

Eindrapportage commissie Visser

Ingesteld naar aanleiding van het overlijden van Biendiya Ramgoelam

Juli 2009

Verantwoording:

Op 17 juli 2009 is ondergetekende gevraagd door de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Westfriesgasthuis te Hoorn, om het voorzitterschap over te nemen van een onderzoekscommissie die de omstandigheden rond het overlijden van het dochtertje van de heer en mevrouw Ramgoelam uitzoekt. Hierbij is aangegeven dat een rapportage op zeer korte termijn gewenst is.

Vanwege deze korte tijdsspanne heb ik onderstaande rapportage opgesteld, ongeveer volgens hetzelfde formaat zoals te doen gebruikelijk bij een gerechtelijke procedure, namelijk eerst een analyse van het dossier met voorlopige conclusies en vervolgens het horen van de partijen, waarna een eindrapportage. Het horen van de partijen heb ik in deze opgevat als het bestuderen van de eerdere bevindingen van de onderzoekscommissie en van het gesprek tussen dhr en mevr Ramgoelam en Inspectie.

Bij het opstellen van deze rapportage heb ik geen contact gehad met de overige leden van de onderzoekscommissie.

Op 20 juli 2009 is mijn rapportage besproken binnen de voltallige onderzoekscommissie en zijn rapportage en conclusies geaccordeerd, met een tweetal kleine resterende discussiepunten (pagina 11). Vervolgens heeft de commissie een aantal aanbevelingen geformuleerd

Hoogachtend,

Utrecht, 21 juli 2009

Prof. Dr. G.H.A. Visser

De feiten, volgens het dossier:

Mevrouw Ramgoelam-Soekhoe, geboren 06-10-1976 was gravida 2 para 1. Ze is 1.53 m lang en weegt 67 kg. Ze is gezond. Er is een familiale belasting mbt diabetes.

Eerste zwangerschap:

Zwangerschapsdiabetes behandeld met insuline. Inleiding van de baring met prostin bij 39 wk en 6 dg. Secundaire sectio bij 6 cm ivm trage ontsluiting en deceleratief en strak CTG. Zoon van 3555g, gezond.

Huidige zwangerschap:

LMP 08-08-2008. Positieve zwangerschapstest op 06-09-2008. A terme datum 15-05-2009.

Verwezen door verloskundige naar gynaecoloog A bij 11 weken in verband met voorgeschiedenis en ook nu afwijkende GTT.

Beleidsafspraken bij 11 weken (27-10-2008): verwijzing naar internist. Beleid bij partus afhankelijk van grootte van het kind (en toegevoegd op 23-02-2009.....gezien SC vorige keer)

Insuline vanaf 11 weken.

Combitest: Down risico 1:3900

SEO (op eigen verzoek, op 29-12-2008): geen aanwijzingen voor structurele foetale afwijkingen.

Vervolgcontroles (in dossier aanwezig vanaf 23.02.2009):

23.02.2009, 28 wk, wat minder leven, alle maten op de p5, nl vruchtwater

09.03 30 wk, voelt beter leven, groei op de p5

23.03 32 wk, snel stijgende insulinebehoefte

06.04 34 wk, goede bloedsuikercontrole, fundus 2/3^e NX

21.04 36 wk, streven naar proefbaring bij 39 wk. Vanaf volgende week CTG controles op afdeling

01.05 38 wk, CTG prima. VT: halfverstreken stugge portio. Beleid: 4/5 CTG, 7/5 opname voor balloncatheter, 8/5 CI (continuering inleiding?) of SC (sectio) indien niet inleidbaar.

Echo's bij 26, 28, 30 en 34 weken (groei volgens p5, normaal vruchtwater, normale Doppler navelstreng)

Bevalling

Op 05.05.2009, bij 38 wk en 4 dg opname op VK om 01.00 uur.

VPK dossier: "weeën om de 5-7 minuten. Mevrouw was gisteren ook geweest ivm weeënactiviteit. Er staat een afspraak voor donderdag en ballon zei meneer, en vrijdag een SC. Er is met de gynaecoloog A afgesproken dat er 2-3 uur zou worden gekeken of het lukt met de weeën, anders een sectio, zegt meneer. VT: geen ontsluiting, CTG goed. Mag naar huis met 20 mg normison en 1000 mg paracetamol"

Er is blijkbaar nog tweemaal sprake van telefonisch contact: VPK dossier:

1) mevrouw belt dat ze om 09.00 uur naar het ziekenhuis komt.

