

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 141/2015

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 2 december 2016 naar aanleiding van de op 6 juli 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door I.T. van Delft-Duivesteijn, verbonden aan Drost Letselschade te Hengelo,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, gynaecoloog, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. M.S.E. van Beurden, advocaat te Utrecht,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlage.

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 18 oktober 2016, alwaar partijen zijn verschenen, vergezeld door hun raadslieden.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier zoals overgelegd bij het verweerschrift) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster, geboren in 1969, was zwanger van haar zevende kind. Het vijfde kind is na een spoedsectio vermoedelijk in verband met een solutio placentae (placentaloslating), een dag na de geboorte overleden en het zesde kind bleek bij de spoedsectio intra-uterien te zijn overleden. De oorzaak was weer een solutio placentae (solutio). Na de tweede perinatale sterfte is er bij klaagster uitgebreid bloedonderzoek (stollingsonderzoek) gedaan waarbij geen afwijkingen werden gevonden.

Vanwege haar voorgeschiedenis had klaagster bij deze zwangerschap een medische indicatie om in het ziekenhuis gecontroleerd te worden en te bevallen.

Op 11 januari 2006 heeft verweerster de casus van klaagster in het teamoverleg van de gynaecologen besproken. De conclusie van dat overleg was dat klaagster een goede kans had op een vaginale bevalling. Verweerster noteerde op 11 januari 2006 in het dossier:

“Bij 38 weken amniotomie indien rijp. Anders sc (overleg team 11-01-06).”

Dit betekent dat klaagster bij 38 weken ingeleid zou worden als bij het vaginaal toucher (VT) zou blijken dat klaagster inleidbaar was, en dat anders een keizersnede zou plaatsvinden.

Aangezien op 3 maart 2006, bij een amenorroeduur (AD) van 373/7 bij het VT bleek dat klaagster inleidbaar was, werd besloten om op 8 maart 2006, bij AD 381/7, de bevalling in te gaan leiden. Verweerster begeleidde de bevalling samen met een verloskundige. Verweerster was bij het starten van de inleiding en bij de uitdrijvingsfase aanwezig. Verder werd de bevalling begeleid door de verloskundige. Klaagster begon om 10.00 uur met 3 cm ontsluiting. De vliezen werden gebroken en gestart werd met oxytocine. Het CTG was goed. Wel had klaagster al vroeg in het ontsluitingsbeloop persdrang. Bij 8 cm ontsluiting vroeg klaagster om een sectio caesaria (sectio) in verband met de pijn. Klaagster kwam in aanmerking voor pijnbestrijding, niet voor een sectio, omdat pijn geen indicatie is voor een keizersnede. De ontsluiting verliep echter zo vlot dat pijnstilling via een ruggenprik (Pethidine) niet meer kon worden gegeven; in 2006 bestond nog niet de mogelijkheid om Remifentanil (een pijnpompje) te geven.

Verweerster schreef over de bevalling op 30 maart 2006 aan de huisarts:

“Het ontsluitingsbeloop tijdens de partus verliep vlot. Patiënte bereikte volledige ontsluiting waarbij het caput op h2 bleef staan. Er werd een paar keer proef geperst om te kijken of het caput dieper kwam. Dit had geen resultaat. Bij beoordeling bleek er uiteindelijk sprake te zijn van een caput op h2 met een ligging in AAA die met de echo werd bevestigd. Digitaal is nog geprobeerd om het hoofd te corrigeren. Uiteindelijk heeft patiënte een uur geperst en stond het caput op h3-. Tenslotte werd besloten tot een vacuum extractie i.v.m. een niet vorderende uitdrijving die moeizaam verliep. Na 5 keer tracties schoot de cup af. De laatste tractie werd verricht met de forceps. In totaal dus 6 tracties.”

De duur van de uitdrijving was ruim een uur. Het kind, een meisje dat de naam E kreeg, werd om 16:11 uur in AAV geboren met een gewicht van 3700 gram en een lengte van

49 cm. De Apgarscore was na 1 minuut 8 en na 5 minuten 9. De navelstreng pH was 7,22. E kreeg 1 mg vitamine K oraal toegediend.

E werd onderzocht door een kinderarts en tot 48 uur na de bevalling geobserveerd op de kraamafdeling. Op 10 maart 2006 is zij na onderzoek door een kinderarts, samen met klaagster, ontslagen.

