

Masterthese

Communicatie en perinatale asfyxie a-terme: een kwalitatief onderzoek

Naam: Karin Rietveld

Studentnummer:0965909

Master Physician Assistant, klinische verloskunde

Onderwijsinstelling: Hogeschool Rotterdam

Cursuscode: MPK

Docentbegeleider dr. A.N. Rosman

Onafhankelijk beoordelaar dr. K. van der Kooy

Ziekenhuis: Ommelander Ziekenhuis Groningen

Leermeester: dr. Marhin Schipper

Aantal woorden: 4920

Voorwoord

Deze masterthese is geschreven als afsluiting van de opleiding Master Physician Assistent Klinisch Verloskundige. Een opleiding waardoor ik een grote professionele ontwikkeling heb doorgemaakt en gegroeid ben van verloskundige naar een Physician assistent klinisch verloskundige. Het was leerzaam om te werken met gegevens verkregen uit de perinatale audits en in mijn geval specifiek de casuïstiek rond perinatale asfyxie a-terme (2017-2019).

De opleiding heb ik ervaren als interessant, leerzaam, boeiend maar ook intensief, soms stressvol en uitdagend. Ook op privégebied was het een woelige tijd, eigenlijk gedurende de hele opleiding. Ik ben dan ook trots op mijzelf dat ik de masterthese en daarmee ook de master zelf tot een nu tot een afronding breng.

Graag wil ik een dankwoord richten aan alle mensen die mij hebben geholpen en bijgestaan hebben tijdens deze periode, zowel gericht op de thesis als privé.

Als eerste ben ik dankbaar voor de begeleiding van Ageeth Rosman, jij hebt mij ondersteund met advies, uitleg, praktische hulp en aangemoedigd tijdens het schrijfproces van deze masterthese. Ik heb echt gevoeld dat je voor mij klaarstond, bedankt!

Ik wil mijn leermeester Marhin Schipper bedanken voor haar altijd positieve houding, flexibiliteit en het denken in oplossingen. Het heeft mij bij tijden enorm geholpen door te kunnen.

Mijn coach Floor Meurs wil ik bedanken voor het meedenken, positieve insteek tijdens gesprekken en haar begrip voor het frequente wijzigen van mijn studieloopbaan plannen.

En als laatste, maar zeker niet minder belangrijk wil ik mijn vader, broers, aangegroeide zussen en vrienden bedanken! Jullie hebben mij onvoorwaardelijk gesteund, een luisterend oor geboden, liefdevol aangemoedigd, maar ook geholpen met het nemen van rust of pauze als de situatie daar om vroeg. Zonder jullie was dit niet gelukt!

Karin Rietveld

1 februari 2023, Jipsinghuizen

Samenvatting

Achtergrond

Perinatale asfyxie is wereldwijd een veelvoorkomend probleem en kent een grote impact. Het draagt significant bij aan zowel neonatale morbiditeit als mortaliteit. Ondanks belangrijke vooruitgang in perinatale zorg in de afgelopen decennia blijft asfyxie een ernstige aandoening welke leidt tot significante problematiek. De incidentie van perinatale asfyxie is in ontwikkelde landen twee per 1000 geboortes. Van deze neonaten overlijdt 15-20% in de eerste 28 dagen na de geboorte, daarnaast heeft 25% van de overlevenden permanente neurologische schade

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in verbeterpunten voortkomend uit perinatale audits tussen 2017-2019 op het thema communicatie in relatie tot perinatale asfyxie.

Onderzoeksvraag

Wat is er bekend over communicatie bij perinatale asfyxie uit de perinatale audit (2017- 2019) onder a-term geboren neonaten in Nederland.

Methode

Er werd een kwalitatieve cohort studie verricht van retrospectief verkregen data vanuit de perinatale audit met betrekking tot perinatale asfyxie in de periode van 01-01-2017 tot en met 31-12-2019. In een perinatale audit wordt door alle betrokken zorgverleners in een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) casuïstiek vanuit het VSV op kritische en systematische wijze besproken. Dit om de verleende zorg te evalueren en verbeterpunten vast te stellen. De verbeterpunten uit deze audits, specifiek ten aanzien van perinatale asfyxie en communicatie, werden op gestructureerde wijze geanalyseerd.

Resultaten

De grootste groep verbeterpunten rondom communicatieproblemen vinden plaats bij de overdracht van patiëntenzorg. Uit de analyse bleek dat hierbij informatie verloren kan gaan of informatie en afspraken niet duidelijk werden overgebracht of begrepen door de verschillende zorgverleners. Binnen de communicatie tussen verschillende disciplines waren verder aandachtspunten: aanspreekcultuur, onduidelijkheid over urgentie, het doen van aannames en onduidelijkheid over welke zorgverlener verantwoordelijk is. Als laatste is communicatie met de patiënt een groot aandachtspunt, hierbij zou de focus vooral moeten liggen op duidelijkheid over welke zorgverlener verantwoordelijk is en hoe deze te benaderen, taalbarrières, en het overbrengen van urgentie van een situatie naar de patiënt toe.

Conclusie

In de perinatale auditsessies van 2017 tot en met 2019 over perinatale asfyxie werd er bij 43 vrouwen een of meerdere problemen in de communicatie gevonden die leidde tot perinatale asfyxie. De verbeteracties die het meest waarschijnlijk verband hielden met perinatale asfyxie waren communicatieproblemen tussen verschillende disciplines tijdens de overdracht van zorg, aanspreekcultuur en speak-up tussen de zorgverleners en communicatie met de patiënt. Deze gebieden zouden in de obstetrische zorg aandacht moeten krijgen om communicatieproblemen te voorkomen.

Trefwoorden: perinatale audit-perinatale asfyxie- a-term-communicatie

Abstract

Introduction

Perinatal asphyxia is a common problem worldwide and has a major impact. It contributes significantly to both neonatal morbidity and mortality. Despite major advances in perinatal care in recent decades, asphyxia remains a serious condition, leading to significant problems. The incidence of perinatal asphyxia is two per 1000 births in developed countries. Of these neonates, 15-20% die in the first 28 days after birth, in addition, 25% of the survivors have permanent neurological damage

Objective

Gain insight into improvement factors arising from perinatal audits between 2017-2019 on the topic of communication in relation to perinatal asphyxia.

Research question

What is known about communication in perinatal asphyxia from the perinatal audit (2017-2019) among term neonates in the Netherlands.

Method

A qualitative cohort study was performed of retrospectively obtained data from the perinatal audit regarding perinatal asphyxia in the period from 01-01-2017 to 31-12-2019. In a perinatal audit, case histories from healthcare providers involved in an obstetric partnership in the Netherlands (VSV) are critically and systematically discussed by all healthcare providers involved in an VSV. The goals are to evaluate the care provided and identify areas for improvement. The points for improvement from these audits, specifically with regard to perinatal asphyxia and communication, were analyzed in a structured manner.

