

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2015-240a

Datum uitspraak: 15 november 2016

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,

wonende te B,

klaagster,

gemachtigde: mr. drs. J. Wouters, werkzaam te Middelburg,

tegen:

C, gynaecoloog,

voorheen werkzaam te D,

verweerster,

gemachtigde: mr. O.L. Nunes, werkzaam te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit de volgende stukken;

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 9 oktober 2015;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met bijlagen.

1.2 Partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek hun standpunten

nader toe te lichten.

De mondelinge behandeling door het college heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van

20 september 2016. Partijen zijn verschenen met hun gemachtigden en hebben, mede naar

aanleiding van vragen van de leden van het college, hun standpunten mondeling toegelicht.

De gemachtigden hebben pleitnotities voorgedragen en aan het college overgelegd.

2. De feiten

2.1 Verweerster is gynaecoloog en was in april 2014 als zodanig werkzaam in het E, locatie

D. Klaagster is aldaar bij ruim achtendertig weken zwangerschap van haar eerste kind op 2 april 2014 opgenomen voor inleiding van de bevalling in verband met zwangerschapsdiabetes. Klaagster werd met het oog op de bevalling begeleid door de in het ziekenhuis werkzame verloskundige. Zij is aan een CTG (cardiotocograaf) gelegd, waarmee de weeënactiviteit van klaagster en het hartritme van de ongebornen baby werden gemonitord.

Op 3 april 2014 omstreeks 19.10 uur is klaagster op haar verzoek in verband met pijn als gevolg van de weeën aangemeld voor pijnstilling via een epiduraal katheter (ruggenprik of epidurale analgesie, hierna ook afgekort als EDA). Deze is vervolgens aangelegd door de dienstdoende anesthesioloog F (hierna: de anesthesioloog). In het partusverslag van de kraamafdeling staat vermeld dat klaagster die dag om 21.15 uur een pijnscore 3 (op een schaal van 0-10) aangaf.

2.2 In verband met een blijvend afwijkend hartritme van de baby (strak CTG met verminderde variabiliteit en deceleraties) en onvoldoende vorderende ontsluiting bij klaagster, heeft verweerster omstreeks 22.30 uur besloten dat een spoedkeizersnede geïndiceerd was. Zij heeft rond diezelfde tijd telefonisch contact opgenomen met de anesthesioloog. Deze deelde mee dat hij nog vijftien minuten bezig zou zijn met de operatie van een andere patiënt, in verband waarmee ook niet direct een operatieteam beschikbaar was. In dit telefonische overleg hebben verweerster en de anesthesioloog besloten dat het niet zinvol was een tweede operatieteam op te roepen en dat voor de verdoving bij de keizersnede gebruik kon worden gemaakt van de EDA. Na dit overleg heeft verweerster om 22.43 uur de kinderarts en het operatieteam gebeld.

2.3 Tussen 22.45 en 22.50 uur is het CTG losgekoppeld om klaagster van de verloskamer

naar de operatiekamer te kunnen overbrengen. Daar is zij omstreeks 22.50 uur aangekomen, waarna de voorbereidingen voor de keizersnede, desinfectie en afdekken met steriele doeken, zijn gestart terwijl ondertussen de EDA werd “opgetopt”, dat wil zeggen dat met het oog op de keizersnede een extra hoeveelheid lokaal anestheticum in een hogere concentratie werd toegediend via de EDA.

2.4 Voor aanvang van de operatie heeft verweerster tweemaal de gevoeligheid van de huid

van klaagster getest. Bij de eerste test had klaagster nog pijn. Er is toen besloten te wachten tot de EDA voldoende zou werken. Bij de tweede test, die enige minuten na de eerste heeft plaatsgevonden, bleek de huid ongevoelig en is verweerster met instemming van de anesthesioloog met de keizersnede begonnen. Bij het bereiken van het buikvlies bleek klaagster erg veel pijn te hebben en trok zij haar benen op, waardoor verweerster de baby niet uit de baarmoeder kon halen. Verweerster heeft de anesthesioloog daarop gevraagd direct algehele anesthesie toe te passen. Deze heeft klaagster op dat moment met behulp van een mondkapje een mengsel van lachgas en zuurstof toegediend. Toen dit niet voldoende bleek, heeft verweerder alsnog algehele anesthesie toegediend. Om 23.07 uur is het zootje van klaagster en haar echtgenoot, G, geboren.

2.5 Klaagster heeft de keizersnede als traumatisch ervaren.

2.6 In de Algemene Kwaliteitsnormen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en

Gynaecologie, goedgekeurd op 25 november 2011, staat vermeld:

“... mag er maximaal 30 minuten verlopen tussen het besluit tot een spoed sectio caesarea c.q. de oproep daarvoor en de aanvang van de operatie.”

3. De klacht

De klacht luidt – voor zover het College uit het klaagschrift kan afleiden –, waar het verweerster betreft en zakelijk weergegeven, als volgt.