Drie dagen later, op 13 maart 2006, werd E op de zuigelingenafdeling van het ziekenhuis op verzoek van de verloskundige vanwege geel zien, slecht drinken en sufheid gezien door de kinderarts. Haar bilirubinegehalte bleek zeer hoog. Fotherapie werd gestart en ze werd doorgestuurd naar het ziekenhuis te F voor een wisseltransfusie. Later is gebleken dat de behandeling te laat kwam en dat er een kernicterus (een hersenbeschadiging ten gevolge van te hoog billuribinegehalte) was ontstaan. E is gehandicapt geraakt.

Er hebben diverse gesprekken tussen klaagster en verweerster plaatsgevonden. De huisarts van klaagster en het revalidatiecentrum hielden verweerster op de hoogte van de ontwikkeling van E. In 2008 en 2014 heeft verweerster klaagster uitgenodigd voor een gesprek, waarop klaagster niet is verschenen.

Klaagster heeft ook een klacht ingediend tegen de kinderarts (181/2015), in welke zaak gelijktijdig uitspraak wordt gedaan.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- dat gezien de voorgeschiedenis veel eerder besloten had moeten worden tot een keizersnede, zoals met klaagster afgesproken. Er is niet goed naar haar geluisterd. Aangezien, in strijd met hetgeen gebruikelijk is, niet drie maanden voor de uitgerekende bevallingsdatum maar pas op 3 maart 2006 is gestopt met Acetylsalicylzuur, moet ervan worden uitgegaan dat het bloed van E tijdens de bevalling verdund was. Verweerster heeft klaagster ten onrechte een uur laten persen. Met name wordt verweerster verweten dat zij niet direct een sectio heeft gedaan. Volgens klaagster had zij daarvoor getekend. En zij verwijt verweerster dat zij teveel risico heeft genomen door klaagster vaginaal te laten bevallen. Zij heeft vijfmaal (vergeefs) een vacuümextractie geprobeerd, en daarna nog een keer een extractie met de forceps. Dit terwijl reeds in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 19 augustus 2001 een artikel was verschenen met de titel *“De hoge vacuümextractie: terecht obsoleet gezien de risico’s voor het kind”* met als citaat uit het handboek ‘Williams Obstetrics’: *“hoge extractie, hetzij door een tangverlossing, hetzij door vacuümverlossing, heeft geen plaats in de moderne verloskunde.”*

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert, zakelijk weergegeven, het volgende aan. Gezien de geringe dosis en de korte halfwaardetijd van Acetylsalicylzuur, kan er niet van worden uitgegaan dat bij het nemen van de laatste tablet door klaagster op 2 april 2006, het bloed van E op 8 maart 2006 verdund was. Volgens de destijds geldende richtlijn bestond er, anders dan de NVOG-richtlijn 2010, geen harde indicatie voor een primaire sectio en daarom

is in het teamoverleg daartoe niet besloten. Klaagster was al vier keer vaginaal bevallen en de eerdere sectio's zijn niet verricht wegens het niet vorderen van de baring maar vanwege foetale nood. Ook volgens de nieuwste richtlijn zou de keus voor een TOL (Trial Of Labor) verantwoord zijn geweest vanwege de in dit geval zeer geringe toename van de kans op een uterusruptuur. Verweerster bestrijdt, met een beroep op de NVOG-richtlijn 'Vaginale kunstverlossing (vacuümextractie, forcipale extractie)' versie 1.0 van 20 mei 2005, dat in dit geval een vacuümextractie medisch niet verantwoord was. Het caput stond op H3- in AAA, het kind leek niet te groot, klaagster was al viermaal eerder vaginaal bevallen en de ontsluiting was vlot verlopen. Bij een stand (vlak) boven H3 moet men alert zijn op een mechanische baringsbelemmering door wanverhouding maar is - bij afwezigheid van andere aanwijzingen voor wanverhouding - de uitvoeringstechniek bepalend voor het risico op geboortetrauma. Verweerster schatte in dat een vacuümextractie haalbaar zou zijn, dus binnen vier extracties. Er is geen advies over het absolute maximum aantal extracties. Het grootste risico betreft een schouderprobleem, hetgeen zich hier niet heeft voorgedaan. Overigens is een keizersnede niet eenvoudig als het hoofd eenmaal dieper is gekomen. Verweersters beslissing om gezien de vordering door te gaan met de vaginale kunstverlossing was verantwoord.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, 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 destijds in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Voorts wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren buitengewoon tragisch is maar dat de toetsing van het handelen van verweerster moet plaatsvinden in het licht van wat haar op dat moment bekend was en bekend kon zijn.