Results

The largest group of improvement points regarding communication problems take place during patient care transfer. The analysis showed that information can be lost or that information and agreements were not clearly communicated or understood by the various healthcare providers. Within the communication between the various disciplines, there were further improvement points: speak-up culture, lack of clarity about urgency, making assumptions and uncertainty about which care provider is responsible. Finally, communication with the patient is a major point of attention, the focus should mainly be on clarity about which healthcare provider is responsible and how to approach them, language barriers, and conveying the urgency of a situation to the patient.

Conclusion

In the perinatal audit sessions that were held from 2017 to 2019 regarding perinatal asphyxia, communication problems were identified. In 43 cases this led to perinatal asphyxia. The improvement factors that were most likely related to perinatal asphyxia were communication problems between different disciplines during the transfer of care, speaking up among healthcare providers, and communication with the patient. The focus of attention in obstetric care should be in these areas to prevent communication problems.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Achtergrond	3
Doelstelling	3
Onderzoeksvraag	3
Methode	3
Resultaten	3
Conclusie	3
Abstract	4
Introduction	4
Objective	4
Research question.....	4
Method	4
Results.....	4
Conclusion.....	4
Inleiding	7
Doel onderzoek.....	7
Doelstelling	7
Onderzoeksvraag	8
Methode	9
Setting	9
Inclusie criteria.....	9
Dataverzameling	9
Data-analyse	10
Ethische aspecten	10
Resultaten	12
Karakteristieken	12
Verdeling categorieën Perined	15
Communicatie tussen verschillende disciplines van verschillende instellingen (1e, 2e & 3e lijn)	16
<u>SBARR overdracht</u>	16
<u>Onduidelijkheid verantwoordelijke zorgverlener</u>	16
<u>Aanspreekcultuur en speak-up</u>	16
Communicatie tussen verschillende disciplines binnen dezelfde instelling	17
<u>SBARR overdracht</u>	17
<u>Aanspreekcultuur en speak-up</u>	17

<u>Urgentie</u>	17
<u>Aannames</u>	18
Communicatie met de patiënt	18
<u>Taalbarrière</u>	18
<u>Wie en hoe te benaderen</u>	18
<u>Urgentie</u>	18
Discussie	20
Aanbevelingen	21
Conclusie	22
Bijlage	24

Inleiding

Perinatale asfyxie is wereldwijd een veelvoorkomend probleem en kent een grote impact. Het draagt significant bij aan zowel neonatale morbiditeit als mortaliteit. Ondanks belangrijke vooruitgang in perinatale zorg in de afgelopen decennia blijft asfyxie een ernstige aandoening welke leidt tot significante problematiek. De incidentie van perinatale asfyxie is in ontwikkelde landen twee per 1000 geboortes. Van deze neonaten overlijdt 15-20% in de eerste 28 dagen na de geboorte, daarnaast heeft 25% van de overlevende permanente neurologische schade (Gilliam-Krakauer, 2020).

De diagnose perinatale asfyxie wordt gesteld op basis van klinische kenmerken bij de neonaat. Het ziektebeeld ontstaat doordat de neonaat voor, tijdens of kort na de geboorte blootgesteld is aan zuurstoftekort. Een verminderde zuurstofopname kan leiden tot chemische veranderingen in het lichaam van de neonaat, wat kan leiden tot orgaanschade en daarbij passende (ernstige) neonatale morbiditeit en mortaliteit. Internationaal wordt perinatale asfyxie gedefinieerd als een Apgar Score (AS) ≤ 5 , gemeten op 5 minuten na de geboorte, met een afwijkende bloedgaswaarde (pH $< 7,0$ en/of base tekort (base deficit, BE ≥ 16 mmol/l)), in combinatie met neonatale convulsies of hypotonie (American Academy of Pediatrics, 2014). Volgens de indicator Adverse Outcome Index (AOI)-5 van Perined wordt een AS na '5 < 7 en neonatale intensive care unit (NICU) opname ≥ 37 weken aangehouden als maat voor perinatale asfyxie. Landelijk wordt de definitie van de ACOG AAP aangehouden.

Analyse van de Landelijke Neonatale Registratie (LNR) ten aanzien van perinatale asfyxie tussen 2004-2006 heeft aangetoond dat in de LNR 185 tot 200 neonaten per jaar zijn geboren met perinatale asfyxie. 9-10% (n=18-19) van de neonaten kwam te overlijden, 20-24% (n=39-45) neonaten werden postpartum opgenomen op een Neonatale Intensive Care Unit (NICU). De overige neonaten werden in een algemeen ziekenhuis behandeld. De laatste jaren komen van de verschillende NICU's in Nederland geluiden dat perinatale asfyxie toe lijkt te nemen. Deze subjectieve waarneming is tot heden nog niet onderzocht. Nationaal wordt op dit moment onderzoek gedaan naar perinatale asfyxie in Nederland (Tacke & Been, 2020).

Perinatale audit

De perinatale audit is een bijeenkomst van alle betrokken zorgverleners in een Verloskundig Samenwerkings Verband (VSV). Tijdens een perinatale audit analyseren deze zorgverleners met elkaar op een kritische, gestructureerde manier de daadwerkelijk verleende zorg. Hierbij wordt gekeken of de zorg voldoet aan de professionele eisen die gesteld worden aan gangbare zorg, landelijke richtlijnen of lokale protocollen. In een audit worden deze verbeterpunten inclusief verbeteracties vastgesteld om zo de kwaliteit van de Nederlandse zorg te verbeteren. De uitkomsten van de audit worden aangeleverd aan Perined. Bij Perined werken de beroepsorganisaties die zich bezighouden met de Nederlandse geboortezorg samen om de kwaliteit van de perinatale zorgverlening te verbeteren door middel van landelijke perinatale registratie(analyse) en regionale audits van mortaliteit of morbiditeit voor, tijdens of na de geboorte van het kind (Perined, 2016).

Doel onderzoek

Gezien de impact van perinatale asfyxie en de kans op (ernstige) pathologie is het zinvol te onderzoeken welke verbeterpunten naar voren komen uit perinatale audits op het thema perinatale asfyxie.

Doelstelling

Inzicht verkrijgen in verbeterpunten voortkomend uit perinatale audits tussen 2017-2019 op het thema perinatale asfyxie.

Onderzoeksvraag

Wat is er bekend over communicatie bij perinatale asfyxie uit de perinatale audit (2017- 2019) onder a-term geboren neonaten in Nederland.

