trends in de tijd zichtbaar en zijn internationale vergelijking mogelijk.
Bij de herziening van het Verloskundig Vademecum werkt een Subgroep Perinatal Audit (2) dit idee verder uit. Zij beveelt aan om de landelijke audit stapsgewijs te ontwikkelen. Een extern panel buigt zich over de (geanonimiseerde) casus en levert geaggregeerde terugkoppeling aan zorgverleners.

Een Landelijke Bureau Perinatale Audit (LBPA) neemt de coördinatie op zich en werkt hiervoor nauw samen met de verschillende perinatale beroepsgroepen en de inmiddels opgerichte stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN).

Voor het onderzoek naar de haalbaarheid van deze aanpak installeert het CVZ in 2004 de Commissie Perinatal Audit (CPA). Deze voert in drie regio's de Landelijke Perinatale Audit Studie (LPAS) uit. In de LPAS testen externe panels de haalbaarheid en validiteit van audit (Van Diem et al., 2010). Eind 2005 legt het CVZ zijn bevindingen en aanbevelingen vast in het rapport *Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS), eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen* (CVZ, 2005). Dat rapport wordt aangeboden aan de toenmalige minister van VWS, Hans Hoogervorst.

Politieke besluitvorming

De minister neemt de aanbevelingen niet direct over, maar wil nader onderzoek naar een landelijke implementatie van perinatale audit (Tweede Kamer, 2006a; Tweede Kamer, 2006b). De minister geeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) opdracht een scenario te ontwikkelen voor de landelijke organisatie. Deze fase is in juni 2006 gestart met een bijeenkomst met auditdeskundigen uit het land en eindigt met een voorstel voor een uitvoeringsplan voor de landelijke perinatale audit. In dit voorstel ligt de focus op de randvoorwaarden voor de landelijke invoering van audit (Leeman et al., 2007).

Regionaal initiatief

In Noord Nederland start in september 2007 IMPACT, een implementatiestudie voor de opzet van auditbijeenkomsten in de perinatale samenwerkingsverbanden in en rondom de ziekenhuizen (Van Diem et al, 2008). ZonMw financiert deze studie. In deze studie worden de auditmethodiek en de benodigdheden voor audit verder ontwikkeld. Parallel daaraan worden zorgverleners getraind. Ook worden de belemmerende en stimulerende factoren voor implementatie geïnventariseerd (Van Diem et al., 2008; Van Diem et al., 2010). Vanwege deze ervaring en expertise is bij de invoering van de landelijke audit nauw samengewerkt met IMPACT.

Start van de landelijke invoering van audit

Op verzoek van de minister werkt het RIVM de eerder geformuleerde randvoorwaarden verder uit, samen met een zogenoemde opstartcommissie. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen, waaronder nu ook de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP).
Deze fase is in november 2007 gestart met een *diner pensant* met direct betrokkenen bij audit en kwaliteitsbeleid en met vertegenwoordigers van ministerie en van inspectie. In 2008 presenteren de commissie en het RIVM concrete plannen voor de organisatie van audits aan het ministerie (Waelput et al., 2008) en later tijdens een *invitational conference*.
Enkele maanden later begint het RIVM met de daadwerkelijke voorbereiding en organisatie van perinatale audit.

Stichting Perinatale Audit Nederland

Op 1 januari 2010 neemt de stichting PAN de perinatale auditactiviteiten over van het RIVM. Het bestuur van de stichting bestaat uit vertegenwoordigers van de vijf initiatiefnemers (KNOV, LHV, NVOG, NVK en NVVP), met een onafhankelijke voorzitter. De PAN kiest domicilie in de Domus Medica te Utrecht.

3 Opzet

De aanbevelingen van de commissie zijn sturend bij de opzet van de audit. Zij adviseert om breed opgezette regioteams op te zetten, waarin alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn. Deelname aan audits moet verplicht onderdeel worden van de beroepsuitoefening, met accreditatie voor deelname aan audits. Tenslotte pleit de commissie voor financiering van de standaardisatie van pathologisch onderzoek en specifieke deskundigheidsbevordering van pathologen. Een andere belangrijke aanbeveling gaat in op de invoering van de wettelijke bescherming van zorgverleners die deelnemen aan de audit (Waelput et al., 2008).

Uitgangspunt: audit door de direct betrokkenen

In Nederland is gekozen voor een interne (lokale) audit, door de direct betrokkenen uit de verloskundige keten. Het Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV) is daarvoor de aangewezen plaats (CVZ, 2003; Leeman et al, 2007). Een interne audit biedt mogelijkheden tot gezamenlijke toetsing van de zorg en het gezamenlijk conclusies trekken voor verbetering van de zorg binnen het eigen VSV. Door de directe betrokkenheid van de zorgverleners is er meer kans op een succesvolle invoering van verbeteringen, zoals de ontwikkeling of aanpassing van multidisciplinaire protocollen. Dit geldt ook voor afspraken over (veranderingen in) het gevoerde beleid of werkwijze, over onderlinge communicatie, over de professionele ontwikkeling van de deelnemers in de zorgketen, of een betere samenwerking.
Naast de lokale audit worden ook regionale audits (al dan niet thematisch) georganiseerd en is voorzien in een landelijke thematische audit.

Decentrale opzet

Om interne audits mogelijk te maken is een decentrale organisatie opgezet. Het bestuur en het landelijk bureau van de PAN werken samen met regioteams, die de schakel vormen met de lokale VSV's. De regioteams coördineren de activiteiten van de VSV's in hun eigen regio. Vanuit deze kennis en ervaring adviseren zij bureau en bestuur over mogelijkheden, kansen en knelpunten bij de uitvoering van de audit.

Het bestuur van de PAN heeft de eindverantwoordelijkheid. Dit bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van de direct betrokken beroepsgroepen en staat onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. Ook bij de verdere opbouw van de organisatie wordt steeds gestreefd naar goede vertegenwoordiging van alle betrokkenen, zodat de stichting van, voor en door de zorgverleners is. Het bestuur laat zich adviseren door bureau, regioteams en een aantal inhoudelijke commissies.

Bij de concrete uitwerking zijn de ervaringen uit LPAS en het IMPACT-project onontbeerlijk gebleken. In LPAS is de haalbaarheid en validiteit van audit getest. Dit onderzoek is opgezet als externe audit (Van Diem et al., 2010). IMPACT heeft in Noord Nederland een implementatiestudie uitgevoerd naar

de opzet van auditbijeenkomsten in de perinatale samenwerkingsverbanden in en rondom de ziekenhuizen (Van Diem et al, 2008).

Landelijk bureau
Interne audit is alleen mogelijk als aan een aantal randvoorwaarden is voldaan. Een systematische aanpak, ondersteuning en bescherming van de persoonlijke positie van alle betrokken zorgverleners zijn belangrijk om audit mogelijk te maken en barrières weg te nemen (Johnston et al., 2000).

Het landelijk bureau van de PAN neemt deze taak op zich. Het bureau ontwikkelt een methodiek voor de audit en duidelijke criteria voor de doodsoorzakenclassificatie. Ook hierbij is voortgebouwd op ervaringen bij LPAS en IMPACT en is nauw samengewerkt met de Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen (WKPLL).
De methodiek voor de audit structureert de analyse van de kwaliteit van de verleende zorg op het vakinhoudelijke en organisatorische vlak. IMPACT is bij de ontwikkeling van de methodiek uitgegaan van de 'root cause analysis'. Dit is een systematische benadering om de wortels van een procesprobleem op te sporen. Zo is te achterhalen waardoor en hoe dit probleem zich voordoet, wat aanknopingspunten biedt voor verbeteracties (Van Diem et al., 2008; Van Diem et al., 2011). Of deze verbeterpunten gewerkt hebben, moet later opnieuw geanalyseerd worden.
De methodiek benadrukt dit cyclische karakter van de audit en heeft verschillende stappen:
- registratie van zorggegevens tijdens het primaire zorgproces;
- ordening van zorggegevens in een chronologisch verslag;
- perinatale sterfte audit;
    - classificatie van de doodsoorzaak
    - beoordeling van de verleende zorg op de aanwezigheid van substandaard factoren
    - kwalificatie van de relatie tussen eventuele substandaard factoren en de sterfte
- conclusies en aanbevelingen voor concrete verbeteracties; en
- evaluatie van de ingezette verbeteracties.

De PAN ondersteunt iedere stap in dit proces met trainingen en handleidingen.

Regioteams en hun ondersteuning aan lokale audits
Regioteams ondersteunen de VSV's in hun gebied om audit mogelijk te maken. Zij stimuleren zorgverleners tot deelname aan audits en begeleiden auditbijeenkomsten. Zij coördineren alle audit-activiteiten in hun regio en monitoren de voortgang van de audit.

De organisatiestructuur voor de audit sluit aan bij de al bestaande opleidings- en verwijsstructuur rondom de erkende perinatologische centra. Dit zijn:
- Amsterdam: AMC en VUmc (zij vormen samen één regioteam)
- Leiden: LUMC
- Groningen: UMCG
- Maastricht: MUMC
- Nijmegen: UMC Radboud
- Rotterdam: Erasmus MC
- Utrecht: WKZ
- Veldhoven: Máxima Medisch Centrum
- Zwolle: Isala

De regioteams bestaan uit een voorzitter, vicevoorzitter en een implementatiemedewerker. De inzet van implementatiemedewerkers is gebaseerd op de (goede) ervaringen van zowel IMPACT als het Verloskundig Onderzoeksconsortium met de inzet van researchmedewerkers (www.studies-obsgyn.nl).
Implementatiemedewerkers bieden concrete steun bij de voorbereiding van een audit: zij ondersteunen de opstellers van het chronologisch verslag bij hun werk en zijn vraagbaak voor zorgverleners in de regio.
Regioteams werken soms samen met een breder samengestelde groep met vertegenwoordigers uit de eerste en tweede lijn.

In samenwerkingsovereenkomsten tussen de PAN en de regioteams wordt beschreven welke taken regioteams op zich nemen, tegen welke vergoeding. Deze vergoeding is, naast een vast basisbedrag, afhankelijk van de grootte van de regio. Hiervoor is een vast bedrag gereserveerd in de begroting van de PAN.

Lokale auditteams

De interne audit vindt plaats in de verloskundig samenwerkingsverbanden (VSV). Hierin maken zorgverleners afspraken over de kwaliteit en de organisatie van de zorg (CVZ, 2003).
VSV's bestaan in ieder geval uit verloskundigen, gynaecologen en verloskundig actieve huisartsen. Afhankelijk van de lokale afspraken nemen ook verpleegkundigen, kinderartsen en kraamzorg deel aan VSV's. Pathologen zijn niet vertegenwoordigd in VSV's.

