

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016-201

Datum uitspraak: 21 maart 2017

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

A,
wonende te B
klaagster,

tegen:

C, gynaecoloog,
werkzaam te B,
verweerder,
gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht.

1. Het verloop van de procedure

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:
- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 8 juli 2016;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek;
- de brief d.d. 19 december 2016 van klaagster.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 24 januari 2017. Verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde mr. Nunes, is verschenen en heeft zijn standpunten mondeling toegelicht. Mr. Nunes heeft pleitnotities overgelegd. Klaagster heeft het College voor de zitting bericht omtrent haar afwezigheid.

1.4 De klacht is gezamenlijk behandeld met twee andere, met de klacht samenhangende zaken zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Die zaken zijn bekend onder de dossiernummers 2016-056a en 2016-056b.

2. De feiten

2.1 Klaagster is op 23 maart 2014 om 1.52 uur tijdens de bevalling van haar eerste kind door de verloskundige overgedragen aan de dienstdoende gynaecoloog in de nachtdienst van het D te B (hierna: het ziekenhuis). In het ziekenhuis was bekend dat klaagster Jehova's getuige is en om die reden geen bloedtransfusie wenste. Het ziekenhuis is het enige ziekenhuis in de regio dat klinische bevallingen bij Jehova's getuigen begeleidt.

2.2 De overdracht van de verloskundige naar het ziekenhuis vond plaats omdat klaagster in de ontsluitingsfase pijnstilling wenste. Om 3.38 uur is een epidurale katheter ingebracht en de infusie van ropivacaine en sufentanil werd gestart op een stand van 10 ml/uur. In verband met een matig vorderende ontsluiting werd om 3.55 uur tevens gestart met een weeën stimulerend middel. De epidurale blokkade werkte goed; klaagster had geen pijn. Om 9.43 uur had klaagster volledige ontsluiting. Als gevolg van de pijnstilling voelde klaagster echter geen persweeën, in verband waarmee de toediening van epidurale pijnstilling is stopgezet. Omstreeks 11.30 uur, toen het gevoel langzaam weer terugkwam, is klaagster begonnen met persen, maar omdat de uitdrijving niet vorderde heeft verweerder (inmiddels dienstdoend gynaecoloog) om 12.36 uur besloten tot een keizersnede. In dat kader heeft verweerder in het partusverslag genoteerd:

“Medebeoordeling: VT buiten wee. Caput H2 =. Tijdens persen caput wel mooi dieper maar met benign deel niet voorbij He. Tevens inderdaad nauwe arcus. B/ secundaire sectio caesarea. Mw is overigens 1.57 meter.”

2.3 Verweerder heeft de dienstdoende anesthesioloog (hierna: de anesthesioloog) verzocht te assisteren bij de keizersnede die klaagster diende te ondergaan. Uit het door de anesthesioloog opgestelde anesthesieverslag blijkt dat klaagster om 12.54 uur op de OK was en dat om 12.56 uur de anesthesie is gestart. Om 12.59 uur is via de epidurale katheter 6 ml lidocaïne 2% (20 mg/ml) toegediend en om 13.04 uur nog eens 3 ml lidocaïne 2%. Op enig moment tussen 12.59 uur en 13.08 uur gaf klaagster bij het testen van het blok met behulp van een pincet net boven de navel (de zogenoemde “pincetproef”) aan dat dit pijnlijk was. Om 13.08 uur is gestart met de keizersnede en om 13.12 uur is via de epidurale katheter nogmaals 2 ml lidocaïne 2% toegediend. Om 13.15 uur werd een gezonde dochter geboren. Om 13.15 uur (na de geboorte van het kind) is 10 microgram sufentanil (een opiaat) intraveneus toegediend. Nadien, om 13.45 uur, is nogmaals 10 microgram sufentanil toegediend, alsmede extra sedatie in de vorm van 60 mg propofol omdat klaagster aangaf de hechtingen te voelen en als gevolg daarvan moeilijk stil op haar rug kon blijven liggen. Om 13.50 uur werd de ingreep beëindigd.

2.4 Het door de arts-assistent gynaecologie en/of verweerder opgestelde OK-verslag van de keizersnede vermeldt, voor zover hier van belang:

“Wijze van anaesthesie: opgespoten epiduraal

Pincet-proef: pijnlijk. Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiente

(...)