2) afgesproken dat mevrouw na 9 uur gebeld wordt over het te voeren beleid

Opname op 05.05.2009, rond 08.00 uur (tenminste op dat moment begint een CTG registratie).

Verpleegkundig dossier:

Mevrouw heeft nog steeds kortdurende contracties en bloedverlies, is erg vermoeid, wacht op beoordeling door verloskundige/gynaecoloog.

10.35 uur: VT= 4 cm. Mevrouw heeft veel moeite met het opvangen van de weeën.

Advies: epiduraal en bijstimulatie met oxytocine

11.00 uur: bloedsuiker 11.4 mmol/l

12.30 uur: epiduraal

13.00 uur: terug op afdeling. Heeft veel minder pijn. Weeën lijken ook minder te worden. CTG vrij strak sinds epiduraal. Bloedsuiker 8.6

14.00 uur: VT= 4 cm. Vliezen gebroken (meconium) en oxytocine (verlaat door drukte op de afdeling). Oxytocine stand 1.2

14.20 uur: nog weinig reactie op oxytocine. Stand 2.4. CTG blijft vrij strak

14.40 uur: Oxytocine stand 3.6. CTG vrij strak. Gynaecoloog accoord. Epiduraal loopt voldoende op stand 6 ml/uur.

15.00 uur: Oxytocine stand 4.8. Weeën wat frequenter. Epiduraal nog prima. CTG wat meer variatie.

15.45 uur: Oxytocine stand 6.0

16.05 uur: Oxytocine stand 7.2 (= 12 mE/min; GHA Visser). Mevrouw heeft geen pijn.

Op CTG contracties om de 2-3 minuten. Overleg met arts interne omtrent bloedsuiker controle.

16.30 uur: Drukgevoel. VT= 5 cm. Intrauteriene druklijn.

17.30 uur: begint weeën meer te voelen, epiduraal opgehoogd naar 8ml/uur

18.15 uur: VT= 6-7 cm. Pijn is niet afgenomen. Epiduraal naar 10ml/uur. Contracties om de 2 minuten

20.10 uur: Mevrouw ligt te slapen. CTG vertoont late deceleraties. VT= geen progressie. Gynaecoloog C komt. Oxytocine omlaag tot stand 1.

Gynaecoloog C komt, besluit tot spoed SC. CTG is bradycard, 70-75 sl/min. Oxytocine stop. Gynaecoloog C geeft Tractocile (weeënremmer; GHAV)

21.01 uur: dochter geboren.

Medische verslaglegging van de ontsluiting:

10.30 uur (verloskundige E): VT= 4cm, half verstreken, week, centraal. Caput Hodge 1, achterhoofd. CTG: lichte contracties, 3-4 per 10 minuten. Opmerking: mevrouw oogt in partu, contracties om de 3-4 minuten, duur 50 seconden, matig van kracht. Vraagt om pijnstilling. Hebben al met gynaecoloog A afgesproken om een epiduraal te plaatsen bij in partu. In overleg met gynaecoloog C akkoord.

13.45 uur: (verloskundige E) VT= 4 cm, nu geheel verstreken, caput H 1. CTG lichte contracties 3 per 10 minuten. Opmerking: CTG iets strakker, acceleraties aanwezig, geen deceleraties. Gynaecoloog C gaat akkoord met CTG. I.o.m. gynaecoloog C start oxytocine.

15.41 uur: bloedsuiker 9.3

16.43 uur: (verloskundige G) VT= 5cm, caput H 1+. Verminderde variabiliteit CTG (< 5 sl/min, accel+, decel-) Oxytocine stand 7.2. Opmerking: mevrouw heeft wat drukgevoel. IU druklijn ingebracht. Gynaecoloog C is supervisor

18.02 uur(verloskundige G) CTG= gb, 4 contracties/10 minuten, ongeveer 190 Montevideo eenheden. Mevrouw voelt contracties nu over haar gehele buik. Epiduraal om 17.30 uur naar 8ml/uur.