Binnen iedere VSV is er een groep mensen die de audit voorbereidt, organiseert en afrondt (zoals registratie van de gegevens uit de audit). Bij de start van de audit zijn zorgverleners uit alle VSV's opgeleid om deze taken op zich te nemen, zoals het opstellen van het chronologisch verslag (CV) of de invoer van de gegevens uit de audit in het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS).
Voor het voorzitterschap kunnen lokale auditgroepen een beroep doen op het regioteam, zeker in de beginfase.

Op de enquête hebben 444 zorgverleners gereageerd, waaronder 24 auditvoorzitters, 115 CV-makers en 82 invoerders van PARS. De groep CV-makers bestaat voor 61% uit klinisch verloskundigen, 14% is verpleegkundige, 12% eerstelijns verloskundige en 11% arts. Bij PARS is 43% klinisch verloskundige, 11% verpleegkundige, 8% eerstelijns verloskundige en 15% arts. De voorzitters van de audit zijn vooral artsen (20 van de 24).

(bron: enquête PAN, 2013)

Het chronologisch verslag (CV) is het basisdocument waarmee een auditgroep een casus bespreekt. Hierin is de chronologie van de gebeurtenissen in het zorgproces beschreven. In iedere auditgroep nemen één, maar meestal twee zorgverleners deze taak op zich.
De CV-makers zorgen dat de groep een casus kan bespreken. Hiervoor verzamelen zij informatie bij alle direct betrokken zorgverleners en overleggen met hen over de relevante gegevens. Voor het aanmaken van een CV gebruiken zij een specifieke webapplicatie (zie verderop).

Van de 244 zorgverleners die bekend staan als CV-maker, hebben 115 CV-makers de enquête ingevuld (respons: 47%). Per casus besteden zij gemiddeld 3,5 uur aan het verzamelen van de gegevens bij de betrokken zorgverleners en 5,75 uur aan de invoer van deze gegevens in de webapplicatie.

(bron: enquête PAN, 2013)

Twee derde van de CV-makers zorgt ook voor de registratie uit de auditbijeenkomsten. Zij leggen de gegevens van de deelnemers vast in PARS, zodat accreditatie geregeld kan worden. Zij voeren ook de uitkomsten van de audit in. Zo zorgen zij dat monitoring van de audit en rapportage over bijvoorbeeld audit van à terme sterfte mogelijk is (PAN, 2011; PAN, 2013).

Van de 205 zorgverleners die de auditgegevens (kunnen) invoeren in PARS heeft 39% de enquête volledig ingevuld (n=80, plus 2 niet-volledig). Zij besteden gemiddeld 3,6 uur aan de invoer van de gegevens van deelnemers, van de auditresultaten en de extra aanvullende vragen. Van de invoerders in PARS die geantwoord hebben op de enquête, voert 77% de audituitkomsten altijd in en nog eens 18% meestal. Vier invoerders doen dit meestal niet of nooit.

(bron: enquête PAN, 2013)

Trainingen

Uitgangspunt
Voor de implementatie van de audit zijn trainingen het belangrijkste instrument. Dat was het uitgangspunt bij de start van landelijke invoering van audit. Een landelijk trainingsaanbod borgt de uniformiteit in de aanpak van de audit, de veiligheid van deelnemers (en daarmee het draagvlak) en de vergelijkbaarheid van de uitkomsten uit de audit.

Bij de opbouw van de trainingsprogramma is uitgegaan van een olievlekwerking over het land, via regioteams en het train-de-trainers-principe. Het programma is enerzijds gericht op het proces van de audit, anderzijds op een aantal technische aspecten van de audit.
Gestart is met de training van regio(vice)voorzitters en implementatiemedewerkers, zodat zij de invoering van de audit in hun regio op zich kunnen nemen. Daarna volgde training van zorgverleners die bepaalde taken binnen de lokale audit op zich nemen. Deze trainingen zijn een gezamenlijke inspanning van regioteams en mensen van het landelijk bureau.

Uitvoering
Het team van IMPACT heeft in 2009 het verzoek gekregen om op basis van haar ervaringen een samenhangend aanbod van trainingen te ontwikkelen:
- training voor regio(vice)voorzitters en implementatiemede werkers, via een training van drie keer anderhalve dag (2009) en een on-the-job-training (2010);
- training voor deelname aan perinatale audit via landelijk georganiseerde basistrainingen (2009-2010) en dagcursussen op locatie (vanaf 2010);
- vervolgcursussen voor zorgverleners met ervaring in audit (vanaf 2010);
- opstellen van het chronologisch verslag (doorlopend vanaf 2010);
- cursus voorzitten van lokale samenwerkingsverbanden (vanaf 2010);
- cursus 'Perinatale Audit en klinisch pathologisch onderzoek' voor alle betrokken beroepsbeoefenaren, in samenwerking met de Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen (WKPLL) (2009). Tijdens deze cursus, eind 2009, is een introductie gegeven over de rol van de zorgverlener en de patholoog bij de uitvoering van de audit; over de standaardisatie van (de aanvraag van) pathologisch onderzoek; en is de handleiding doodsoorzakenclassificatie geïntroduceerd;
- classificatie van de doodsoorzaak (vanaf 2009); en
- terugkomdagen voor regio(vice)voorzitters en implementatiemedewerkers (doorlopende vanaf 2009).

De trainingen worden zo opgebouwd dat ze bijdragen aan teambuilding onder de mensen met een trekkersrol in de audit.

Een veilige omgeving creëren

Zorgverleners moeten zich vrij voelen deel te nemen aan kwaliteitssystemen als perinatale audit. Dat is nodig om te zorgen dat zorgverleners open kunnen (en willen) zijn over hun zorg en eventuele substandaard factoren in die zorg. Dit is enerzijds te regelen via afspraken rond de audit, anderzijds door er voor te zorgen dat informatie uit de audit niet kan worden gebruikt voor andere doeleinden dan kwaliteitsverbetering.

Veilige sfeer
Duidelijke afspraken zijn essentieel voor een veilige sfeer tijdens de audit. Door de systematische aanpak van de audit, door duidelijke basisregels over hoe we met elkaar omgaan én een voorzitter die dit bewaakt blijkt dit haalbaar te zijn (Van Diem et al., 2011). Een voorzitter kan zo openheid en reflectie mogelijk maken.
Daarom staan deze aspecten centraal bij de trainingen over audit en vooral in die voor voorzitters. Daarnaast gelden er tijdens de audit vijf basisafspraken:
1. Alles wat besproken wordt, is vertrouwelijk. Door de presentielijst te tekenen verbinden de deelnemers zich moreel aan deze afspraak en gaan zij hiermee akkoord.
2. Iedereen is expert in haar of zijn eigen vak en identificeert substandaard factoren in het eigen vakgebied. De collega's uit de andere vakgebieden kunnen hen daarover bevragen.

3. De zorg wordt getoetst aan de zorg zoals die had moeten zijn, niet aan eigen oordelen. Men vraagt aan elkaar waar de noodzakelijke handelingen beschreven staan, in welke richtlijn of welk protocol.
4. De deelnemers blijven niet te lang stilstaan bij de vraag of iets een substandaard factor is. Ze parkeren het punt eventueel als aandachtspunt voor later.
5 Alle uitgereikte chronologische verslagen worden aan het einde van de bijeenkomst ingeleverd en vernietigd.

In totaal 24 voorzitters hebben gereageerd op de enquête. Zij onderschrijven de stelling 'Ik grijp in als een deelnemers een oordeel uitspreken over een andere beroepsgroep' (11 *helemaal mee eens*, 12 *mee eens*).

Alle voorzitters staan aan het begin van de bijeenkomst stil bij de huisregels. Bijna alle respondenten zijn het er mee eens dat de huisregels er voor zorgen dat iedereen elkaar als gelijkwaardig aanspreekt (35% *helemaal mee eens* en 61% *mee eens*).

(bron: enquête PAN, 2013)

Juridisch kader voor de audit

In 2008 heeft de KNMG een juridisch advies opgesteld over de geplande aanpak van de perinatale audit. Dit advies is uitgebracht tegen de achtergrond van het doel en de uitgangspunten van de audit: verbetering van kwaliteit van zorg. KNMG benadrukt dat de audit, evenals andere instrumenten zoals 'Veilig incident melden', zijn opgezet voor verbetering van kwaliteit, *niet* voor andere maatschappelijke doelen zoals onderzoek naar verwijtbaarheid (Legemaate & de Roode, 2008).

De Roode en Legemaate concluderen dat er vooralsnog geen formele belemmeringen lijken te bestaan voor de voorgestelde werkwijze. Dit hangt nauw samen met de geplande totale scheiding van gegevensstromen tussen zorg- en auditgegevens en tussen gegevens over aanwezigheid bij de audit en uitkomsten van de audit. Dit zorgt er voor dat audituitkomsten niet te herleiden zijn tot vrouwen en hun kinderen, of tot de betrokken zorgverleners.
In een aantal landen waaronder Australië, is er een wettelijke regeling ter bescherming van deelnemers aan de audit. Door een dergelijke regeling kan de informatie uit de audit niet gebruikt worden voor andere doelen, zoals het treffen van maatregelen tegen individuele zorgverleners door werkgevers, inspectie of openbaar ministerie. In Nederland ontbreekt dit (De Roode & Legemaate, 2008).

Hoe vaak wordt gevraagd om audituitkomsten te gebruiken voor ander doeleinden?
Van 222 van de respondenten op de enquête is er ooit een casus besproken waar zij direct bij betrokken waren. Bij bijna 8% (n=17) heeft IGZ, een Raad van Bestuur, het OM of een andere instantie auditgegevens opgevraagd. Bij 68% is dit niet gebeurd, voor de anderen is dit soms (nog) onduidelijk.

