

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2009/002

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2009/002 van:

1. **A.** 2. **B.**, beiden wonende te **C.**, appellanten,
verweerders in het incidenteel beroep, klagers in
eerste aanleg,
bijgestaan door mr. S.W. Hu, advocaat te 's-Gravenhage,
tegen
E., internist, werkzaam te **C.**, verweerder in het principaal
appel, incidenteel appellant, verweerder in eerste
aanleg,
bijgestaan door mr. E.P. Haverkate, verbonden aan de
Stichting Rechtsbijstand Gezondheidszorg te Utrecht.

1. Verloop van de procedure
A. en **B.** - hierna samen klagers - hebben op 14 juni 2007 bij het Regionaal
Tuchtcollege te Zwolle tegen **E.** - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing
van 20 november 2008, onder nummer 120/2007 heeft dat College de klacht deels
gegrond verklaard en aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd.
Klagers zijn van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft
een verweerschrift in hoger beroep tevens houdende incidenteel beroep ingediend.
Van klagers is een verweerschrift in het incidenteel beroep ontvangen. Op 22 januari
2010 is ingekomen een brief d.d. 21 januari 2010 van mr. Haverkate met bijlagen.
De zaak is in hoger beroep tegelijk met de zaak onder nummer 2009/001 (klagers
/ **D.**, gynaecoloog) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-
lege van 4 februari 2010. De zaken zijn niet gevoegd. Verschenen zijn klager,
bijgestaan door mr. Hu en de arts, bijgestaan door mr. Haverkate. Klaagster is niet
ter terechtzitting aanwezig. Als beëdigd getuige aan de zijde van de arts is ter te-
rechtzitting gehoord **L.**, diabetesverpleegkundige.

2. Beslissing in eerste aanleg
Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag
gelegd.

“ 2. DE FEITEN

*Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde
ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van
het volgende te worden uitgegaan.*

*Klaagster was zwanger van haar eerste kind. Zij stond onder controle van een
verloskundige. Zij had bij een zwangerschap van 11 weken en 5 dagen een
bloedsuikerwaarde van 5.0 mmol/l. Tijdens een herhaling van het routineonderzoek
op 6 februari 2006 (31+3) werd een sterk verhoogde bloedsuiker bepaald van
15.1 mmol/l. De geconsulteerde gynaecoloog adviseerde een dagcurve te maken.*

Vervolgens noteert de verloskundige, na vermoedelijk een oraal GTT, waarden van 15.7, 32.2 en 26.8 mmol/l. Klaagster werd hierop door de verloskundige verwezen naar de gynaecoloog. Deze zag klaagster voor het eerst op 8 februari 2006. Bij onderzoek zag hij een normaal ontwikkelde zwangerschap conform de termijn van bijna 32 weken met een normale bloeddruk van RR 120/85. Bij echografisch onderzoek werd een kind gezien met een gewicht tussen de P 50e -75e percentiel. De hoeveelheid vruchtwater was normaal en er werden geen aanwijzingen gevonden voor congenitale afwijkingen. Na het consult is klaagster direct naar de diabetespolikliniek gegaan waar zij door verweerder werd gezien. Diezelfde dag is gestart met insulinetoediening. Gestart wordt met een dosis van 4/4/4 kortwerkende insuline, waaraan vanaf 13 februari 2006 in de avond langwerkende insuline als 4e dosis wordt toegevoegd. De dosis is in het verloop van enkele weken een keer of 14 verhoogd. Op 16 februari 2006 is deze 10/10/10/10 om uiteindelijk op 7 maart 2006 uit te komen op een dosering van 16/16/16/18. Klaagster is zelfcontrole en insuline therapie aangeleerd in combinatie met dieetmaatregelen in de vorm van koolhydraatspreiding. Door de diabetesverpleegkundige is samen met klaagster een dagboekje bijgehouden van de bloedglucosedagcurves. Hieruit blijkt dat de nuchtere glucosewaarden vanaf 9 februari 2006 tot 25 februari 2006 bijna voortdurend boven de 10 mmol/l blijven en daarna zeer langzaam dalen tot de laatst ingevulde dag, 21 maart 2006. De nuchtere waarden van 25 februari tot 21 maart 2006 zijn: 9.5, 9.1, 9.8, 8.0, 8.6, 8.1, 7.1, 7.8, 9.1, 6.9, 7.6, 8.4, 7.4, 6.6, 6.4, 5.8, 8.2, 5.6, 6.0, 7.0, 7.5, 7.9, 6.4, 7.0. Ook de waarden overdag dalen gestaag, maar blijven schommelen, met hoogste waarden overdag van zo nu en dan boven de 10.0 tot aan het eind van de genoteerde periode. Laboratoriumonderzoek vertoonde een HbA1c-waarde van 9.6 op 8 februari 2006, 8.9 op 23 februari 2006 en 7.8 op 24 maart 2006. De gynaecoloog noteerde in zijn poliklinische aantekeningen op 15 februari 2006 “->bloedsuikers 9.3 - 15.2 !!!” en op 27 februari 2006 “bloedsuiker rond de 10 !”. Hij heeft naar aanleiding hiervan contact opgenomen met verweerder, hetgeen overigens niet in het dossier is aangetekend.

