

Hoe verbeteren we de kwaliteit van zorg omtrent haemorrhagia post partum in Nederland.

M.D. WOISKI¹, H.C.J. SCHEEPERS², R.P.M.G. HERMENS³ NAMENS DE PROJECTGROEP FLUXIM⁴

¹ Gynaecoloog, St Radboud Universiteit Nijmegen

² Gynaecoloog, Universitair Medisch Centrum Maastricht

³ Senior onderzoeker, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare), St. Radboud Universiteit Nijmegen

⁴ Prof. dr. R.P. Grol, hoofd van IQ Healthcare Nijmegen; prof. dr. F.L. Lotgering, gynaecoloog Nijmegen; dr. J.M. Middeldorp, gynaecoloog Leiden; prof. dr. M.A. Marcus, anesthesioloog Maastricht en drs. M. Lance, anesthesioloog Maastricht.

In de twee laatste edities van het NTOG van 2009 verschenen twee interessante artikelen met aandacht voor verbetering van kwaliteit van zorg betreffende vrouwen met een haemorrhagia post partum (HPP).^{1,2} Wij zijn erg blij met de aandacht voor deze belangrijkste oorzaak van ernstige maternale morbiditeit in Nederland, en zijn het met de auteurs eens dat hierin een verbetering gemaakt moet worden.³ De vraag is hoe dat het beste bewerkstelligd kan worden. In het artikel van Dreyer et al. wordt de vraag gesteld of een verbeterd protocol tot verbetering van kwaliteit van zorg leidt. In het artikel van Lammerink et al. wordt een audit checklist gebruikt ter beoordeling van de lokale zorg betreffende HPP en zo verbeterpunten te identificeren en te corrigeren met de hoop op verbetering van de kwaliteit van zorg.

De vraag die Dreyer stelt lijkt zeer terecht omdat de incidentie van HPP in Nederland in elk geval niet veranderd is sinds de introductie van de NVOG-richtlijn en MOET-cursus. Dreyer et al. laten echter met hun studie zien dat alleen het formuleren en het verspreiden van een nieuw protocol of richtlijn zonder een goed implementatietraject niet tot het gewenste effect leidt. Men heeft weliswaar getracht een lokaal protocol zodanig te ontwikkelen dat de barrières 'bekendheid'

met en 'acceptatie' van het protocol ondervangen worden, maar uit de resultaten blijkt dat er uiteindelijk geen verschil is in handelingen voor en na de verspreiding van het protocol.

De vraag is of men dit had kunnen verwachten. Uit literatuur is bekend dat het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen c.q. protocollen een complex proces is.⁴ De kans van slagen op een optimale implementatie van richtlijnen c.q. protocollen wordt sterk vergroot door een op maat ontwikkelde implementatiestrategie toe te passen die voornamelijk gericht is op het oplossen van knelpunten voor implementatie.⁴ Het in kaart brengen van deze knelpunten is dan ook een van de eerste stappen in het proces van implementatie, samen met het in kaart brengen van de huidige zorg. Knelpunten zijn factoren die zorgverleners in de dagelijkse praktijk hinderen bij het naleven van een richtlijn. Naast knelpunten zijn er vaak ook bevorderende factoren, die ervoor zorgen dat het naleven van een richtlijn wordt bevorderd. Zowel knelpunten als bevorderende factoren kunnen bijvoorbeeld liggen op het gebied van de organisatie van zorg, van kennis of vaardigheden van de professional of van de patiënt zelf. Een strategie die rekening houdt met de huidige zorg, ervoor zorgt dat de knelpunten opgelost worden en die gebruik maakt van bevorderende

factoren, kan dus de implementatie van richtlijnen cq. protocollen verbeteren.⁴

In de studie van Lammerink et al. heeft men, als eerste stap naar verbetering van de lokale HPP-zorg, getracht een overzicht te krijgen van de huidige zorg in één ziekenhuis. Deze huidige zorg werd retrospectief beoordeeld aan de hand van de medical audit checklist gebaseerd op de NVOG-richtlijn en de MOET-criteria. Echter, een groot nadeel van deze studie, door de auteurs zelf ook aangegeven, is de beperkte informatie in de dossiers. In 59% van de gevallen blijken er onvoldoende gegevens beschikbaar te zijn om de zorg volledig te kunnen beoordelen. Hierdoor kan er geen goede huidige zorganalyse verricht worden met als gevolg onvoldoende gegevens om een verbeterstrategie op maat op te stellen. Kortom, de twee studies hebben gekeken naar een deel van het totale implementatieproces ter verbetering van de kwaliteit van de HPP-zorg, maar zijn er nog niet in geslaagd de kwaliteit van zorg voor HPP-patiënten daadwerkelijk te verbeteren of om tools aan te dragen voor verbetering.

