

Kwaliteitsindicatoren voor de verloskunde: vóór ons, dóór ons!

M. KOOISTRA¹, A. FRANX², N. SCHUITEMAKER³, H. WOLF⁴, W. GRAAFMANS¹,
namens de werkgroep Kwaliteitsindicatoren voor de tweede- en derdelijns verloskunde.

¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu, Centrum voor Preventie- en Zorgonderzoek, Bilthoven.

² Afdeling obstetrie & Gynaecologie, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg.

³ Afdeling obstetrie & Gynaecologie, Diakonessenhuis, Utrecht.

⁴ Afdeling obstetrie & Gynaecologie, AMC, Amsterdam.

Trefwoorden: kwaliteit van zorg, tweede- en derdelijns verloskunde, structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Introductie

Kwaliteit van zorg en kwaliteitsindicatoren zijn tegenwoordig een veelbesproken onderwerp. Kwaliteitsindicatoren zijn de “Check” in de kwaliteitscyclus: “Plan-Do-Check-Act”. Onder een kwaliteitsindicator verstaan we een eenvoudig meetbaar en beschikbaar element van zorg, dat de zorgprofessional duidelijke aanknopingspunten geeft voor verbetering van die zorg.¹ De positie van de NVOG is dat goede kwaliteitsindicatoren uitsluitend kunnen worden ontwikkeld *door* of in nauwe samenwerking *met* de zorgprofessionals zelf. Ook het beheer en de rapportage van kwaliteitsindicatoren zouden bij de beroepsgroep zelf moeten liggen. De NVOG heeft kwaliteitsbeleid al decennia lang hoog in het vaandel. Dat blijkt onder meer uit een grote hoeveelheid richtlijnen, modelprotocollen en kwaliteitsnormen, waarin de beroepsgroep aangeeft wat zij onder goede zorg verstaat. Kwaliteitsindicatoren moeten nu inzicht gaan geven of de hooggespannen verwachtingen ook waargemaakt worden. Sedert jaren worden indicatoren met betrekking tot de *uitkomst* van de zorg al geregistreerd in de LVR-2. Deze indicatoren geven wel enig inzicht in trends en verschillen tussen ziekenhuizen, maar bieden onvoldoende aanknopingspunten voor interne verbetering van het zorgproces. Op 30 maart 2005 ondertekenden de NVOG, de Orde voor Medisch Specialisten (OMS) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een convenant, hetgeen het officiële startschot was voor een onderzoek naar nieuwe kwaliteitsindicatoren voor de obstetrie. Het gaat om de ontwikkeling van *interne indicatoren*, voor *eigen* gebruik en in *eigen* beheer.

Materiaal & methoden

Ontwikkeling van indicatoren

Voor de ontwikkeling van de indicatoren werd een werkgroep in het leven geroepen bestaande uit drie NVOG leden, twee epidemiologen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en een informatiedeskundige betrokken bij de Landelijke Verloskundige Registratie (LVR). Een aantal bijeenkomsten van de werkgroep werd ook bijgewoond door een inspecteur van de IGZ. De drie NVOG leden vertegenwoordigen de Koepel Kwaliteit, en zowel perifere en academische gynaecologen.

Bij het ontwikkelen van de kwaliteitsindicatoren zijn de *evidence based* richtlijnen en kwaliteitsnormen van de NVOG als uitgangspunt genomen. Er is rekening gehouden met de mate waarin de indicatoren eenvoudig meetbaar en snel beschikbaar zijn en in hoeverre zij een bijdrage kunnen leveren aan verbeteringen in de zorg. Na drie beoordelingsrondes door experts is een set van 35 kwaliteitsindicatoren tot stand gekomen, waarvan 19 structuur-, en 13 proces- en 3 uitkomstindicatoren (zie tabel 1).

