

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/190

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE AMSTERDAM

**Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent
de op 7 juli 2010 binnengekomen klacht van:**

- 1. A, en**
- 2. B,**

**in hun hoedanigheid van Senior-Inspecteur, respectievelijk
Inspecteur voor de Volksgezondheidszorg te C,**

k l a a g s t e r s,

tegen

D,

gynaecoloog,

wonende en destijds werkzaam te E,

v e r w e e r d e r,

gemachtigde: mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlage;
- de dupliek met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van klagster sub 2 van 2 december 2010, binnengekomen op 3 december 2010;
- de brief van de gemachtigde van verweerder van 24 november 2010, binnengekomen op 25 november 2010.

De klacht is ter openbare terechtzitting, op de voet van artikel 57 lid 1 en lid 2 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: de Wet BIG), gezamenlijk behandeld met de klachtzaak van klagsters tegen F, geregistreerd onder nummer 10/191V en de klachtzaken van G en H tegen verweerder respectievelijk F geregistreerd, onder respectievelijk de nummers 11/024 en 11/025V.

Partijen waren aanwezig.

Verweerder werd bijgestaan door mr. De Ridder voornoemd.

Klaagsters, verder te noemen IGZ, en mr. De Ridder hebben over en weer een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college is overgelegd.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Verweerder is als gynaecoloog verbonden geweest aan het I te E, verder het ziekenhuis.

2.2 De klacht heeft betrekking op de bevalling van mevrouw H, verder te noemen patiënte, op 5 mei 2009.

2.3 Een eerdere zwangerschap van patiënte was gecompliceerd geweest door diabetes gravidarum, een primaire weeënzwakte en een matig CTG, uitmondend in een spoedsectio. Uiteindelijk is een gezonde zoon geboren.

2.4 Bij deze tweede zwangerschap van patiënte zijn op de polikliniek alle risico's ingeschat en onderkend en met de ouders besproken door de behandelend gynaecoloog, J (verder J). Er is onder meer afgesproken dat vroegtijdig met 39 weken op 7 mei 2009 een proefbaring van drie uur door middel van een cervixdilatatatie zou plaatsvinden. De à terme datum was 15 mei 2009.

2.5 Op 4 mei 2009 zijn bij patiënte om 07.00 uur de weeën begonnen. Patiënte heeft zich bij het ziekenhuis gemeld, maar werd naar huis gestuurd omdat zij nog niet in partu was.

2.6 Op 5 mei 2009 (nationale feestdag met zondagsdienst) om 01.00 uur heeft patiënte zich wederom gemeld in het ziekenhuis met krachtiger contracties. Zij is weer naar huis gestuurd zonder een gynaecoloog te spreken, hoewel zij daarom wel had verzocht.

2.7 Om 06.25 uur is er telefonisch contact geweest tussen patiënte en personeel in het ziekenhuis, waarna patiënte naar het ziekenhuis is gegaan. Om 06.45 uur is zij aangesloten aan het CTG-apparaat. Om 10.30 uur is patiënte getoucheerd door een verloskundige en is 4 cm ontsluiting geconstateerd.

2.8 Om 13.00 uur is een epiduraal ingebracht op de verkoeverkamer van de OK.

2.9 Om 13.30 uur heeft verweerder, die vanaf 9 uur dienst had, voor de eerste keer patiënte bezocht en is een proefbaring met bijstimulatie besproken.

2.10 De dienstdoende verloskundige heeft om 14.00 uur de vliezen van patiënte gebroken en meconiumhoudend vruchtwater geconstateerd. Na overleg met verweerder heeft de verloskundige opdracht gegeven om bij te stimuleren met oxytocine. Deze verloskundige heeft haar dienst om 15.00 uur beëindigd en overgedragen aan voornoemde verloskundige F, die als klinische verloskundige in dienst was van het ziekenhuis.

