

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.040

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE **voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.040 van:

A., gynaecoloog, werkzaam te B., wonende te C. (D.), appel-lant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde:

mr. D. Joeloemsingh, advocaat te Groningen,
tegen

1. E., 2. F., wonende te B., verweerders in hoger beroep, klagers in eerste aanleg, gemachtigde: de heer G. (vader van klaagster).

1. Verloop van de procedure

E. en F. - hierna klagers of resp. klaagster en klager - hebben op 20 juli 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen gynaecoloog A. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 6 december 2011, onder nummer G2010/75 heeft dat College - zakelijk weergegeven - de klacht gegrond verklaard, de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd en de publicatie gelast. De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd behandeld met de zaak C2012.041 (gynaecoloog H. tegen E. en F.) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 11 december 2012, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. D. Joeloemsingh alsmede klager, bijgestaan door de heer G. voornoemd. Mr. D. Joeloemsingh heeft de standpunten van de arts toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

“2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

2.1

Verweerder is tot gynaecoloog opgeleid in D. en sinds zijn specialisatie in 2005 werkzaam in het ziekenhuis.

2.2

Klaagster is op 19 juni 2010 in het ziekenhuis opgenomen wegens zwangerschapshypertensie met klachten.

Het betreft haar tweede zwangerschap, via IVF-ICSI tot stand gekomen. Haar eerste zwangerschap eindigde in een miskraam. Zij wordt aanvankelijk begeleid door eerstelijns verloskundigen, die haar verwijzen in de 33ste week van haar zwangerschap vanwege zwangerschapshypertensie. Op 19 juni, bij een zwangerschapsduur van 36 weken en 3 dagen, wordt zij door gynaecoloog I. opgenomen wegens een toename van de hypertensie met misselijkheid en braken. De behandeling bestaat uit antihypertensieve medicatie en bedrust. De maternale bewaking bestaat uit regelmatige controles van de

bloeddruk en bloed- en urine onderzoek. De foetale bewaking vindt plaats met cardio-tocografie (CTG). Op 20 en 21 juni wordt prostaglandinegel vaginaal ingebracht door de verantwoordelijk gynaecoloog I., om een vaginale baring te bevorderen bij een niet goed ingedaald hoofd bij 2 cm ontsluiting.

Vanaf 21 juni 12.00 uur berust de verantwoordelijkheid voor het beleid afwisselend bij de gynaecologen H. en A..

De indaling van het hoofd neemt niet toe en de ontsluiting is 3 cm na behandeling met prostaglandine. De klachten van klaagster worden erger op 22 juni. Daarom beslist A., in overleg met zijn collega H., de vliezen onder gecontroleerde omstandigheden te breken en de baring met een weeënstimulerend infuus op gang te brengen. Dit wordt om 12.30 uur uitgevoerd door H. die de supervisie overneemt. Tijdens de inleiding worden de foetale harttonen uitwendig geregistreerd en er is een weeënband aangesloten, die de weeën echter niet goed registreert. Het infuus wordt volgens protocol opgehoogd. Vanaf 15.00 uur krijgt klaagster in toenemende mate moeite met het opvangen van de weeën die soms erg lang duren (tot drie minuten) en wordt onrustig. Zij raakt in paniek, het weeënstimulerend middel wordt vervolgens eerst verlaagd en daarna gestopt. Vanaf 15.17 uur is er geen continue uitwendige registratie meer van de foetale hartfrequentie.

Vanwege toenemend drukgevoel en de onrust onderzoekt H. haar om 15.55 uur en vindt bij vaginaal toucher een ontsluiting van 8 cm.

Om 16.00 uur neemt verpleegkundige J. de zorg van haar collega van de dagdienst over. A. neemt de supervisie weer over om 16.15 uur. Er heeft geen, althans geen traceerbare, overdracht plaatsgevonden tussen H. en A.. De verpleegkundige vermeldt om 16.38 uur dat er een wee per vier minuten is en de harttonen van het kind goed zijn.

