

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2010/191v

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG 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,
verloskundige,
wonende te E,
destijds werkzaam te F,
v e r w e e r s t e r,
gemachtigde prof. mr. J.G. Sijmons, advocaat te Zwolle.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van de gemachtigde van verweerster van 29 november 2010, binnengekomen op 30 november 2010.

De klacht is ter openbare terechtzitting, op 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 klaagsters tegen G, geregistreerd onder nummer 10/190 en de klachtzaken van H en I tegen verweerster en G geregistreerd onder respectievelijk de nummers 11/024 en 11/025V.

Partijen waren aanwezig.

Verweerster werd bijgestaan door prof. mr. Sijmons voornoemd.

Klaagsters, verder te noemen IGZ, en prof. mr. Sijmons 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 Verweerster is als klinisch verloskundige verbonden geweest aan het J te F, verder het ziekenhuis.

2.2 De klacht heeft betrekking op de bevalling van mevrouw I, 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 werd 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, K (verder K). 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 krachtigere 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 bij patiënte een epiduraal ingebracht op de verkoeverkamer van de OK.

2.9 Om 13.30 uur heeft de gynaecoloog (die vanaf 9 uur dienst had) voor de eerste keer patiënte bezocht en is een proefbaring en bijstimulatie besproken.

2.10 De dienstdoende verloskundige heeft om 14.00 uur de vliezen van patiënte gebroken en meconiumhoudend vruchtwater geconstateerd. Na overleg met de gynaecoloog heeft de verloskundige opdracht gegeven om bij te stimuleren met oxytocine.

2.11 Verweerster is om 15.00 uur begonnen met haar dienst in het ziekenhuis.

2.12 Verweerster heeft rond die tijd tegenover de gynaecoloog 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). De gynaecoloog 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-assistent. Tussen verweerster en de desbetreffende gynaecoloog had zich niet lang daarvoor een incident voorgedaan bij een soortgelijke bevalling.

2.13 Om 16.45 uur heeft de gynaecoloog patiënte voor de tweede maal gezien.

2.14 Verweerster en gynaecoloog hebben om 16.45 uur bij patiënte een druklijn geplaatst.

2.15 De gynaecoloog 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. De gynaecoloog heeft dat als gunstig beoordeeld. Tevens wordt in het EPD een duidelijke omschrijving gegeven van het CTG dat een diepe deceleratie met late component, herstel tot 180sl/min en daarna moeilijk te beoordelen basislijn laat zien. Ook het reeds bekende feit dat het vruchtwater meconiumhoudend was is hier zichtbaar. Hij heeft geen contact opgenomen met verweerster.

2.16 Verweerster heeft om 18.15 uur patiënte opnieuw getoucheerd. De ontsluiting was dus 6-7 cm en bij het verrichten van het VT liet het CTG diepe deceleraties zien. Verweerster heeft daarop voor de tweede maal de stand van de epiduraalpomp opgehoogd. De aard van de pijn bij patiënte was inmiddels veranderd.

2.17 Tussen 19.30 uur en 20.10 uur is niemand bij patiënte op de verloskamer geweest. Verweerster had ook de zorg voor een andere patiënte op de afdeling met een HELLP syndroom.

2.18 Om 20.10 uur is de co-assistente bij patiënte gekomen en heeft zij opgemerkt dat het CTG was verslechterd. Zij heeft onmiddellijk verweerster geïnformeerd waarna de gynaecoloog is gebeld. De gynaecoloog is om 20.30 uur gekomen en heeft tot een spoedsectio besloten.

2.19 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, L, is om 21.01 uur geboren en was in zeer slechte toestand.

