

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 258/2014

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 januari 2017 naar aanleiding van de op 18 december 2014 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**,
bijgestaan door **R en S**, juristen verbonden aan het **I** te **E**,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlage;
- het medisch dossier;
- het proces-verbaal van het op 22 september 2015 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek;
- het schrijven van klagers, binnengekomen op 17 november 2015;
- het namens verweerder ingediende rapport van **H**, binnengekomen op 31 oktober 2016;
- de reactie van klagers binnengekomen op 9 november 2016.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 25 november 2016, alwaar zijn verschenen klagers en verweerder. Verweerder werd bijgestaan door **R en S**.

Klagers hebben in verband met de aan deze zaak ten grondslag liggende feiten eveneens klachten ingediend tegen F, arts, (zaaknummer 280/2015) en G, gynaecoloog, (zaaknummer 279/2015). Ter zitting zijn de zaken gelijktijdig, niet gevoegd, behandeld. In deze zaken is bij beslissing van dezelfde datum uitspraak gedaan.

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 in 1986, heeft in januari 2006 een niertransplantatie ondergaan waarna sprake was van lekkage van de ureter waarvoor diverse malen een nefrostomiecatheter werd aangelegd.

Op 28 juni 2006 werd klaagster gezien in het I in verband met controle na recidiverende urineweginfecties vanaf juni 2006. De kweken van 1 augustus 2006 en 21 augustus 2006 toonden een E-coli welke gevoelig was voor Nitrofurantoin.

Op 16 april 2010 werd klaagster in het I gezien voor jaarlijkse controle na niertransplantatie. In deze brief is vermeld dat klaagster de laatste maanden geen urineweginfecties meer heeft gehad, wel sinds februari 2010 klachten van diarree. Vier jaar na de transplantatie was sprake van een stabiele transplantaatfunctie zonder proteïnurie. Een jaar later bleek weer een stabiele transplantaatfunctie zonder proteïnurie. Klaagster besprak in 2011 in het I haar zwangerschapswens.

Op 10 december 2011 is een urinekweek verricht. Het formulier 'Uitslag Medisch Microbiologie', vermeldt, voor zover thans van belang:

"Gramkleuring	++ leukocyten + plaveiselepitheelcellen + gram positieve kokken in diplo + gram positieve staafjes
Kwantitatieve cultuur	> 10E5 kve/ml Enterococcus faecalis 10E4 kve/ml Streptococcus agalactiae (lab-haemolytische streptokokken groep B)

Bakteriurie is waarschijnlijk"

Op 13 december 2011 heeft J, afdeling nierziekten, I, een brief ontvangen van het K, inhoudende voor zover thans van belang:

"patiënte was van 10-12-2011 t/m 13-12-2011 opgenomen op de afdeling interne geneeskunde.

Voorgeschiedenis:

2005 acuut nierfalen obv IgA nefropathie. Behandeling destijds middels steroïden/Cyclofosfamide en plasmafiltraat zonder effect. Toxische epidermale necrolyse waarschijnlijk bij Bactrimel.

Vanwege persisterend nierfalen start intermitterende hemodialyse en tijdelijk peritoneaal dialyse. 2006 getransplanteerd met een nier van haar moeder.

Recidiverende urineweginfecties

Anamnese: *Patient presenteert zich op de SEH met sinds de avond van presentatie koorts en pijn in de rechter flank. Herkend de klachten van eerdere UWI's. Meest recente*

UWi in mei 2011 jl. In verleden hiervoor profylactisch AB gehad (o.a. nitrofurantoinen, IM injecties), nu niet meer. Sinds 2 weken hoesten, daarvoor ook al 2x AB gehad (augmentin + claritromycine). Zou geduid zijn als bronchitis. Geen POB, geen palpitations. Thuis al 4x2 PCM ingenomen, hierp koorts gezakt. Tr. urogenitalis: geen dysurie, wel wat strangurie (sinds 1 dag), plast 3x per dag, niet toegenomen. Tr. digestivus: 1x per dag, mn consistentie, geen bloed of slijm.

Allergieën: sulfamethoxazol met trimethoprim, metoclopramide, diclofenac.

Lichamelijk onderzoek: Niet acuut zieke vrouw, RR 137/90, pols 118 regulair, T. 38.6°C, Saturatie 97%. Hoofd/hals: geen palpabele klieren Cor: tachycardie, S1, S2, geen soufflé. Pulmoes: VAG, ROB, slagpijn re nierloges, links gb, voor zover te beoordelen geen organomegalie.

Extremiteiten; slank geen pitting oedeem.