A. onderzoekt klaagster om 17.02 uur en plaatst een schedelelektrode ter registratie van de foetale harttonen. Er is bijna volledige ontsluiting. Het infuus wordt weer opgestart omdat er weeënzwakte is ontstaan.

Vanaf 17.11 uur zijn er ernstige deceleraties te zien op het CTG, die kunnen wijzen op foetale nood. Om 17.16 uur neemt A. foetale bloed af voor een microbloedonderzoek (MBO) om de conditie van het kind te beoordelen. Wegens te weinig bloed mislukt dit MBO. Om 17.41 uur herhaalt hij het MBO. Er is dan volledige ontsluiting. Gezien de inmiddels waarneembare vrijwel continue bradycardie (trage hartactie) wacht A. de uitslag van het tweede MBO niet af en besluit tot een vacuümextractie (VE). De kleine fontanel bevindt zich in de bekkenas en de indaling van het hoofd is gevorderd tot "bekkenmidden". Om 18.04 uur, na het mislukken van de VE, besluit A. tot een spoedsectio. Inmiddels was ook bekend geworden dat ook het tweede MBO was mislukt. Vanaf het begin van de VE tot aan de sectio is er geen gedocumenteerde foetale bewaking. Om 18.33 uur wordt baby K. geboren. Zij heeft een zeer slechte conditie (Apgar Score 0/0) en wordt door de kinderarts gereanimeerd. De direct gemeten arteriële navelstreng-pH bedraagt 7.19. K. wordt na deze reanimatie overgeplaatst naar het L., waar ze op 24 juni 2010 is overleden. Er heeft geen obductie plaatsgevonden."

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

"3. De klacht

Klagers stellen dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld bij de behandeling van klaagster en haar ongeboren kind.

1. Na het mislukken van de vacuümextractie is er onvoldoende bewaking van het ongeboren kind.

2. Nadat de indicatie voor de sectio is gesteld, verlopen de voorbereidingen voor de sectio te traag waardoor teveel tijd verloren gaat.

3. Er is onvoldoende persoonlijke aandacht geweest voor de situatie van klaagster en haar ongeboren kind gedurende de tijd dat zij in het ziekenhuis was opgenomen. In dat verband wordt verweerder verweten dat hij de gemaakte CTG's niet consequent heeft beoordeeld.

Het College merkt hierbij nog op dat klagers dit laatste aspect pas bij brief van 9 september 2011, ingekomen op 13 september 2011, aan de orde hebben gesteld. Omdat dit, anders dan zij zelf stellen, niet als een afzonderlijke klacht kan worden gezien, doch slechts als een nadere feitelijke invulling van het eerder ingediende, meer algemene bezwaar, zal het bij de beoordeling worden betrokken. Ter zitting is verweerder in de gelegenheid geweest zich ter zake te verweren. Daarbij geldt dat hij heeft ingestemd met de samenvatting van de klacht door de voorzitter, waarbij ook dit aspect is genoemd. Bij deze stand van zaken wordt verweerder niet in zijn procesbelang geschaad door de behandeling van dit aspect.

4. Het verweer

Verweerder betwist gemotiveerd hetgeen door klagers is gesteld. Verweerder stelt naar behoren te hebben gehandeld. Verweerder geeft wel aan dat voortaan in het ziekenhuis een proefvacuüm op de operatiekamer plaatsvindt en het daarbij van belang te achten dat een dergelijke situatie als bij klaagster zich niet weer zal voordoen.”

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“5. Bevoegdheid van het College

Verweerder is niet woonachtig binnen het ambtsgebied van het College. Het College is echter op grond van artikel 3, tweede lid, van het Tuchtrechtbesluit BIG bevoegd tot het behandelen van de klacht.

6. Beoordeling van de klacht

De onderdelen van de klacht lenen zich voor een gezamenlijke bespreking.

