

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2010.218

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.218 van:

A. en B., wonende te C., appellanten, klagers in eerste  
aanleg,  
met rechtskundige bijstand van mr. N. Bakker, advocaat  
Ijmuiden,  
te  
tegen  
D., gynaecoloog, wonende te E. en werkzaam te C., ver-  
in hoger beroep en in eerste aanleg, met rechtskundige  
bijstand van mr. E.P. Haverkate, verbonden aan de Stichting  
VvAA rechtsbijstand te Utrecht.

#### 1. Verloop van de procedure

Appellanten - hierna klagers - hebben op 26 juni 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen verweerder - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 1 juni 2010, onder nummer 09/211, heeft dat College de klacht afgewezen. Klagers zijn van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 17 mei 2011, waar zijn verschenen klagers, bijgestaan door mr. Bakker, en de arts, bijgestaan door mr. Haverkate.

Mr. Bakker heeft het beroep toegelicht aan de hand van pleitaantekeningen die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

Na het sluiten van de behandeling ter terechtzitting heeft de arts op verzoek van het Centraal Tuchtcollege bij op 1 juli 2011 ingekomen brief van 30 juni 2011 nog een productie overgelegd (een uitdraai van het nader te noemen CTG van 11 augustus 2008 op 2 cm per minuut), waarvan een afschrift aan mr. Bakker is gezonden.

#### 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 en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:*

##### **2.1.**

*Klaagster A., hierna “klaagster”, is op 11 augustus 2008 om 14.35 uur voor een poliklinische bevalling onder leiding van de verloskundige E. opgenomen op de afdeling verloskunde van het F.. Op of omstreeks 17.30 uur bereikte klaagster volledige ontsluiting en startte zij in overleg met de verloskundige met persen. Er was sprake van een caput op H1. Om 18.00 uur vond overdracht plaats naar verweerder, omdat de harttonen niet goed te registreren waren. Vervolgens is een schedelelektrode geplaatst waarna op de wee een deceleratief CTG met vlot herstel werd gezien. Het baringsverslag vermeldt*

*dat sprake was van een CTG met weinig variabiliteit en dat het caput inmiddels gevorderd was tot H2 bij volledige ontsluiting. In overleg met verweerder, die meekeek op het CTG, is besloten tot actief doorpersen. In het baringsverslag is om 18.20u aangekend: "afh v progressie evt vacuüm of SC."*

## **2.2.**

*Om 18.45 uur is bij een goede progressie het CTG opnieuw beoordeeld in verband met deceleraties in aansluiting op de wee en het afnemen c.q. verdwijnen van de variabiliteit. Het caput was inmiddels gevorderd tot H3. In overleg met verweerder is besloten tot doorpersen.*

## **2.3.**

*Om 19.00 uur beoordeelde verweerder de situatie opnieuw waarna hij besloot tot een vacuümextractie. Na 2 vlotte tracties werd de zoon van klagers, G., geboren met een geboortegewicht van 2940 gram. G. had een slechte start. Hij was hypotoon, had geen spontane ademhaling en een hartactie bij auscultatie van meer dan 100/minuut. G. is vervolgens kortdurend beademd met masker en ballon waarop na ongeveer 5 minuten een spontane ademhaling op gang kwam. De opgeroepen dienstdoende kinderarts heeft vervolgens de behandeling overgenomen en G. overgebracht naar de couveuseafdeling. De apgarscores waren 4, 6 en 8 na 1, 5 en 10 minuten, PH navelstrengarterie 6.73, BE-32.9.*

## **2.4.**

*Ongeveer 22 uur postpartum kreeg G. een evidente convulsie, welke begon met een tachycardie, wegdraaien van de ogen, het schokken van het hoofd en repetitieve bewegingen met de linkerarm. Daarop werd een oplaaddosis Fenobarbital gegeven, 20mg/kg intraveneus. Na ongeveer 2 uur kreeg hij meerdere convulsies kort achter elkaar. Ondanks toediening van Fenobarbital bleef G. ook 's avonds convulsief waarop hij in overleg met het H. is overgeplaatst naar de IC neonatologie van het H.. Op basis van aanvullende diagnostiek werd in het H. duidelijk dat sprake was van ernstige cytotoxische hersenschade waarop in overleg met klagers werd besloten tot een abstinierend beleid in verband met de infauste prognose. G. is op 17 augustus 2008 na detubatie in het H. overleden.*