18.05 uur: (verloskundige G) VT= 6-7 cm, Caput H1+. Mevrouw voelt meer pijn. Wil graag epiduraal omhoog. Tijdens VT diepe deceleraties met late component. Herstel tot 180 sl/min, daarna moeilijk om basislijn te beoordelen. Na 10 minuten herstel van CTG en basislijn 140 sl/min

20.10 uur: (verloskundige G) VT= 6-7 cm. CTG: 4 contracties/10 minuten. Verhoogde basislijn, variabele deceleraties met late component. Overleg met gynaecoloog C, komt in huis. Oxytocine stop.

20.30 uur: (verloskundige G) besloten tot SC ivm foetale nood.

20.38 uur (Gynaecoloog C): 20.15 gebeld. CTG met variabele deceleraties met late component, meteen gekomen. 20.25 uur gearriveerd. CTG zeer strak, shouldering. VT= 7 cm, caput H2. 20.30 uur besloten tot spoed SC. 7ml Atosiban (= tractocyle= weeënremmer; GHAV). Met spoed OK team en kinderarts opgeroepen.

OK verslag: (Gynaecoloog C); uterusruptuur, dehiscentie van oude litteken van 8 cm. Kind gedeeltelijk in buikholte (dit laatste staat in het verslag van de afdeling neonatologie van de VU- Amsterdam). Placenta ligt spontaan los.

Meisje, 2850 g, pH Navelstreng 6.49. Apgar 1, 3 en 4 na respectievelijk 1, 5 en 10 minuten.

Verslag VU:

Geboortegewicht 2580 g (p25)

Ernstige hypoxaemische ischaemische encephalopathie (Sarnat 3)

Respiratoire insufficiëntie waarvoor beademing

Status na convulsieve activiteit

Staken van de behandeling ivm infauste prognose en overleden op 07-05-2009 bij de ouders op schoot

Beoordeling van de CTG's (door G.H.A. Visser)

04.04.2009: 35 minuten. nl basisfrequentie, acceleraties, geen deceleraties

24.04 : 35 minuten. Idem

28.04 : 30 minuten. Basisfrequentie eerst 150 later 145 sl/min. Overigens gb

01.05 : 45 minuten. Idem

04.05, 08.13 tot 9.40 uur: basisfrequentie 145-150. Overigens gb. Contracties om de 5-6 minuten

05.05, 00.55 tot 02.05 uur: basisfrequentie 150+ sl/min. Fraaie acceleraties, geen deceleraties. Contracties om de 4-6 min.

Opname CTG's op 5 mei:

08.32-10.05 uur: CTG is gb. Contracties moeilijk te duiden, circa 3 per 10 minuten.

11.29-12.10 uur: Tachycardie, 170 sl/min. Geen deceleraties. Pseudo sinusoidale gedeelten (zuigbewegingen?). 2 contracties/ 10 min.

12.20-12.45 uur: (ten tijde van epiduraal?): basisfrequentie 140, accel+, geen deceleraties

12.57-14.10 uur: na epiduraal. 140sl/min, geringe bandbreedte, wel acceleraties, geen deceleraties. 1 contractie per 10 minuten.

14.13-14.30 uur: CTG idem.. 2-3 contracties/10 min

14.40-15.45 uur: 2-3 variabele deceleraties, overigens CTG idem. Contracties toenemend tot 4/ 10 min.

15.45-18.00 uur: aanvankelijk strak, later toenemend variabel. CTG gezien door gynaecoloog C. IU druklijn vanaf 16.36 uur, hierna 4-5 contracties/10 min. (190 tot 260 Montevideo Eenheden). Vanaf 16.40 uur frequente variabele deceleraties.

18.00 uur tot einde registratie. Gemiddeld 5 contracties per 10 min (4 tot 6). Circa 220 tot 240 ME. Om 18.10 uur, ten tijde van VT 3 langdurige variabele deceleraties, hierna bij herhaling, maar niet altijd variabele deceleraties met late component. Basisfrequentie 150-160 sl/min (tot 1900 uur).

Vanaf 19.20 uur variabele deceleraties toenemend in duur en ernst tijdens en na iedere wee. Progressieve tachycardie tot 170 sl/min. Om 20.28 uur "terminale bradycardie".