6.1 Maatstaf van de beoordeling

Het College zal beoordelen of de arts terzake van de behandeling van klaagster een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt. Daarbij wordt vooropgesteld dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat om het geven van een antwoord op de vraag of de arts 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 door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met wat toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

6.2 Over de CTG's

Het is niet duidelijk vastgelegd wie van het behandelteam verantwoordelijk is voor de CTG-registratie en beoordeling daarvan. Het College moet er bij gebreke van gegevens die op het tegendeel wijzen vanuit gaan dat dit de hoofdbehandelaar in de desbetreffende periode is. Maar dat zou op schrift moeten staan. En dat geldt vanzelfsprekend ook als de verantwoordelijkheid bij een of meer anderen zou zijn gelegd. Daarmee heeft de maatschap gynaecologie naar het oordeel van het College geen adequate systematische uitvoering en documentatie van deze foetale gegevens gerealiseerd, zoals voorgeschreven in de richtlijn 'Foetale bewaking (2003)' van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Inmiddels is dit punt door de maatschap verwerkt conform de richtlijn.

6.3 Bewaking van het kind

Het College heeft deze klacht ook betrokken op de periode voorafgaand aan de vacuümextractie omdat er reeds eerder ernstige problemen zijn met de foetale bewaking. Verweerder is op 22 juni 2010 na 16.15 uur weer verantwoordelijk voor de behandeling van klaagster. Indien al moet worden aangenomen dat H. zijn dienst aan verweerder heeft overgedragen, geldt dat hij door deze niet op de hoogte is gebracht dat er vanaf 15.17 uur geen continue foetale bewaking meer plaatsvindt. In de periode van 16.15 uur tot 17.02 uur waarin verweerder verantwoordelijk is, gebeurt dit nog steeds niet. Er wordt wel intermitterend geluisterd volgens de verpleegkundige, maar volgens het CTG is dit volstrekt inadequaet. Volgens de NVOG richtlijn 'Foetale bewaking' is bij een inleiding continue registratie noodzakelijk.

Door onvoldoende maatregelen te treffen voor een goede realisatie van deze richtlijnvoorschriften heeft verweerder als (ook) medeverantwoordelijk maatschapslid naar het oordeel van het College niet gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Verweerder is vervolgens bij aankomst op de verloskamer geconfronteerd met een inadequate foetale bewaking en brengt derhalve direct een schedelelektrode om 17.02 uur aan. Al na twee minuten is er een bradycardie tot 100 gedurende vijf minuten en vervolgens ontstaan ernstige brede deceleraties. Dit kan een teken zijn van foetale nood en de beslissing tot het doen van een MBO oordeelt het College als juist. Na het tweede mislukte MBO wordt een vacuüm verricht. Het hoofd blijkt ingedaald tot 'middenbekken', waaruit het College begrijpt dat dit vlak equivalent is met indaling tot Hodge 3 (H3). Een vacuümextractie vanuit deze positie is mogelijk, maar risicovol gezien de tekenen van de al aanwezige foetale nood, waarbij het niet bekend is hoe ernstig die is. Door de eerdere gebrekkige registratie en de mislukte MBO's is dit in deze omstandigheden niet meer goed in te schatten. Verweerder had direct voor een sectio kunnen kiezen. De keus van vacuümextractie oordeelt het College niet verwijtbaar, omdat verweerder de inschatting maakte dat het een vlotte vacuümextractie zou worden. Dat er na de indicatie tot een spoedsectio geen foetale bewaking meer plaatsvindt, oordeelt het College als niet relevant. Er is al genoeg reden om aan te zetten tot een spoed.

6.4 Voorzorgsmaatregelen en communicatie

Het College is echter wel van oordeel dat verweerder voorzorgsmaatregelen in acht had moeten nemen voorafgaand aan de vacuümextractie en had moeten zorgen voor goede communicatie binnen het behandelteam. Aan deze voorzorgsmaatregelen en goede communicatie ontbrak het echter.

Ten eerste had verweerder voorafgaand aan de vacuüm de kinderarts moeten laten oproepen, vanwege tekenen van ernstige foetale nood op het CTG. Ten tweede had hij er rekening mee moeten houden dat er een risico was op het niet slagen van de vacuümextractie omdat het hoofd pas tot H3 was ingedaald. In een dergelijke situatie van foetale nood, dient voorafgaande aan de vacuümextractie te zijn gewaarborgd dat bij het niet slagen van de baring via de vaginale weg deze direct op de operatiekamer kan worden geconverteerd naar een sectio.