2.20 L is gereanimeerd en beademd overgeplaatst naar het M met de diagnose perinatale asfyxie.

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

2.22 L is in bijzijn van de ouders op 7 mei 2009 overleden.

2.23 Op 22 mei 2009 heeft er een gesprek plaatsgevonden, waaraan de ouders, K en de gynaecoloog hebben deelgenomen.

2.24 De ouders hebben aangifte bij justitie gedaan tegen de gynaecoloog wegens dood door schuld.

2.25 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 N 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 verweerster:

1. gelet op haar verantwoordelijkheid in deze en de grenzen die zij in acht had moeten nemen ten aanzien van deze verantwoordelijkheid in verhouding tot die van de supervisor-gynaecoloog, niet de beslissing heeft genomen de gynaecoloog te informeren toen het CTG verslechterde en de pijn veranderde, maar zich heeft laten leiden door hetgeen vlak daarvoor tussen hen was voorgevallen en op een vorige ervaring met deze gynaecoloog gebaseerde verwachting;
2. haar professionele verantwoordelijkheid niet heeft genomen door beleid uit te voeren waar ze niet achter kon staan;
3. terwijl zij de regie had over de bevalling, toegestaan heeft dat patiënte enige tijd zonder observatie en/of CTG alleen is gelaten, hoewel zij zich zorgen maakte over het gevoerde beleid en het CTG.

4. Het standpunt van verweerster

Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel maakt verweerster zichzelf het verwijt dat zij rond 18.00 uur de gynaecoloog niet heeft gebeld. Zij was door zijn eerdere reactie ervan overtuigd dat hij niet naar haar zou luisteren en dat het voor het verloop van de avond geen verschil zou maken.

Verweerster voert met betrekking tot het klachtonderdeel onder 2. aan dat het niet aan haar was om het beleid te bepalen maar dat zij erop mocht vertrouwen dat de gynaecoloog, die de eindverantwoordelijke was, de situatie juist zou inschatten.

Ten aanzien van het derde klachtonderdeel erkent verweerster dat zij patiënte niet van 19.30 uur tot 20.00 uur alleen had mogen laten.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het eerste klachtonderdeel is gegrond. Het is niet te begrijpen dat verweerster, die rond 18.00 uur had bemerkt dat het CTG diepe deceleraties liet zien, de gynaecoloog daarvan niet direct op de hoogte heeft gesteld. Verweerster erkent dat zij dat had moeten doen. Door de gynaecoloog niet te informeren met de gedachte – argument a - dat hij toch niet zou luisteren heeft verweerster haar professionele verantwoordelijkheid miskend. Zij wist dat het ongunstige CTG informatie bevatte, of kon bevatten, die zij moest melden. De gynaecoloog was de verantwoordelijke, had met die informatie mogelijk zijn beleid om de vaginale baring af te wachten alsnog gewijzigd en was mogelijk naar het ziekenhuis gekomen om alsnog de sectio uit te voeren. Haar verwachting dat hij niet zou luisteren was blijkbaar ingegeven door haar slechte ervaring met de gynaecoloog ruim 2 uur eerder, toen deze haar – naar het lijkt ten onrechte – terecht wees over haar twijfel omtrent zijn beleid en haar ervaring enkele weken eerder waarop de gynaecoloog eveneens haar professioneel functioneren in een soortgelijke situatie had bekritiseerd. Het is onprofessioneel dat zij zich door die ongunstige verwachting over zijn reactie heeft laten leiden. Ze heeft daarmee zelf een verantwoordelijkheid genomen die ze niet kon dragen en tegelijkertijd de gynaecoloog informatie onthouden waarmee hij zijn verantwoordelijkheid had kunnen dragen. Hoe slecht de verhouding tussen haar als verloskundige en de gynaecoloog ook was, zij had aan de zorg voor en het belang van de patiënte en het ongeborn kind meer waarde moeten hechten dan aan haar onzekerheid of de gynaecoloog met haar informatie iets zou doen.

5.2 Verweerster vermoedde voorts – argument b - dat de informatie over het CTG van rond 18.00 uur voor het verdere verloop van de avond geen verschil zou maken.

Daarmee heeft zij een verkeerde inschatting gemaakt. Zij kende de voorgeschiedenis van patiënte, waarover zij zelf haar twijfels al had geuit tegenover de gynaecoloog die zijn afwachtende beleid voortzette. Zij mocht daarom niet aannemen dat de ernstig verslechterende CTG slechts een incident was dat voor het verdere verloop van de baring geen betekenis had.

De conclusie is dat verweerster afstand had moeten nemen van het beleid dat de gynaecoloog voor stond. Hoewel de gynaecoloog de eindverantwoordelijkheid had, had zij in het slechte CTG van 18.00 uur aanleiding moeten vinden de gynaecoloog te informeren om hem daarmee in staat te stellen zijn beleid te heroverwegen.