2.11 De verloskundige heeft omstreeks 15.30 uur tegenover verweerder haar bezorgdheid geuit over het ingezette beleid (over de combinatie van een litteken-uterus, epiduraal en bijstimuleren; zij stelde de vraag, hoe lang het nog verantwoord was om door te gaan). Verweerder heeft toen geantwoord dat, als zij dacht dit niet aan te

kunnen, zij niet geschikt was voor tweedelijns verloskunde, of woorden van gelijke strekking. Dit incident heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een verpleegkundige en een co-assistente. Tussen verweerder en de verloskundige had zich niet lang daarvoor een incident voorgedaan bij een soortgelijke bevalling.

2.12 Om 16.45 uur heeft verweerder patiënte voor de tweede maal gezien.

2.13 De verloskundige en verweerder hebben om 16.45 uur bij patiënte een druklijn geplaatst.

2.14 Verweerder is om 17.10 uur naar huis gegaan. Hij had thuis de mogelijkheid het EPD (elektronisch patiënten dossier) te lezen maar geen mogelijkheid om het CTG te zien. In het EPD staat om 18.15 uur vermeld dat de ontsluiting 6-7 cm is. Tevens staat genoteerd: “meconiumhoudend. Indaling hoofd H1+. Mw voelt meer pijn. Vt: bij rugligging diepe deceleratie met laat component.” Verweerder heeft dat als gunstig beoordeeld. Hij heeft tijdens zijn afwezigheid geen contact opgenomen met de verloskundige.

2.15 Om 18.00 uur heeft de verloskundige de stand van de epiduraalpomp opgehoogd. De pijn bij patiënte was inmiddels veranderd van karakter.

2.16 Tussen 19.30 uur en 20.10 uur is niemand bij patiënte op de verloskamer aanwezig geweest. Om 20.10 uur is de co-assistente bij patiënte gekomen en heeft zij opgemerkt dat het CTG ernstig was verslechterd. Zij heeft onmiddellijk de verloskundige geïnformeerd waarna verweerder is gebeld. Verweerder is om 20.30 uur gekomen. De pijn was veranderd en verweerder heeft vervolgens tot een spoedsectio besloten.

2.17 Bij de spoedsectio is een uterusruptuur geconstateerd met een dehiscentie (openscheuren) van het oude litteken. Het kind bevond zich met hoofd en schouders in de buikholte en de placenta lag los. Het meisje, K, is om 21.01 uur geboren en was in zeer slechte toestand.

2.18 K is gereanimeerd en beademd overgeplaatst naar het L met de diagnose perinatale asfyxie.

2.19 Op 7 mei 2009 is vanwege de infauste prognose de behandeling stopgezet.

2.20 K, hierna ook wel te noemen het kind, is op 7 mei 2009

in bijzijn van de ouders overleden.

2.21 Op 22 mei 2009 heeft een nagesprek plaatsgevonden, waaraan de ouders, de gynaecoloog J en verweerder hebben deelgenomen.

2.22 De ouders hebben tegen verweerder aangifte bij justitie gedaan van dood door schuld.

2.23 Op 26 juni 2009 heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis na overleg met IGZ melding gemaakt van deze calamiteit aan IGZ. Het ziekenhuis heeft M om een rapportage gevraagd die op 20 juli 2009 is uitgebracht.

