

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 060/2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 3 mei 2012 naar aanleiding van de op 24 februari 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A en B, wonende te C,

k l a g e r s

-tegen-

D, gynaecoloog, werkzaam te E,
gemachtigde: mr. V.C.A.A.V. Daniëls verbonden aan VvAA rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met bijlagen;
- het medisch dossier.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 16 maart 2012, alwaar zijn verschenen klagers en verweerster, verweerster bijgestaan door haar gemachtigde.

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, geboren op 11 oktober 1971, werd door de gynaecoloog F van het ziekenhuis in G doorverwezen naar het derdelijns perinataal centrum van de H in E (verder het ziekenhuis) vanwege een verdenking op een wervelkolomafwijking bij de foetus bij de eerste controle.

Klaagster werd voor de eerste keer gezien door de gynaecoloog I in het ziekenhuis op 1 juli 2010. Klaagster wist toen twee weken dat zij zwanger was en de zwangerschapsduur was op dat moment 29+1 weken. Klaagster was in 1997 bevallen van een dochter van 3500 gram. Deze dochter woont bij de ex-partner van klaagster.

I schreef in zijn brief van 14 juli 2010 betreffende dit consult bij de algemene voorgeschiedenis ondermeer: *“Een niet insuline-afhankelijke diabetes mellitus, waarvoor Metformine. Schizofrenie met eerdere psychose waarvoor Risperdal.” “Tevens uitgebreide sociale problematiek, waarvoor begeleiding door maatschappelijk werk en Meerkanten (psychiatrie).”*

Op grond van Geavanceerd Ultrageluids Onderzoek (GUO) werd de à terme datum gesteld op 15 september 2010. Verder werd op grond van dit onderzoek vastgesteld dat de wervelkolom van de foetus afwezig was vanaf laag thoracaal (niveau diafragma), de benen in kleermakerszit waren, er een verkort femur was, dat het sacrum niet was te beoordelen, dat er rechts een rocker bottom foot was en een klompvoetje links. De conclusie van de GUO was dat er mogelijk sprake was van een caudaal regressie syndroom en dat er geen overtuigende aanwijzingen waren voor een spina bifida. Klagers zagen af van vruchtwateronderzoek.

Klaagster werd verwezen naar de internist in het ziekenhuis voor instelling op insuline en naar de psychiater J in het ziekenhuis. Voorts werd maatschappelijk werk in het ziekenhuis ingeschakeld. Verder werden klagers doorverwezen naar de afdeling genetica van het K te L. De klinisch geneticus M deed in haar brief van 6 juli 2010 verslag van haar gesprek met klagers aan I.

Een team, bestaande uit twee perinatologen, en minstens één neonatoloog was betrokken bij de besluitvorming rond het te voeren beleid met betrekking tot de bevalling. Verder vond een ‘moreel beraad’ plaats, bestaande uit twee perinatologen, twee neonatologen, maatschappelijk werk en pastoraal werk, allen betrokken bij de begeleiding van klagers.

Besloten werd tot een standaard obstetrisch beleid. Dat wil zeggen een vaginale bevalling en een keizersnede bij foetale nood. Als het kindje een slechte start had, zou geen actief beleid worden gevoerd.

Op 20 juli 2010 laat in de avond werd klaagster opgenomen in het ziekenhuis omdat het thuis niet meer ging. Klaagster bleef op sociale indicatie in het ziekenhuis tot de bevalling.

Besloten werd de bevalling in te leiden op 1 september 2010 bij een zwangerschapsduur van 38 weken.

Op 2 september 2010 was klaagster mogelijk in partu en werden om 9.00 uur de vliezen gebroken. Het vruchtwater was meconiumhoudend. De bevalling werd begeleid door de arts-assistent in het vierde jaar van haar opleiding tot gynaecoloog, N. Verweerster was als haar supervisor bij de bevalling betrokken. Bij de zorg aan klaagster hieraan voorafgaand was verweerster niet betrokken geweest.

Om 10.00 uur werd door N besloten te starten met een Syntocinon infuus om de bevalling in te leiden. Om 16.30 uur mocht klaagster bij volledige ontsluiting persen.