Complicaties: vrij pijnlijke sectio voor patiente, 700 ml BV”

Verder is in het eerdergenoemde partusverslag genoteerd dat de keizersnede pijnlijk voor klaagster was:

“(…)

13.30 (...) NB pte verbleef pijnlijk onder de epiduraal, extra pijnstilling op OK gehad.

(…)

14.40 (...) Mevr heeft de sectio als erg pijnlijk ervaren. Mevrouw heeft nu nog steeds veel pijn. Mevr krijgt nu nog morfine sc en perfagan. Mevr mag nog geen dico omdat de ruggeprik nog in zit (...)

Voorts is op 24 april 2014 naar aanleiding van deze ingreep een melding gemaakt in de complicatieregistratie.

2.5 In verband met de pijn die klaagster tijdens de keizersnede heeft ervaren, heeft zij een tuchtklacht ingediend klacht tegen de anesthesioloog (dossiernummer 2016-056a). In dat kader heeft verweerder een schriftelijke verklaring opgesteld d.d. 28 april 2016 met betrekking tot de pijn(beleving) van klaagster, die als bijlage bij het verweerschrift van de anesthesioloog is overgelegd. In deze verklaring stelt verweerder:

“In het operatieverslag van de ingreep heb ik geschreven: ‘Wijze van anaesthesie: opgespoten epiduraal. Pincet-proef: pijnlijk. Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiënte.’ Sindsdien is dit nogal uit zijn verband gerukt en wordt er beweerd dat patiënte gegild, gehuild en geschreeuwd zou hebben. Deze voorstelling van zaken strookt absoluut niet met de werkelijkheid. Bij het opspuiten van een epiduraal kan de sectio altijd wel wat gevoelig zijn en als de sectio dan te pijnlijk is kan er altijd nog worden overgegaan op algehele anesthesie. (...) Bij A was dit zeker niet het geval en heb ik gedurende de ingreep niet het gevoel gehad over te moeten gaan op een algehele narcose en dit te vragen of te adviseren aan de anesthesist. (...)”

Uit deze verklaring heeft klaagster afgeleid dat niet alleen de anesthesioloog, maar ook verweerder verantwoordelijk is geweest voor de pijn tijdens de keizersnede, hetgeen voor klaagster reden was om eveneens een tuchtklacht tegen verweerder in te dienen.

2.6 Verder heeft verweerder zelf een schriftelijke reactie op het klaagschrift opgesteld d.d. 15 augustus 2016 (bijlage 2 bij het verweerschrift), waarin hij (onder andere met betrekking tot de pijnbeleving van klaagster) aangeeft:

“Ondanks de wat pijnlijke pincetproef en de sectio die vervolgens niet pijnloos was, heb ik steeds de inschatting gemaakt en overtuiging gehad dat de ingreep hiermee door kon gaan.”

(…)

Ten aanzien van eventuele alternatieven voor de epidurale anesthesie was een alternatief geweest patiënte algehele anesthesie te geven. Maar ook dat geeft weer een grotere kans op een fluxus door uterusrelaxatie wat we bij een Jehova's getuige juist willen vermijden. Ook had ik langer kunnen wachten op een mogelijk beter gaan werken van de opgespoten epiduraal maar ook hiervoor zag ik onvoldoende reden. Als laatste punt, de mate van pijn die je accepteert. De sectio was bovengemiddeld pijnlijk zoals ik ook heb genoteerd in het operatieverslag maar ik ben weloverwogen doorgegaan met de ingreep. Los van alle bovenstaande factoren, die zeker in meer of mindere mate zullen hebben meegespeeld, is de grens waarbij ik zou zeggen dat ik over zou willen gaan op algehele anesthesie niet bereikt. Nadat het kind werd geboren (en dat is binnen 5 minuten na incisie van de huid) is er, zoals vaker gebeurd bij een niet naar tevredenheid werkende opgespoten epiduraal, aanvullende pijnstilling gegeven. Voor patiënte dus een nare en vervelende ervaring maar kortdurend. (...)