3. De klacht en het standpunt van IGZ

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. bij aanvang van de dienst patiënte niet direct heeft bezocht om na onderzoek gefundeerd beleid te bespreken hetgeen verwacht had mogen worden, zeker gelet op het feit dat het om een risicopatiënte ging, waarbij hij steeds is afgegaan op informatie van de verloskundigen;
2. bij zijn beleid onvoldoende mee heeft laten wegen de verloskundige anamnese van de vorige bevalling, te weten de niet vorderende ontsluiting, de spoedsectio, de diabetes gravidarum met een mogelijke wondgenezingsstoornis bij de vorige sectio, en hij bij de beslissing tot bijstimuleren en het verder gevoerde afwachtende beleid geen rekening heeft gehouden met de noodzaak van progressie bij een vaginale proefbaring gelet op de voorgeschiedenis van patiënte; tevens heeft hij onvoldoende rekening gehouden met de stapeling van de in de loop van de baring optredende risicofactoren;
3. onvoldoende heeft laten meewegen dat er om 14.00 uur meconiumhoudend vruchtwater was bij een klein kind en een strak CTG waarvan hij op de hoogte was gesteld door verloskundige;
4. onprofessioneel heeft gereageerd op de twijfels over zijn beleid van de verloskundige door haar openlijk te bekritisieren en haar competentie in twijfel te trekken; dit geldt te meer omdat eerdere communicatieproblemen over beleid met deze verloskundige niet waren opgelost;
5. naar huis is gegaan hoewel er nauwelijks progressie van de baring was ondanks bijstimulatie, in combinatie met meconiumhoudend vruchtwater, een klein kind, suboptimaal CTG en litteken-uterus, terwijl hij thuis niet het CTG kon lezen en moest afgaan op de notities in het EPD van de verloskundige;
6. geen contact heeft opgenomen met de verloskundige in de ruim 3 uur na zijn vertrek uit het ziekenhuis om de voortgang van de baring en de toegenomen pijnervaring van zijn patiënte te bespreken;
7. geen aantekeningen heeft gemaakt van het bezoek dat hij naar eigen zeggen om 13.30 uur heeft gebracht aan patiënte, noch beleid heeft vastgelegd;
8. als supervisor bij deze hoog risicopatiënte zijn beleid nergens heeft geëvalueerd en geen beleidsafspraken voor de taakgedelegeerde heeft gemaakt en geen communicatie afspraken heeft vastgelegd als supervisor bij deze hoog risico-patiënte;

9. in het gesprek met de ouders op 22 mei 2009 heeft aangegeven dat hij opnieuw dezelfde keuzes zou maken, waarmee hij blijkt heeft gegeven van onvoldoende inzicht in zijn eigen handelen;

10. geen melding heeft gemaakt van de calamiteit bij de Raad van Bestuur.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder stelt zich op het standpunt dat hij achteraf gezien betere keuzes had kunnen maken. Hij voelt zich daarover zeer schuldig en verantwoordelijk, maar is van mening dat hem hiervan geen tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Hij heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 De klachtonderdelen worden wegens de onderlinge samenhang gezamenlijk behandeld. Wel zullen hierna de klachtonderdelen ook afzonderlijk worden aangehaald. Als vaststaand moet worden aangenomen dat (klachtonderdeel 1) verweerder niet direct bij het begin van zijn dienst op 5 mei 2009 naar patiënte is gegaan. Volgens verweerder ving zijn dienst aan om 9.00 uur, maar was hij omstreeks 10.30 uur in het ziekenhuis. Het had op zijn weg gelegen kort na binnenkomst bij patiënte langs te gaan, al was het maar omdat zij een hoog risico-patiënte was met een voorgeschiedenis die zijn bijzondere aandacht als gynaecoloog nodig maakte. Hij had bij die gelegenheid met haar de gemaakte afspraken tussen haar en J moeten bespreken en zijn behandelplan voor die dag moeten ontvouwen en haar toestemming moeten vernemen. Daarbij komt dat vaststaat dat verweerder van de gemaakte afspraken op de hoogte was. Verweerder had dus veel eerder bij patiënte langs moeten gaan. Dan was hem waarschijnlijk duidelijk geworden dat de baring slecht vorderende sinds de binnenkomst van patiënte in het ziekenhuis en de verdere begeleiding extra aandacht zijnerzijds verdiende.