(bron: enquête PAN, 2013)

De Roode en Legemaate benadrukken tegelijkertijd dat de anonimiteit van de audit nooit afbreuk kunnen doen aan het recht van ouders op informatie. Wanneer de audit aanbevelingen oplevert die van belang zijn voor de ouders (en een eventuele volgende zwangerschap) heeft de betrokken zorgverlener een informatieplicht.
Verder moeten zwangere vrouwen geïnformeerd worden over het gebruik van gegevens voor registratie en kwaliteitsdoelen (waaronder audit) en het doel van perinatale audit. Zij moeten hiervoor expliciet toestemming geven.
In de folder *Zwanger!* van de gezamenlijke beroepsgroepen is een deel van deze informatie opgenomen. De Roode en Legemaate concluderen dat de folder hierop aangescherpt moet worden. Zij stellen dat zorgverleners deze folder daadwerkelijk aan alle zwangere moeten uitdelen, de informatie moeten bespreken en de gegeven toestemming moeten vastleggen in het dossier/registratiesysteem.

Van 48% van de respondenten op de enquête is er ooit een casus besproken waar zij direct bij betrokken waren. Bij 90% van hen is deze casus naar tevredenheid besproken.
16% van hen bespreekt de uitkomsten uit de audit altijd met de ouders, 23 % soms en 30% nooit. Bij de overige is dit (nog) niet van toepassing geweest, veelal omdat iemand anders het nagesprek doet.

(bron: enquête PAN, 2013)

Zorg voor zorgverleners
Bij een auditbespreking wordt het handelen van zorgverleners kritisch besproken. Mogelijk ontstaat hierdoor behoefte aan ondersteuning in de vorm van individuele coaching, intervisie, *mediation* en dergelijke.
In 2009-2010 heeft PAN onderzoek laten doen naar de behoefte en haalbaarheid van een netwerk van coaches en mediators dat aansluit bij de doelgroep en hun werkhouding. De bevindingen zijn besproken met een klankbordgroep, bestaande uit perinataal zorgverleners en in de zorg actieve coaches.

De conclusie luidt dat opvang door professionele coaches, maar zeker onderlinge opvang en intervisie, kan bijdragen aan de draagkracht van de zorgverleners. Maar deze begeleiding en opvang zou niet beperkt moeten blijven tot de perinatale audit. Volgens de klankbordgroep is er een cultuuromslag nodig, waarin het gewoon is om deel te nemen aan intervisie of om hulp te zoeken. Onderbrengen van dergelijke activiteiten in de deskundigheidsbevordering en kwaliteitsbeleid kan hieraan bijdragen, evenals (meer) duidelijkheid over ieders rol en verantwoordelijkheid in dergelijke situaties (Van der Stee, 2010).
Het bestuur van de PAN heeft de bevindingen in 2010 aangeboden aan de besturen van de initiatiefnemers, met het advies hier aandacht aan te besteden.

Van alle respondenten heeft 5% (n=22) na een auditbijeenkomst wel eens behoefte gehad aan (professionele) ondersteuning. De helft van hen weet deze ondersteuning te vinden.
Deze percentages liggen iets anders onder de groep respondenten van wie er ooit een casus is besproken: 7% heeft behoefte aan ondersteuning gehad, maar slechts één van deze 16 zorgverleners wist waar deze te vinden is. Bij 7 van hen was de casus niet naar tevredenheid besproken.

(bron: enquête PAN, 2013)

Gegevens voor en over de audit

De PAN is verantwoordelijk voor monitoring en onderzoek rond perinatale audit. Daarvoor is inzicht nodig in ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zoals sterfte of morbiditeit, en over de substandaard factoren in het zorgproces.
Hiervoor heeft de PAN een aantal systemen laten ontwikkelen:
- PRN-Audit en PRN-Audit chronologisch verslag voor de registratie van zorggegevens en het opstellen van een chronologisch verslag; en
- Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS) voor de vastlegging van auditgegevens.

Zorggegevens
Om zorgverleners niet te belasten met dubbele registraties moet zoveel mogelijk gebruikgemaakt worden van bestaande dossiers en registraties. Bij de start van de audit was de aanname dat de nieuwe dataset van de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) binnen enkele jaren ingevoerd zou zijn. Deze dataset bevat meer gegevens dan de huidige set waarin verloskundigen en gynaecologen hun gegevens vastleggen. Zij kunnen deze gegevens echter nog niet aanleveren aan de nieuwe PRN-database. De kinderartsen beschikken al wel over de mogelijkheid tot aanlevering via een webapplicatie.

Ook was de verwachting dat de PRN samen met anderen een systeem voor uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en databanken zou realiseren. Dit is belangrijk voor het draagvlak van de audit.

Voor de tussenliggende periode is PRN-Audit ontwikkeld, een webbased applicatie om basiszorggegevens in te voeren. Gegevens van kinderartsen worden in geval van perinatale sterfte automatisch overgeheveld naar de PRN-Audit database (mits aangegeven is dat de casus is aangemeld voor auditbespreking en de casus is afgesloten).
De maker van het chronologisch verslag vult samen met de betrokken zorgverlener(s) de voor de audit relevante specifieke gegevens aan. Hiervoor gebruikt ze een webbased applicatie, PRN-Audit chronologisch verslag (PRN-Audit CV).

PRN-Audit is ontwikkeld voor de invoer van basisgegevens, bij voorkeur door de verantwoordelijk zorgverlener zelf. Bij slechts 6,5% hebben zorgverleners de gegevens al ingevoerd in PRN-Audit, bij 18% is soms iets ingevuld. Driekwart van de CV-makers moet alle basisgegevens zelf invullen.

(bron: enquête PAN, 2013).

Uitkomsten uit de audit
PARS is ontwikkeld om de uitkomsten uit de audit vast te leggen. PARS bestaat uit meerdere onderdelen:
- registratie van de deelnemers aan auditbijeenkomsten door een van de deelnemers.
- geanonimiseerde en niet tot patiënt, zorgverlener of bijeenkomst herleidbare auditconclusies en aanbevelingen in PARS;
- een exportfunctie om de conclusies en aanbevelingen te verspreiden onder de zorgverleners in het betrokken samenwerkingsverband (zoals verbeterpunten of informatie voor jaarverslagen van maatschappen en samenwerkingsverbanden); en
- genereren van statistische en managementinformatie.

Met de gegevens uit het PARS kan de PAN accreditatie voor deelname aanvragen bij de diverse beroepsgroepen en is te rapporteren over de voortgang en de uitkomsten van de audit (PAN, 2011; PAN, 2013).

Bijna de helft van de invoerders in PARS gebruikt de exportfunctie altijd of meestal om de uitkomsten uit de audit naar de deelnemers te sturen. 15% gebruikt deze meestal niet en 37% nooit.

(bron: enquête PAN, 2013).

Gescheiden systemen
Vanuit privacyoverwegingen zijn de verschillende registratiesystemen totaal gescheiden. Variabelen om zorggegevens (uit de PRN- applicaties) en uitkomstgegevens van de audit (uit PARS) te koppelen, ontbreken. De uitkomstgegevens zijn niet te ordenen naar bijvoorbeeld regio, specifieke kenmerken van de vrouw of het kind en dergelijke. Bijeenkomstgegevens (datum en aantal deelnemers aan een auditbespreking) en de uitkomsten van die bespreking zijn evenmin te koppelen. Dit versterkt het gevoel van veiligheid van de audit.

Financiën

In september 2007 heeft de minister van VWS budget ter beschikking gesteld voor de invoering van de landelijke perinatale audit (Ministerie van VWS, 2007). De PAN ontvangt deze in de vorm van een instellingssubsidie. Ook voor 2013 heeft VWS een instellingssubsidie toegekend. Deze financiële ondersteuning maakt een landelijk eenduidige registratie, methodiek en ondersteuning mogelijk.
Door generieke kortingen op alle subsidies dreigde het budget voor trainingen ontoereikend te worden. Vanwege het grote belang van trainingen bij de implementatie van de audit verstrekte het

ministerie in 2008 een aanvullende subsidie voor trainingen. Het ministerie heeft ook bijgedragen aan de overgangskosten van het RIVM naar de stichting PAN.

In de eerste periode is vooral geïnvesteerd in het uitwerken van de randvoorwaarden (Leeman et al., 2007). Het RIVM, als voorloper van PAN, heeft de registratiesystemen laten ontwikkelen, een analyse van het juridische kader van de audit laten uitvoeren (de Roode & Legemaate, 2008) en de trainingen in gang gezet. IMPACT heeft in opdracht van het RIVM regioteams getraind. Het bureau heeft in die tijd de bijbehorende handleidingen, website en andere communicatiemiddelen ontwikkeld.

Vanaf 2009 bestaat ongeveer 90% van de begroting uit een aantal vaste lasten: vergoeding van de kosten voor regioteams en de kosten voor de landelijke coördinatie bedragen beide circa 40%. De gebruikte registratiesystemen beslaan ongeveer 12% van het budget.

4 Invoering van de audit

Bij de start van de audit zijn we uitgegaan van geleidelijke uitbreiding van de audit over alle samenwerkingsverbanden én een beperking in het soort casuïstiek. Zo is naar landelijke dekking toegewerkt. In dit hoofdstuk staan we stil bij deze start van de audit en bij de aanpassingen in de afgelopen jaren.

Afbakening

Perinatale audit is in principe een breed instrument en kan zich op alle zwangerschapsuitkomsten richten. Omdat perinatale sterfte een van de belangrijkste uitkomstmaten is voor de kwaliteit van de van de perinatale zorg (Richardus, 1998), zijn we gestart met de audit van sterfte. Daarbinnen is gekozen voor audit van à terme sterfte (in dit rapport: alle kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 37 weken of meer die voor, tijdens of in de eerste vier weken na de geboorte overlijden).
De meeste kinderen worden in deze periode geboren. Zij hebben een zeer hoge overlevingskans (99,7%), maar dragen door het grote aantal à terme geboorten voor ongeveer een kwart bij aan de perinatale sterfte.
Afgelopen jaren hebben auditgroepen ook al casus van neonatale morbiditeit besproken.

Start met opbouw van de landelijke organisatie

Begin 2009 is gestart met de opbouw van de landelijke organisatie. De training aan regioteams heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. De training is een ijkpunt geweest voor het formeren van regioteams en een gezamenlijke start voor de (al bijna volledige) regioteams en de bureaumedewerkers.
Sindsdien overleggen regioteams en bureaumedewerkers regelmatig over de voortgang, voor de uitwisseling van knelpunten en om slimme oplossingen te delen. Deze bijeenkomsten zijn belangrijk voor de aanpassingen die verderop beschreven worden.

De opbouw van de landelijke organisatie is gestart onder verantwoordelijkheid van het RIVM. Tegelijkertijd hebben bestuur en bureau gewerkt aan de ontkoppeling van de audit uit het RIVM. Daarvoor is een nieuwe organisatie opgezet, de stichting PAN. Deze kleine organisatie is in 2009 voorbereid en ingericht.