Bij de gynaecologische controles bleef de groei conform de P 50e-75e percentiel, was er geen hydramnion en voelde klaagster goed leven. Op 20 maart 2006 heeft de gynaecoloog bij een zwangerschapsduur van 37 weken en 3 dagen vanwege een stuitligging een versie trachten uit te voeren, die niet is gelukt. Nadien is een CTG- controle uitgevoerd. De daaropvolgende controle werd afgesproken voor een week later. Op 26 maart 2006 meldde klaagster zich met pijn in de onderbuik en bruinige afscheiding in het ziekenhuis. Bij onderzoek blijkt er dan sprake van een intra-uteriene vruchtdood. In de nacht van 26 op 27 maart bevalt klaagster van een levenloos dochtertje, F., met een geboortegewicht van 3540 gram. Het meisje is op verzoek van de klagers alleen uitwendig geschouwd, daarbij werden geen afwijkingen gezien. Klagers hebben ingestemd met het ZOBAS project (zinnig onderzoek bij antenatale sterfte) waarbij uitgebreid laboratoriumonderzoek wordt ingezet. De placenta is onderzocht door de patholoog. Deze concludeerde een placenta met ontsteking van vliezen. Op verzoek van verweerder is de placenta ook ter consult naar G. in H. gezonden. Deze concludeerde dat er sprake was van “zwarte placenta met geringe parenchymafwijkingen passend in het kader van maternale diabetes met geringe chorioamnionitis en beginnende funiculitis. In het parenchym tevens diffuse ischemische veranderingen en een recent macro-infarct. Combinatie van placenta afwijkingen vermoedelijk verantwoordelijk voor de recente intra-uteriene vruchtdood”.

Bij de perinatologiebespreking van 15 juni 2006, waarbij de behandelend gynaecoloog niet aanwezig was, werden de "schommelende glucoses" als meest waarschijnlijke doodsoorzaak aangemerkt.

3. DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld. Hij heeft onvoldoende zorg besteed aan een scherpere instelling van de bloedsuikerwaarden (bijvoorbeeld door klinische opname) waardoor aan klagers de kans op een levend kind is ontnomen. Klagers verwijzen naar adviezen van I. , vrouwenarts n.p die op verzoek van hun gemachtigde de medische gegevens heeft beoordeeld.

4. HET VERWEER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- het volgende aan. Verweerder is van mening dat zijn beleid onder de gegeven omstandigheden juist is geweest. Verweerder stelt dat er geen sprake was van een simpele diabetes gravidarum maar van een tot dan nog niet vastgesteld auto-immuun diabetes of adults (LADA) in het derde trimester. Gelet op de hoge HbA1c waarde bij 30 weken heeft de hyperglycemie al veel langer bestaan. Hierbij passen ook de diabetes gerelateerde afwijkingen in de placentabouw zoals beschreven door de patholoog-anatoom. Uit de dagcurves blijkt een toenemend betere regulatie. Er is dan uiteindelijk sprake van een substantiële verbetering van de situatie van klaagster en het HbA1c daalt geleidelijk van 9.6% naar 7.8 %. De keerzijde van het nastreven van een zeer strikte normoglycemie (3-7mmol/l) is een aanzienlijke kans op het optreden van ernstige hypoglycemie waarvoor hulp door derden nodig is. Teneinde ernstige hypoglycemie te voorkomen is de dosering insuline op geleide van de glucosedagcurven geleidelijk en voorzichtig opgehoogd. Er waren geen tekenen van hydramnion, dreigende macrosomie of pre-eclampsie of andere obstetrische problemen. Een klinische opname is niet overwogen omdat dit veelal leidt tot afname van de lichamelijke activiteit welke een betere glucoseregulatie in het algemeen niet bevordert.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het College wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Bij de beoordeling moet worden vooropgesteld dat op basis van de overgelegde medische gegevens geenszins vaststaat dat de vrucht is overleden door te hoge en/of schommelende glucosewaarden. De exacte doodsoorzaak is niet vastgesteld en op basis van de voorhanden gegevens is niet uit te sluiten dat deze door een andere omstandigheid is veroorzaakt of in de hand gewerkt. Bovendien moet erop worden gewezen dat er bij diabetespatiëntes, ook bij een optimale instelling op insuline reeds voorafgaand aan en vervolgens tijdens de zwangerschap, nog steeds een verhoogde kans bestaat op een intra-uteriene vruchtdood.

