

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2012-003

Datum uitspraak: 13 november 2012

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B, C,
klaagster,

tegen:

D, gynaecoloog,
werkzaam te E
de persoon over wie geklaagd wordt,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 6 januari 2012. De arts heeft op de klacht gereageerd, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 18 september 2012. Klaagster is niet verschenen, maar werd ter zitting vertegenwoordigd door mw. mr. A.C. Zonneveld, advocaat te Delft. De arts was wel aanwezig en werd bijgestaan door mw. mr. A.W. Hielkema, verbonden aan Stichting VvAA rechtsbijstand te Utrecht.

2. De feiten

2.1 Verweerder is sinds 2003 als gynaecoloog verbonden aan het F te E. Klaagster was in 2010 (voor de vierde maal) zwanger van haar tweede kind. Op 29 april 2005 heeft zij als gevolg van een stuitligging door middel van een sectio een dochter gekregen.

2.2 Klaagster is op 21 januari 2010 voor de eerste controle in het ziekenhuis geweest bij een zwangerschapsduur van 10(+5) weken. Er vond toen een (termijn)echo plaats, die herhaald is op 2 februari bij een zwangerschapsduur van 12(+3) weken. Op 21 januari heeft klaagster zich aangemeld bij een verloskundigenpraktijk te G. Op 19 februari heeft zij zich aldaar ingeschreven en in de verslaglegging van de verloskundigenpraktijk staat de afspraak vermeld dat zij met 30 weken weer door een gynaecoloog zou worden gezien. Daarna hebben reguliere controles bij de verloskundige plaatsgevonden op 19 april, 17 mei, 8 mei, 5 juni en 3 juli; tijdens die controles meldde klaagster bekkenklachten. Op 13 juli is zij weer bij het ziekenhuis onder controle gegaan; er is toen een

(groei)echo gemaakt bij een zwangerschapsduur van 35(+3) weken. Vervolgens hebben er nog controles plaatsgevonden op 27 juli, 3, 6 en 10 augustus. Bij al die consulten was verweerder niet (direct of indirect) betrokken, maar een dienstdoende gynaecoloog/arts-assistent.

2.3 Uit de (gedetailleerde) medische status van klaagster blijkt voorts onder meer: op 15 augustus belde om 7.50 uur de partner van klaagster in verband met helderrood bloedverlies, zonder dat er sprake was van weeën. Zij zouden direct naar het ziekenhuis komen; in de voorgeschiedenis was sprake van een sectio. Aan de arts-assistent is gemeld dat klaagster eraan kwam.

Om 8.14 uur kwam klaagster met haar moeder en partner aan op de verloskamer. Zij werd direct aangesloten op het CTG en er werd direct een arts bij geroepen. De KHT (kinderlijke harttonen) waren 90, daarom werd er ook direct een echo gemaakt. Er bleek sprake te zijn van ernstige foetale bradycardie.

Om 8.16 uur werd verweerder door de arts-assistent gebeld met het bericht dat er waarschijnlijk sprake was van een solutio placentae. Verweerder instrueerde de arts-assistent om direct een anesthesist en het OK-team te bellen.

Omstreeks 8.25 uur was verweerder in het ziekenhuis en heeft toen kennis gemaakt met klaagster en haar partner. Hij heeft vervolgens zelf de couveuse en een reanimatietafel de operatiekamer binnengereden, in afwachting van de komst van het OK-team.

Om 8.35 uur heeft verweerder klaagster zelf de operatiekamer binnengereden; om 8.38 uur startte de anesthesist met de inleiding en om 8.41 uur startte verweerder met de spoedsectio.

Om 8.44 uur werd het dochtertje van klaagster, H, slap en levensloos geboren. Er werd onmiddellijk gestart met de reanimatie door de kinderarts en verpleegkundigen, waarna na 20 minuten hartactie aanwezig was. H is toen naar de afdeling neonatologie verplaatst.

Omstreeks 12.00 uur is H in aanwezigheid van haar ouders overleden.

2.4 De gebeurtenissen op die 15e augustus zijn in het ziekenhuis nabesproken met alle betrokken medewerkers; tevens is een melding gedaan bij het MIP (Meldingen-Incidenten-Patiënten Commissie) en bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

2.5 Mede naar aanleiding van deze dramatische gebeurtenis zijn in het ziekenhuis nieuwe afspraken gemaakt ten aanzien van de telefonische triage om nog sneller (en beter) geïnformeerd te worden over de ernst van de situatie en is er gestart met een code-systeem voor het aanmelden van een (spoed)sectio.

3. De klacht

Klaagster heeft in drie onderdelen geklaagd over het handelen van verweerder.

1) De spoedsectio is te laat aangevangen bij een voor de baby potentieel levensbedreigende situatie.

2) Er is onvoldoende onderzoek verricht naar de hevige pijn(klachten) van klaagster die zij sinds 32 weken zwangerschap had.

3) Er had niet primair voor een vaginale baring mogen worden gekozen, maar voor een primaire sectio (in week 38) omdat het kindje te groot was.

Het vierde klachtonderdeel over de late toezending van het complete medisch dossier is ter zitting door mr. Zonneveld ingetrokken.

4. Het standpunt van de arts

Verweerder heeft de klachtonderdelen gemotiveerd bestreden; het College zal hierop zo nodig hieronder ingaan.