Geleidelijk toewerken naar een landelijk bereik

De regioteams hebben het netwerk van de audit geleidelijk uitgebouwd. Zij zijn begonnen met informatieve bijeenkomsten (wat is audit?), inclusief een proefsessie. Hiermee hebben ze uiteindelijke alle VSV's bereikt. De trainingen voor lokale auditgroepen hebben dit proces ondersteund. Na een aantal landelijke georganiseerde trainingen voor lokale auditgroepen zijn deze trainingen vooral 'op locatie' aangeboden.

Al doende leren

De landelijke invoering van de perinatale audit is zo goed mogelijk voorbereid, maar al doende moest iedereen leren wat werkt en wat niet werkt.

Leren werken met de methodiek
In het eerste jaar vergde het van iedereen veel om te leren werken met de auditmethodiek en tegelijkertijd casus te moeten analyseren. In de loop van tijd zijn auditgroepen gewend geraakt aan de methodiek en neemt het aantal besproken casus toe. Dit was ook het geval bij IMPACT, waar het aanleren van de auditmethodiek eveneens veel tijd bleek te vragen (Van Diem et al., 2011).

Invoeren van kernteams
In samenwerkingsverbanden rondom ziekenhuizen met relatief weinig bevallingen, en daardoor relatief weinig sterfte, zijn alle sterftes in enkele auditbijeenkomsten per jaar te bespreken. In de samenwerkingsverbanden rondom grote centra is dit niet het geval. Daar is het praktisch niet haalbaar om alle casus met het gehele samenwerkingsverband te bespreken. Een deel van de casus wordt daarom voorgelegd aan een kleiner kernteam, waarin in principe alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn. Dit kernteam brengt een deel van de casus later in tijdens de auditbespreking binnen het VSV.

Toevoegen van extra vragen
Audit toetst de geleverde zorg per definitie aan bestaande richtlijnen, protocollen of gangbare zorg. Voor sommige onderwerpen zijn er nog geen (duidelijke) normen. Daarom zijn vanaf de audit van à terme sterfte over casus van 2011 een aantal aanvullende vragen toegevoegd aan PARS, met name over onderwerpen die regelmatig aandacht krijgen in publicaties over de perinatale zorg:
1. Speelde in deze casus de beschikbaarheid van acute zorg (binnen 15 minuten start onderzoek/behandeling), op een of meerdere momenten een rol?
2. Is het bekend of er in deze casus een transportprobleem was?
3. Speelde in deze casus een 'te afwachtend beleid' een rol?
4. Betrof deze casus de geboorte van een kind met een geboortegewicht < p10?

Aan de invoerders van PARS (82 respondenten) is gevraagd of de auditgroepen de extra (aanvullende) vragen bespreken: bij 30% altijd, bij 48% meestal en bij 28% meestal niet.
(bron: enquête PAN, 2013)

Aanpassingen in de registratiesystemen
PAN heeft de gebruikersvriendelijkheid van PRN-Audit en PRN-Audit CV aangepast aan de wensen van de gebruikers zoals een kopieerfunctie om de informatie van verschillende zorgverleners samen te voegen tot één dossier, het onderdrukken van gegevens die overbodig zijn en verbetering van de lay out. Verder wordt deze registratie steeds aangepast aan de wijzigingen in de PRN-dataset.
Andere wensen zoals een beter overzicht van wat al is ingevoerd, is technisch (nog) niet mogelijk. Hierdoor blijft het opstellen van het CV arbeidsintensief. PAN zoekt naar mogelijkheden om de gebruikersvriendelijkheid te verbeteren.

De mogelijkheid om casus van perinatale morbiditeit in te voeren is zowel toegevoegd aan PRN-Audit en PRN-Audit CV als aan het Perinatale Audit Registratie Systeem (PARS). Verder is PARS aangepast aan de hierboven beschreven invoering van kernteams en het gebruik van extra vragen en is in 2012 groot onderhoud verricht. PARS is nu weer compatibel met alle browsers.

Elkaar inspireren

Jaarlijks organiseert PAN een trainings- en inspiratiedag voor de kartrekkers van de lokale audit en de regioteams. Deze bijeenkomsten zijn bedoeld om ervaringen uit te wisselen, van elkaar te leren, ieders netwerk te versterken, noodzakelijke kennis op te doen en elkaar te inspireren.

5 Resultaten

Nulmeting: wat was er?

In 2007 is geïnventariseerd in hoeveel verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV) er al enige vorm van sterftebespreking is en welke zorgverleners daarbij betrokken zijn.
In 85% van de (toen nog 98) ziekenhuizen werden perinatale sterftebesprekingen georganiseerd. In 54 VSV's namen structureel eerste- en tweedelijnszorgverleners (verloskundigen en gynaecologen) deel, terwijl in 19 ziekenhuizen de eerste lijn afhankelijk van de casus werd uitgenodigd. Kinderartsen namen in 61 ziekenhuizen deel aan de sterftebesprekingen. In 22 ziekenhuizen namen verloskundig actieve huisartsen deel, in vijf ook huisartsen die niet verloskundig actief zijn. In 11 ziekenhuizen vond de bespreking plaats in aanwezigheid van een patholoog.
Andere VSV's maakten aanstalten om te starten met sterftebesprekingen of deze uit te breiden en samen met de eerste lijn te organiseren. Inclusief deze VSV's organiseerden 85% van de VSV's regelmatig perinatale sterftebesprekingen tussen eerste en tweedelijns verloskundige zorgverleners (Boesveld-Haitjema, 2007).

Is het opzetten van de organisatie gelukt?

In de tweede helft van 2009 zijn de regioteams gestart met het bereiken van VSV's in het hun regio. Ze ondersteunen hen bij de voorbereiding van de audit en zijn meestal in persoon aanwezig. Na ongeveer een jaar namen bijna alle samenwerkingsverbanden deel aan de audit. In het najaar van 2011 sloten de laatste twee zich aan. Ondertussen is ook de overdracht van het voorzitterschap aan zorgverleners uit de VSV's gestart.

Aan de respondenten zijn een aantal stellingen voorgelegd. Van hen is 86% het er (helemaal) mee eens dat de audit heeft bijgedragen aan beter begrip voor de beweegredenen van andere zorgverleners.
Ook de stellingen dat de communicatie tussen zorgverleners of de samenwerking binnen het VSV is verbeterd, zijn meestal beantwoord met (helemaal) mee eens. 22% is het *niet* eens met de stelling dat audit heeft geleid tot verbetering van de communicatie. Met de stelling dat de audit de samenwerking binnen het VSV heeft verbeterd is 29% het niet eens.

(bron: enquête PAN, 2013)

Trainingen

De PAN (en voorheen het RIVM) biedt vanaf 2009 trainingen aan. Begonnen is met de training voor regiovoorzitters, daarna zijn de trainingen voor lokale audits aangeboden.
In totaal gaat het om 74 trainingen, waaraan 584 zorgverleners hebben deelgenomen.

Twee derde van hen heeft één training gevolgd, 131 zorgverleners hebben deelgenomen aan twee trainingen en 60 aan drie of meer trainingen.
De waardering van de trainingen is over het algemeen goed tot zeer goed.

Tabel 1. Deelname aan trainingen 2009-2012 (exclusief trainingen van regioteams)

	aantal deelnemers	aantal bijeenkomsten	tijdvak
Landelijk georganiseerde basistrainingen	172	6	2009-2010
Dagcursus lokale audit, op locatie	298	18	> 2010
Vervolgtraining	87	5	> 2010
Chronologisch verslag	160	33	> 2009
Voorzitten	47	7	> 2010
Doodsoorzakenclassificatie	70	5	> 2009
Totaal	833	74	

Alle deelnemers aan de cursus doodsoorzakenclassificatie hebben de enquête ingevuld.
De cursus is bedoeld voor zorgverleners die voor de lokale audit de classificatie van de doodsoorzaken op zich nemen. Idealiter gebeurt dit voorafgaand aan de bijeenkomst van het samenwerkingsverband en samen met de verantwoordelijk arts en een (perinataal) patholoog.
In 2011 heeft de PAN de aanbeveling gedaan om met minstens één gynaecoloog en één kinderarts uit ieder VSV de training over doodsoorzakenclassificatie te volgen

In de praktijk is 37% van de deelnemers aan de training doodsoorzakenclassificatie arts en 60% CV-maker en/of invoerder van PARS (meestal verloskundige of verpleegkundige).

(bron: enquête PAN, 2013)

Auditbijeenkomsten 2010-2012

Aantal bijeenkomsten
In de jaren 2010-2012 hebben de verloskundige samenwerkingsverbanden in totaal 642 lokale auditbijeenkomsten georganiseerd. In het eerste jaar waren dat er 149, de jaren daarna is dit gestegen tot 245 bijeenkomsten in 2011 en 248 in 2012.
In samenwerkingsverbanden met veel geboorten en daardoor relatief veel sterfte, nemen multidisciplinair samengestelde kernteams een deel van de audits op zich. In 2010 zijn er negen bijeenkomsten van kernteams geweest (6% van het totaal aantal bijeenkomsten). In 2011 is het aantal bijeenkomsten van kernteams meer dan verdrievoudigd tot 30 keer en in 2012 verder gegroeid naar 47 bijeenkomsten.
Sommige regioteams organiseren regionale audits. In totaal waren dit er 12. Hiervoor nodigen zij vanuit hun perinatologische centra zorgverleners uit hun gebied uit.

49 zorgverleners hebben deelgenomen aan de cursus voorzitten. Van hen hebben er 41 deelgenomen aan de enquête. De meesten (n=30) hebben één of meerdere audits voorgezeten, enkelen doen dit binnenkort. Twee respondenten hebben nog geen tijd gevonden om dit te doen, één ziet af van het voorzitterschap. Bij de andere acht is er sinds de training nog geen audit geweest.

(bron: enquête PAN, 2013)

Meer dan 8.000 zorgverleners bij audit
In de jaren 2010-2012 hebben 8.269 (unieke) professionals deelgenomen aan perinatale audit. Dit is ook opgesplitst per jaar: in het eerste jaar waren dat er 3.140, de jaren daarna is dit gestegen tot 4.614 (unieke) deelnemers in 2011 en 5.065 in 2012.
De helft van hen heeft één keer deelgenomen aan de audit, 17% was twee keer aanwezig en 32% heeft tenminste drie keer deelgenomen aan een audit. Daardoor is de deelname aan auditbijeenkomsten gestegen van 4.291 aanwezigen in 2010 tot 8.160 in 2012.
In totaal zijn de (642) auditbijeenkomsten in deze jaren bezocht door 20.011 professionals, gemiddeld 31 professionals per bijeenkomst.