5.2 In plaats van naar patiënte te komen en actie te ondernemen heeft hij eerst nog, zonder haar te zien, besloten tot epidurale anesthesie. Hij is daarna, naar onbetwist vast staat, eerst om 13.30 uur bij haar langs gegaan. Van zijn bezoek noch van hetgeen besproken is, is ten onrechte geen aantekening in de status gemaakt (klachtonderdeel 7.). Aannemelijk is geworden dat hij ook toen (klachtonderdeel 2.) geen of onvoldoende aandacht heeft besteed aan de bijzondere voorgeschiedenis van patiënte en bedoelde afspraken die eerder met haar gemaakt waren. Verweerder heeft als verklaring gegeven waarom hij toen, en later in die middag, is afgeweken van de met J gemaakte afspraken dat hij verwachtte dat patiënte, die graag vaginaal wilde bevallen, met bijstimulatie wel zou ontsluiten. In de 4 cm ontsluiting was overigens sinds 10.35 uur geen verandering

gekomen. In deze specifieke situatie, mede gelet op de verloskundige voorgeschiedenis en de op de polikliniek gemaakte afspraken, had verweerder een duidelijke grens moeten stellen. Bijvoorbeeld volledige ontsluiting voor 17 uur. En deze grens moeten bespreken met het team en de patiënte en de overwegingen en afspraken moeten noteren in de decursus.

5.3 Voor zover verweerder mede als argument aanvoert dat patiënte akkoord ging met dit beleid en erg gemotiveerd was voor een vaginale bevalling, dan wel dat de dienstdoende verloskundige dit had voorgesteld, wordt een en ander verworpen. Gelet op de onvoldoende progressie van de ontsluiting bestond er voor verweerder geen goede reden om in de loop van de dag nog met redelijke zekerheid te verwachten dat bevalling op korte termijn langs natuurlijke weg zou plaatsvinden.

5.4 Klachtonderdeel onder 3. is evenmin door verweerder weersproken. De in dit klachtonderdeel door de dienstdoende verloskundige telefonisch gemelde signalen (meconiumhoudend vruchtwater bij het breken van de vliezen en een strak CTG). Als verweerder niet al op grond van deze signalen had moeten besluiten tot een sectio, dan had hij toch zeker in de opvolgende uren zich hebben moeten vergewissen van een voldoende en substantiële progressie van de ontsluiting.

5.5 Nadat F om 15.00 uur de dienst als verloskundige had overgenomen heeft zich omstreeks 15.30 uur een onaangename discussie tussen haar en verweerder ontwikkeld. De verloskundige heeft tegenover verweerder, kort samengevat, haar twijfel over het door hem ingezette beleid geuit. Verweerder heeft daarop, in aanwezigheid van derden uitgesproken aan de competentie van deze verloskundige te twijfelen. Nog afgezien van het feit dat door de ontwikkelingen daarna rond de bevalling aannemelijk is dat de twijfel van de verloskundige gerechtvaardigd was, was het ongepast dat verweerder in aanwezigheid van anderen de competentie van de verloskundige ter discussie heeft gesteld. Hij heeft deze kwestie noch later op de middag noch nadien met de verloskundige uitgepraat. Dat is niet professioneel. In plaats daarvan heeft hij zijn beleid voortgezet, ook om 16.30 uur toen hij patiënte nogmaals bezocht. Van voldoende progressie in het baringsproces bleek op dat tijdstip geen sprake. Hij heeft desondanks daarop het ziekenhuis verlaten en is naar huis gegaan, zonder nader overleg te plegen en afspraken te maken met de verloskundige. Hij wist dat hij thuis geen mogelijkheid had om zelfstandig en rechtstreeks de ontwikkelingen rond patiënte te volgen en was dus afhankelijk van de aantekeningen in het EPD van het personeel in het ziekenhuis, nota bene allereerst van de verloskundige met wie hij de zojuist beschreven vervelende kwestie had gehad. Door zonder overleg of instructies te geven het ziekenhuis te verlaten heeft verweerder hoogst onverantwoord gehandeld (klachtonderdelen 5. en 8.).