Methode

Onderzoeksdesign

Er werd een kwalitatieve cohort studie verricht van retrospectief verkregen data vanuit de perinatale audit met betrekking tot perinatale asfyxie in de periode van 01-01-2017 tot en met 31-12-2019. Een audit is een instrument om de kwaliteit van de perinatale zorg te evalueren en daarmee de uitkomsten in de toekomst te verbeteren. Hierbij kijken zorgverleners volgens een gestructureerde aanpak gezamenlijk kritisch naar het eigen handelen. Hiermee kunnen zij tekortkomingen vaststellen en aanbeveling maken voor de praktijk (Waelput et al., 2012)

Er werd voor een retrospectief design gekozen om inzicht te krijgen in risicofactoren voor perinatale asfyxie in de onderzochte periode en om richting te kunnen geven aan toekomstige onderzoeken en interventies op dit gebied. Om structuur te geven aan het onderzoek werd gebruik gemaakt van de ACTion-methodiek. Deze manier van analyseren zorgt ervoor dat zowel onderzoekers als zorgverleners op een gestructureerde manier naar de geleverde zorg kunnen kijken (ACTiontoolkit, 2017).

Setting

Perined is de organisatie in Nederland waar verloskundige registratie van nagenoeg alle zwangerschappen en bevallingen worden geregistreerd. Het doel van Perined is onder andere het ondersteunen van kwaliteitsverbeteringen in de verloskundige zorg. Perined faciliteert de perinatale audit. In een perinatale audit wordt door alle betrokken zorgverleners in een verloskundig samenwerkingsverband (VSV) casuïstiek vanuit het VSV op kritische en systematische wijze besproken. Dit om de verleende zorg te evalueren en verbeterpunten vast te stellen (Perined, 2016). Perined beheert daartoe de perinatale audit-database (PAA) waarin casuïstiek, verbeterpunten en verbeteracties worden geregistreerd. Deze gegevens worden samengevoegd tot een landelijke database ten behoeve van het verbeteren van perinatale zorg (Perined, 2020). Het onderzoek vindt plaats binnen het lectoraat Audit en Registratie, in het bijzonder in de perinatale zorg, verbonden aan zowel Perined als Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam.

De hieruit voortgekomen verbeterpunten staan genoteerd in een Perinatale Audit-database (PAA) welke beheerd wordt door Perined. Deze database wordt gevuld door regionale auditteams in Nederland die na afloop van een perinatale audit de uitkomsten van de audit in de database noteren (verbeterpunten).

Inclusie criteria

Alle eenling zwangerschappen waarbij neonaten geboren werden met asfyxie geboren na 37+0 weken zwangerschap werden geïncludeerd als, de neonat binnen 28 dagen na de geboorte stierf of langer dan 24 uur na de geboorte op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) moest blijven en perinatale asfyxie in de ontslagbrief werd genoemd. Perinatale asfyxie werd gedefinieerd als een Apgar-score van <5 na 5 minuten, reanimatie van de pasgeborene met hartmassage, mechanische beademing van >10 minuten of een PH <7, basedeficientie van >-16mmol/L of lactaat van >10 mmol/L in de foetale navelstrengslagader. Vrouwen met meerlingzwangerschappen of foetussen met aangeboren afwijkingen werden uitgesloten.

Dataverzameling

Voorafgaand aan een perinatale audit maken de regionale auditteams in dezelfde database een chronologisch verslag van de casus die besproken wordt. De onderzoeker kon na goedkeuring van een gevraagd aanvrage en het onderzoeksvoorstel beschikken over geanonimiseerde chronologische verslagen (een geanonimiseerd patiëntendossier) en de daarbij vastgestelde verbeterpunten.

Voor bewerking door onderzoekers zijn alle verbeterpunten door Perined in voorop vastgestelde categorieën ingedeeld, te weten, 1) organisatie van zorg, 2) scholing, 3) richtlijnen, protocol en gangbare zorg, 4) documentatie, 5) communicatie en 6) anders. Er werd gekeken of er factoren zijn die mogelijk hebben bijgedragen aan de nadelige uitkomst. In deze masterthese ligt de focus op de invloed van

communicatie op perinatale neonatale asfyxie. Het cohort bestaat casus met verbeterpunten voortkomend uit perinatale audits op het thema asfyxie.

Data-analyse

Om veranderingen ten aanzien van verbetervoorstellen te kunnen implementeren is de ACTION methode ontwikkeld. Deze methodiek is gebaseerd op de implementatietheorie van Grol & Wensing (Grol & Wensing, 2011) en de ZonMw publicatie implementatieplan (ZonMw, Z.J.). Door gebruik te maken van thematische analyse is het mogelijk gegevens nauwkeurig te analyseren en gemeenschappelijke of overkoepelende thema's, ideeën en patronen te identificeren. De ACTION methodiek bestaat uit zeven stappen waarvan uit onderzoek is gebleken dat deze bijdragen aan het effectief implementeren van verbeteringen in de geboortezorg (Perined, 2017).

Action-methodiek

De analyse van de data start bij het verkennen van de data en de verbeterpunten middels de eerste drie stappen van de ACTION methodiek:

Stap 1: Analyse, welke beroepsgroepen waren er betrokken?

Stap 2: Analyse: welke betrokkenheid is gewenst en wat is de intrinsieke motivatie voor meewerken aan vernieuwingen en verbeterpunten.

Stap 3: Analyse van beïnvloedende factoren; welke kansen en obstakels zijn aanwezig die een duurzame implementatie van een vernieuwing of verbetering helpen dan wel in de weg staan.

Vervolgens volgt het rangschikken van data per ingedeelde categorie, hierbij wordt gecontroleerd of de data in de juiste categorie staat. Overkoepelende/ (telkens)terugkerende thema's worden beschreven. Op basis van deze indeling kan worden overgegaan tot het formuleren van een landelijk, regionale of lokaal advies voor de implementatie van een verandering. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de implementatiestrategieën die binnen de ACTIONmethodiek beschreven staan (ACTIONtoolkit, 2017). De vervolg stappen van de ACTIONmethodiek (stap 5 – stap 7: monitoren, borgen en evalueren) vallen vanwege de tijdsduur van deze stappen buiten de scope van het mastertheseonderzoek.

Ethische aspecten

Toegang tot de gebruikte database werd verkregen van de toetsingscommissie van Perined bij aanvang van het onderzoek, door middel van het indienen van een onderzoekaanvraag door de onderzoeker. Perined is niet aangesloten bij een Medisch Ethische toetsingscommissie waardoor er geen toetsing van de aanvraag plaatsvindt volgens de regels van een METC. Echter, binnen Perined worden alle gegevensaanvragen beoordeeld door de functionaris gegevensaanvragen en zo nodig ook beoordeeld door de privacy commissie. Deze functionarissen beoordelen de gegevensaanvragen op relevantie van de onderzoeksvraag, originaliteit (is de aanvraag niet reeds eerder gedaan of wordt het onderzoek door andere onderzoeksgroepen reeds uitgevoerd), anonimiteit, privacy bescherming, aangevraagde variabelen waarbij het principe van dataminimalisatie wordt aangehouden. Dit houdt in dat niet meer informatie wordt opgevraagd dan noodzakelijk is voor de beantwoording van de onderzoeksvraag. Iedere gegevensaanvraag wordt vervolgens ingebracht in het bestuurlijk overleg. Het bestuur volgt in principe het advies/ besluit van de functionaris gegevensaanvragen en de privacy commissie, maar heeft het recht een aanvraag af te keuren of met feedback terug te sturen naar de aanvragende onderzoeker. Na goedkeuring werd een toestemmingsverklaring getekend door de onderzoeker. Onderzoeksbestanden werden volledig geanonimiseerd voordat de bestanden beschikbaar werden gesteld aan onderzoekers.