Bespreking antenatale zorg:

Adequate controles. Foetus aan de kleine kant geschat, frequente echoscopische controles van foetale groei (p5 met curve meegroeïend, normaal vruchtwater, normale Doppler) 20 weken SEO: had eigenlijk art 2 echo behoren te zijn, gelet op vroege diabetes (zeer waarschijnlijk preëxistente type-2 diabetes)

Met betrekking tot de bevalling is (op schrift) afgesproken:

- beleid partus afhankelijk van grootte kind, gezien SC vorige keer
- bij 39 weken inleiding mbv balloncatheter. Indien geen effect, dan SC

Bespreking peripartum periode:

Mevrouw is tenminste 2 keer op de VK gekomen met weeënactiviteit en heeft zeker nog 1 keer extra gebeld. Is met behoorlijke dosis normison en paracetamol naar huis gestuurd. Het ware beter geweest haar op 5 mei om 01.00 uur op te nemen.

Bespreking van de zorg tijdens de bevalling:

Patiënte meldt zich klaarblijkelijk zelf weer op 5 mei om 08.00 uur ivm toenemende weeënactiviteit. Om 10.35 uur heeft ze 4 cm ontsluiting (de dag ervoor nog geen ontsluiting) en moeite de weeën op te vangen. Ze is dus in partu! Ze heeft dan 3 weeën per 10 minuten. De weeën nemen vervolgens af tot circa 1 wee per 5-7 minuten. Er bestaan geen duidelijke contra-indicaties tegen epiduraal.

Om 14.00 uur is er een belangrijk beslismoment: ze heeft dan nog 4 cm ontsluiting en de weeën zijn sterk afgenomen. Bijstimulering of niet?? Gelet op het feit dat deze baby kleiner geschat werd dan de eerste, was er geen harde contra-indicatie tegen een "voorzichtige" bijstimulatie. De bijstimulatie heeft plaatsgevonden in overleg met de dienstdoende gynaecoloog C.

De bijstimulatie is echter nogal fors geweest, met een maximale oxytocinedosering van 12 mE/min. Om 15.45 uur heeft ze 4 weeën/10 min. Toch wordt de pompstand dan nog opgehoogd (van stand 4.8 naar 6 om 15.45 uur en naar stand 7.2 (= 12mE/min) om 16.05 uur. Hierna heeft ze een te sterke weeënactiviteit (tot ruim 5 weeën/10 minuten vanaf 18.00 uur (220-240 ME).

Patiënte ontsluit traag en heeft om 16.30 uur, 2.5 uur na het toucher van 14.00 uur, een progressie van 4 naar 5 cm ontsluiting, om 18.15 uur bedraagt de ontsluiting 6-7 cm. Kortom ze ontsluit wel, maar traag (en niet vlot!). Dit had zeker reden dienen te zijn voor overleg tussen gynaecoloog en verloskundige en een sectio leek alleen al om deze reden aangewezen, temeer omdat het foetale caput hoog bleef staan.

Vanaf 18.15 uur is ook sprake van toenemende deceleraties en ondanks een blijkbaar goed zittende epidurale anesthesie heeft ze toenemend pijn over de gehele buik (of dit ook tussen de weeën zo is, is niet duidelijk). Ook deze 2 aspecten hadden net na 18.00 uur aanleiding tot overleg tussen verloskundige en gynaecoloog dienen te zijn.

Gelet op de CTG afwijkingen sec (dus zonder de andere aspecten hierbij te betrekken), had de gynaecoloog uiterlijk 19.30 uur naar het ziekenhuis dienen te komen.

Conclusie:

Opeenstapeling van niet-optimale factoren: bijstimulatie bij afzakken van de weeënactiviteit bij een patiënte met een SC litteken, te enthousiaste bijstimulatie, CTG afwijkingen, pijn in de buik ondanks daarvoor goed zittende epidurale anesthesie, langzame ontsluiting.

Ontbreken van evaluatie van deze aspecten, rondom 18.00 – 18.30 uur is onjuist.

Het beleid vanaf 20.00uur (oxytocine stop, weeënremming, spoed sectio) is adequaat geweest.

Aanvullende informatie van de onderzoekscommissie (extracten uit rapportages):

1 –Gesprek met gynaecoloog C op 1 juli 2009

Op 5 mei heeft gynaecoloog C het dossier van patiënte beoordeeld. Hij was op de hoogte van het feit dat ze 's nachts gezien was en van de afspraken met gynaecoloog A. Op grond van de bevindingen van verloskundige E heeft hij epiduraal en bijstimulatie afgesproken. Hij heeft haar toen (om 10.45 uur) niet zelf gezien.