Verweerster heeft:

- (i) onvoldoende met klaagster en haar echtgenoot gecommuniceerd door hen niet vooraf te informeren omtrent de op handen zijnde spoedkeizersnede en geen gevolg te geven aan de herhaalde verzoeken van klaagster en/of haar echtgenoot om de keizersnede uit te voeren onder algehele verdoving (narcose);

(ii) de keizersnede te verrichten zonder dat klaagster voldoende was verdoofd en in het verband van de verdoving onvoldoende met de anesthesioloog te communiceren.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft betwist dat haar een tuchtrechtelijk verwijt treft. Zij heeft aangevoerd dat zij klaagster en haar echtgenoot op de verloskamer omstreeks 22.30 uur heeft uitgelegd dat een spoedkeizersnede geïndiceerd was, omdat de reserves van het ongeboren kind uitgeput raakten en het kind anders in nood zou komen te verkeren. Zij heeft ook uitgelegd dat een keizersnede de snelste en veiligste weg zou zijn om het kind geboren te laten worden, waarbij zij ook uitleg heeft gegeven over de wijze van pijnstilling (met behulp van de reeds aanwezige EDA) en de soort incisie (bikinisnede), aldus verweerster. Zij ontkent dat klaagster of haar echtgenoot haar bij de uitleg hebben verzocht om de keizersnede onder narcose te verrichten. Als een dergelijk verzoek haar wel zou hebben bereikt, zou zij een algehele anesthesie hebben afgeraden. Zij is met klaagster van oordeel dat de verdoving van klaagster bij de keizersnede onvoldoende is geweest. Voor zover klaagster bij aanvang van de operatie heeft gevraagd om algehele verdoving, heeft verweerster dit niet meegekregen; omdat klaagster zich met haar bovenlichaam achter het operatiedoek bevond, had verweerster geen direct zicht op dat gedeelte van het lichaam van klaagster. Voor de operatie hebben verweerster noch van de anesthesioloog, noch anderszins signalen bereikt dat de EDA onvoldoende functioneerde; zij heeft na het optoppen van de EDA de gevoeligheid van de huid van klaagster getest en is pas begonnen met de operatie toen de huid bij een tweede test ongevoelig bleek te zijn. De anesthesioloog gaf toen ook aan dat de operatie van start kon gaan. Toen verweerster bij het openen van het buikvlies bemerkte dat klaagster erg veel pijn had en het daardoor ook onmogelijk werd om het kind uit de baarmoeder te halen omdat klaagster haar benen optrok, heeft zij de anesthesioloog gevraagd om direct algehele anesthesie toe te passen. Zij heeft op dat moment begrepen dat dit ook gebeurde; achteraf is gebleken dat de anesthesioloog eerst nog met behulp van een mondkapje een mengsel van lachgas en zuurstof heeft toegediend, aldus nog steeds verweerster.

5. De beoordeling

5.1 Met betrekking tot klachtonderdeel (i) overweegt het college dat onvoldoende is komen

vast te staan dat verweerster klaagster en haar echtgenoot niet vooraf heeft geïnformeerd over de op handen zijnde keizersnede. De door verweerster beschreven gang van zaken omtrent de uitleg die zij klaagster en haar echtgenoot over de keizersnede heeft gegeven heeft klaagster niet voldoende weersproken, nu in de repliek onder 5 en 15 wordt erkend dat verweerster heeft meegedeeld dat klaagster een spoedkeizersnede zou krijgen en dat zij uitleg heeft gegeven over de wijze van pijnstilling.

Evenmin is voldoende gebleken dat de wens van klaagster om algehele anesthesie tijdens de keizersnede verweerster heeft bereikt. Verweerster heeft dit betwist en klaagster heeft ter terechtzitting verklaard dat zij niet meer weet tegenover wie zij die wens heeft uitgesproken. Aldus is ook niet komen vast te staan dat verweerster niets heeft gedaan met de betreffende wens van klaagster.

5.2 Ten aanzien van klachtonderdeel (ii) overweegt het college dat naar geldende medische

maatstaven de verantwoordelijkheid voor de anesthesie gedurende de operatie bij de anesthesioloog ligt en niet bij de opererende arts. Uiteraard dient wel sprake te zijn van communicatie tussen beiden. Dat die communicatie in het onderhavige geval gebrekkig

is geweest, is naar het oordeel van het college onvoldoende gebleken. De anesthesioloog heeft ermee ingestemd dat verweerster met de keizersnede begon. Zodra verweerster merkte dat de pijn bij klaagster onaanvaardbaar was en zij bovendien door het optrekken door klaagster van haar benen het kind niet uit de baarmoeder kon halen, heeft verweerster de anesthesioloog meegedeeld dat deze direct algehele anesthesie moest geven. Dat deze dat niet direct heeft gedaan, kan – gelet op de vermelde verdeling van verantwoordelijkheden – niet aan verweerster worden toegerekend. Er zijn voorts geen aanwijzingen dat verweerster (eerdere) signalen dat de EDA onvoldoende functioneerde zou hebben gemist.

5.3 Het college merkt nog op dat het niet het “trieste en ontluisterende beeld” herkent dat de

gemachtigde van klaagster heeft geschetst. Hij heeft de operatie gekenschetst als een chaos, waarbij de anesthesioloog en verweerster elkaar door het operatiedoek niet konden zien. Ook zou het CTG tussen 22.00 uur en 22.30 uur worden gemist. Dit alles wordt niet door de feiten geschraagd. In ieder geval is niet gebleken dat verweerster onvoldoende met de anesthesioloog heeft gecommuniceerd. Dat neemt uiteraard niet weg dat heel duidelijk is dat de keizersnede voor klaagster een buitengewoon pijnlijke en heel nare gebeurtenis is geweest.

5.4 Nu verweerster geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, zal de klacht worden afgewezen.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg beslist als volgt:
wijst de klacht tegen verweerster af.

Deze beslissing is gegeven door mr. A.E.B. ter Heide, voorzitter, mr. N.B. Verkleij, lid-jurist, dr. I. Dawson, dr. J.W. de Leeuw en prof. dr. R.J. Stolker, leden-artsen, bijgestaan door

mr. E.C. Zandman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 15 november 2016.
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 het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem 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

Den Haag, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.