Opslag van data vond plaats binnen een beveiligde digitale omgeving binnen het Ommelander Ziekenhuis Groningen en bij Hogeschool Rotterdam in de research drive. De wettelijke bewaartermijn bedraagt 15 jaar, daarna wordt de data vernietigd.

Informed consent

Persoonsgegevens worden door de zorgverlener verwerkt in het PraktijkBeheerDeel van de Perined-databank, dat uitsluitend toegankelijk is voor de verantwoordelijke zorgverlener en medewerkers die binnen dezelfde instelling of praktijk direct betrokken zijn bij het leveren van de zorg aan de betrokkene. Voordat verwerking van tot persoon herleidbare gegevens, waaronder naam en BSN, in het medisch dossier (en daarmee ook in het PraktijkBeheerDeel) plaatsvindt, wordt de betrokkene door de zorgverlener geïnformeerd over deze verwerking, onder meer door verstrekking van de folder 'Zwanger!'. Daarin wordt aan betrokkenen aangegeven dat de behandelgegevens secundair worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek, kwaliteitsverbetering en voor enkele wettelijk verplichte kwaliteitsindicatoren. Indien een casus in aanmerking komt voor een perinatale audit wordt door de hoofdbehandelaar nog een keer apart toestemming gevraagd voor het bespreken van de casus. Tevens wordt aan hen aangegeven dat zij steeds de mogelijkheid hebben om via de zorgverlener tegen deze verwerking bezwaar te maken (opt out procedure Perined). De zorgverlener is ervoor verantwoordelijk dat aan betrokkenen uitdrukkelijke toestemming wordt gevraagd voor deze verstrekking ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek binnen de Perinatale Registratie.

Omdat door Perined geen rechtstreeks contact heeft met de betrokkene, kan door Perined niet rechtstreeks worden vastgesteld of de betrokkene daadwerkelijk toestemming heeft gegeven voor het verwerken in de Perinatale Registratie. Daarom wordt voor de Perinatale Registratie uitgegaan van een 'geen bezwaar' systeem. Dat wil zeggen dat de toestemming door Perined wordt verondersteld door de betrokkene aan de zorgverlener te zijn gegeven, indien de betreffende zorgverlener de patiëntgegevens via het PraktijkBeheerDeel verstrekt aan de Perinatale Registratie (Perined, 2022).

Resultaten

Van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2019 werden 441 gevallen van perinatale asfyxie in Nederland geëvalueerd in perinatale audit bijeenkomsten. Stroomschema 1 geeft een overzicht van de besproken casuïstiek over de gehele periode en in welke categorieën dit onderverdeeld was. Er waren 117 verbeterpunten op het thema communicatie. Deze verbeterpunten hoorden bij 43 individuele casus.



Stroomschema 1

Karakteristieken

De gemiddelde leeftijd van de 43 geïncludeerde vrouwen was op het moment van de partus 30 jaar (min 22 max 41). De gemiddelde hoeveelheid zwangerschappen onder deze vrouwen was 2 (min 1 max 4) en de gemiddelde pariteit 0 (min 0 max 2). De gemiddelde Body Mass Index (BMI) was 25 (min 19 max 41). Bijna alle vrouwen waren Kaukasisch (84.4%). Met betrekking tot de zwangerschap, de gemiddelde amenorroeduur was 40.6 weken (min 37 max 42). De risico status volgens de Verloskundige Indicatie Lijst (VIL) was VIL A (eerstelijnszorg) voor 51% van de vrouwen bij de start van de prenatale zorg. Tijdens de partus verminderde het aantal vrouwen met een VIL-A status naar 24% van het totale aantal vrouwen en het aantal vrouwen met een VIL-C status (tweedelijns zorg) nam toe (37%). De meest voorkomende modus partus was de sectio (38%), gevolgd door een vaginale partus (33%). De gemiddelde APGAR-score na 1 minuut was 1 na 5 minuten 3 en 5 na 10 minuten. Drie neonaten overleden rondom de partus (7%). Tabel 1 geeft een compleet overzicht van de basis karakteristieken.

Tabel 1 basiskarakteristieken.

Maternale karakteristieken	
Gemiddelde graviditeit (min-max)	2 (1-4)
Gemiddelde pariteit	0 (0-2)
Gemiddelde leeftijd in jaren (min-max)	30 (22-41)
Gemiddelde body mass index (BMI) (min-max)	25 (19-41)
Etniciteit (%)	
Kaukasisch	27 (84.4%)
Niet- Kaukasisch	5 (15.6%)
Opleidingsniveau (%)	
Hoog	4 (11.6%)
Midden	12 (34.4%)
Laag	4 (11.6%)
Onbekend	15 (42.4%)
Zwangerschap	
Gemiddelde zwangerschapsduur in weken en dagen (min-max)	40+6 (37+0 – 42+0)
Risico status bij intake (%)	
VIL A	21(51%)
VIL B	1 (2%)
VIL C	1 (2%)
VIL D	1 (2%)
Onbekend	18 (43%)
Risico status bij start partus (%)	
VIL A	10 (25%)
VIL B	1 (2%)
VIL C	15 (37%)
VIL D	1 (2%)
3e lijnszorg	1 (2%)
Onbekend	13 (32%)
Partus	
Modus partus	
Vaginale partus	15 (33%)
Sectio	16 (38%)
Onbekend	12 (29%)
Neonatale karakteristieken	
Gemiddelde apgar-score (min-max)	
Na 1 minuut	1 (min 0-max 3)
Na 5 minuten	3 (min 1- max 8)
Na 10 minuten	5 (min 1 – max 8)

Geboortegewicht (%)

≤P3	7 (17%)
P3-P5	3 (7%)
P5-P10	2 (4.8%)
P10-P50	2 (4.8%)
P50-P90	1 (2.4 %)
P90-P95	9 (22%)
≥ P97	5 (11.7%)
Onbekend	13 (30.3%)
Perinatale sterfte (%)	3 (7%)