Het operatiepersoneel en de anesthesioloog dienen in ieder geval stand-by te zijn. Er kan ook worden gekozen een dergelijke kunstverlossing op de operatiekamer te verrichten. Het College is van oordeel dat verweerder een ernstige inschattingsfout heeft gemaakt door deze voorzorgsmaatregelen niet te treffen en dat hij daardoor niet heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Ten derde heeft verweerder, naar het oordeel van het College, in de voorbereidingsfase van de spoedsectio de rol van regievoerder op het communicatieve vlak onvoldoende

vervuld. Dat er achteraf onduidelijkheden bestonden bij de ondersteunende verpleegkundige over de mate van spoedeisendheid van de sectio vindt, naast een eigen professionele verpleegkundige inschattingsfout, zijn oorzaak in een gebrekkige communicatie tussen verweerder en de verpleegkundige over die spoedeisendheid. Door het ontbreken van duidelijke communicatie, behandelafpraak en proactief beleid om meer tempo te maken in een dergelijke precaire situatie is het interval tussen het besluit tot spoedsectio en de uitvoering daarvan niet bekort. Ook op dit punt is verweerder een verwijt te maken. Jegens klaagster en haar ongeborn kind is door dit gebrek onvoldoende zorg betracht.

6.5 Conclusie

Het voorgaande brengt mee dat de klacht doel treft ten aanzien van de zorg van de foetale bewaking gedurende de periode van 16.15 tot 17.02 uur waarin verweerder verantwoordelijk was en de klacht treft doel ten aanzien van de zorg voor het realiseren van een spoedsectio.

6.6 Causaal verband

Het doen van een uitspraak over causaal verband tussen het handelen van verweerder en het overlijden van het kind behoort in het algemeen niet tot de taken van het College. Los daarvan geldt het volgende. Hoewel er aanwijzingen zijn voor ernstige foetale nood, wordt asfyxie niet bevestigd door de navelstreng-pH. Echter andere oorzaken voor het overlijden kunnen, naar moet worden aangenomen, niet worden achterhaald, omdat er, zoals eerder opgemerkt, geen obductie heeft plaatsgevonden.

7. Slotsom

De klacht is gegrond.

Het College acht het onzorgvuldig handelen van verweerder, mede in onderling verband en in samenhang gezien, zodanig verwijtbaar dat een waarschuwing moet worden opgelegd. Daarmee kan echter worden volstaan, omdat het hier gaat om niet-professioneel functioneren in de vorm van ernstige inschattingsfouten, waarop nochtans geen stempel van laakbaarheid wordt gedrukt.

Het is in het algemeen belang dat deze beslissing in bredere kring bekend wordt. Het College zal dan ook bepalen dat de beslissing in geanonimiseerde vorm wordt gepubliceerd als hierna te vermelden.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

Procedure.

4.1 De arts is onder aanvoering van een achttal grieven in beroep gekomen tegen de gegrond verklaring van de klacht van klagers. Hij concludeert tot vernietiging van de bestreden beslissing en tot ongegrondverklaring van de klacht in al haar onderdelen.

4.2 Klagers hebben verweer gevoerd en verzoeken het Centraal Tuchtcollege een zwaardere straf in overweging te nemen.

Beoordeling.

4.3 De eerste en de tweede grief van de arts hebben - samengevat weergegeven - betrekking op de samenstelling van het Regionaal Tuchtcollege. In de derde grief stelt de arts dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte geen acht heeft geslagen op het deskundigenrapport van O. van 18 augustus 2011. Deze grieven lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

Het Centraal Tuchtcollege overweegt dienaangaande in de eerste plaats dat op het beroep tegen de gegrondverklaring van een klacht en de oplegging van een tuchtmaatregel wordt beslist op basis van een integrale beoordeling van de gronden van het beroep en alle ter zake dienende feiten en omstandigheden.