Tabel 1: geselecteerde kwaliteitsindicatoren

Nr	Indicator
Domein zwangerschap	
1	Percentage patiënten/vrouwen met eclampsie op totaal aantal patiënten/vrouwen met pre-eclampsie (PE)
2	Percentage patiënten welke behandeld is met magnesiumsulfaat op het totaal aantal patiënten met ernstige PE
3	Percentage patiënten welke behandeld is met antihypertensiva op het totaal aantal patiënten met ernstige PE en/of bij een systolische bloeddruk ≥ 170 mmHg
Domein baring	
Subdomein begin van de baring	
4	Percentage inleidingen op het totaal aantal bevallingen in de indexgroep
Subdomein pijnstilling	
5A	Percentage patiënten met periduraal analgesie al tijdens ontsluiting op het totaal aantal bevallingen
5B	Percentage patiënten met periduraal analgesie (PDA) die 's nachts (20-8 uur) is bevallen op het totaal aantal patiënten met PDA al tijdens de ontsluiting
6	Percentage patiënten dat enige vorm van pijnstilling (anders dan PDA) heeft gehad op het totaal aantal bevallingen.
Subdomein einde baring	
7	Percentage vaginale kunstverlossingen in de indexgroep
8	Percentage niet-geplande keizersnedes op indicatie van een niet-vorderende uitdrijving in de indexgroep na een proef vacuümextractie of FE op het totaal aantal niet-geplande keizersnedes op deze indicatie
9	Percentage geplande keizersnedes op het totaal aantal bevallingen in de indexgroep
10A	Percentage niet-geplande keizersnedes op het totaal aantal bevallingen in de indexgroep bij bevallingen geheel onder verantwoordelijkheid van de 2 ^e lijn
10B	Percentage niet-geplande keizersnedes op het totaal aantal bevallingen in de indexgroep bij bevallingen na overdracht uit de 1 ^e lijn
11	Percentage niet-geplande keizersnedes op indicatie foetale nood, welke is vastgesteld op grond van CTG-registratie alleen, in de indexgroep
Subdomein na de geboorte	
12	Het percentage bevallen vrouwen dat een bloedtransfusie in de 1 ^e week postpartum heeft gehad
Subdomein kind	
13	Percentage patiënten dat bevallen is met een zwangerschapsduur ≤ 24 wkn, 24-25 ⁺⁶ wkn, 26-29 ⁺⁶ wkn, 30-31 ⁺⁶ wkn in de 2 ^e lijn op het totaal aantal bevallingen (in de 2 ^e en 3 ^e lijn samen) in de genoemde zwangerschapsperiode
14	Percentage gemelli waarvan de chorioniciteit is vastgesteld vóór 16 complete zwangerschapsweken
15A	Het percentage levendgeboren kinderen met een Apgar score <5 na 5 minuten, gespecificeerd voor 26-31 ⁺⁶ weken, 32-36 ⁺⁶ en ≥ 37 weken
15B	Het aantal perinatale sterftes gespecificeerd voor 26-31 ⁺⁶ weken, 32-36 ⁺⁶ en ≥ 37 weken
16A	Percentage kinderen dat antepartum corticosteroïden kreeg en tussen 25-33 ⁺⁶ weken geboren werd op het totaal aantal kinderen geboren bij een zwangerschapsduur tussen de 25-33 ⁺⁶ weken, na exclusie van ernstige aangeboren afwijkingen
16B	Percentage kinderen dat antepartum corticosteroïden kreeg en bij een zwangerschapsduur ≥ 34 weken geboren werd op het totaal aantal kinderen geboren bij een zwangerschapsduur ≥ 34 weken, na exclusie van ernstige aangeboren afwijkingen
Domein organisatie	
17	De aanwezigheid van een lokaal protocol voor de behandeling van shock
18	De aanwezigheid van een lokaal protocol voor eclampsie en HELLP patiënten, waarin de behandelwijze voor de patiënten en de afspraken tussen de 2 ^e en 3 ^e lijn zijn vastgelegd
19	Aanwezigheid van een protocol voor inleiding van de baring
20	De aanwezigheid van een lokaal protocol voor periduraal analgesie (PDA)
21	De aanwezigheid van een lokaal protocol foetale bewaking
22	Aanwijzen van een gynaecoloog die verantwoordelijk is voor het actualiseren/ontwikkelen van protocollen
23	Lokale afspraken over beschikbaarheid van OK faciliteiten binnen 30 minuten
24	Het structureel houden van complicatiebesprekingen
25	Het structureel bespreken van de indicatie voor inleiding van de baring
26	Het structureel bespreken van de indicatie van geplande keizersnedes
27	Percentage gynaecologen dat de afgelopen 5 jaar een scholing in het behandelen van obstetrische calamiteiten heeft gevolgd (b.v. de MOET-provider-cursus)
28	Het houden van brandoefeningen voor obstetrische complicaties (zoals b.v. shock en eclampsie)
29	Consistente invulling van de LVR
30	Het melden van gevallen van moedersterfte bij de Commissie Moedersterfte NVOG
31	De aanwezigheid van een structureel programma ter bevordering van borstvoeding
32	Het structureel houden van PICO-besprekingen
33	Het structureel houden van regionaal overleg (verwijsafspraken, transmurale protocol) met de 1e lijn
34	Het structureel houden van besprekingen van MIP-meldingen/klachten
35	De beschikbaarheid van MBO of STAN

Wit=aanwezig in de LVR, lichtgrijs=moet opgenomen worden in de toekomstige registratie en donkergrijs=jaarlijkse enquête

De indicatoren zijn zo veel mogelijk gebaseerd op de richtlijnen van de NVOG, die de norm stellen voor het *proces* van de zorg. De gekozen proces- en structuurindicatoren vullen de LVR-2 en VOKS-2 aan.