## **2.5.**

*De afdeling verloskunde van het F. beschikte destijds over een centraal bewakingssysteem waarop informatie betreffende de foetale conditie van het kind via de geplaatste schedelelektrode beschikbaar is. Via dat systeem kan het CTG voortdurend bewaakt worden ook buiten de verloskamer.*

*Verweerder was gedurende de bevalling van ongeveer 18.20u tot ongeveer 19.00u niet fysiek op de verloskamer aanwezig doch in de kamer ernaast.*

*Daarnaast is de arts-assistent voortdurend op de verloskamer aanwezig geweest. Ook deze had de beschikking over de betreffende informatie via het centraal bewakingssysteem en hield contact met verweerder wanneer deze niet zelf op de verloskamer was.*

## **3. Het standpunt van klager en de klacht.**

*De klacht richt zich tegen het handelen van verweerder tijdens de bevalling van klaagster op 11 augustus 2008 en de consequenties daarvan ten aanzien van de gezondheid van klagers zoon G., uiteindelijk resulterend in diens overlijden.*

*De klacht houdt zakelijk weergegeven het volgende in:*

- 1. Verweerder was tijdens de bevalling gedurende 40 minuten afwezig, terwijl sprake was van een bevalling met complicaties.*

2. Verweerder heeft niet adequaat gereageerd op de gehele situatie die aanleiding had moeten geven tot het nemen van actie.

3. Verweerder is niet tijdig overgegaan tot een keizersnede.

#### **4. Het standpunt van verweerder.**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig voor de beoordeling van de klacht wordt daarop in het hiernavolgende ingegaan.

#### **5. De overwegingen van het college.**

##### **5.1.**

Het eerste klachtonderdeel ziet op de afwezigheid van verweerder in de verloskamer gedurende ongeveer 40 minuten vanaf ongeveer 18.20 uur tot ongeveer 19.00 uur. Verweerder heeft erkend dat hij weliswaar niet gedurende de gehele bevalling fysiek aanwezig is geweest bij klaagster in de verloskamer maar wel voortdurend bij de behandeling betrokken is geweest via het centrale bewakingssysteem waardoor hij voortdurend over de foetale conditie werd geïnformeerd. Hij bevond zich in een kamer direct naast de verloskamer waar de bevalling plaatsvond en kon op die wijze de foetale conditie voortdurend volgen. Klagers betwisten dat verweerder aldus de voortgang van de bevalling voortdurend kon volgen, omdat uit het medisch dossier niet blijkt dat verweerder zich op deze wijze op de hoogte heeft gesteld van de feitelijke gang van zaken. Het college is van oordeel dat de door verweerder geschetste gang van zaken op de afdeling verloskunde van het F. niet ongebruikelijk is. De enkele omstandigheid dat niet in het medisch dossier is aangetekend dat verweerder de voortgang van de bevalling buiten de verloskamer heeft gevolgd, is onvoldoende om aan te nemen dat hij dat niet heeft gedaan. Aangezien verweerder via het centrale bewakingssysteem de voortgang van de bevalling buiten de verloskamer kon volgen en het college aanneemt dat hij dat heeft gedaan, behoefde verweerder in dit geval niet steeds op de verloskamer fysiek aanwezig te zijn. Naar het oordeel van het college was aldus ook gedurende de periode dat verweerder niet op de verloskamer aanwezig was sprake van een voldoende controle van de bevalling. Daar komt bij dat in het onderhavige geval in de verloskamer een over voldoende ervaring beschikkende arts-assistent aanwezig was die continu de beschikking had over informatie met betrekking tot de foetale conditie van het kind via de geplaatste schedelelektrode en met verweerder contact hield. Uit het baringsverslag blijkt dat de betrokken arts-assistent om 18.45u nog contact heeft gehad met verweerder en in overleg met verweerder besloten is tot doorpersen, in welk overleg verweerder heeft aangegeven dat hij zo zou komen om de situatie mee te beoordelen. Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