Laboratorium:

10-12-2011: CRP 53/mg/l; Nitriet U neg.; Erythrocyten 150 /ul; Leukocyten 290 /ul; 13-12-2011: CRP 35 m/l; Hemoglobine 6.3 mmol/l; Leukocyten 9.7 10⁹/l; Trombocyten 219 10⁹/l; Natrium 143 mmol/l; Kalium 2.7 mmol/l; Ureum 9.2 mmol/l; Kreatine 149 umol/l.

(...)

Medische microbiologie:

E. Faecalis gevoelig voor amoxicilline.

Bespreking:

Patiënte werd opgenomen met urineweginfectie met een *a. faecalis*. Deze werd behandeld middels amoxicilline i.v. en later oraal. Hierop daalde de koorts en verbeterde de labuitslagen. Waarschijnlijk bij tijdelijke verhoging van de prednison icm met braken was het kalium de dag van ontslag laag. Dit werd gesuppleerd.

Op 13/12 werd patiënte ontslagen met 11 dagen amoxicilline. Ze zal poliklinisch worden vervolgd.

De nierfunctie was bij dit alles stabiel.

Conclusie:

Urineweginfectie met *Enterococcus faecalis* waarvoor amoxicilline gedurende 10 dagen. “

3 augustus 2012 zond nefroloog J de huisarts een brief betreffende patiënte, voor zover thans van belang, inhoudende:

“In gesprek met patiënte en partner werden in juli 2011 de volgende risico's van zwangerschap besproken.

1. Vermoedelijk slechts kleine kans op atypisch recidief van haar extracapillaire IgA-nefropathie na vervanging van mycophenolaat mofetil door azathioprine.
2. Kans op recidief proteïnurie na staken van ACE-remmer en vermindering van diuretica. Afhankelijk van de ernst van de proteïnurie meer kans op problemen tijdens de zwangerschap en irreversibel verlies van nierfunctie door de zwangerschap.
3. Slechts matige transplantaatfunctie met kans op versnelde achteruitgang rondom c.q. na zwangerschap. Zeer kleine kans dat dialyse tijdens zwangerschap noodzakelijk zal worden.
4. Sterke relatie tussen bloeddruk en nierfunctiebeloop bij IgA-nefropathie.
5. Kans op urineweginfectie c.q. urosepsis tijdens zwangerschap, waarvoor enerzijds profylactisch nitrofurantoinen met cranberry geprobeerd zou kunnen worden en anderzijds pre-emptief c.q. vroegtijdig antibiotica gegeven zou kunnen worden bij teken van urineweginfectie.

6. Om zwangerschap mogelijk te maken moet het teratogene mycofenolaat mofetil in ieder geval vervangen worden door azathioprine en dienen ook antihypertensiva omgezet te worden in middelen die tijdens de zwangerschap toegestaan zijn.

7. Gezien haar ernstige allergische reactie op Cotrimoxazol werd nog gekeken naar de mogelijkheid van kruisovergevoeligheid met thiazidediuretica. (...).

Follow-up:

(...)

Het afgelopen jaar maakte patiënte in oktober 2011 nog bronchitis door, waarvoor ze behandeld werd met amoxicilline/clavulaanzuur en later claritromycine en was er in december 2011 nog een symptomatische urineweginfectie met een Enterococ, waarvoor zij amoxicilline kreeg en in verband met snel recidief nog een aanvullende kuur met amoxicilline/clavulaanzuur.

(...)

Conclusie:

Recidiverende, symptomatische urineweginfecties waarvoor zij inmiddels cranberry profylaxe gebruikt.”

Verweerder werd in februari 2012 verzocht klaagster op te roepen in verband met een zwangerschapswens.

Op 7 november 2012 werd klaagster gezien door arts-assistent L en gynaecoloog M. Klaagster was toen twaalf weken en één dag zwanger. De conclusie en het beleid in de specialistenbrief aan de huisarts luiden:

“Conclusie

G1P0, vitale eenlingzwangerschap AT 21-05-2013, status na niertransplantatie met IGA nefropathie ia. Pre-existente hypertensie en proteïnurie.

Beleid

Wij zullen de patiënte tijdens de zwangerschap controleren.”

Op 7 november 2012 werd klaagster op de polikliniek Prenatale Diagnostiek en Therapie van het I gezien voor een eerste trimester kansbepaling. De anatomische structuren van schedel/hersenen, hart, buikwand, maag, blaas, nieren, handen en voeten werden als niet afwijkend afgegeven.

Op 31 december 2012 werd klaagster gezien in het I voor echoscopisch onderzoek bij een zwangerschapsduur van negentien weken en 6 dagen. Er waren geen aanwijzingen voor structurele afwijkingen.