Rond 16.00 uur heeft gynaecoloog C woorden gehad met de dienstdoende verloskundige G, die om 15.00 uur de dienst van haar collega had overgenomen, en haar twijfels uitte m.b.t. het ingezette beleid (epiduraal en bijstimulatie). Hij heeft haar gezegd dat als ze er zo over denkt ze zich moet afvragen of ze wel voor deze categorie patiënten kan zorgen. Gynaecoloog C heeft patiënte om 16.45 uur nog gezien voor hij naar huis ging.

2 –Gesprek met verloskundige G op 1 juli 2009

Verloskundige G nam de dienst over om 15.00 uur. Ze had geen goed gevoel bij de eerder ingezette acties (epiduraal en bijstimulatie). Ze vond het vreemd dat patiënte zolang op 4 cm ontsluiting bleek steken. Ze gaf dit aan gynaecoloog C aan, die reageerde zoals onder 1 is aangegeven. E.e.a. ten overstaan van een verpleegkundige en een co-assistent. Door zijn uitspraken stokte de communicatie en werd overleg met gynaecoloog

C over patiënte belemmerd. Daarom heeft ze pas laat gebeld. Tussen G en C bestonden al langer communicatieproblemen.

3 –Gesprek dhr en mevr Ramgoelam met Inspectie, dd 16 juli 2009

Aan het einde van de zwangerschap heeft mevrouw R. met gynaecoloog A afgesproken dat ze het 3 uur ‘conservatief’ zou mogen proberen, in verband met een risico op uterusruptuur. Daarna een sectio.

Op 4 mei is ze om 06.00 uur naar het ziekenhuis gekomen met weeënactiviteit. Is toen weer naar huis gestuurd (‘voor-weeën’). Op 5 mei om 01.00 uur had ze heftige en pijnlijke weeën, om de 3-5 minuten. Ze is toen weer naar huis gestuurd met paracetamol en slaappil. Ze heeft gevraagd een gynaecoloog te mogen spreken, maar daar is geen gehoor aan gegeven.

Om 03.45 uur heeft haar echtgenoot het ziekenhuis gebeld en gezegd dat de pijn niet meer was vol te houden. Er is hen verteld dat ze om 09.00 uur een advies zouden krijgen. Om 06.00 uur gaan ze toch naar het ziekenhuis omdat de pijn niet vol te houden is. Ze zien noch een gynaecoloog, noch een verloskundige.

Om 10.30 uur heeft ze een gesprek met gynaecoloog C. Deze geeft aan dat een keizersnede niet nodig is, ondanks dat al 3 uur verstreken zijn. Hij geeft aan het dossier te kennen en van de afspraken af te weten.

Om 17.00 uur is er 5 cm en roept patiënte om een keizersnede, maar dit wordt geweigerd door gynaecoloog C.

Om 18.00 uur voelt ze ineens een heel andere pijn in de buik en vraagt naar een gynaecoloog; de epiduraal wordt opgehoogd. Om 18.15 uur wordt de epiduraal nogmaals verhoogd i.v.m. verergeren van de pijn. De ‘andere’ pijn blijft aanhouden.

Nagesprek met de gynaecologen A en C: ‘Ze kregen pas na 2 uur praten en na het confronteren met tegenstrijdige uitspraken te horen van gynaecoloog C dat hij een inschattingfout had gemaakt, maar dat hij te allen tijde weer zo zou beslissen. Ouders hebben gynaecoloog C niet ervaren als eerlijk en open.’ M.b.t. de afspraak van maximaal 3 uur weeën, werd door de gynaecologen aangegeven dat dit niet in het dossier stond maar wel bekend was bij de betrokken behandelaars.