##### **5.2.**

Het tweede klachtonderdeel, dat ziet op het verwijt dat verweerder niet adequaat zou hebben gereageerd op de veranderingen in de toestand van G., die aanleiding hadden moeten geven tot het nemen van actie, ligt in het verlengde van het eerste klachtonderdeel.

Verweerder heeft daartegen aangevoerd dat de informatie die hij via de centrale bewaking in de vorm van het cardiogram kreeg geen aanleiding gaf tot ingrijpen. Uit de hem ter beschikking staande informatie concludeerde hij dat er op dat moment geen sprake was van een gecompliceerde bevalling of foetale nood. Verweerder heeft er daarbij op gewezen dat de verloskundige de behandeling niet had overgedragen vanwege complicaties maar omdat de harttonen niet goed geregistreerd konden worden. De via de schedelelektrode beschikbare informatie gaf verweerder geen aanleiding om foetale nood te veronderstellen.

*Aan de hand van de door de gemachtigde van verweerder overgelegde CTG's blijkt, dat weliswaar sprake was van deceleraties, doch deze herstelden zich steeds over een tijdsverloop van ongeveer 1 uur. Om 18.45u is het CTG bij een goede progressie van de bevalling opnieuw beoordeeld in verband met deceleraties in aansluiting op de wee en het afnemen c.q. verdwijnen van de variabiliteit. Verweerder heeft toen vrijwel direct besloten tot een vacuümextractie. Het college is van oordeel dat de beslissing van verweerder om niet eerder in te grijpen dan omstreeks 19.00u begrijpelijk en aanvaardbaar is. Het college wil wel aannemen dat het voor klagers moeilijk te begrijpen is dat niet eerder was te voorzien dat G. in slechte conditie verkeerde. In dit geval heeft zich echter helaas de voor klagers zeer betreurenswaardige situatie voorgedaan dat dit aan de hand van alle beschikbare informatie niet voorzienbaar was. Daarvan kan verweerder geen verwijt worden gemaakt. Het tweede klachtonderdeel is derhalve eveneens ongegrond.*

### **5.3.**

*Klagers verwijten verweerder tenslotte dat hij niet tijdig is overgegaan tot een keizersnede.*

*Verweerder heeft daartegen naar voren gebracht dat hij voor het geval progressie zou ontbreken met een keizersnede rekening heeft gehouden, waartoe hij heeft geïnformeerd naar de beschikbaarheid van een operatieteam.*

*Er is echter geen operatiekamer in gereedheid gebracht. Daarvoor was naar het oordeel van verweerder geen reden, omdat er sprake bleek van een goede progressie. Toen verweerder vermoedde dat de conditie van G. minder werd, heeft hij besloten de bevalling te termineren door een vacuümextractie. Daarvoor heeft hij gekozen omdat de geboorte reeds ver gevorderd was en een deel van het hoofdje zichtbaar was.*

*Het college is niet gebleken dat voren geschetst beleid van verweerder in de gegeven omstandigheden onjuist was. Verweerder heeft weliswaar een keizersnede overwogen, doch op grond van de hem ter beschikking staande gegevens terecht besloten de bevalling te beëindigen door middel van een vacuümextractie.*

*Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.*

### **5.4 .**

*De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is."*

## **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 zijn weergegeven onder 2.1. tot en met 2.5. van de bestreden uitspraak.

## **4. Beoordeling van het hoger beroep**

### **4.1.**

In hoger beroep stellen klagers twee aspecten van het optreden van de arts aan de orde:

- (i) diens afwezigheid bij de bevalling en in samenhang daarmee het niet of gebrekkig volgen van de bevalling via het centrale bewakingssysteem, en
- (ii) de volgens klagers inadequate reactie van de arts op signalen dat G. in foetale nood kwam te verkeren.