De deelnemers komen uit alle vakgebieden, maar regelmatig is er van een beroepsgroep maar één zorgverlener aanwezig. Daarmee is één van de basisafspraken van de audit niet optimaal na te komen (*iedereen is expert in haar of zijn eigen vak en identificeert substandaard factoren in het eigen vakgebied. De collega's uit de andere vakgebieden kunnen hen daarover bevragen*).

24 voorzitters van auditbijeenkomsten hebben gereageerd op de enquête.
17 van hen zijn het (helemaal) eens met de stelling dat de discussie over substandaard factoren niet goed te voeren is wanneer er maar één vertegenwoordiger van een beroepsgroep aanwezig is. De zeven anderen zijn het hiermee eens.

(bron: enquête PAN, 2013)

Aantal besproken casus
Het kost tijd om bekend te raken met de werkwijze van perinatale audit. In het begin hebben auditgroepen per auditbijeenkomst hooguit één casus besproken. Inmiddels hebben auditgroepen de methodiek leren kennen en is het aantal besproken casus fors toegenomen. In het eerste jaar hebben de auditgroepen 204 casus besproken, de jaren daarna is dit gestegen tot 500 casus in 2011 en tot 520 in 2012. In het totaal zijn er 1.224 casus besproken in 2010-2012. Bij lokale audits met het gehele samenwerkingsverband worden nu gemiddeld 2 casus per keer besproken (was één in 2010), bij kernteams gaat het om gemiddeld drie casus (was twee).

De auditgroepen hebben vooral perinatale sterfte besproken. Zij hebben van 79% van alle besproken (1.187) casus met perinatale sterfte audituitkomsten vastgelegd in PARS. Iets meer dan 70% van deze casus van perinatale sterfte gaat over à terme sterfte en bij bijna 30% om perinatale sterfte bij kinderen jonger dan 37 weken.
Bij 3% van de besproken casus ging het om perinatale morbiditeit.

Tabel 2. Besproken en vastgelegde casuïstiek van de perinatale sterfte 2010-2012 naar zwangerschapsduur (bron PARS)

	n	
Besproken en vastgelegde casus van à terme sterfte	661	
37.0-40.6 weken		561
≥41 weken		100
Besproken en vastgelegde casus bij premature kinderen	281	
<24 weken		45
24.0-27.6 weken		55
28.0-31.6 weken		35
32.0-36.6 weken		146
Totaal besproken casus	942	

Uitkomsten uit de audit

De uitkomsten van à terme sterfte uit 2010 en 2011 is in detail beschreven (PAN, 2011; PAN, 2013). Hieronder geven we enkele grote lijnen weer.

Classificatie van de doodsoorzaken

Internationaal zijn er meerdere classificaties van sterfte en doodsoorzaken in gebruik, met ieder een eigen insteek. Binnen de landelijke perinatale audit wordt de volgende combinatie van classificaties gebruikt (Van Diem et al., 2008; WKPLL/RIVM, 2009):

- WHEN: wanneer is de sterfte opgetreden? Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de aangepaste classificatie van Wigglesworth, die het tijdstip van overlijden en de zwangerschapsduur ten tijde van de partus hanteert (Wigglesworth, 1994; Hey et al., 1986).
- WHAT: wat is het klinische beeld waaronder de sterfte is opgetreden? Met de gemodificeerde ReCoDe (relevant condition at death) kunnen alle klinische beelden en maternale risicofactoren benoemd worden, plus het meest relevante ziektebeeld (Gardosi et al., 2005; Chan et al., 2004).
- WHY: waardoor is de sterfte opgetreden? Via de Tulip- classificatie wordt terug geredeneerd naar de onderliggende oorzaak van het ziektebeeld waaraan het kind is overleden (Korteweg et al., 2006; Gordijn et al., 2009).

In 2011 is bij 29% van alle casus de doodsoorzaak volgens de Tulip-classificatie geclassificeerd als 'onbekend', in 2010 is dit bij 34% het geval. Dit is nog aanmerkelijk hoger dan bekend uit de literatuur: bij correct gebruik van de Tulip classificatie kan dit percentage net boven de 10% liggen (Korteweg et al., 2006; Gordijn et al., 2009).

In ruim driekwart van de gevallen wordt de doodsoorzaak meestal voorafgaand aan de audit-bijeenkomst geclassificeerd, bij 17% tijdens de bijeenkomst en bij 4% na de bijeenkomst (1% onbekend)

(bron: enquête PAN, 2013)

Audit van à terme sterfte 2010 en 2011

Een vergelijking tussen de audit van à terme sterfte uit 2010 en die uit 2011 laat zien dat aantal voorbereide en besproken casus van à terme sterfte in 2011 is toegenomen ten opzichte van 2010. Het aantal besproken casus is gestegen van 87% naar 93%. Het aantal besproken casus waarvan de auditresultaten zijn vastgelegd is met 9% toegenomen tot 80%.

In 2011 hebben de auditgroepen bij 37% van de SSF's vastgesteld dat deze geen relatie heeft met de sterfte (30% in 2010). Bij 16% is de relatie met de sterfte niet te bepalen (2010: 11%). Bij 9% (n=24) van alle besproken casus van à terme sterfte 2011 is naar de mening van de auditgroep sprake van een waarschijnlijke of zeer waarschijnlijke relatie tussen de SSF en de sterfte. Bij 12% is er een mogelijke relatie. In 2010 ging het om respectievelijk 10% en 13%.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat 25-30% van alle gevallen van perinatale sterfte mogelijk of (zeer) waarschijnlijk samenhangt met de gevonden substandaard factoren (Richardus et al., 2003).

Aanbevelingen om de zorg te verbeteren

Bij ruim driekwart van de SSF's hebben de auditgroepen ministens één aanbeveling geformuleerd om de zorg te verbeteren. Sommige onderwerpen komen beide jaren prominent aan de orde, zoals te afwachtend beleid of onvoldoende geprotocolleerd gebruik (indicatiestelling, uitvoering en beoordeling) van foetale bewaking tijdens de bevalling.

Op basis van de casuïstiek zijn in de rapporten over beide jaren ook algemene aanbevelingen opgenomen. Bij de à terme sterfte 2010 ging het vooral om de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, standaarden en protocollen; om trainingen voor de basale kennis en vaardigheden (zoals reanimatie) in VSV-verband; voor heldere en complete medische dossiers; meer participatie van huisartsen, kinderartsen en pathologen in de audit; en voor organisatorische ondersteuning van de VSV's bij de audit. Sommige aanbevelingen sluiten aan bij ontwikkelingen die eerder al in gang gezet zijn, of bij adviezen van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte (Stuurgroep, 2009).

De redactiecommissie heeft ook bij de casus uit 2011 aanvullende aanbevelingen geformuleerd. Dit keer lag het accent vooral op het optimaliseren van het gebruik van echoscopie; op casemanagement

en ketenafspraken; op het professionele spanningsveld dat soms ontstaat tussen wensen van zwangere vrouwen en de professionele verantwoordelijkheid; op laagdrempeligheid van zorg en belinstructies; en op de opvang van piekbelasting, met een pleidooi voor triage.

Opvolging van de aanbevelingen

Tijdens de audit benoemen de deelnemers verbeteracties die later binnen het VSV uitgewerkt, ingevoerd en getoetst moeten worden.

Volgens de respondenten worden aanbevelingen uit de audit in 75% van de gevallen besproken in het VSV en in 54% systematisch opgepakt.
Op maatschapsniveau liggen deze percentages hoger: 80% bespreekt de aanbevelingen en 65% werkt ze uit.

82% is *het er (helemaal) mee eens* dat het eigen VSV voldoende kennis en vaardigheden heeft om verbeterpunten uit de audit uit te werken.

(bron: enquête PAN, 2013)

De invoering van de aanbevelingen moet zo gebeuren dat deze ook beklijven en de zorg echt verbetert. Hiervoor zijn veranderingen nodig die soms moeilijk zijn in te voeren. Dit komt deels omdat daarvoor ook anderen dan de direct betrokken zorgverleners nodig zijn (Grol et al., 2007).

Respondenten van een enquête die de PAN verspreid heeft onder regioteams, voorzitters van audit, CV-makers, invoerders van PARS en anderen noemen verschillende barrières bij de invoering van de verbeterpunten, zoals gebrek aan tijd en menskracht, maar ook duidelijkheid over wie-wat-doet (onvoldoende SMART geformuleerd), met welk mandaat en welke ondersteuning.

VSV's zouden voor de uitwerking van de aanbevelingen een beroep kunnen doen op de mogelijkheden binnen het ziekenhuis of de Regionale Ondersteuningsstructuren voor de 1e lijn (ROS). Daar zit kennis over de implementatie van veranderingen en verbeteringen.

Dragen raden van bestuur van de ziekenhuizen in VSV's of de ROS bij aan de invoering van de verbeterpunten uit de audit? Daarover zijn meerdere vragen opgenomen
Een grote meerderheid, variërend van 53% tot 80%, van de respondenten weet niet of die mogelijkheid bestaat.

(bron: enquête PAN, 2013)

Tegelijkertijd hebben zorgverleners en beroepsgroepen een groot deel van de aanbevelingen uit de audit van à terme sterfte 2010 opgepakt. Dit gebeurt binnen lokale samenwerkingsverbanden en regionale of landelijke projecten. Een aantal aanbevelingen wordt nader bekeken via implementatieonderzoek (www.zonmw.nl/zg).
Het College Perinatale Zorg (CPZ) heeft de taak gekregen om resultaten uit de landelijke perinatale audit te vertalen in landelijk beleid en multidisciplinaire richtlijnen en de voortgang van te bewaken.

Voor een actueel overzicht van de uitwerking van de aanbevelingen:
zie www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking-van-aanbevelingen

6
Conclusies en aanbevelingen

Dit rapport beschrijft de landelijke introductie van perinatale audit in Nederland, die in 2009 van start is gegaan met het opzetten van de regioteams. In 2010 deden vrijwel alles VSV's al mee aan de audit, in 2011 volgden de laatste twee. De deelname aan audit stijgt. Vele zorgverleners zetten zich in voor de audit of voor de invoering van de aanbevelingen uit de audit.