Verdeling categorieën Perined

Van de 441 casussen met perinatale asfyxie die tussen 2017-2019 in de perinatale audits in Nederland besproken zijn waren er 43 gevallen waarbij er een communicatieprobleem betrokken was. Alle 43 casussen werden geanalyseerd. Hieruit ontstonden 117 verbeterpunten, waarvoor 103 verbeteracties werden opgesteld tijdens de verschillende perinatale audits. De verbeterpunten werden verdeeld in de volgende subcategorieën; communicatie tussen verschillende disciplines van verschillende instellingen (transmurale communicatie 1e, 2e, 3e lijn) (N=32), communicatie tussen verschillende disciplines binnen de instelling (N=40), communicatie binnen dezelfde discipline (N =10), organisatie van zorg (N=15), schriftelijke communicatie (N=9) en communicatie met de patiënt(N = 12). De drie belangrijkste categorieën; communicatie met de patiënt, communicatie tussen verschillende disciplines van verschillende en binnen dezelfde instelling werden systematisch geanalyseerd met behulp van de ACTION-toolkit. Tabel 2 geeft een compleet overzicht over de verbeterfactoren en de relatie met de uitkomst.

Tabel 2. Categorieën verbeterfactoren en relatie met de uitkomst.

Categorie (%)	Verbeterpunten (N=117)	Waarschijnlijke relatie met de uitkomst (%)	
Communicatie disciplines van verschillende instellingen	32 (27%)	Geen/onwaarschijnlijk	19 (59.3%)
		Mogelijk	9 (28.3%)
		(Zeer) waarschijnlijk	1 (3.1%)
		Onbekend	3 (9.3%)
Communicatie tussen verschillende disciplines binnen de instelling	40 (34%)	Geen/onwaarschijnlijk	21 (52.5%)
		Mogelijk	13 (32.5%)
		(Zeer) waarschijnlijk	2 (5%)
		Onbekend	4 (10%)
Communicatie binnen dezelfde discipline	10 (8.5%)	Geen/onwaarschijnlijk	7 (70%)
		Mogelijk	1(10%)
		(Zeer) waarschijnlijk	-
		Onbekend	2 (20%)
Organisatie van zorg	14 (12%)	Geen/onwaarschijnlijk	5 (35.7%)
		Mogelijk	4(28.5%)
		(Zeer) waarschijnlijk	2(14.3%)
		Onbekend	3 (21.5%)
Schriftelijke communicatie	9 (8 %)	Geen/onwaarschijnlijk	5 (55.6%)
		Mogelijk	2 (22.2%)
		(Zeer) waarschijnlijk	-
		Onbekend	2 (22.2%)
Communicatie met de patiënt	12 (10.5)	Geen/onwaarschijnlijk	5 (41.7%)
		Mogelijk	4 (33.4%)
		(Zeer) waarschijnlijk	1 (8.3%)
		Onbekend	2 (16.6%)

Communicatie tussen verschillende disciplines van verschillende instellingen (1e, 2e & 3e lijn)

In deze categorie werden 32 casussen geïnccludeerd waarbij in 31.4% van de gevallen een mogelijke of (zeer) waarschijnlijke relatie met de uitkomst was. Problemen op het gebied van communicatie tussen verschillende beroepsgroepen werden vooral zichtbaar tijdens de overdracht van zorg voor de patiënt en of hierbij gebruik gemaakt werd van de SBARR-methode (N=19).

SBARR overdracht

Tijdens een overdracht (mondeling en schriftelijk) moet veel verschillende en belangrijke informatie overgedragen worden. Te denken valt aan voorgeschiedenis en huidige status/gang van zaken, geboortepan enzovoort. Om de best mogelijke zorg te kunnen bieden, dient deze belangrijke informatie accuraat en gestructureerd overgedragen te worden zodat zo min mogelijk informatie verloren gaat. Veel voorkomende punten uit de geanalyseerde data zijn incomplete overdracht, zorgverleners hebben elkaar niet begrepen, geen terugkoppeling van (aanvullend) onderzoek. Een voorbeeld van een verbeterpunt van een VSV ten aanzien van communicatie, specifiek bij een overdracht van zorg, luidt: *“Bij een overdracht durante partu in verband met pijnstillingsverzoek werd niet vermeld dat de foetale cortonen verhoogd waren (rond 160bpm) bij een barende die GBS draagster was en een ziek kind in de voorgeschiedenis had. Hierdoor was men minder alert op controle maternale temperatuur.”*

Een ander citaat van een VSV is als volgt: *“Twee ziekenhuizen zijn recent gefuseerd en er zijn momenteel nog twee locaties waar men kan bevallen. De eerstelijns verloskundige belde met de centrale. Zij dacht dat ze doorverbonden werd en afspraken maakte met de ene locatie, maar het bleek achteraf de andere locatie te zijn. De patiënte stond op de ene locatie en werd ongezien naar de andere locatie verwezen”.*

Zowel de zorgverlener die de overdracht verzorgd als degene die de overdracht ontvangt moet zich bewust zijn van het risico op fouten/informatieverlies en andere kijk op de patiënt/prioriteiten. Men moet elkaar bevragen en ondersteunen tijdens de overdracht en het structureel toepassen van de SBARR-methode is hierbij een belangrijke factor. Ter verduidelijking een citaat van één van de VSV's:

“Onduidelijke overdracht van eerste naar tweede lijn. Onduidelijk of meconium houdend vruchtwater is benoemd of enkel overgedragen met cortonenpathologie en weeënzwakte”.

Onduidelijkheid verantwoordelijke zorgverlener

Een ander punt wat opviel was onduidelijkheid bij de zorgverlener(s) over wie de verantwoordelijke zorgverlener is rondom of na een overdracht (N=6). Eén van de VSV's noemde hierover: *“Patiënte ingestuurd voor een consult hypertensie met vervolgspraak in de 2e lijn. Is gezien en ook op een vervolgconsult in de 2e lijn geweest. Het gaat dan vooral om de tussenliggende periode. Het is voor zowel de 1e lijn als de patiënte vaak niet geheel duidelijk of de zorg nu is overgenomen door de 2e lijn of niet”.*

Een ander voorbeeld van een VSV bij dit punt is: *“Onduidelijk wie er na geboorte kind (slechte start) (1e lijn) verantwoordelijk is geweest voor de zorg van moeder”.*

Aanspreekcultuur en speak-up

Als laatste zijn tussen de onderzochte casuïstiek zijn voorbeelden te vinden waar aanspreekcultuur en speak-up genoemd worden als communicatie problemen (N=5). Het creëren van een veiligheidscultuur binnen elk zorgteam lijkt de communicatie te verbeteren. Dit betekent vaak dat collega's een lagere drempel ervaren om hulp te vragen of een collega aan te spreken wanneer dat nodig is. Een voorbeeld uit één van de VSV's is: *“een eerstelijnsverloskundige had een niet pluis gevoel, had door middel van overleg*

met collega's uit eigen praktijk steeds bedacht dat er thuis nog wel kon worden afgewacht. Ook omdat de zwangere zelf het allemaal nog zag zitten. Toch had de eerstelijnsverloskundige laagdrempelig deze casus kunnen bespreken met de 2e lijn”.