4 -Overige informatie:

Aanvullende vragen Visser aan Onderzoekscommissie, beantwoord door commissielid Renckens na overleg met gynaecoloog A ; e-mails van 15 en 16 juli:

Gynaecoloog A heeft van haar gesprek met patiënte, waarin zij voorstelde nog even te kijken of zij bij spontaan in partu komen voor 7 mei (de dag waarop zij min of meer had besloten een primaire repeat sectio te gaan doen) toch nog vaginaal zou kunnen bevallen – en onder welke randvoorwaarden- geen expliciete melding gemaakt in haar dossier (van die 3 uur). Bij een voorgeschiedenis als die van mevrouw Rangoelam is zoiets eigenlijk staand beleid, waarvan elke gynaecoloog op de hoogte is en waaraan elke gynaecoloog zich normaliter zal houden. Gynaecoloog C heeft zich daar niet aan gehouden, hetgeen hij betreurt en waarbij opgemerkt moet worden dat dit kind kleiner werd geschat dan het eerste. Dat er bij in partu komen epiduraal is gegeven is door gynaecoloog A evenmin in het polidossier vermeld. Ze denkt dat het goed mogelijk is dat dat als mogelijkheid een keer te spake is gekomen.

En naar aanleiding van een vraag waarom patiënte de 5^e mei weer naar huis is gestuurd: ‘Als gynaecologen hadden wij altijd het beleid dat patiënten die nog niet goed in partu ‘s nachts eigenlijk niet naar huis gestuurd zouden moeten worden. Mevrouw Ramgoelam had op die late avond – zoals blijkt uit een observatie van enkele uren- geen regelmatige contracties en nog geen ontsluiting. De dienstdoende verloskundige heeft hen toen met wat lichte medicatie naar huis laten gaan. Die situatie staat bij ons bekend als ‘valse start’ of vroege start en het dan nog een tijdje naar huis sturen van dergelijke patiënten hoeft niet altijd slecht te zijn. Achteraf kan dat eerste contact natuurlijk worden gezien als het begin van een primaire weeënzwakte zoals zo vaak gezien bij een cefalo pelviene disproporctie.

Op 17 juli heeft gynaecoloog A ook zelf nog naar de onderzoekscommissie gerapporteerd, met name ten aanzien van de vraag: “Hoe is de voorlichting mijnerzijds geweest aan mw. Ramgoelam betreffende het te verwachten beloop van de baring?” Haar antwoord:’

Zoals ik in de decursus van de poli heb genoteerd, heb ik met pat. besproken dat een vaginale partus zeker kans van slagen heeft, omdat het geschat kindsgewicht, i.t.t. de vorige keer, nu op de P5 lag, ondanks haar insulineafhankelijke diabetes mellitus. Mw. was ook gemotiveerd om vaginaal te bevallen. In het algemeen leg ik ook uit dat iemand met een SC (sectio) in de voorgeschiedenis wel een normaal verlopende baring dient te hebben wat betreft tijdsduur, zeker als er al een niet vorderende baring in het verleden is geweest. Met normaal beloop bedoel ik dat als mevrouw in partu is, er in 3 uur tijd progressie van de ontsluiting dient te zijn. Alhoewel ik mij dit uiteraard niet meer letterlijk kan herinneren, zal ik op deze manier mw. Ramgoelam ook hebben voorgelicht. Ik noteer dat in de status als “vaginaal mits vlot” of “proefbaring”. Dit is voor onze vakgroep een gebruikelijke notering. Mevrouw was ook op de hoogte van het risico op een uterusruptuur.

Op 19 juli ontving de onderzoekscommissie nog een brief van het commissielid dr Renckens die contact had gehad met de verpleegkundige die mevrouw R. opgenomen had op 5 mei. Citaat: de heer R gaf toen te kennen het te betreuren dat gynaecoloog A geen dienst had, want zij had gezegd dat er bij onvoldoende progressie binnen 3 uur een sectio gedaan zou worden. Toen het echtpaar na plaatsen van de epiduraal sprak met gynaecoloog C, leek het con amore akkoord te gaan met het door hem voorgestelde beleid. Van een herhaald aandringen op een sectio heeft de verpleegkundige niets gemerkt.

Aanvullende informatie van de anesthesist I, betrokken bij epiduraal en sectio (informatie via dr Renckens, lid van de onderzoekscommissie, dd 15 juli 2009).

“Rond inbrengen van de epiduraal bestond er niet abnormaal veel pijn, anders cq meer dan verwacht zou mogen worden bij een barende, bij wie behoefte aan pijnbestrijding bestaat.