5.6 Tijdens zijn verblijf thuis heeft verweerder 3 uur lang geen contact opgenomen om zich op de hoogte te stellen van de ontwikkelingen (klachtonderdeel 6). Ook hiervoor heeft verweerder geen (afdoende) verklaring gegeven. De vermelding in het EPD om 18.15 uur, dat de ontsluiting 6-7 cm was, had hem niet gerust mogen stellen. Toen eenmaal omstreeks 20.10 uur gemeld was dat het CTG ernstig verslechterd was,

is hij onmiddellijk naar het ziekenhuis gegaan en heeft hij gegeven de omstandigheden adequaat gehandeld.

5.7 In klachtonderdeel 9. heeft IGZ betoogd dat verweerder tijdens het nagesprek met de ouders op 22 mei 2009 blijkt heeft gegeven van onvoldoende inzicht in eigen handelen, nu hij zou hebben gezegd dat hij bij een volgende keer dezelfde keuzes zou maken. Verweerder heeft dit klachtonderdeel bestreden en ontkend dat hij bedoelde opmerking heeft gemaakt. Ter adstructie heeft hij aantekeningen uit het dossier overgelegd (productie 22 bij verweerschrift), waarin staat vermeld "*Medeleven uitgesproken, dit is niet gegaan zoals het zou moeten...*"

Mede gelet op deze aantekening kan niet worden vastgesteld, wat tijdens het gesprek precies is gezegd en of verweerder de gewraakte opmerking heeft gemaakt in de betekenis zoals die door de ouders is opgevat. Hoewel duidelijk is, dat de ouders de bespreking niet als bevredigend hebben ervaren, is er daarom onvoldoende aanwijzing voor dat verweerder een verwijt kan worden gemaakt over de wijze waarop hij aan het gesprek heeft deelgenomen. Dit wil niet zeggen dat aan de lezing van verweerder meer geloof wordt gehecht dan aan die van de ouders maar alleen dat voor hun lezing, die zij aannemelijk moeten maken, niet voldoende grond bestaat.

5.8 Tegenover het laatste klachtonderdeel, inhoudende dat verweerder geen melding heeft gemaakt van de calamiteit, heeft verweerder aangevoerd dat de melding wel is gedaan, maar vanwege verschillende omstandigheden later dan de bedoeling was. IGZ is op 24 juni 2009 door de Officier van Justitie op de hoogte gesteld van de calamiteit. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis is door een journalist op de hoogte gesteld van de calamiteit. Dit klachtonderdeel wordt dus gegrond verklaard.

5.9 Uit het bovenstaande volgt dat de klachtonderdelen op een na alle gegrond zijn. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de individuele gezondheidszorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG jegens patiënte had behoren te betrachten. Verweerder is in verschillende opzichten ernstig tekort geschoten tegenover het kind en patiënte. Hoewel de gevolgen dramatisch zijn geweest, mag dat volgens geldende tuchtrechtspraak niet beslissend zijn voor de aard van de maatregel. De opeenstapeling van gemaakte fouten zou echter een zwaardere maatregel rechtvaardigen. In de omstandigheid dat aan deze zaak reeds veel publiciteit is gegeven, met alle negatieve gevolgen voor verweerder van dien, en het feit dat hij het ziekenhuis inmiddels heeft moeten verlaten, wordt echter aanleiding gevonden de maatregel te beperken tot die van berisping.

5.10 Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekend gemaakt.

5.11 Ten overvloede merkt het college met verontrusting te hebben

geconstateerd dat in de onderzoeksrapporten van M en de IGZ meerdere sub-standard factoren binnen de vakgroep Obstetrie van het betreffende ziekenhuis worden beschreven, die een rol gespeeld bij het verloop van deze casus.

De door M geformuleerde aanbevelingen die, naar IGZ heeft opgemerkt, inmiddels worden opgevolgd, worden met instemming door het college ondersteund.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege berispt verweerder.

Bepaalt dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 12 april 2011 door:

mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter,

R. Vogelenzang en dr. J.P. Lips, leden-arts,

mr. S.S. van Gijn, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 7 juni 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. J.S.W. Holtrop, voorzitter

w.g. S.S. van Gijn, secretaris