5. De beoordeling

5.1 Klaagster voert bij repliek aan dat zij had begrepen dat zij gedurende de gehele zwangerschap door de gynaecoloog begeleid zou worden, in verband met de mogelijke aanwezigheid van toxicose bij de eerdere zwangerschap in 2005. Dit standpunt is gemotiveerd bestreden door verweerder: in het medisch dossier betreffende de eerste zwangerschap in 2005 is geen sprake (geweest) van toxicose. Het College deelt die bevinding. Van wie klaagster begrepen had dat zij steeds onder controle zou staan van een gynaecoloog valt uit het medisch dossier niet af te leiden; bovendien valt dit ook niet af te leiden uit het dossier van de verloskundige waarin genoteerd staat dat klaagster (pas) bij 30 weken weer in het ziekenhuis onder controle gaat.

5.2 Klaagster stelt voorts dat sprake was van een te groot kind en dat daarom geen vaginale baring geïndiceerd was. Ook dit klachtonderdeel heeft verweerder gemotiveerd bestreden. In het echoverslag van 22 juli 2010 staat dat er sprake van een AD van 36(+5) weken en van een gewicht op 50-90e percentiel, conform 38(+1)weken; op dat moment was aldus geen sprake van een te groot kind. Het geboortegewicht van 3830 gram bij een zwangerschapsduur van 40(+1) weken wijst op 50-80e percentiel. Op basis van deze twee gegevens kan niet gesproken worden over een te groot kind in relatie tot de duur van de zwangerschap. Terzijde merkt het College op dat pas sprake is van een serotiene (overdragen) zwangerschap bij een zwangerschapsduur van 42 weken; bij klaagster vond de sectio plaats bij 40(+1) weken.

5.3 Klaagster voert voorts aan dat zij vanaf 32 weken hevige pijnklachten aangaf en dat dat ook een signaal had moeten zijn voor de keuze voor een primaire sectio. Het College kan uit het medisch dossier enkel afleiden dat klaagster vanaf die tijd steeds (ernstige) bekkenklachten heeft gemeld, dat zij het zwaar heeft en dat zij zich zorgen maakt over de bevalling. Deze algemene klachten komen vaker voor en zijn op zichzelf genomen geen indicatie voor een primaire sectio en ook wijzen deze klachten niet op mogelijke loslating van de placenta. Bij klaagster, met een primaire sectio in de voorgeschiedenis vanwege een stuitligging, is het beleid van de gynaecologen dat in principe een proefbaring wordt afgewacht, mede in verband met de risico's die verbonden zijn aan meerdere sectio's voor een daarop volgende zwangerschap. De medische voorgeschiedenis in 2005 en de feiten en omstandigheden van de zwangerschap in 2010 noopten niet tot de keuze voor een primaire sectio.

5.4 Wat de dramatische dag van 15 augustus betreft: bij de telefonische melding om 7.50 uur werd aan de obstetrieverpleegkundige niet duidelijk (gemaakt) dat sprake was van hevige pijn, zoals klaagster aanvoert. Mogelijk heeft de partner van klaagster dit willen aangeven, maar dit is in ieder geval niet zo overgekomen, getuige het medisch dossier bij 7.50 uur. Terzijde merkt het College hier op dat ook als die melding wél duidelijk was binnengekomen, het verloop van de gebeurtenissen niet anders was geweest.

Toen klaagster om 8.14 uur op de verloskamer binnenkwam is direct adequaat door het aldaar aanwezige personeel gehandeld: aansluiting CTG, echo en waarschuwing van een arts-assistent. Verweerder is na enkele minuten, om 8.16 uur door de arts-assistent gebeld en hij was rond 8.25 uur in het ziekenhuis; dit is negen minuten na de oproep. Daarna hebben de gebeurtenissen in rap tempo plaatsgevonden, zoals vermeld

onder 2.3. Er is geen regel of richtlijn die meebrengt dat verweerder binnen 20 minuten na de telefonische melding ter plaatse had moeten zijn. Het gaat er niet om dat achteraf bezien het beter was geweest als verweerder direct na het telefoontje van 7.50 uur gebeld was met het verzoek naar het ziekenhuis te komen, aangezien dat hier niet de toets is van het al dan niet tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van verweerder. De informatie die om 7.50 uur bekend was, was bloedverlies zonder weeën – en dat komt vaker voor, zonder dat er sprake is of hoeft te zijn van een solutio placentae. Het dramatische beloop in deze zaak is kenmerkend voor een solutio placentae, dat zich bijna altijd zonder voorsignalen voordoet en waarbij het kind (afhankelijk van de omvang van de solutio) meestal direct in grote nood komt te verkeren. Dat het voor klaagster en haar partner in hun beleving veel te lang heeft geduurd voordat verweerder aanwezig was, is gezien de stress van dat moment voorstelbaar maar is gezien de feiten niet juist. Verweerder was binnen zeer korte tijd in het ziekenhuis en heeft buitengewoon snel en adequaat gehandeld na zijn binnenkomst, maar kon desondanks het dramatische beloop niet meer keren.

5.5 Het moge zo zijn dat de medisch adviseur van klaagster een andere mening is toegedaan, doch het College oordeelt dat verweerder geen enkele blaam treft. Dit betekent dat de klacht in al haar onderdelen faalt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. R.A. Dozy, voorzitter, mr. H.A.B. van Dorst-Tatomir, lid-jurist, prof. dr. M.E. Vierhout, dr. I. Dawson en dr. mr. P.H.M.T. Olde Kalter, leden-artsen, bijgestaan door mr. V.J. Schelfhout-van Deventer, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 13 november 2012.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te

's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.