Vandaar dat er momenteel in Nederland via het Verloskundig Consortium, een door ZonMW gefinancierde multicenter studie (Fluxim) opgezet wordt onder an-

dere naar knelpunten voor implementatie van de richtlijn HPP van de NVOG en MOET-instructies. In deze studie zal eerst de adherentie van de NVOG-richtlijn en MOET-instructies in de huidige zorg gemeten worden door middel van kwaliteitsindicatoren. De indicatoren zijn inmiddels ontwikkeld door een onafhankelijk expertpanel[§]. Er zullen in zestien Nederlandse ziekenhuizen prospectief 320 vrouwen gevolgd worden die een verhoogd risico hebben op een fluxus. Bij deze vrouwen zal via video-opnamen en dossieronderzoek gekeken worden of de zorgverleners de handelingen die als gewenste zorg zijn aangegeven in de richtlijn en MOET-instructies ook daadwerkelijk verrichten. Door de video-opnames naast het dossier te leggen, wordt het feit dat dossiers vaak onvoldoende informatie bevatten ondervangen en kunnen tevens communicatie en teaminteractie worden bestudeerd. De knelpunten en bevorderende factoren voor richtlijnadherentie zullen in kaart gebracht worden door middel van focusgroepinterviews. Als laatste zal op basis van de gevonden knelpunten en de huidige richtlijnadherentie een op maat gemaakte implementatiestrategie ontwikkeld worden. Deze strategie zal in een haalbaarheidstudie in vier ziekenhuizen getoetst worden op kosten en mogelijke effecten. Op deze wijze hopen we een grote stap

vooruit te maken in het verbeteren van de kwaliteit van zorg van HPP-patiënten.

We zijn zeer verheugd dat er zestien Nederlandse ziekenhuizen^{*} uit oogpunt van kwaliteit van zorg bereid zijn om aan deze studie deel te nemen en zo het allergrootste probleem betreffende maternale morbiditeit in Nederland aan te pakken.

Literatuur

1. Dreyer K, Lonkhuijzen LRCW van, Zeeman GG. Invoering van een behandelprotocol voor ernstige Hemorrhagia post partum leidde niet tot de beoogde verbetering van zorg. *NTOG* 2009;122: 288-91.
2. Lammerink EAG, Franx A, Oirschot CM van. Medical Audit Haemorrhagia Post Partum: werken aan de kwaliteit van zorg in eigen praktijk. *NTOG* 2009;122: 321-25.
3. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, Vries JI de, Bloemenkamp KW, Roosmalen J van. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. *BJOG* 2008; 115:842-50.
4. Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg: *Reed business*; 2006.

MET DANK AAN:

[§] Het expertpanel: Anneke Dijkman, Arie Franx, Christine Willekes, Dick Bekendam, Dick Oepkes, Guid Oei, Hans Duvekot, Jan de Kruijff, Jan van Lith, Jim van Eyck, Jos Volleberg, Karin de Boer, Marcel Levi, Marion Heres, Markus Klimek, Maurice Wouters, Nico Schuitemaker, Taco van den Ende en Tom Hasaart

^{*} St Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam, Kennemer Gasthuis, Haarlem, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp, Diakonessie Ziekenhuis, Utrecht, Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn, Maasland Ziekenhuis, Boxmeer, Scheper Ziekenhuis, Emmen, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch, Maxima Medisch Centrum, Veldhoven, Groene Hart Ziekenhuis, Gouda, Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer, LUMC, Leiden, UMC Maastricht, UMC St Radboud, UMC Utrecht

CORRESPONDENTIEADRES

Drs. M.D. Woiski, gynaecoloog-perinatoloog
UMC St Radboud
Afdeling Gynaecologie en Verloskunde
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen
E-mail: M.Woiski@obgyn.umcn.nl
Fluxim: www.studies-obsgyn.nl