Patiënte vertelde hem voorafgaand aan de sectio dat de pijn kort tevoren van karakter veranderd was: er was toen ook pijn tussen de weeën door en kort daarna een zeer hevige pijn”

Tot slot bevinden zich in het dossier nog korte verslagleggingen van gesprekken tussen de gynaecologen A en C, verloskundige G, en een senior verloskundige en het unithoofd van de afdeling (verslagen van gesprekken tussen 18 mei en 14 juni 2009; bron: gynaecoloog C).

“Gesproken wordt over de gang van zaken op de verloskamer op 5 mei. Verloskundige G heeft dit als zeer kwetsend ervaren, was niet zo bedoeld. Excuses meermalen uitgesproken. Naar aanleiding van een vraag van gynaecoloog C of er bij andere verloskundigen nog belemmeringen zijn in de samenwerking met C, wordt door de senior verloskundige teruggekoppeld, dat enkele verloskundigen moeite hebben als er gediscussieerd wordt over het beleid. Ze ervaren de toon soms als denigrerend. Dit is uiteraard niet als denigrerend bedoeld, gynaecoloog C heeft als doel een leermoment te creëren, zoals hij gewend is in een opleidingskliniek.

Conclusies:

Algemeen: zoals zo vaak bij (obstetrische) calamiteiten is er ook in deze trieste casus niet sprake van 1 moment van onachtzaam of verkeerd handelen, maar is sprake van een cascade van minder optimale beslismomenten. Dat is niet uniek aan deze casus. Wordt ergens deze cascade doorbroken, dan is veelal de uitkomst goed en wordt overgegaan tot de orde van de dag.

Minder optimale tot verkeerde beslissingen:

- a) Blijkens informatie van commissielid Renckens en gynaecoloog A, had laatstgenoemde eigenlijk het idee een primaire sectio te verrichten, waarbij een eventuele proefbaring bij eerder in partu geraken prima was. De informatie hieromtrent is toch wel erg summier en impliciet in het dossier aanwezig. Op de polikliniek is er tijd (een zwangerschap duurt lang) om het beleid met de patiënt goed en eenduidig uit te stippelen. Dat had hier beter gekund, bijvoorbeeld:” proefbaring, echter alleen bij snelle progressie, geen/cq wel eventueel bijstimuleren”. Met een dergelijke expliciete achtergrondinformatie was het aannemelijk geweest dat bij patiënte veel eerder tot een sectio besloten zou zijn. Deze informatie is bovendien niet alleen bestemd voor de overige gynaecologen (die het beleid waarschijnlijk wel min of meer kennen), maar ook voor de 2elijnsverloskundigen die veelal de eerste opvang doen.
- b) Een patiënte met insuline afhankelijke diabetes en een sectio in de anamnese wordt met beginnende weeënactiviteit ‘s nachts om 01.00 uur weer naar huis gestuurd (na een dag eerder ook al geweest te zijn) en wordt ook niet opgenomen toen ze 3 uur later weer belde.
Dit acht ik onjuist en dit had heel wel het beleid de volgende dag kunnen beïnvloeden, aangezien de hulpverleners dan nadrukkelijk de weeënactiviteit van die nacht gadeslagen zouden hebben (ze ontsloot toen van 0 tot 4 cm)