De ontwikkelde verbeteractie naar aanleiding van deze punten was: *Vanaf 1 januari 2025 communiceren de verschillende disciplines (1^e, 2^e, 3^e lijn) bij transmurale communicatie over een patiënt altijd via de SBARR-methode.* De gedetailleerde uitwerking volgens de ACTION-methodiek is terug te vinden in bijlage 1.

Communicatie tussen verschillende disciplines binnen dezelfde instelling

In de tweede categorie werden 40 casussen geïncludeerd waarbij in 37.5% van de gevallen mogelijk of (zeer) waarschijnlijk een relatie was met de uitkomst. In overeenkomst met de transmurale communicatie tussen verschillende disciplines was ook hier de grootste groep verbeterpunten te vinden in de overdracht middels de SBARR-methode (N=16). Andere punten die meermaals naar voren kwamen betroffen: Speak-up (N=9), het doen van aannames (N=5), onduidelijkheid over urgentie (N=7). De 3 overige verbeterpunten vielen niet in deze categorieën, gezien bij deze punten de relatie met de uitkomst onwaarschijnlijk was werden deze niet verder uitgewerkt.

SBARR overdracht

Aangaande de overdracht van patiënten en het gebruik van de SBARR methode of onderdelen hiervan zijn van verschillende VSV's voorbeelden te noemen. In het volgende voorbeeld van een VSV was er onduidelijkheid over de situatie, specifiek de locatie: *“Een uur postpartum werd het kind slap bij moeder op de borst aangetroffen. Het werd door de arts-assistent meegenomen naar de opvangtafel. De verpleegkundige belde de arts-assistent kinderarts met de mededeling: "reanimatie kamer 1, kom snel". De assistent-kinderarts was bezig op de SEH en liep daar naar kamer 1, waar zij niemand aantrof. Toen besepte zij dat het op de verloskamers moest zijn en is naar boven gerend”.*

Een ander voorbeeld van een VSV betreft een situatie waarbij de repeat back niet is toegepast: *“Communicatie rondom tijdstip start uitdrijving niet helder, geen repeat back toegepast”.*

Aanspreekcultuur en speak-up

Een belangrijke manier om patiëntveiligheid te waarborgen is door het bevorderen van 'speak-up' cultuur, waarbij zorgverleners de verantwoordelijkheid nemen om problemen of bezorgdheden te melden die een bedreiging kunnen vormen voor de patiëntveiligheid. In de verschillende VSV's waren voorbeelden te vinden waarbij verbetering nodig is. Een voorbeeld van een VSV is: *“Gedurende de uitdrijving had de assisterende verpleegkundige een "niet pluis" gevoel. Heeft dit niet benoemd. Ging mee in het gevoel dat het kind snel geboren zou worden. Had tevens vertrouwen in de expertise van de klinisch verloskundige”.* Een ander voorbeeld is: *“Drempel ervaren voor bellen achterwacht. AIOS of supervisor van OK terugbellen bij drukte/ behoefte aan medebeoordeling”.*

Urgentie

Het onvoldoende overbrengen van urgentie ten aanzien van de situatie aan andere zorgverleners is ook iets dat meermaals naar voren kwam bij de analyse van de data. Een voorbeeld hiervan uit deze dat is: *“Waarschijnlijk geen goede communicatie omtrent indicatie sectio. Waardoor geen CTG registratie gedurende 1 uur. Vele pogingen om spinaal te prikken en uiteindelijk besloten tot algehele anesthesie. Ook de spullen voor reanimatie van de neonat lagen niet klaar”.*

Nog een voorbeeld van een VSV met betrekking tot onduidelijkheid over de urgentie was: “Er was sprake van onduidelijkheid over de mate van spoed bij het doorgeven door de gynaecoloog van de primaire sectio aan het OK team”.

Aannames

Het laatste punt wat aandacht verdiende in deze categorie was het doen van aannames, uit onderstaande voorbeeld van een VSV blijkt dat het aannemen van informatie voor problemen en onduidelijkheden in de communicatie kan zorgen: *“kinderarts wordt gebeld voor spoedsectio, maar verwacht nog een telefoontje dat de sectio daadwerkelijk van start gaat (zou mogelijk gezegd zijn). Verpleegkundige vraagt bij start sectio of de kinderarts is gebeld (het tweede telefoontje dat de SC gestart wordt en de gynaecoloog antwoord ja (maar, die doelt op dat de kinderarts is gebeld dat er een spoedsectio verricht gaat worden en ging ervan uit dat er dan geen tweede contactmoment nodig was)”*.

De ontwikkelde verbeteractie naar aanleiding van deze punten was: *Vanaf 1 januari 2025 communiceren de verschillende disciplines binnen dezelfde instelling bij communicatie over een patiënt altijd via de SBARR-methode*. De gedetailleerde uitwerking volgens de ACTION-methodiek is terug te vinden in bijlage 2.

Communicatie met de patiënt

Van de geanalyseerde casuïstiek waren er 12 casussen waarbij er een probleem in de communicatie met de patiënt optrad. In 41.7% van deze gevallen was er mogelijk of (zeer) waarschijnlijk een relatie tussen het communicatieprobleem en de perinatale asfyxie.

Er kwamen verschillende onderwerpen naar voren met betrekking tot communicatieproblemen met de patiënt. Een taalbarrière kwam het meest naar voren. In vier gevallen was er sprake van een communicatieprobleem dat betrekking had op een taalbarrière. Onduidelijkheid over hoe of wie de patiënt kon benaderen bij vragen of problemen kwam in drie gevallen naar voren en als laatste kwam ook het overbrengen van urgentie aan de patiënt in drie gevallen naar voren als een mogelijk communicatie probleem. Twee gevallen konden niet in deze categorieën geplaatst worden, gezien zij geen relatie met de uitkomst leken te hebben werden deze niet in onderstaande resultaten meegenomen.

Taalbarrière

Een verschillende interpretatie van de mate waarin de taalbarrière een rol speelt kwam naar voren. Een voorbeeld uit de onderzochte data: *“In dossier tegenstrijdige notities met betrekking tot taalbarrière. In de praktijk bleek communicatie met mevrouw alleen mogelijk via partner”*.

Maar ook onvoldoende handvatten hoe om te gaan met een taalbarrière werd terug gezien in de door VSV's gedefinieerde oorzaken. Een voorbeeld van een VSV is: *“Er zijn onvoldoende materiaal aanwezig hoe om te gaan met een taalbarrière (denk aan. voorlichtingsmateriaal, mogelijkheid tolk, richtlijn)”*.