*Ad i.*

### **4.2.**

Vast staat dat de arts, nadat klaagster aan hem was overgedragen en nadat hij samen met I. de schedelelectrode had geplaatst, de verloskamer heeft verlaten. Klagers verwijten de arts dat hij niet vanaf de overdracht tot aan het einde van de bevalling bij klaagster is gebleven. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt dat er bij de overdracht geen

indicaties waren die noodzaken tot de voortdurende aanwezigheid van de arts bij de bevalling. Het patroon van de harttonen was toen als normaal te beschouwen, zoals hierna nader zal worden beschreven. Door de aanwezigheid van de arts-assistent en door de cardiotocografische registratie (CTG) kon het verloop van de bevalling en de conditie van G. voldoende worden beoordeeld. Op grond van de aantekening in de status ("D. kijkt mee op CTG") moet ervan worden uitgegaan dat de arts het CTG heeft gevolgd. Het is in de praktijk van de Nederlandse ziekenhuizen niet ongebruikelijk dat de behandelend gynaecoloog bij een bevalling als hier plaatsvond niet steeds aanwezig is. Verder is er op een tweetal cruciale momenten overleg geweest tussen de arts-assistent J. en de arts: om ongeveer 18.20 uur, toen werd besloten de situatie nog even aan te zien, en om 18.45 uur toen is besloten tot doorpersen.

Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is.

*Ad ii*

4.3. Het tweede klachtonderdeel heeft het Centraal Tuchtcollege aanleiding gegeven nadere informatie bij de arts in te winnen over het verloop van de bevalling, in het bijzonder door het opvragen van een verbeterde uitdraai van het CTG. Uit de nader ontvangen gegevens kan in samenhang met hetgeen overigens uit het dossier en het verhandelde ter openbare zitting het volgende worden opgemaakt. Om 17.50 uur heeft de verloskundige geconstateerd dat de harttonen niet goed konden worden geregistreerd. Volgens de status is klaagster om 18.00 uur aan de arts overgedragen. Na het plaatsen van de schedelelectrode is het CTG volgens de uitdraai gestart om 17.56 uur. In de status is genoteerd: deceleratief CTG op wee, vlot herstel, weinig variabel, kinderhoofd op H2.

Om 18.20 uur is de arts-assistent J. klaagster gaan begeleiden. Besloten is actief door te gaan met persen (kort daarvoor gestart). Genoteerd wordt dat om 18.45 uur in overleg tussen de arts-assistent en de arts wordt besloten tot doorpersen. Het CTG wordt omschreven als weinig variabel op de wee, tussen de weeën wel variabel. Om 19.00 uur wordt, als het kinderhoofd op H3 staat, in verband met de niet vorderende uitdrijving besloten tot vacuümextractie. Om 19.10 uur wordt door de arts de cup geplaatst. Na twee tracties wordt G. om 19.15 uur geboren.

Het CTG loopt door tot 19.09 uur.

4.4

Bij nadere beschouwing kan het CTG worden onderverdeeld in verschillende perioden, waarbij de schedelelectrode het mogelijk maakte de variaties in de harttonen van G. nauwkeurig te volgen en vast te leggen. Dit levert het volgende beeld op:

17.56-18.05 uur

Normaal patroon bij begin uitdrijvingsfase met hoogstaand hoofd

18.05-18.15 uur

Deze periode begint, nadat klaagster twee keer kort na elkaar heeft geperst, met een spontane deceleratie tot 80 slagen per minuut. Daarna is er gedurende 10 minuten sprake van een normale basisfrequentie. Er zijn regelmatige persweeën van 2-3 minuten.

18.15-18.25

Goede regelmatige persweeën. Omstreeks 18.17 uur verandert het patroon vrij plotseling, gekenmerkt door verlies aan variabiliteit. Omstreeks 18.19 uur treedt tijdens een wee een deceleratie op welke 2½ minuut aanhoudt en daarna langzaam herstelt. De variabiliteit blijft verminderd tot 18.26 uur.