5.3 Klachtonderdeel 2. miskent dat het niet verweerster maar de gynaecoloog is, die de eindverantwoordelijkheid had. Het gaat onder de gegeven omstandigheden te ver om van de verloskundige te verlangen dat zij zou weigeren om mee te werken aan uitvoering van het beleid van de gynaecoloog. Dit neemt niet weg dat, zoals hiervoor al is overwogen, de verloskundige haar professionele verantwoordelijkheid in het oog had

dienen te houden en haar visie kenbaar had dienen te maken, waar nodig nog een keer extra en zeker gelet op de veranderde omstandigheden die steun leken te geven aan de juistheid van haar eerder ingenomen standpunt. Het klachtonderdeel, dat van een in haar algemeenheid te vergaande plicht van de verloskundige uitgaat, is ongegrond.

5.4 Verweerster heeft gesteld dat zij gedurende zekere tijd haar zorg en aandacht tussen patiënte en een andere patiënte met een HELLP-syndroom moest verdelen. Dat zou verklaren dat verweerster enige tijd, te weten vanaf 19.30 uur tot (omstreeks) 20.10 uur, toen overigens niet zij maar de co-assistente de sterke achteruitgang van het CTG ontdekte, patiënte niet heeft geobserveerd of laten observeren. Voor zover in deze lezing ondanks de erkenning van de fout als zodanig toch een verweer (van een conflict van plichten) besloten ligt, gaat dit verweer niet op. Ook hier moet worden benadrukt dat het verweerster is die verantwoordelijk is voor haar taken. Mocht de combinatie van haar taken op een onverwacht moment aan een verantwoorde hulpverlening in de weg zijn komen te staan, dan mocht van haar verwacht worden dat zij maatregelen zou nemen om de ontstane problemen zo effectief mogelijk het hoofd te bieden. Ter zitting is komen vast te staan dat deze mogelijkheden er wel waren. In dit geval had zij, bijvoorbeeld, de gynaecoloog terug kunnen roepen of de communicatie met de gynaecoloog over de zorg van de andere hoog-risico patiënte over kunnen laten aan de verpleegkundige. Zij heeft dat niet gedaan en daarmee het niet te verwaarlozen risico genomen dat het CTG ongemerkt opnieuw zou verslechteren. Voor haar keuze bestaat geen rechtvaardiging en dat is haar te verwijten. Zoals hierboven is overwogen, geldt ook hier dat het de plicht van verweerster als verloskundige is om te voorkomen dat zij problemen over zich heen laat komen en in plaats daarvan gepaste maatregelen te nemen.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (voor de onderdelen 1. en 3.) deels gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG jegens het ongeboren kind en de ouders had behoren te betrachten.

5.6 De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Verweerster heeft op verschillende momenten niet de van haar als verloskundige te verwachten verantwoordelijkheid genomen maar de ontwikkelingen op verwijtbare wijze op hun beloop gelaten. Hoewel de gevolgen dramatisch zijn mag dat volgens geldende tuchtrechtspraak niet beslissend zijn voor de aard van de maatregel. Een zwaardere maatregel zou gerechtvaardigd zijn, maar in de omstandigheid, dat aan deze zaak reeds veel publiciteit is gegeven, met alle gevolgen van dien, ook voor verweerster, het feit dat zij tijdens het onderzoek door IGZ en tijdens de behandeling van de tuchtzaak in heeft gezien dat ze onjuist heeft gehandeld en het feit dat zij niet meer als verloskundige werkzaam is, wordt aanleiding gevonden om de maatregel te beperken tot die van waarschuwing.

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

5.8 Ten overvloede merkt het college op met verontrusting te hebben geconstateerd dat in de onderzoeksrapporten van N en de IGZ meerdere sub-standard factoren binnen de vakgroep Obstetrie van het betreffende ziekenhuis worden beschreven, die een rol gespeeld hebben bij het verloop van deze casus.

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

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege waarschuwt verweerster.

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 en Tijdschrift KNOV ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 12 april 2011 door:

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

M.L.A. van Heijst en F.C.D. Buist, leden-verloskundigen,

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