De arts heeft in hoger beroep de gelegenheid gehad zijn bezwaren tegen de aangevallen tuchtbeslissing te onderbouwen en toe te lichten en heeft hiervan ook gebruik gemaakt. Het Centraal Tuchtcollege heeft in dat verband kennis genomen van eerderevermeld rapport.

Wat de grief betreft tegen de samenstelling van het Regionaal Tuchtcollege, moet worden opgemerkt dat de arts te dier zake geen bezwaren kenbaar heeft gemaakt in het kader van de procedure bij dat college. Het Centraal Tuchtcollege acht geen termen aanwezig de desbetreffende bezwaren te betrekken bij de beoordeling van het hoger beroep.

Eerderevermelde grieven treffen derhalve geen doel.

4.4 In de vierde grief stelt de arts dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte de brief van klagers van 9 september 2011 bij de procedure heeft getrokken. Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de inhoud van deze brief deel uitmaakt van de initiële klacht. Het betreft hier geen afzonderlijke klacht maar een nadere invulling van de eerder ingediende klacht. Het Regionaal Tuchtcollege is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege dan ook niet buiten de grenzen van het geschil getreden. Ook deze grief faalt.

4.5. In de vijfde grief stelt de arts - zakelijk weergegeven - dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte heeft overwogen dat de maatschap gynaecologie geen adequate systematische uitvoering en documentatie van de foetale gegevens (CTG-registratie) heeft gerealiseerd, zoals voorgeschreven in de richtlijn "Foetale bewaking (2003) van het NVOG.

Wat betreft de CTG-registratie is het Centraal Tuchtcollege het eens met rechtsoverweging 6.2 van de aangevallen uitspraak. Dit echter met dien verstande dat vanaf 21 juni 12.00 uur beide gynaecologen - dus zowel H. als A. - afwisselend de verantwoordelijkheid droegen voor de CTG-registratie. Dat geen adequate systematisch uitvoering en documentatie van deze gegevens is gerealiseerd, regardeert derhalve beide gynaecologen. In dit verband is de positie van de maatschap gynaecologie tuchtrechtelijk niet relevant. Voor zover rechtsoverweging 6.2 betrekking heeft op de maatschap gynaecologie neemt het Centraal Tuchtcollege deze overweging dan ook niet over.

4.6 In grief 7 stelt de arts dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte van oordeel is dat de arts door onvoldoende maatregelen te treffen voor een goede realisatie van de richtlijnvoorschriften als (ook) medeverantwoordelijk maatschapslid niet heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening.

Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat deze grief slaagt en overweegt daartoe het volgende.

Beide genoemde gynaecologen zijn in de onderhavige zaak ieder afzonderlijk verantwoordelijk voor het eigen handelen en/of nalaten en kunnen tuchtrechtelijk niet verantwoordelijk worden gehouden voor het handelen of nalaten van een ander. Uit de zin in rechtsoverweging 6.3 luidende: "Door onvoldoende maatregelen te treffen voor een goede realisatie van de richtlijnvoorschriften heeft verweerder als (ook) medeverantwoordelijk maatschapslid naar het oordeel van het College niet gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening" neemt het Centraal Tuchtcollege de woorden "*als ook medeverantwoordelijk maatschapslid*" niet over.

4.7 In grief 6 stelt de arts dat het Regionaal Tuchtcollege er ten onrechte vanuit gaat dat om 16.15 geen overdracht heeft plaatsgevonden. In grief 8 stelt de arts dat het

Regionaal Tuchtcollege ten onrechte van oordeel is dat door de arts onvoldoende voorzorgsmaatregelen zijn getroffen en dat het aan goede communicatie ontbrak. Deze grieven hebben beide betrekking op het handelen van de arts in het ziekenhuis en lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

De arts is op 22 juni 2010 na (telefonische) overdracht om 16.15 door collega H. weer verantwoordelijk voor klaagster. Vanaf 15.17 uur vindt geen foetale bewaking meer plaats en in de periode van 16.15 uur tot 17.02 gebeurt dit nog steeds niet. Nu het Centraal Tuchtcollege aannemelijk acht dat collega gynaecoloog H. bij de overdracht aan de arts geen melding heeft gemaakt van het ontbreken van een CTG registratie acht het Centraal Tuchtcollege het, anders dan het Regionaal Tuchtcollege, niet tucht-rechtelijk verwijtbaar dat de arts niet eerder de foetale bewaking heeft geregeld.