Natuurlijk is twee jaar 'audit' te kort om iets te zeggen over de resultaten van de audit op de uitkomsten van de zorg. Toch willen we dit rapport afsluiten met een aantal voorlopige conclusies en aanbevelingen over de invoering en de borging van de audit.

Grote deelname aan audit

Veel zorgverleners hebben de afgelopen jaren deelgenomen aan perinatale audit, waarin ze samen de zorg evalueren om er van te leren en om de zorg verder te kunnen verbeteren. Ze komen vaker bij elkaar, bespreken meer casuïstiek dan in het eerste jaar en hebben er voor gezorgd dat audit een duidelijke plaats heeft gekregen in de perinatale zorgketen.
Ondersteuning van de lokale audits door de regioteams is cruciaal gebleken. Zij hebben de VSV's in hun regio's enthousiast gemaakt, zorgen dat audit mogelijk is, lossen problemen op en nemen het voorzitterschap op zich. Samen met het landelijk bureau hebben ze de principes en de finesses van de audit via trainingen tot in alle VSV's gebracht.

Bijna alle respondenten zijn het (helemaal) eens met de stelling '(Ook) volgend jaar doe ik mee aan de audit'.

(bron: enquête PAN, 2013).

De grote deelname hangt zeker samen met de tijdgeest, waarin iedereen overtuigd is van het feit dat de perinatale zorg beter moet en beter kan (Stuurgroep, 2009; ZonMw, 2011). Maar dat verklaart nog niet dat de landelijke invoering van de perinatale audit in zo'n korte tijd gelukt is.

Naast de ondersteuning door de regioteams is de systematische aanpak belangrijk.
Duidelijke basisregels over hoe we met elkaar omgaan tijdens een audit en een empathische voorzitter die enige afstand kan nemen, zijn ook onontbeerlijk. Dan kan de groep samen zoeken naar verbetering van de zorg, zonder direct te oordelen over elkaar (Van Diem et al., 2011). Van de direct betrokkenen vraagt dit een kwetsbare opstelling, van de anderen een constructieve houding. Dit blijkt haalbaar te zijn.

We stellen dan ook vast dat de gestructureerde invoer en aanpak, met concrete ondersteuning door regioteams, implementatiemedewerkers en een klein landelijk bureau, essentieel zijn geweest voor het slagen van en draagvlak voor de perinatale audit.

Een tweede belangrijke succesfactor is dat de audit zich in eerste instantie beperkt heeft tot de à terme sterfte. Dit onderwerp spreekt de hele keten aan en is in omvang – ook al was het soms flink doorwerken – uitvoerbaar.

Wat willen we verbeteren?

Zorgen voor volledige dekking
Het streven is om alle casus binnen het landelijk thema te bespreken. Dit is voor een groot deel gelukt: in 2011 hebben VSV's 93% van de à terme sterfte geaudit. Van 20% van deze casus ontbreken de gegevens in PARS.
Hoewel nog niet alle casus van à terme sterfte zijn geaudit, hebben VSV's ook sterfte van te vroeg geboren kinderen of kinderen met een slechte start besproken.

Aanbevelingen van de PAN

- Zorg dat verloskundige samenwerkingsverbanden voor de voorbereiding en coördinatie van de audit een beroep kunnen doen op de tijd, menskracht en voorzieningen van de organisaties in het desbetreffende VSV, zoals een kwaliteitsmedewerker of datamanager.
- Geef zorgverleners binnen hun aanstelling tijd om de audit voor te bereiden, bij te wonen en aanbevelingen uit te werken.

Vermindering van de registratielast
De voorbereiding van de audit wordt regelmatig bemoeilijkt door onvolledige en summiere medische dossiers. De opstellers van het chronologisch verslag ervaren dat dit door de audit verbetert, maar verdere verbetering is zeker nog mogelijk.

Bij de start van de audit was de aanname dat de nieuwe, uitgebreidere dataset van de stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN) binnen enkele jaren ingevoerd zou zijn, inclusief een systeem voor uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en databanken. Dit is echter nog niet het geval, waardoor bij de voorbereiding van de audit de gegevens nogmaals vastgelegd moeten worden (dubbele registratie).
De PAN pleit daarom voor een snelle invoering van het Perinataal Webbased Dossier (PWD) en een snelle invoering van de nieuwe, meer uitgebreide PRN databank, zodat de opstellers van het chronologisch verslag (CV) een deel van de gegevens 'automatisch' kunnen ophalen.

Aanbevelingen van de PAN

- Eenmalige en uniforme registratie van zorggegevens dient zo snel mogelijk te worden ingevoerd in de gehele keten.
- Zorg dat er een Perinataal Webbased Dossier (PWD) komt, zodat dubbele registraties zo veel mogelijk verleden tijd worden.
- Zorg in de tussenliggende periode voor verbetering van de gebruikersvriendelijkheid van de registratiesystemen voor de audit.

Samen met NICTIZ en andere partners binnen de perinatale zorg werken de KNOV en de NVOG aan de ontwikkeling van het PWD. Meer informatie: www.pwdinfo.nl

Duidelijke juridische regelingen
Bij de start van de audit constateerden De Roode en Legemaate dat de rechten van de zwangere op informatie verbeterd moeten worden. Zij moeten geïnformeerd worden over het gebruik van haar gegevens en daarvoor expliciet toestemming geven (De Roode & Legemaate, 2008).

De Roode en Legemaate beschreven ook de behoefte aan een wettelijke regeling ter bescherming van zorgverleners die aan de audit deelnemen. Dit is nog niet geregeld. Er ontbreekt eveneens een wettelijke regeling voor het gebruik van patiëntengegevens voor kwaliteitsverbetering (De Roode & Legemaate, 2008; Legemaate, 2009). Deze regeling zou mogelijk een plaats krijgen in de nieuwe Wet Cliëntenrechten, maar deze is afgeblazen.

Toch nog meer deelnemers betrekken

De bijdrage van pathologen is essentieel voor de kwaliteit van de perinatale audit. Er is echter een structureel tekort aan perinataal pathologen. De afgelopen jaren hebben de WKPLL/NVVP en de PAN extra ondersteuning geboden bij deskundigheidsbevordering van pathologen (2009) en door trainingen in de classificatie van doodsoorzaken. Ze hebben samen een handleiding voor de classificatie van doodsoorzaken (2012) ontwikkeld en er zijn aanvraagformulieren voor placenta-onderzoek en obductie (2012) beschikbaar. Ook is er standaardisatie van pathologisch onderzoek ingevoerd (PALGA, 2012).

Aanbevelingen van de PAN

- Bevorder dat gynaecologen, kinderartsen en pathologen zich bekwamen in de classificatie van doodsoorzaken.
- Zorg dat er in ieder pathologisch laboratorium één patholoog de kinderpathologie als aandachtsgebied op zich neemt en voor anderen in de perinatale keten het vaste aanspreekpunt wordt.
- Plan de auditbijeenkomsten zo dat pathologen zich op inhoud uitgenodigd voelen om deel te willen nemen aan een auditbespreking. Zo wordt hun deskundigheid optimaal gebruikt.
- Zorg dat in iedere perinatologische regio minstens één kinderpatholoog benaderd kan worden als externe deskundige.

Regelmatig is er van een beroepsgroep maar één zorgverleners aanwezig. Uit de enquête blijkt dat ruim twee derde van de voorzitters van auditbijeenkomsten van mening is dat de discussie over substandaard factoren (SSF) dan niet goed te voeren is.

Aanbevelingen van de PAN

- Zorg dat er van iedere beroepsgroep minstens twee zorgverleners aanwezig zijn. Dit verhoogt de kwaliteit van de audit.

Zorg voor uitwerking van de aanbevelingen

Tijdens de audit benoemen de deelnemers verbeteracties die later binnen het VSV uitgewerkt, ingevoerd en getoetst moeten worden. Zorgverleners bespreken deze binnen hun maatschap en hun VSV (bron: enquête PAN, 2013). De uitwerking van de aanbevelingen gebeurt binnen lokale samenwerkingsverbanden en regionale of landelijke projecten. Een aantal aanbevelingen wordt nader bekeken via implementatieonderzoek
(zie www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking-van-aanbevelingen).

Het is nog te vroeg om te evalueren of en hoe deze verbeterpunten worden ingevoerd én geborgd. Het is via de enquête wel bekend dat zorgverleners niet weten of zij een beroep kunnen doen op ondersteuning hierbij, bijvoorbeeld door het ziekenhuis of de ROS binnen hun VSV (bron: enquête PAN, 2013).

Aanbevelingen van de PAN

- Ga met de organisaties in het desbetreffende VSV, zoals de Raad van Bestuur in het ziekenhuis of de Regionale Ondersteuningsstructuur 1e lijn, in gesprek over de ondersteuning bij de uitwerking van de aanbevelingen uit de audit.
- Reserveer tijd en ruimte om zorgverleners vrij te stellen voor de implementatie van de aanbevelingen.
- Benut ervaringen van anderen:
  - Een deel van de verloskundige kringen en VSV's heft contributie onder haar leden. Daarmee huren zij menskracht in, zowel binnen als buiten de eigen groep, onder andere voor de uitwerking van protocollen en verbeteracties.
  - Raadpleeg www.perinataleaudit.nl/onderwerpen/204/uitwerking-van-aanbevelingen.
  - Gebruik bestaande kanalen, zoals www.goedgeboren.nl, om concrete verbeteracties en vragen te delen met anderen.
- Zorg dat zorgverleners op de hoogte zijn van mogelijkheden om verbeteringen te laten ondersteunen. Daarvoor moeten CPZ, PAN en beroepsgroepen gezamenlijk in kaart brengen welke mogelijkheden er zijn via bijvoorbeeld innovatiegelden van zorgverzekeraars[1], implementatie fellows in academische ziekenhuizen[2] en andere kanalen.

Het blijkt lastig om verbeterpunten uit de audit daadwerkelijk uit te voeren. Het Regionaal Consortium Noord-Nederland doet in 12 VSV's in de noordelijke provincies onderzoek naar de introductie van veranderingen in de perinatale zorg. Het ACTion-project richt zich op die zorgverleners die de verbeterpunten op hun bord krijgen. Zij worden getraind (en ondersteund) hoe ze veranderingen in hun organisatie het beste voor elkaar kunnen krijgen. Het is de bedoeling dat de deelnemende VSV's aan het einde van het project zelflerende organisaties zijn die toekomstige verandertrajecten tot een succes kunnen maken (www.zwangerschapengeboorte-nn.nl/).