18.26-18.35 uur

Er treedt normalisatie op van het ctg. De basisfrequentie is normaal en de variabiliteit is hersteld. Wel is er een tendens naar kortdurende late deceleraties.

18.35-18.45 uur

Geen deceleraties, evenmin acceleraties.

18.45-18.55 uur

Bij een normale bandbreedte van het aantal slagen per minuut treedt om 18.50 een kleine en om 18.55 uur een late deceleratie plaats.

18.55-19.05 uur

Bij een toenemende intensiteit van de weeën blijkt steeds duidelijker van late deceleraties.

19.05-19.09

Bij iedere wee treedt een late deceleratie op, die dieper en breder worden. Tussendoor is er wel herstel naar een basisfrequentie. In de weeën Pauzes is er een normale variabiliteit. Acceleraties ontbreken volledig.

4.5.

In het licht van deze beschrijving komt het Centraal Tuchtcollege tot de volgende beoordeling. In de loop van de bevalling zijn er stukken met een niet tot ongerustheid aanleiding gevend patroon van de foetale harttonen. Daartussen zijn er kleine stukken waarbij dat harttonenpatroon niet geruststellend is. Diepe deceleraties die de verloskundige had waargenomen bij het begin van het persen, werden omstreeks 18.20 uur kortdurend en daarna pas in de laatste fase geconstateerd. Met name rond 18.20 uur is er een vrij plotselinge verandering van het CTG die echter na enkele minuten weer verdwenen is. Omstreeks die periode in het uitdrijvingsproces heeft volgens de status het overleg plaatsgehad tussen de arts en de arts-assistent. Zij hebben besloten het even aan te zien. Deze beslissing getuigt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet van handelen dat strijdig is met de zorg die de arts ten opzichte van klaagster en G. behoorde te betrachten, omdat het CTG, zoals beschreven, liet zien dat de harttonen zich kort nadien herstelden.

4.6.

Klagers voeren aan dat de arts om 18.20 uur gezegd heeft dat hij voornemens was een keizersnede uit te voeren, als er na tien minuten nog steeds geen progressie zou zijn. Op grond van het CTG is te billijken dat de arts daar niet toe is overgegaan. Daaruit volgt immers dat na 18.20 uur een normalisatie is opgetreden van het CTG met een normale basisfrequentie en een herstelde variabiliteit. De gegevens over de conditie van G. noodzaakten daarom niet tot een keizersnede. De latere beslissing om over te gaan tot een vacuumextractie is volgens de arts ingegeven door de overweging dat doorpersen bij de stand van het hoofd van G. meer voor de hand lag dan het uitvoeren van een keizersnede. Het college oordeelt dat aan die beslissing een juiste afweging ten grondslag ligt.

4.7.

De conclusie is dat ook de tweede klacht moet worden afgewezen. De bestreden uitspraak kan daarom in stand blijven. Het hoger beroep zal daarom worden verworpen.

4.8.

Bij de behandeling van de zaak heeft de arts desgevraagd vermeld dat het mogelijk is in het F.-Ziekenhuis microbloedonderzoek (MBO) te doen. Volgens de arts duurt het echter 15 minuten alvorens de uitslag daarvan bekend is, omdat het bloedmonster eerst vervoerd moet worden naar een centraal laboratorium. Het Centraal Tuchtcollege merkt over deze gang van zaken op dat het aanbeveling zou verdienen indien de verwerking van het MBO op de verloskamers uitgevoerd wordt, zoals in opleidingsklinieken gebruikelijk is. Daardoor kan worden bereikt dat de drempel voor het MBO laag is en onmiddellijk over informatie kan worden beschikt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mrs. A.H.A. Scholten en G.P.M. van den Dungen, leden-juristen en G. Brinkhorst en dr. R.A. Verweij, leden-beroepsgenoten en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 18 oktober 2011, door mr. K.E. Mollema, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.