5.3

Echter, ook los van de doodsoorzaak dient te worden beoordeeld of het handelen of nalaten van verweerder voldoet aan het hierboven weergegeven criterium.

De poliklinische start van de behandeling met insulinetherapie en dieetmaatregelen is op zichzelf volgens de standaard en daarop bestaat geen kritiek. Verweerder heeft echter niet aan het College kunnen duidelijk maken welke afspraken hij heeft gemaakt met de diabetesverpleegkundige. Het mag zo zijn dat zij, zoals verweerder heeft aangevoerd, goed geëquipeerd is voor haar taak, dagelijks contact heeft met patiënten en contact pleegt op te nemen als er bijzonderheden waren. Dat voldoet als gangbare aanpak bij diabetespatiënten. In het onderhavige geval was er echter geen sprake van een standaard-diabetespatiënt en ook niet van een standaardpatiënte met diabetes gravidarum, maar van een zwangere met vermoedelijk een in het derde trimester van de zwangerschap ontdekte, langer bestaande auto-immuun diabetes. Dat is een complexe variant -zoals verweerder zelf ook aanvoert- en dan moet er onder meer rekening mee worden gehouden dat de bloedsuikerwaarden niet eenvoudig en snel tot een aanvaardbaar niveau zijn terug te brengen. Instelling van een dergelijke patiënte vereiste strakkere afspraken met de diabetesverpleegkundige dan kennelijk in het algemeen gebruikelijk was, in elk geval over frequentie van raadplegen van verweerder en over de streefwaarde van de bloedsuikers en het tempo waarin dit gehaald moest worden. In het onderhavige geval was volgens verweerder het streven uitsluitend een “gestage daling”, en was dus niet afgesproken hoe snel dat moest verlopen en was voorts het initiatief voor ruggespraak met verweerder geheel, of in elk geval grotendeels, overgelaten aan de diabetesverpleegkundige. De trage daling van de bloedsuikers bij klaagster is in tuchtrechtelijke zin nog net te billijken. Echter, de min of meer vrije hand die verweerder aan de diabetesverpleegkundige heeft gelaten is voor het College niet acceptabel. Zo is verweerder bij het grootste gedeelte van de ongeveer 14 aanpassingen van het insulineschema niet, in elk geval niet aantoonbaar (het is niet gedocumenteerd), betrokken geweest. Verweerder is volgens eigen zeggen slechts gemiddeld eenmaal per week door de diabetesverpleegkundige geraadpleegd, hetgeen ook strookt met haar aantekeningen in het zwangerschapsboekje. Verweerder heeft ook niet aannemelijk gemaakt dat hij de daling van de bloedsuikers bij klaagster strakker is gaan monitoren nadat de gynaecoloog naar aanleiding van de zijns inziens nog steeds te hoge gluco-sewaarden zijn verontrusting heeft geuit tegenover verweerder. Kortom, verweerder heeft de diabeteszorg voor klaagster onvoldoende gecontroleerd en in die zin is de klacht gegrond.

5.4

Hoewel het College oog heeft voor de emotionele gevolgen voor klagers van de dramatische afloop van de onderhavige zwangerschap dient die afloop niet alleen bij de beoordeling van de klacht, zoals hierboven overwogen, buiten beschouwing te worden gelaten maar ook bij de vaststelling van de maatregel. In dit geval is een waarschuwing passend.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten, zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder 2. De feiten zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. In deze zaak gaat het - kort samengevat - om het volgende. In eerste aanleg hebben klagers de arts verweten dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld door onvoldoende zorg te besteden aan een scherpere instelling van de bloedsuikerwaarden van klaagster, waardoor hen de kans op de geboorte van een levend kind is onthouden.

Was de trage daling van de bloedsuikers bij klaagster naar het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege in tuchtrechtelijke zin nog net te billijken, de controle door de arts van de diabetes zorg was dat niet. Het Regionaal Tuchtcollege heeft daartoe overwogen de min of meer vrije hand die de arts aan de diabetesverpleegkundige heeft gegeven niet acceptabel te achten en heeft in zoverre de klacht gegrond verklaard en de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd.

4.2. Klagers zijn onder aanvoering van drie grieven van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover de klacht ongegrond is verklaard in beroep gekomen. Kern van het verwijt dat zij de arts ook in beroep maken is dat hij had moeten ingrijpen toen de bloedsuikerwaarden van klaagster onvoldoende daalden.