Wanneer de arts tot de ontdekking komt dat de foetale hartactie al gedurende bijna twee uur niet meer wordt geregistreerd dan plaatst hij direct (rond 17.02 uur) een schedelelektrode bij de baby. Kort daarna (om 17.16 uur) neemt hij foetaal bloed af voor een microbloedonderzoek (MBO) omdat dan het hartactie patroon (CTG) duidelijk afwijkend is. Helaas mislukt het MBO. Om 17.41 herhaalt de arts het MBO. In zoverre heeft de arts lege artis gehandeld. Vervolgens handelt de arts onder de invloed van druk van de aanstaande bevalling op een aantal momenten niet voldoende zorgvuldig.

- Zo verhoogt de arts, ondanks de ernstige foetale hartactie deceleraties de oxytocine dosering van 15 naar 30 mE/min waardoor de kans wordt vergroot dat de foetale nood van de baby verergert. In dit verband is van belang dat de arts niet is geïnformeerd omtrent de weeënincidentie. Door het ontbreken van de weeënregistratie weet hij zelfs niet of de ophoging van de dosis oxytocine wel noodzakelijk is.

- Dat hij de uitslag van het tweede microbloedonderzoek niet afwacht en gezien de aanhoudende aanwijzingen voor foetale nood tot een vacuümextractie beslist - en niet tot het verrichten van een keizersnede - acht het Centraal Tuchtcollege op zich niet onjuist aangezien een vacuümextractie mogelijk kostbare tijdwinst oplevert. Echter, ten tijde van de vacuümextractie is het hoofdje van de baby slechts tot het "bekkenmidden" (Hodge 3) ingedaald. Daarmee is twijfelachtig of wel een vlotte vacuümextractie zal kunnen plaatsvinden. Voorts is door de eerdere gebrekkige registratie en de mislukte MBO's de aanwezige foetale nood niet meer goed in te schatten. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van mening dat hij op dat moment het OK team en de kinderarts had dienen te waarschuwen met de mededeling dat mogelijk een spoedkeizersnede verricht zou moeten worden, dan wel ten aanzien van de kinderarts dat mogelijk op korte termijn een baby in mogelijk slechte conditie geboren zou kunnen worden. Dat heeft de arts echter niet gedaan.

- Na het mislukken van de vacuümextractie en voorbereiding op een keizersnede is de baby niet bewaakt. Dat is weliswaar te begrijpen in het licht van de maatregelen die moeten worden genomen om de baby zo snel mogelijk geboren te laten worden maar het was beter geweest als men de conditie van de baby gedurende deze tijdspanne wel had bewaakt.

- En ten slotte wordt in het dossier niet vermeld of de (hoge) dosis oxytocine na de poging tot vacuüm extractie wordt gestopt . Een weeën remmend middel wordt niet gegeven. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de arts - dit alles in onderling verband en in samenhang bezien - tuchtrechtelijk verwijtbaar tekort is geschoten in de zorg die hij jegens klaagster had behoren te betrachten. Het Centraal Tuchtcollege acht hiervoor de maatregel van waarschuwing passend en geboden.

4.8 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat, zij het op iets andere gronden, ook naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege aan de arts ter zake van de behandeling van

klaagster een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt en dat het beroep van de arts moet worden verworpen.

4.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat de onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. H.C. Cusell en prof. mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen en prof.dr. G.H.A. Visser en dr. J.C.M. van Huisseling, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 7 februari 2013.

Bij ontstentenis van de voorzitter

getekend door prof.mr. J.K.M. Gevers w.g.

Secretaris w.g.