Om 17.15 uur werd door N in overleg met I bij onvoldoende progressie besloten tot een vacuümextractie. Bij de derde tractie werd het hoofdje geboren in achterhoofdsligging

met het achterhoofd achter. Er bleek een ernstige schouderdystocie te bestaan. Het kindje zat totaal vast en de schouders en armpjes waren niet af te halen. Suprapubische impressie hielp niet. Om 17.27 uur werd verweerster door N met een noodbel opgeroepen. Zij was binnen een minuut ter plaatse. Zij paste protocollaire handelingen toe waarmee het kind, O, uiteindelijk om 17.35 uur levenloos geboren werd. Het geboortegewicht was 3020 gram. Klagers wensten geen obductie. De afwijkingen van de pasgeborene pasten uitwendig bij het caudaal regressie syndroom. Er werd een MRI-scan uitgevoerd, die de diagnose bevestigde.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerster dat:

zij de zuignap niet aan iemand had moeten geven die in opleiding was; er niet voor een keizersnede is gekozen; door de verkeerde keus en handeling hun kindje is overleden. Dit had voorkomen kunnen worden.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster stelt zich -zakelijk weergegeven- op het standpunt dat zij niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Voor zover nodig wordt hieronder specifiek op het verweer ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college stelt voorop, 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

Verweerster werd voor het eerst bij de zorg rond klaagster betrokken op de dag van de bevalling. De bijzonderheden werden die dag aan verweerster meegedeeld bij de overdracht.

Bij het gehele voortraject was verweerster niet betrokken geweest. Uit het dossier blijkt wel dat in dit voortraject breed multidisciplinair overleg was gevoerd en tot een beleidsadvies werd gekomen, namelijk een normaal obstetrisch beleid, dat naar het oordeel van het college goed verdedigbaar was. Er was geen indicatie om tot een keizersnede te beslissen.

5.3

Normaal obstetrisch beleid wil tevens zeggen een vaginale bevalling begeleid door een arts-assistent in opleiding tot gynaecoloog die daartoe bekwaam is. N, zo blijkt uit de door P, opleider gynaecologie in het ziekenhuis, opgestelde verklaring, voldeed aan dat vereiste. Zij was in het vierde jaar van haar opleiding en geautoriseerd voor het

doen van vacuümextracties, keizersneden, grote laparotomische operaties en supervisie van de assistenten bij kleinere ingrepen.

Dat verweerster het vastgestelde beleid heeft gevolgd, valt haar niet te verwijten. Dat brengt met zich dat verweerster de begeleiding van de bevalling mocht overlaten aan N.

Een vacuümextractie was vanwege de onvoldoende progressie om 17.15 uur geïndiceerd. Dat die vacuümextractie werd uitgevoerd door N is, nog afgezien van het feit dat verweerster bij de beslissing daartoe niet betrokken was, verweerster niet te verwijten gelet op de autorisatie van N.

5.4

Verweerster raakte zelf pas daadwerkelijk bij de bevalling van klaagster betrokken nadat door N op de noodbel was gedrukt, omdat er een ernstige schouderdystocie bestond. Verweerster ging onmiddellijk naar de verloskamer en handelde naar het oordeel van het college adequaat. Helaas mocht dit handelen niet baten en kwam O levenloos ter wereld. Dit afschuwelijke en dramatische beloop was op geen enkele wijze te voorzien. Een dergelijk beloop is extreem zeldzaam bij een multipara en een dergelijk geboortegewicht van de baby maar is niet altijd te voorkomen. Verweerster treft hier dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt. Of dit beloop van de bevalling of de aangeboren afwijkingen de doodsoorzaak van O is, is niet duidelijk nu geen obductie (onderzoek naar de doodsoorzaak) heeft plaatsgevonden.

5.5

De conclusie is dan ook dat de klacht in alle onderdelen als ongegrond moet worden afgewezen. Verweerster heeft niet gehandeld in strijd met de zorg die zij als gynaecoloog behoorde te betrachten, zulks als bedoeld in overweging 5.1 hiervoor.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. J.W. IJssink, lid-jurist, dr. J.M. Burggraaff, dr. F. Brus en S. Tiemersma, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 3 mei 2012 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aan gelegenheid 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.