Wat kunnen anderen met onze ervaringen?

Voor een grote verandering, zoals de introductie van audit, is een duidelijke visie en een gestructureerde aanpak nodig. Voortbouwend op eerdere ervaringen is dit in betrekkelijk korte tijd gelukt. Zoals eerder gezegd zijn we er van overtuigd dat de perinatale audit een duidelijke plaats heeft verworven dankzij de concrete ondersteuning door de regioteams en implementatiemedewerkers. Zij konden gebruik maken van de instrumenten die zij via het landelijk bureau kregen aangereikt. Ook de trainingen hebben hierin een cruciale rol gespeeld.

Aanbevelingen van de PAN

- Neem de tijd voor zorgvuldige invoering, waarbij de ondersteuning klaar is voor de start van de interventie.
- Bouw voort op eerdere ervaringen.
- Maak gebruik van bestaande structuren.
- Organiseer een decentrale ondersteuningsstructuur, bijvoorbeeld via regioteams.
- Zorg vanaf de start voor financiering van deze decentrale ondersteuningsstructuur en de bijbehorende instrumenten.
- Regel tegemoetkoming voor die professional die lokaal of regionaal de innovatie 'trekken', bijvoorbeeld via accreditatie of vacatiegelden.
- Ondersteun de nieuwe werkwijze met trainingen en gebruik hiervoor het principe van *train-de-trainers*.

[1] http://www.innovatiefondszorgverzekeraars.nl

[2] http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/doelmatigheidsonderzoek/implementatiefellows/

Een sterk punt van de audit is de multidisciplinaire aanpak. Deelname aan audit wordt geaccrediteerd voor huisartsen, gynaecologen, verloskundigen, verpleegkundigen en pathologen. Zorgverleners met specifieke taken bij de audit krijgen hiervoor extra accreditatiepunten.
De NVK heeft de accreditatie voor kinderartsen overigens beperkt tot 1 december 2012.

Het accreditatie proces vergt veel tijd en menskracht. Accreditatie is bedacht vanuit het eigen specialisme, met eigen eisen en eigen commissies. Multidisciplinaire activiteiten passen niet goed in dit raamwerk (Van Tilburg, 2010).

Aanbevelingen van de PAN

- De PAN pleit voor één centrale accreditatiecommissie voor de gehele perinatale keten. Via delegatie van bevoegdheden aan de meest betrokken beroepsgroepen kunnen anderen aansluiten.
- PAN bepleit dat de NVK de accreditatie voor kinderartsen voortzet, zodat ook kinderartsen goed vertegenwoordigd zijn tijdens de audit.

Tot slot

Het enthousiasme voor de audit is groot, zo blijkt uit het aantal deelnemers aan de audit én uit de antwoorden op de enquête. Dit toont ieders bereidheid om over de eigen grenzen heen te kijken en samen met anderen in de keten de zorg systematisch te evalueren en te verbeteren.

Audit van alleen à terme sterfte is een stevige basis gebleken voor de introductie van de audit. Auditgroepen bespreken ondertussen zelfs meer dan (alleen) à terme sterfte. Het thema 2013-2014 sluit aan bij deze ontwikkeling. Dit verschuift van à terme perinatale sterfte naar voldragen kinderen die tijdens de geboorte of in de eerste vier weken daarna overlijden óf op een neonatale intensive care unit (NICU) worden opgenomen vanwege asfyxie.

De komende jaren werkt de PAN aan de verdere borging van de audit. De audit moet structureel ingebed worden in de organisatie van de perinatale keten, inclusief de financiering daarvan. Dit zal van iedereen de nodige inspanning vergen. Zo kunnen we samen zorgen dat perinatale audit mogelijk blijft en dat de aanbevelingen uit de audit uitgevoerd (kunnen) worden.

Dit kan alleen samen met andere partners die het mogelijk maken dat zorgverleners audits kunnen (blijven) organiseren en dat zij aan de slag gaan met de aanbevelingen. Waar het uiteindelijk om gaat zijn verbeteringen in de zorg die leiden tot een zo gezond mogelijke moeder en een zo gezond mogelijk kind. Audit biedt daarvoor concrete en breed gedragen aanknopingspunten. Laten we die gebruiken.

Referenties

Bergsjø P, Bakketeig LS, Langhoff Roos J. The development of perinatal audit: 20 years' experience. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82:780-8.

Boesveld-Haitjema IC. Van tweeën één. Verloskundige samenwerkingsverbanden in Nederland. Afstudeerscriptie Master Verloskunde Beleid en Management. Amsterdam: UvA/AMC; 2007.

Buitendijk S, Zeitlin J, Cuttini M, Langhoff Roos J, BottuJ.Indicators of fetal and infant health outcomes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2003; 111:66-77.

Chan A, King JF, Flenady V, Haslam RH, Tudehope DI. Classification of perinatal deaths: development of the Australian and New Zealand classifications. J Paediatr Child Health. 2004; 40:340-7.

CESDI (Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy). 8th Annual Report Focusing on Stillbirths, European Comparisons of Perinatal Care, Paediatric Post Mortem Issues, Survival Rates of Premature Babies: Project 27/28. London: Cesdi; 2001

CVZ. Verloskundig Vademecum. Diemen: CVZ; 2003.
www.perinataleaudit.nl/downloads/bestand/656/verloskundig-vademecum-2003

CVZ. Landelijke Perinatal Audit Studie (LPAS), eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor Zorgverzekeringen. Diemen: CVZ; 2005.
http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rapporten/2005/rpt0511+perinatal+audit+studie.pdf

Diem MTh van, M. Reitsma B, Bergman KA, Bouman K, Ulkeman AHM, Timmer A, Egmond N van, Stant AD, Veen WB, Erwich JJHM. Lokale perinatale audit, de eerste ervaringen van het IMPACT project. Ned Tijdschr Obstetrie Gynaecol. 2008; 121:292-5.

Diem MTh van, Reu PAOM de, Eskes M, Brouwers HAA, Holleboom CAG, Slagter Roukema TM, Merkus JMWM. National perinatal audit, a feasible initiative for the Netherlands!? A validation study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010; 89:1168-73.

Diem M Th van, Bergman KA, Bouman K, Egmond N van, Stant AD, Timmer A, Ulkeman AHM, Veen WB, Erwich JJHM. Perinatale audit Noord Nederland: de eerste 2 jaar. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011; 155:A2892.

Donabedian A. The quality of medical care. Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. Science. 1978; 200:856-64.

Dunn PM, McIlwaine G eds. Perinatal audit. A report produced for the European Association of Perinatal Medicine. New York: Parthenon Publishing Group; 1996.

Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. BMJ. 2005; 331:1113-17.

Gordijn SJ, Korteweg FJ, Erwich JJ, Holm JP, van Diem MT, Bergman KA, Timmer A. A multilayered approach for the analysis of perinatal mortality using different classification systems. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009; 144:99-104.

Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. Milbank Q. 2007; 85:93-138.

Hey EN, Lloyd DJ, Wigglesworth JS. Classifying perinatal death: fetal and neonatal factors. BJOG. 1986; 93:1213-23.

IGZ. Het resultaat telt 2006. Prestatie indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag: IGZ; 2007.
www.igz.nl/actueel/nieuws/hetresultaatteltprestatiesvanziekenhuizenin2006.aspx

Johnston G, Crombie IK, Davies H T, Alder EM Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. Qual Health Care. 2000: 23-6.

Legemaate J. Gebruik patiëntengegevens voor kwaliteitsdoeleinden. Medisch Contact. 2009:1652.
http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/66134/gebruik-patienten-gegevens-voor-kwaliteitsdoeleinden.htm

Leeman LD, Waelput AJM, Eskes M, Achterberg PW. Op weg naar de landelijke invoering van perinatale audit. Bilthoven: RIVM; 2007 (rapportnummer 270032005).
www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270032005.pdf

Korteweg FJ, Gordijn SJ, Timmer A, Erwich JJHM, Bergman KA, Bouman K, Ravise JM, Heringa MP, Holm JP. The Tulip classification of perinatal mortality: introduction and multidisciplinary inter rater agreement. Br J Obstet Gynaecol. 2006; 113:393-401.

Ministerie 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.

Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CWPM, Ravelli ACJ, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, Nijhuis JG. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de PERISTAT II studie. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008; 152:2718-27.

PALGA. Handleiding Protocol Placenta Versie 4. Utrecht: PALGA; 2012.
www.palga.nl

PAN/Stichting Perinatale Audit Nederland. A terme sterfte 2010. Perinatale audit: eerste verkenningen. Utrecht: PAN; 2011.
http://www.perinataleaudit.nl/downloads/bestand/677

PAN/Stichting Perinatale Audit Nederland. A terme sterfte 2011. De voortgang. Utrecht: PAN; 2013.
www.perinataleaudit.nl

Roode RP de, Legemaate J. Juridische aspecten van perinatale audit. Utrecht: KNMG; 2008.
http://knmg.artsennet.nl/artikel/Juridische-aspecten-perinatale-audit.htm

Roode RP de, Legemaate J. Perinatale audit: de belangrijkste juridische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd. 2008; 152:2741-4.

Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. Med Care. 1998; 36:54-66.

Richardus JH, Graafmans WC, Verloove Vanhorick SP, Mackenbach JP; EuroNatal International Audit Panel; EuroNatal Working Group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. BJOG. 2003; 110:97-105.

Stee, van der A. Zorgen voor zorgverleners. Vooronderzoek naar ondersteuning van professionals betrokken bij een kwaliteitsaudit zoals de perinatale audit. Den Haag: Zii-coaching; 2010.

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte; 2009.

Tilburg L van. Accreditatie loopt vast in bureaucratie. Medisch Contact. 2010:144.
http://medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftartikel/72446/accreditatie-loopt-vast-in-bureaucratie.htm

Tweede Kamer. Prenatale screening Verslag algemeen overleg van 19 januari 2006 over perinatale sterfte en neonatale screening. Kamerstuk 2005-2006, 29323, nr. 23. Den Haag: Tweede Kamer; 2006a.

Tweede Kamer. Prenatale screening Motie om te komen tot een plan voor de implementatie van de perinatale audit. Handelingen 2005-2006, nr. 51, pag. 3363-65 (Behandeling verslag AO over babysterfte (29323, nr. 23)). Den Haag: Tweede Kamer; 2006b.