5.2

Klaagster had vanwege haar obstetrische voorgeschiedenis een medische indicatie om in het ziekenhuis gecontroleerd te worden en te bevallen. Die controles werden uitgevoerd door verweerster. Verweerster is drie jaar arts-assistent niet in opleiding geweest, zes jaar arts-assistent in opleiding en was destijds een jaar als gynaecoloog werkzaam. Verweerster had derhalve een ruime obstetrische ervaring en was bekwaam deze zorg te verlenen.

Op 11 januari 2006 heeft verweerster in het teamoverleg van de gynaecologen de komende bevalling van klaagster besproken. Besproken is dat er medisch gezien geen indicatie was voor een primaire sectio. Klaagster was immers al vier keer eerder normaal bevallen van een gezond kind en de twee sectio's waren niet uitgevoerd vanwege het niet vorderen van de bevalling maar vanwege foetale nood. Vanwege klaagsters voorgeschiedenis werd wel afgesproken dat klaagster bij 38 weken AD ingeleid zou worden als bij het vaginaal toucher (VT) zou blijken dat klaagster inleidbaar was, en dat anders een keizersnede zou plaatsvinden.

Zoals verweerster aangeeft wordt er tegenwoordig eerder gekozen voor een primaire sectio. Echter het college dient, het is in 5.1 al gezegd, de casus te beoordelen naar

de destijds vigerende richtlijnen. Bij die beoordeling is de conclusie dat de keuze voor een vaginale bevalling te billijken is. Het kindje was niet erg groot en klaagster was al vier keer eerder vaginaal bevallen.

Op 3 maart 2006 was klaagster, gegeven een Bishop-score (zoals uit het dossier blijkt) van 5, inleidbaar en is besloten tot inleiding op 8 maart 2006 volgens afspraak bij een AD van 381/7.

Klaagster is er stellig over dat een primaire sectio was afgesproken en dat zij daar zelfs voor had getekend. Dit blijkt echter niet uit het dossier. Het college acht dat overigens ook niet waarschijnlijk omdat het in de gynaecologie in dergelijke gevallen geen gebruik is om patiënten vooraf te laten tekenen. Verder is ook niet gebleken dat klaagster toen zij op 8 maart 2006 in het ziekenhuis kwam voor het inleiden van de bevalling, gevraagd heeft om een keizersnede. Wel blijkt dat zij om een sectio heeft gevraagd tijdens de inleiding om 12:55 uur vanwege de pijn. Dat is toen niet gedaan omdat pijn geen indicatie is voor een sectio.

Bij de inleiding verliep de ontsluiting voorspoedig en om 15:15 uur had klaagster volledige ontsluiting en mocht zij persen. Omdat de uitdrijving niet vorderde is om 16:11 uur besloten tot een vacuümextractie. Gegeven de werkervaring van verweerster had zij voldoende bekwaamheid om de vacuümextractie uit te voeren en mocht zij daar, gelet op alle omstandigheden, toe besluiten. Niet gezegd kan worden dat verweerster daarmee te veel risico heeft genomen en onjuist heeft gehandeld.

Het hoofdje volgde goed en stond na de vierde tractie bijna op de bekkenbodem. Na het zetten van de episiotomie is bij de vijfde tractie de vacuüm losgeschoten. Verweerster heeft op dat moment gekozen voor een tangverlossing. Dat is een verdedigbare keuze. In de volgende wee is E geboren met goede Apgarscores. Na de geboorte is E onderzocht door een kinderarts die verder geen bijzonderheden heeft gevonden.

5.3

Met betrekking tot het te laat stoppen van de Acetylsalicylzuur overweegt het college dat er geen richtlijn is die voorschrijft wanneer dit dient te gebeuren en dat er geen bewijs is voor effect van deze medicatie op het kind. Dit verwijt kan daarom evenmin slagen.

5.4

De conclusie van het college is dan ook dat het heel verdrietig is dat E gehandicapt is geraakt maar dat verweerster niet heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ten opzichte van klaagster en haar kindje behoorde te betrachten en dat de klacht tegen haar daarom als ongegrond dient te worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, prof. mr. J.C.J. Dute, lid-jurist, en C.I.M. Aalders, dr. F. Brus, en dr. P.J. Wahab, leden-artsen, in tegenwoordigheid van

mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 2 december 2016 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 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.