De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie het principaal beroep te verwerpen en is op zijn beurt incidenteel in beroep gekomen van het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de arts de diabetesverpleegkundige min of meer de vrije hand heeft gelaten. Volgens de arts heeft hij haar voldoende gesuperviseerd en is gehandeld volgens de toen geldende schriftelijke afspraken over de taken en verantwoordelijkheden van de diabetesverpleegkundige.

In het principaal beroep

4.3. Vooropgesteld wordt dat het Centraal Tuchtcollege het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege onderschrijft dat op basis van de medische gegevens niet als vaststaand mag worden aangenomen dat de vrucht is overleden als gevolg van te hoge en/of schommelende glucosewaarden van klaagster.

Er bestaat evenwel een hoge mate van associatie tussen hoge bloedsuikerwaarden bij de moeder en perinatale sterfte van het kind waarbij het risico van sterfte van het kind zich met name manifesteert in de laatste weken van de zwangerschap. In het licht hiervan had de arts naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege moeten ingrijpen toen de bloedsuikerwaarden van de moeder ondanks de ingezette behandeling met insuline boven de in ons land (ook in die tijd) gehanteerde streefwaarden tussen 4 en

7 mmol/l bleven en dus onvoldoende daalden. De arts is te zeer blijven vasthouden aan het door hem ingezette beleid waarbij de dosering insuline op geleide van dagcurven geleidelijk en voorzichtig werd opgehoogd en is te terughoudend geweest in het ophogen van de dosis. Van hem had verwacht mogen worden dat hij actiever had geprobeerd bv. door middel van het toedienen van hogere dosering een sterkere daling van de bloedsuikerwaarden te bereiken. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege was dat mogelijk zonder dat er een direct gevaar voor hypoglycaemie ontstond. Het Centraal Tuchtcollege deelt dan ook niet het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de trage daling tuchtrechtelijk nog net door de beugel kan en is van oordeel dat de arts in de zorg jegens klagers te kort is geschoten door onvoldoende in te grijpen in de daling van de bloedsuikerwaarden.

Het principaal beroep slaagt hiermee.

In het incidenteel beroep

4.4. Het Centraal Tuchtcollege acht ook het incidenteel beroep gegrond. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen aanleiding om te twijfelen aan de toelichting die de diabetesverpleegkundige ter terechtzitting als getuige heeft gegeven op de wijze waarop en de mate waarin zij over de behandeling van de bloedsuikerwaarden van klaagster contact onderhield met de arts. Uit die toelichting blijkt genoegzaam dat zij naar aanleiding van door klaagster aan haar doorgebelde waarden, steeds wanneer die waarden niet binnen de marges van de streefwaarden waren, overleg heeft gepleegd met de arts, die werkzaam was in de kamer naast haar en voor haar goed toegankelijk was. Het was steeds aan de arts, zo heeft de diabetesverpleegkundige verklaard, om

de hoogte van de dosering insuline te bepalen. Wanneer zij op basis van doorgebelde waarden, conform het protocol, zelfstandig de dosering had verhoogd, koppelde zij dat vervolgens altijd terug naar de arts.

Onder deze omstandigheden kan naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet gezegd worden dat de arts de diabetes verpleegkundige te zeer de vrije hand heeft gelaten en slaagt de grief van de arts dat hij de diabetesverpleegkundige voldoende heeft gesuperviseerd en dat gehandeld is volgens de geldende richtlijnen.

In het principaal en incidenteel beroep verder

4.5. Het voorgaande betekent dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, uitgezonderd de opgelegde maatregel van waarschuwing, niet in stand kan blijven. Het Centraal Tuchtcollege acht opnieuw rechtdoende de klacht dat de arts onvoldoende heeft ingrepen toen de bloedsuikerwaarden bij klaagster onvoldoende daalden, gegrond. Voor het overige is de klacht niet gegrond.

De maatregel van waarschuwing acht het Centraal Tuchtcollege passend.

4.6. Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal deze beslissing gepubliceerd worden.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in het principaal en incidenteel beroep

vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege behalve ten aanzien van de aan de arts opgelegde

maatregel van

waarschuwing,

en opnieuw rechtdoende:

weging

verklaart de klacht gegrond als beschreven in rechtsover-
4.3.

bevestigt de opgelegde maatregel van waarschuwing;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet
zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse

BIG

Staatscourant, en
voor Gezondheids-
en Medisch Contact,

zal worden aangeboden aan het Tijdschrift
recht, Gezondheidszorg Jurisprudentie
met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mrs. L.F. Gerretsen-Visser en M. Zandbergen, leden-juristen en dr. R.A. Verweij en dr. T.J.M. Tobé en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 1 april 2010, door mr. A.D.R.M. Boumans, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.