Wie en hoe te benaderen

Een aantal keren kwam naar voren dat voor de patiënt onduidelijk was wie zij kon benaderen bij problemen en/of hoe zij contact met deze zorgverlener op moest nemen. Een voorbeeld uit de onderzochte data: *“Patiënte was niet (goed) op de hoogte waar zij onder zorg was”*.

Een ander voorbeeld van een VSV was: *“(Partner van) Client stuurt een app-je. Bij verzenden app-je geen garantie dat appje gelezen wordt door dienstdoende verloskundige, waardoor hulpvraag gemist kan worden”*.

Urgentie

Als laatste kwam ook het delen van informatie met de patiënt en specifiek het overbrengen van urgentie in de communicatie met de patiënt een aantal keren naar voren. Een voorbeeld van een verbeterpunt van een VSV is: *“Wanneer een patiënt zich telefonisch meldt met een klacht waarvan je als zorgverlener vindt dat de patiënt echt direct naar het ziekenhuis moet komen, is het verstandig om een tijdslijmet af te*

spreken waarbinnen je de patiënt op de afdeling verwacht. Hiermee voorkom je dat er patiënt-delay ontstaat doordat patiënt zelf ernst van de situatie niet in de gaten heeft en eerst nog andere dingen gaat ondernemen, alvorens naar het ziekenhuis te komen”.

De ontwikkelde verbeteractie naar aanleiding van deze punten was: *Per 1 januari 2025 werkt iedere instelling (1^e, 2^e, 3^e lijn) met een casemanager per patiënt.* De gedetailleerde uitwerking volgens de ACTION-methodiek is terug te vinden in bijlage 3.

Discussie

In de thesis zijn 43 gevallen van perinatale asfyxie in Nederland waarbij communicatieproblemen betrokken waren geanalyseerd. 103 verbetervoorstellen werden vastgesteld bij de perinatale audits die gehouden werden tussen 2017 en 2019. Deze verbetervoorstellen werden binnen het thema communicatie in vijf subcategorieën verdeeld. De belangrijkste categorieën werden verder geanalyseerd, dit betrof; communicatie tussen verschillende zorgverleners uit verschillende instellingen, communicatie tussen verschillende disciplines uit dezelfde instelling en communicatie met de patiënt (en partner). Problemen binnen de communicatie traden het vaakst op bij communicatie tussen verschillende disciplines binnen dezelfde instelling, gevolgd door communicatie tussen verschillende disciplines met verschillende instellingen. In deze thesis kon geen vergelijk gemaakt worden met eerder gepubliceerde literatuur over dit onderwerp, omdat er niet eerder kwalitatief onderzoek is gedaan met de data van perinatale audits naar perinatale asfyxie.

Perinatale audits zijn bedoeld om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Dit stelt de vraag of de perinatale audit effectief is in het bereiken van zijn doelen. Hoewel de multidisciplinaire benadering en het positieve effect op samenwerking en kwaliteit zijn voordelen heeft, heeft de perinatale audit ook beperkingen. Het identificeren van verbeterpunten, het implementeren van effectieve verbeteringen en het evalueren hiervan lijkt soms problematisch te zijn (van Diem et al., 2011).

Uit andere onderzoeken die gedaan zijn met data van de perinatale audit zoals onder andere de uterusruptuur en ernstige hyperbilirubinemie (Rosman et. al., 2022; van der Geest et al., 2021) is gebleken dat er waardevolle lessen te leren zijn uit de perinatale audit. Ondanks dat de perinatale audit inzicht geeft in de dagelijks praktijk zijn er ook beperkingen van de audit te noemen. Dit onderzoek was soms ingewikkeld door incomplete documentatie en gebrek aan structuur. Hierdoor miste soms belangrijke informatie wat het analyseren van verbeterpunten moeilijker maakte. Daarnaast waren verbeteracties vaak alleen feedback met betrekking tot de specifieke situatie en werd er geen echte verbeteractie geformuleerd. Een ander nadeel van dit onderzoek is de interobservatie variatie. Lokale VSV's behoren gezamenlijk te bepalen tot welke hoofd- en subcategorie het verbeterpunt behoort. De classificatie van de verbeterpunten is een punt van aandacht omdat er tijdens een perinatale audit vaak geen tijd is om in gezamenlijkheid de classificatie te bepalen waardoor het vaak door het lokale team en soms zelfs maar door één persoon geclassificeerd wordt.

Bij het onderzoek tijdens deze masterthese bleek dat deze classificatie enkele keren afweek. Een oproep om tijdens een perinatale audit als gehele groep aandacht te hebben en tijd te maken voor de classificatie van verbeterpunten is daarom op zijn plaats. Daarnaast wordt het aanbevolen iemand van het interne audit team verantwoordelijk te maken om de cross-check van de perinatale audit assistent (PAA) op te volgen. In de praktijk wordt deze feedback nu vaak niet verwerkt omdat men pas een half jaar later, als een nieuwe audit zich aandient, opnieuw in de PAA kijkt en dan pas de feedback ziet staan. Om het proces van het implementeren van verbeteracties te vergemakkelijken, moeten deze daarom in toekomstige perinatale audits en daaropvolgende verbeteracties altijd volgens een gestandaardiseerd format worden geformuleerd (e.g. ACTION-methode/SMART-doelen).

Een van de belangrijkste momenten waarop communicatieproblemen plaatsvinden is tijdens de overdracht van zorg voor de patiënt. Dit bleek zowel het geval te zijn bij intramurale als bij extramurale overdrachten tussen verschillende disciplines het geval te zijn. De verbeteracties in deze thesis zijn vooral gericht op het bevorderen van de communicatie tijdens overdrachten en dienstwisselingen. Het

implementeren van een gestructureerde format bij het overdragen van informatie zou een oplossing kunnen zijn. Zo zorgt SBAR(R) vaak voor meer accuratesse bij het communiceren en verbetert het teamwerk en het veiligheidsklimaat (Randmaa et al., 2014). Romijn et al. bestudeerde het gebruik van SBAR(R) in de verloskundige gezondheidszorg in Nederland en ontdekte dat veel professionals een gebrek aan routine als een belemmering ervaren om SBAR(R) te gebruiken.. Vooral de elementen Recommendation en repeat-back lijken niet toegepast te worden, ook al zijn deze componenten misschien wel het meest cruciaal bij het overdragen van informatie aan een collega. Deze onderdelen zouden daarom meer aandacht moeten krijgen om routinematig gebruik van SBAR(R) effectief te implementeren in de verloskunde.