De pilotstudie

Tijdens een pilotstudie in dertien ziekenhuizen – twee academische ziekenhuizen, vijf perifere opleidingsziekenhuizen en zes perifere niet-opleidingsziekenhuizen – is gedurende zes maanden de haalbaarheid van de registratie van de geselecteerde indicatoren onderzocht.

Bij de registratie van de indicatoren is aansluiting gezocht bij de bestaande registratie van de gynaecologen: de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR) (zie tabel 1). Daarnaast is een aantal indicatoren verzameld die (nog) niet in de LVR zijn opgenomen, middels een enquête en een web-based applicatie.

Daarnaast is gekeken of er sprake was van variatie tussen ziekenhuizen voor de proces- en uitkomstindicatoren voor alle patiënten (totaalgroep) en voor de groep van nulliparae met een a terme eenlingzwangerschap en het kind in hoofdligging (indexgroep). De indexgroep is bedoeld om vergelijking mogelijk te maken tussen ziekenhuizen onderling. Ook in het buitenland wordt in het kader van kwaliteitsmetingen in het bijzonder naar deze groep gekeken, bijvoorbeeld door berekening van de zogenaamde nulliparous term singleton vertex (NTSV) caesarean birth rate.³ De vergelijking van uitkomsten binnen de indexgroep is waarschijnlijk alleen valide voor perifere opleidings- en niet-opleidingsziekenhuizen, aangezien de populatie van de academische ziekenhuizen weinig homogeen is vanwege comorbiditeit (zoals diabetes mellitus of hartaandoeningen).

Resultaten

De indicatoren bleken goed te registreren en de belasting van de registratie werd als zeer acceptabel ervaren in alle deelnemende ziekenhuizen. Ook vonden de deelnemers de set een zinvol instrument om de kwaliteit van zorg te meten.

Er werden aanzienlijke verschillen gevonden tussen de deelnemende ziekenhuizen, vooral voor de indexgroep. In vergelijking met de totaalgroep werden er in de indexgroep aanzienlijk meer interventies gedaan, maar minder geplande sectio's.

Waarschijnlijk zijn vele factoren van invloed op de uitkomsten. Te denken valt aan de grootte en organisatie van de verloskunde afdeling, verwijsbeleid van de 1^e naar de 2^e lijn, kindsgewicht, sociaal-economische status, leeftijd van de moeder en etniciteit. Momenteel wordt de relatie tussen de uitkomsten en dergelijke factoren nader onderzocht.

Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat de ontwikkelde indicatoren goed registreerbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Verder is gebleken dat het algemeen oordeel van de deelnemers over de set van de indicatoren overwegend positief was. De werkgroep onderzoekt momenteel de interpretatie van de resultaten van de indicatoren, en of verschillen tussen praktijken blijven bestaan na correctie voor populatieverschillen (casemixfactoren).

Op 9 november 2007 is de set kwaliteitsindicatoren geaccordeerd door de algemene ledenvergadering van de NVOG en zal worden geïmplementeerd in alle ziekenhuizen. De werkgroep verwacht dat de ontwikkelde indicatoren goed bruikbaar zullen zijn voor directe verbetering van de zorg, vergelijking op basis van landelijk geaggregeerde en geanonimiseerde spiegelinformatie, kwaliteitsbeleid binnen praktijken, bij kwaliteitsvisitaties en richtlijnontwikkeling (zie <http://www.nvog.nl>). Na brede implementatie zal de Koepel Kwaliteit van de NVOG echter moeten gaan onderzoeken of deze verwachtingen worden bewaarheid.

Het hele artikel is te lezen in het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, vol. 120, november 2007.

Literatuur

1. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Ontwikkeling van indicatoren op basis van evidence-based richtlijnen. Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications B.V., 2002.
2. Schuitemaker N, Franx A, Wolf H en van Lith J. Nieuw! Obstetrische indicatoren! Ned Tijdschr Obstet gynaecol 2007;120:35-6.
3. Bailit JL. Measuring the quality of inpatient obstetrical care. Obstet Gynecol Surv 2007;62:207-13.