Waelput AJM, Overbeeke H van, Eskes M, Achterberg PW. Landelijke perinatale audit: werk in uitvoering. Eindrapportage en bedrijfsplan van de opstartcommissie voor de landelijke invoering van perinatale audit. Bilthoven: RIVM; 2008 (rapportnr. 270212001).
http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270212001.pdf

Wigglesworth JS. Classification of perinatal deaths. Soz Praventivmed. 1994; 39:11-4.

WKPLL/RIVM. Handleiding Doodsoorzakenclassificatie. Utrecht; 2009.

Ziekenfondsraad, Verloskundig Vademecum. Amstelveen: Ziekenfondsraad; 1999.

ZonMw. Programmatekst zwangerschap en geboorte. Een gezonde moeder, een gezonde zwangerschap, een gezond kind. 2011-2015. Den Haag: ZonMw; 2011.
http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zwangerschap-en-geboorte/

Bijlage A
Afkortingen en websites

Afkorting	Volledige naam	Website
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek	www.cbs.nl
CPZ	College Perinatale Zorg	www.collegepz.nl www.goedgeboren.nl
CVZ	College voor zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad)	www.cvz.nl
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg	www.igz.nl
IMPACT	Implementation of structural feedback by means of perinatal audit to caregivers in cases of perinatal mortality in the northern part of The Netherlands	
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen	www.knov.nl
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging	www.lhv.nl
LPAS	Landelijke Perinatal Audit Studie	
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap	www.nhg.artsennet.nl
NICU	Neonatale intensive care unit	
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde	www.nvk.nl
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie	www.nvog.nl
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Pathologie	www.pathology.nl
PALGA	Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief	www.palga.nl
PAN	Stichting Perinatale Audit Nederland	www.perinataleaudit.nl
PARS	Perinatale Audit Registratie Systeem	https://pars.perinataleaudit.nl/
	• PARS 1: met gegevens over auditbijeenkomsten	
	• PARS 2: met gegevens over auditresultaten	

Afkorting	Volledige naam	Website
PRN	Stichting Perinatale Registratie Nederland	www.perinatreg.nl
ReCoDe	Relevant Condition at Death	
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu	www.rivm.nl
ROS	RegionaleOndersteuningsstructuur	http://www.lvg.org/?page_id=150
SSF	Substandaard factor	
VIL	VerloskundigeIndicatielijst	http://www.perinataleaudit.nl/downloads/bestand/656/verloskundig-vademecum-2003
VSV	Verloskundig samenwerkingsverband	
VVAH	Vereniging van Verloskundig Actieve Huisartsen	http://vvah.artsennet.nl
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws
WKPLL	Werkgroep Kinderpathologie van de Lage Landen	
WHO	World Health Organization	http://www.who.org

Bijlage B
Verklarende woordenlijst

Begrip	Beschrijving
A terme sterfte	In dit rapport beschouwen we alle kinderen geboren na een zwangerschapsduur van 37 weken of meer als à terme geboren.
Chronologisch verslag	Systematische presentatie van de gegevens en gebeurtenissen tijdens het gehele zorgproces.
Doodgeboortecijfer	Aantal doodgeborenen per 1.000 levend- en doodgeborenen. Een doodgeborene is een vrucht die na de geboorte geen enkel teken van levensverrichting (ademhaling, hartactie, spiercontractie) heeft vertoond. Er wordt onderscheid gemaakt in een doodgeborene na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer (WHO, PRN) 24 weken of meer (WHO, PRN, CBS) en 28 weken of meer (WHO, PRN, CBS).
Perinatale audit	Perinatale audit is een op gestructureerde wijze uitgevoerde kritische analyse van de kwaliteit van de perinatale zorgverlening inclusief de gebruikte procedures voor diagnose en behandeling, het gebruik van voorzieningen en de resulterende uitkomst en kwaliteit van leven van vrouwen en hun kinderen (Dunn & McIlwaine, 1996): • interne audit: audit door een panel van direct betrokkenen. • externe audit: audit door een panel dat niet direct betrokken was bij de verleende zorg.
Perinatale sterfte	Er zijn verschillende definities in gebruik, met verschillen in gehanteerde onder- en bovengrens: • CBS: aantal doodgeborenen na een zwangerschapsduur van meer dan 24 of 28 weken en het aantal overledenen in de eerste levensweek. • PRN: sterfte voor de geboorte en het aantal overleden in de eerste vier weken na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken of bij een onbekende zwangerschapsduur vanaf 500 gram geboortegewicht. • Peristat, LPAS: sterfte voor de geboorte of tot en met 28 dagen na de geboorte, na een zwangerschapsduur van ten minste 22 weken en/of bij een onbekende zwangerschapsduur vanaf 500 gram geboortegewicht en/of met 25 cm kruin hiellengte. Deze sterftemaat wordt uitgedrukt per 1.000 levend en doodgeborenen. Bij de perinatale audit wordt de definitie van Peristat en LPAS gebruikt. Dat is tevens de WHO definitie.
Perinatologisch centrum	Een derdelijnsvoorziening met neonatologische IC en verloskundige HC waar de zorg is toegerust voor specifieke en ernstige pathologie tijdens de zwangerschap, bevalling en na de zwangerschap en waar zonodig intensieve zorg op een NICU geboden kan worden voor de pasgeborene. Het centrum heeft een vergunning onder de Wet op de bijzondere medische voorzieningen (IGZ, 2007).

Begrip	Beschrijving
Substandaard factoren (SSF)	Met substandaard factor wordt een omstandigheid in het zorgproces bedoeld, waarbij de zorg in ongunstige zin afwijkt van de standaarden, richtlijnen, protocollen of gangbare zorg en die de potentie heeft de uitkomst negatief te beïnvloeden. Het gaat om zorg die niet voldoet aan de geaccepteerde standaarden, zoals vastgelegd in (inter) nationale richtlijnen, regionale en lokale protocollen en daarmee in ongunstige zin afwijkt van de zorg die onder normale omstandigheden kan worden geboden. Om substandaard zorg te kunnen benoemen is het noodzakelijk dat de gebruikelijke zorg is omschreven.

Bijlage C
Handleidingen en formulieren

Voorbereiding lokale audit

Onderstaande documenten hebben te maken met de voorbereiding van lokale audits.
- Handleiding lokale audit (mei 2010), met informatie en tips voor de organisatie, voorbereiding en uitvoering van de lokale auditbijeenkomsten
- 6 WAT-vragen
- Auditplanner
- De 6 WAT vragen in PARS formulier-checklist
- SSF checklist voor CV-makers

Handleidingen

Voor de perinatale audit zijn verschillende webbased applicaties ontwikkeld. Voor wie deze zijn ontwikkeld en hoe u deze kunt gebruiken kunt u vinden in:
- Handleiding PRN-Audit (november 2012)
- Handleiding PARS (juli 2012)
- Handleiding PARS regioteams (juni 2010)
- Handleiding chronologisch verslag (november 2012)
- Handleiding doodsoorzakenclassificatie (augustus 2010)
- Schema invoerschermen chronologisch verslag (november 2012)

Aanvraagformulieren

- Aanvraagformulier obductie
- Aanvraagformulier placenta onderzoek eenling
- Aanvraagformulier placenta onderzoek meerling

Voorbeeldbrieven

- Voorbeeldbrief informatie over audit aan zorgverleners
- Voorbeeldbrief uitnodiging eerste lokale audit
- Voorbeeldbrief over audit aan Raad van Bestuur
- Voorbeeldbrief voor aanvragen van autorisatie voor de opsteller van het chronologisch verslag
- Voorbeeldbrief voor verzoek aan VSV voor toestemming tot inzage PARS gegevens door het regioteam

Evaluatieformulieren

- Evaluatieformulier perinatale auditbijeenkomst (mei 2011)
- Verwerken evaluatieformulieren auditbijeenkomsten (oktober 2012)
- Implementatieformulier audit aanbevelingen

Handreikingen

- Handreiking bespreking grote aantallen
- Handreiking bespreking sterfte in de derde lijn

Bijlage D
Aanvullende vragen PARS landelijke audit 2011

Het thema voor de audit van 2011 is opnieuw sterfte bij à terme geboren kinderen. Op basis van de ervaringen van het eerste jaar zijn aanvullende vragen ontwikkeld, rond vier thema's:
1. 24/7-uur beschikbaarheid.
2. Transportproblemen.
3. Interventie.
4. Groeivertraging.

Deze vragen zijn ingebouwd in PARS.
Voor ieder thema verschijnt één vraag. Bij een ja antwoord op die eerste vraag verschijnen de detailvragen.

1 24/7-uur beschikbaarheid

Speelde in deze casus de beschikbaarheid van acute zorg (binnen 15 minuten start onderzoek/ behandeling, op een of meerdere momenten) een rol?*

Nee		
Ja	**wanneer speelde dit?**	tijdens werkweek in het weekend/feestdag niet bekend
	welk tijdstip?	tijdstip 00.00-07.59 tijdstip 08.00-17.59 tijdstip 18.00-23.59 niet exact bekend
	waar was de zwangere op het moment dat dit speelde?	in het ziekenhuis thuis elders

* meerdere antwoorden mogelijk

2 Transportproblemen

Is het bekend of er in deze casus een transportprobleem was?*

Nee		
Ja	**waar speelde dit?**	intern transportprobleem (binnen ziekenhuis of afdeling) extern transportprobleem (buiten ziekenhuis of tussen ziekenhuizen) onbekend
	hoeveel bedroeg de transporttijd?	<20 minuten 21-45 minuten > 45 minuten niet exact bekend
	waar was de zwangere op het moment dat dit speelde?	in het ziekenhuis thuis elders

* meerdere antwoorden mogelijk

3 Interventie

Speelde in deze casus een 'te afwachtend beleid' een rol?

Nee		
Ja	**in welk echelon? ***	1e lijn 2e lijn 3e lijn onbekend
	wanneer in het zorgproces?*	tijdens de zwangerschap tijdens de ontsluitingsperiode tijdens de uitdrijving tijdens de neonatale periode onbekend

* meerdere antwoorden mogelijk

4 Groeivertraging

Betrof deze casus de geboorte van een kind met een geboortegewicht < p10?

Nee of onbekend		
Ja	**welke percentiel?**	<2,3 2,3-5 5-10
	was er tijdens de zwangerschap twijfel aan de foetale groei?	ja nee onbekend
	is er echoscopisch onderzoek tijdens tweede/derde trimester verricht?	ja nee onbekend