*Het niet laten geven van een nieuwe ruggenprik.
Zoals ik hierboven al heb aangegeven had patiënte een epiduraal katheter die uitstekend werkte tijdens de ontsluitingsperiode. Dat er besloten werd tot het opspuiten van deze epiduraal is dus niet meer dan logisch. Bij de pincetproef is besloten, al was deze wat pijnlijk, aan te vangen met de ingreep. Op dat moment is er geen mogelijkheid meer een nieuwe ruggenprik te plaatsen.”*

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder – kort en zakelijk weergegeven – dat :

- (i) hij met de keizersnede is begonnen en doorgegaan, ondanks dat klaagster zowel voorafgaand bij de “pincetproef”, als tijdens de ingreep duidelijk heeft aangegeven dat zij (veel) pijn had;
- (ii) na aanvankelijk te hebben toegegeven dat klaagster (veel) pijn had gehad tijdens de ingreep, dit later – nadat klaagster juridische stappen had ondernomen richting de anesthesioloog en het ziekenhuis – terug te draaien, althans te nuanceren.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 Het College stelt voorop dat adequate pijnbestrijding bij een operatieve ingreep primair de verantwoordelijkheid van de anesthesioloog betreft. Zoals het College in haar beslissing inzake de door klaagster tegen de anesthesioloog ingediende tuchtklacht (dossiernummer 2016-056a) heeft geoordeeld, is de anesthesioloog hierin tekortgeschoten en heeft hij de verdoving niet lege artis verricht.

5.2 De door de anesthesioloog gemaakte inschattingsfout kan verweerder uiteraard niet tuchtrechtelijk worden verweten. Uit de hiervoor onder 2.7 aangehaalde verklaring van verweerder blijkt echter dat hij, ondanks dat hij ervan op de hoogte was dat de “pincetproef” voor klaagster nog pijnlijk was, direct daarna met de keizersnede is begonnen. Uit diezelfde verklaring blijkt dat verweerder langer had kunnen wachten op een mogelijk betere werking van de epiduraal toegediende lidocaïne, maar dat hij hiervoor onvoldoende reden zag. Naar het oordeel van het College had het feit dat klaagster nog pijn aangaf bij de “pincetproef”, ook als dat – zoals zowel verweerder als de anesthesioloog heeft verklaard, anders dan klaagster overigens – geen heftige signalen waren, voor hem aanleiding moeten zijn om nog te wachten of ten minste nader met de anesthesioloog te overleggen. Als de “pincetproef” nog pijnlijk is, is er een kans dat de barende vrouw bij het plaatsen van de incisie of later tijdens de operatie toch (heftige) pijn zal voelen. Zoals verweerder zelf in zijn dossiervoering heeft genoteerd, was het hem duidelijk dat bij klaagster daadwerkelijk sprake was van bovengemiddelde pijn. In zoverre kan in het midden blijven hoe klaagster haar pijn heeft geuit. Daarbij overweegt het College nog dat niet alleen de beleving van pijn, maar ook de mate waarin die wordt geuit van persoon tot persoon zal verschillen. Bovendien kan hebben meegespeeld dat klaagster intraveneus pijnstillende en sederende medicatie toegediend had gekregen.

5.3 In beginsel brengt de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de anesthesioloog en de operateur mee dat als de anesthesioloog aangeeft dat met de ingreep mag worden begonnen, de operateur mag (en moet kunnen) vertrouwen op de inschatting van de anesthesioloog dat de patiënt voldoende is verdoofd. De operateur is daarmee echter naar het oordeel van het College niet van iedere eigen verantwoordelijkheid ontslagen. In dit geval, waarin voor verweerder kenbaar was dat klaagster bij de “pincetproef” nog pijn had en het block dus mogelijk (nog) niet goed was ingewerkt, was nader overleg met de anesthesioloog dat met de keizersnede kon worden begonnen vóór het starten met de sectio aangewezen. Door te starten met de operatie – 12 minuten na het toedienen van de lidocaïne, mogelijk te kort voor het inwerken van de verdoving – zonder met de anesthesioloog in overleg te gaan, is hij tekortgeschoten in de zorg die hij jegens klaagster in acht behoorde te nemen. Klachtonderdeel (i) is derhalve gegrond.

5.4 Verder verwijt klaagster verweerder dat – nadat zij juridische stappen had ondernomen richting de anesthesioloog en het ziekenhuis – verweerder de pijn(beleving) van klaagster is gaan ontkennen, althans aanzienlijk heeft genuanceerd, terwijl verweerder aanvankelijk heeft toegegeven dat klaagster (veel) pijn had gehad tijdens de operatie. Ten aanzien van dit klachtonderdeel overweegt het College als volgt.