- c) Gynaecoloog C geeft aan patiënte zelf niet om 10.30 uur gezien te hebben, maar pas later, na plaatsing van de epidurale anesthesie. Volgens dhr en mevr Ramgoelam heeft hij hen wel gesproken om 10.30 uur. Overige bronnen in het ziekenhuis geven echter nadrukkelijk aan, dat gynaecoloog C hen pas later heeft gezien. Gynaecoloog C is om 10.30 uur dus blijkbaar uitsluitend afgegaan op de informatie van de verloskundige, en dat is onjuist. Een hoog risico patiënte behoeft directe aandacht van de gynaecoloog, opdat deze gefundeerd en na eigen onderzoek het verdere beleid (epiduraal en bijstimulatie?) kan bepalen en met patiënte en haar echtgenoot kan overleggen.
- d) Rond 10.30 uur had patiënte nog circa 3 weeën/10 minuten, later namen de weeën verder af. Bijstimulatie bij een patiënte met een sectio litteken (en diabetes waardoor mogelijk een slechtere wondgenezing na de eerste sectio) is niet gecontraïndiceerd, doch behoeft zorgvuldige afweging, dient “voorzichtig” te geschieden en de voortgang (ontsluiting) dient vervolgens vlot te zijn. Patiënte had een eerdere sectio ondergaan i.v.m. niet vorderen van de ontsluiting. De eerdere zoon was echter aanzienlijk zwaarder dan het geschatte foetale gewicht in de huidige zwangerschap. Anderzijds is patiënte ‘slechts’ 1.53 m lang en heeft daarmee waarschijnlijk geen ruim baringskanaal. Zoals gezegd is patiënte te fors bijgestimuleerd, waarbij ze slechts langzaam ontsloot, bij een persisterend hoogstaand (niet-ingedaald) caput. Een sectio rond 17.00 uur was geïndiceerd geweest.
- e) De aanvaring tussen gynaecoloog C en verloskundige G, rond 16.00 uur, over het te voeren beleid, heeft geleid tot een verstoorde communicatie tussen beiden, met als waarschijnlijk gevolg dat de verloskundige daardoor verzuimde de gynaecoloog tijdig op de hoogte te stellen van de problemen na 18.00 uur. Hierdoor is ernstige vertraging ontstaan. Een dergelijk conflict beschouw ik als zeer ernstig.
- f) De verloskundige heeft verzuimd de gynaecoloog te informeren toen sprake was van toenemende pijnklachten (waarschijnlijk ook tussen de weeën in; zie verslag anesthesioloog) en toen sprake was van toenemende deceleraties

Utrecht 20 juli 2009

Prof. dr. G.H.A. Visser

Aanvullende opmerkingen/correcties van de leden van de onderzoekscommissie:

Bovenstaande notitie is op 20 juli besproken binnen de gehele onderzoekscommissie. De commissie accordeert het rapport en de conclusies, met dien verstande dat er enige discussie blijft omtrent

- 1- de optie om epidurale anesthesie te geven bij een patiënte met een sectio-litteken (volgens Visser kan dit wel ,volgens anderen bestaat daarvoor toch een aanzienlijke contra-indicatie).
- 2- De mate van bijstimulatie bij een patiënte met een sectio-litteken (volgens Visser is dit te agressief gebeurd, volgens anderen niet)

Een en ander laat onverlet dat de conclusies van het rapport gehandhaafd blijven.

Overige opmerkingen van de commissie;

--het is noodzakelijk dat gevallen van onverwachte perinatale sterfte beter intern gemeld worden aan Raad van Bestuur en VIM commissie en extern aan de Inspectie (IGZ)
-- De commissie is van mening dat de communicatieproblemen tussen gynaecoloog C en verloskundige G een geïsoleerd probleem vormen. In het algemeen is de verstandhouding tussen 2^e lijnsverloskundigen en gynaecologen goed .

Dit brengt de commissie tot de volgende aanbevelingen:

Aanbevelingen

- 1- Het is noodzakelijk dat het beleid rondom de bevalling bij patiënten met een verhoogd risico op complicaties, voorafgaand aan de bevalling duidelijk en eenduidig in het dossier wordt vastgelegd en besproken met patiënt.
- 2- Patiënten die zich buiten de kantooruren melden met weeënactiviteit dienen niet naar huis gestuurd te worden, tenzij de klachten geheel verdwijnen en de zwangere zelf ervoor kiest naar huis te gaan. Nauwer contact tussen dienstdoend gynaecoloog en 2elijnsverloskundige bij opname van zwangeren buiten de kantooruren is noodzakelijk
- 3- Barenden met een medische indicatie voor een ziekenhuis bevalling dienen bij overdracht van de dienst door de dienstdoende gynaecoloog zelf gezien te worden
- 4- De gynaecoloog dient nauwer betrokken te zijn bij bevallingen van hoog risico patiënten.
- 5- Er dient beleid beschikbaar te zijn ten aanzien van bijstimuleren en dit dient vooraf met patiënten te worden besproken.
- 6- Gynaecologen en 2elijnsverloskundigen dienen in samenspraak te komen tot een betere borging ten aanzien van communicatie en van afstemming van activiteiten en verantwoordelijkheden. Verstoorde verhoudingen kunnen niet getolereerd

worden. Drempelvrij overleg tussen gynaecologen en 2elijnsverloskundigen is noodzakelijk.

- 7- De meldcultuur van de maatschap gynaecologen, bij onverwachte gevallen van perinatale sterfte dient verbeterd te worden, in lijn met landelijke afspraken