Een aanspreek en speak-up cultuur kan bijdragen aan een vermindering van fouten en een verbetering van de patiëntveiligheid in de obstetrie. Het is belangrijk dat zorgverleners zich comfortabel voelen om proactief te communiceren over hun bezorgdheden en verantwoordelijkheid nemen voor het melden van onveilige situaties. Dit kan worden bevorderd door het creëren van een werkomgeving waarin zorgverleners zich veilig voelen om te communiceren over hun bezorgdheden en het delen van informatie. Uit onderzoek van Brennan et al. blijkt dat het verminderen van hiërarchie in grote mate bijdraagt aan speak-up gedrag van medewerkers. Daarnaast kunnen opleiding en training over communicatie en veiligheid zorgverleners helpen bij het aanspreken van collega's en het melden van onveilige situaties. Het lijkt erop dat vooral scenario training met debriefing hiervoor geschikt is (Bittner-Fagan et al., 2019).

Verbetering van communicatie met patiënten is van groot belang voor een effectieve en veilige obstetrische zorg. Verbeteren van communicatie met patiënten kan worden bereikt door het aanbieden van duidelijke en begrijpelijke informatie, actief luisteren naar patiënten en het creëren van een open en comfortabele omgeving voor het delen van informatie. Daarnaast is het opleiden van medisch personeel in communicatievaardigheden van belang bij het verbeteren van de communicatie met patiënten. Er zijn belemmeringen in het verbeteren van de communicatie tussen zorgverleners en patiënten. Het gebruik van universele voorzorgsmaatregelen voor gezondheidsgeletterdheid, geschikte medische tolken en gedeelde besluitvorming zijn evidence-based hulpmiddelen die de communicatie verbeteren en de patiëntveiligheid vergroten (Sandall et al., 2016).

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat continuïteit van zorg(verlener) een grote impact heeft op veiligheid van zorg. Uit het Perined jaarboek van 2018 blijkt dat 40,8% van de nullipara verwezen wordt tijdens de zwangerschap en 65,2% tijdens de baring. Deze getallen liggen lager bij multipara, respectievelijk 44,2% en 26,8% (Perined, 2018). Hierdoor missen veel vrouwen continuïteit van zorg, een casemanager of coördinerend zorgverlener zoals beschreven in de zorgstandaard integrale geboortezorg zou hierin een grote bijdrage kunnen leveren. Dit zou ook duidelijkheid scheppen over wie de patiënt kan benaderen bij vragen of problemen (Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, 2016).

Aanbevelingen

Uit de auditbijeenkomsten over perinatale asfyxie konden veel verbeteracties voor de dagelijkse praktijk worden gehaald. Tijdens de beoordeling van de verbeterfactoren kon elk type miscommunicatie (mogelijk) in verband worden gebracht met perinatale asfyxie. Daarom moet de communicatie intern en extern worden geoptimaliseerd voor alle betrokken (verloskundige) zorgverleners. Communicatie tussen verloskundige zorgverleners moet op een gestructureerde manier plaatsvinden (bijv. SBAR(R)) en regelmatig worden geoefend om dit probleem te verhelpen.

Tot slot, om de kwaliteit van onderzoek uit perinatale audits in de toekomst te verbeteren, dient gebruik gemaakt te worden van de ACTion-toolkit en het formuleren van SMART-doelstellingen. Op deze manier kunnen meer verbeterfactoren worden gebruikt voor beoordeling, wat weer leidt tot nauwkeurigere verbeteringen die in de dagelijkse praktijk kunnen worden doorgevoerd.

Conclusie

In de perinatale auditsessies van 2017 tot en met 2019 over perinatale asfyxie werd er bij 43 vrouwen een of meerdere problemen in de communicatie gevonden die leidde tot perinatale asfyxie. In de auditbijeenkomsten zijn 103 verbeteracties ontwikkeld en beoordeeld in dit masterthese. De verbeteracties die het meest waarschijnlijk verband hielden met perinatale asfyxie waren communicatieproblemen tussen verschillende disciplines tijdens de overdracht van zorg, aanspreekcultuur en speak-up tussen de zorgverleners en communicatie met de patiënt.

Deze gebieden zouden in de obstetrische zorg aandacht moeten krijgen om communicatieproblemen te voorkomen. Ten slotte moeten hierna alle verbeterbare factoren systematisch worden geformuleerd volgens een specifiek format om soortgelijk onderzoek in de toekomst te verbeteren.

Literatuurlijst

- ACTiontoolkit (2017). Geraadpleegd op 28 november 2022, van <https://www.actiontoolkit.nl>
- Diem, M. T. van., Bouman, K., Stant, D. A., Timmer, A., & Huisartspraktijk'De Kompe, G. (2011). *Perinatale audit Noord-Nederland: de eerste 2 jaar*, Ned Tijdschr Geneesk, 155(A2892), A2892.
- Bittner-Fagan, Davis J'Savoy, M., (2019). *Improving patient safety; ilmproving communication*. PMID: 31266748
- Brennan P. A., Davidson, M., (2019). *Improving patient safety: we need to reduce hierarchy and empower junior doctors to speak up*. *BMJ* 2019; 366
- Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg*. Utrecht; 2016
- Gillam-Krakauer, M. & Gowen, C.W. Jr. (2020). *BirthAsphyxia*. NCBI Bookshelf Journal, 2, 1-4.
- Perined (2016). *Een nieuw thema: perinatale audit van à terme asfyxie in 2013 & 2014*. Utrecht: Perined
- Perined (2018). *Perined jaarboek 2018* <https://assets.perined.nl/docs/fc23b860-a5ff-4ef6-b164-aedf7881cbe3.pdf>, geraadpleegd op 10 december 2022.
- Perined. (2019). *Perinatale zorg in Nederland anno 2018; landelijke perinatale cijfers en duiding*. Utrecht: Perined.
- Privacy statement Perined (2022). Geraadpleegd op 29 januari 2023, van <https://www.perined.nl/over-perined/privacy/privacy-statement>
- Randmaa M, Martensson G., Swenne L.C., Engström, M., (2014). *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. *BMJ open*, 21;4(1):e0044268
- Romijn A, Teunissen PW, Wagner C, Groot C.J.M., de., Bruijne, M.C., de.. *Standardized communication during patient referrals: do obstetrical care professionals use SBAR(R) after team training?* <https://research.vu.nl/ws/files/96469492/301826.pdf>, geraadpleegd op 7 januari 2023
- Rosman, A.N., Schaap, T., Dillen, J. Van., Bloemenkamp, K., Zwart, J., Overtoom, J., van den Akker, T., (2022). *Lessons learned from the perinatal audit of uterine rupture in the Netherlands: a mixed-method study*, Wiley health science reports.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D., (2016). *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. PMID: 27121907
- Waelput, A., Eskes, M. & van Swigchum, F. (2012) *Perinatale audit in Nederland: stand van zaken*. Tijdschrift gezondheids wetenschappen 90, 488–490.
- ZonMw (z.j.). *Maak zelf een implementatieplan*. Publicaties.zonmw.nl

Bijlage