5.5 Zoals hiervoor onder 2.4 is weergegeven, is in het medisch dossier door verweerder meerdere malen aangegeven dat de keizersnede voor klaagster een bovengemiddeld pijnlijke en nare ervaring is geweest. Verder heeft verweerder in zijn schriftelijke reactie op het klaagschrift d.d. 15 augustus 2016 verklaard dat de opgespoten epiduraal niet naar tevredenheid werkte en de ingreep voor klaagster een weliswaar korte, maar toch nare en vervelende ervaring was (zie hiervoor onder 2.6). Dit valt moeilijk te rijmen met de verklaring van verweerder in zijn verweerschrift (onder punt 17) en ter zitting, dat klaagster volgens zijn professionele inschatting – en die van de anesthesioloog – goed was verdoofd en dat de keizersnede vlot en probleemloos is verlopen. Ook in de schriftelijke verklaring die verweerder in het kader van de tuchtprocedure tegen de anesthesioloog heeft afgelegd d.d. 28 april 2016 (dossiernummer 2016-056a) (zie hiervoor onder 2.5) lijkt de door klaagster gestelde pijn door verweerder te worden gerelativeerd.

5.6 Al met al acht het College de verschillende lezingen die verweerder van de pijn(beleving) van klaagster heeft gegeven niet consistent. Het College kan zich niet aan de indruk onttrekken dat verweerder in de loop der tijd de pijn(beleving) van klaagster – al dan niet onder invloed van de verschillende door klaagster ondernomen juridische stappen – aanzienlijk heeft gerelativeerd. Deze indruk is ter zitting bevestigd, nu verweerder daar heeft verklaard dat hij achteraf bezien in zijn schriftelijke verslaglegging een beter onderscheid had moeten maken tussen gevoel – een keizersnede onder een opgespoten epiduraal kan altijd wat gevoelig zijn, aldus verweerder – en daadwerkelijke pijn. Van daadwerkelijke pijn is bij klaagster volgens verweerder geen sprake geweest.

5.7 Het is goed voorstelbaar dat klaagster zich als gevolg van dit gaandeweg relativeren, nuanceren en uiteindelijk ontkennen van haar pijn(beleving) niet serieus genomen voelt door verweerder. In zijn algemeenheid geldt dat, als de patiënt aangeeft dat hij of zij pijn heeft, een hulpverlener dat – gelet op het subjectieve karakter van pijnbeleving – serieus dient te nemen, ook al wordt die pijn mogelijk op een subtiele wijze geuit (hetgeen klaagster overigens betwist). Door de door haar ervaren pijn te kwalificeren als *gevoel*, heeft verweerder jegens klaagster niet de (na)zorg betracht die onder

de gegeven omstandigheden van hem verwacht mocht worden. In dat kader is met name ook van belang dat, op grond van het feit dat de verdoving niet lege artis is uitgevoerd, wel degelijk aannemelijk is dat klaagster gedurende de ingreep onvoldoende was verdoofd en dus veel pijn heeft gehad. Ook dit klachtonderdeel is dus gegrond.

5.8 De conclusie is dat verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

5.9 Het is het College duidelijk dat de geboorte van haar dochter voor klaagster een pijnlijke en onaangename ervaring is geworden. Zoals hiervoor is overwogen draagt verweerder daarvoor niet de primaire verantwoordelijkheid; die verantwoordelijkheid lag in eerste instantie bij de anesthesioloog, maar verweerder had wel moeten reageren op de pijnsignalen die klaagster afgaf. Verder betreft het klachtwaardig handelen van verweerder voornamelijk de bejegening van klaagster in het kader van de nazorg. Hoewel ook dit voor klaagster onplezierig is geweest, acht het College de maatregel van waarschuwing toereikend en passend.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

legt op de maatregel van waarschuwing;

bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door mr. N.B. Verkleij, voorzitter, mr. dr. A. Wilken, lid-jurist, prof. dr. R.J. Stolker, dr. S. Veersema en dr. G.A. Hoffland, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door mr. R.C. Kruit, secretaris en uitgesproken in het openbaar op 21 maart 2017.

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.