In het dossier bevinden zich navolgende aantekeningen:

<i>“Over</i>	<i>Bij termijn</i>	<i>Toelichting rivisie</i>	<i>Opmerkingen controle</i>
<i>2w</i>	<i>8w</i>		<i>p 84 meestal 25-28 dgn maar soms cyclus</i>
<i>van 35</i>			<i>dgn, 2 weken nogmaals kijken CRL, kookt</i>
			<i>zoutloos,</i>
			<i>geen drop etc. veel hoofdpijn, 7</i>
			<i>nov weer co bij nefroloog anaesthesie</i>
<i>medewerkster</i>			
			<i>MMC</i>
<i>8w</i>			<i>zie notities, samenvattend pre-existente</i>

bij status *hypertensie en pre-existente proteïnurie,*
 2w 10w *na niertransplantatie 2006 IgA nefropathie*
 nacht erg *24 uurs urine sparen, dan p 89 buikgriep gehad vorige week, 1*
 het goed *verder plannen ziek 4 kg afgevallen TC plannen, nu gaat*
 huid *16-20-24 weken jeuk over gehele lichaam, hals, borst droge*
 12w *TC vaginaal bloedverlies bij toiletgang, bij*
ontlasting, geen andere klachten ivm on-
 gerustheid *komt mevrouw naar hier om te laten bekijken*
 4w 12w 1d *p89 geen VBV meer gehad TAE. intacte*
 eenling *placenta gb. vanmiddag PND echo (FTS).*
 nefroloog *vandaag co gb EKR 1,19 =stabiel.*
 12w 1d *PNDT FTS*
 13w 1d *TC over 24 uurs urine EKR 1.19, mevrouw*
 geeft aan *dat alles goed gaat, zij is nu op vakantie*
 4w 16w *gaarne combineren met 20 p 82 gaat goed, vandaag ook naar*
 nefroloog, *weken echo afspraak, plan ferrofumaraat, starten (echter reeds*
 klachten *anders week ervoor van obstipatie), oedeem in enkels wisse-*
lend per dag INTERNE BESPR bij nefroloog tensie
 16w *auscult gemeten; groot verschil met autom*
 112/68 mm Hg *geen indicatie ferro bij nl ijzer, cave Hb*
 meting! *oplopende protienurie obv nierlijden evt*
 5,8, en *HCT naar Adalat omzetten, amoxi bij pos*
 laatste trim *Graag patiente naar stafpoli*
 urinekeek *D*
 17w 5d *poli D Gaat goed, geen klachten.*
 3w 19w 5d *Biometrie Moe, verder gb. Overleg I inzake*
 2w 22w 2d *RR/medicatie zo doorgaan. Varen op RR,*
 eiwitlek *inherent aan nierziekte, wel monitoren Eiwit*
 2w 24w 2d *2,6.C/stabiel.*
 gestart *Biometrei @ 2wk, cave FL 80 bpm Moe. Echo gb Bij nefro vandaag,*
met nifedipine 1dd10mg

2w	26w 2d	tesamen met OGTT plannen, co D	p 85 moe, last van de rug, zwaar gevoel schaambeen, werk is zwaar (anaesthesie klachten: ruim vruchtwater SDP 70.6 (OGTT ruim vruchtwater en ruimere FAC, bij prednisongebruik). gebeld voicemail ingesproken lab gepikt nefroloog. stabiel uraat 0.58, Hb 5.6, Tr 4.06, CAVE groei? OGTT nuchter 5.8 2uur na belasting 7.5 gestoorde nuchtere gluc, heb ik mevr een dieet+glucometer mee gegeven, voor thuis, maar mevr overlegd met de nefroloog dat dieet etc doet Geen klachten, wel moe Gisteren bij nefro: stabiel Eiwit 2,6. Echo gbC/ Stabiele situatie, acceptabel passend bij nefro problB/ Revisie over 1 wk 86bpm. Zojuist bij Nefro geweest: hogere 117-133/72-84mmHg. TE2.5. Rest Voorstel nefro: nifedipine 2dd10mg. Na J nu niet nodig. voelt zich goed, geen PE kl. HRm 95. a s weer bij nefro, dan PE lab + proteïnurie Bij nefro geen nieuws, bloeduitslagen stabiel. kreat en urinez, lage plaatsjes. HRm 84 "buikgriep' gehad, moedre had er ook last
	26w 2d		
	28w 1d		
1w	28w 2d	Lab via nefro	
1w	29w 1d		
1w	30w	bij D	
1w	31w		
1w	32w 1d	R/Ferro	
1w	33w 1d	Dadelijk afspraak + lab bij 86bpm.	
		nefro	2,52 = stabiel Heden bij nefro: R/ Nifedipine 2dd10mg

1w 34w 2d nefro2. EKR volgt Rest lab volgt Geen klachten1. Hb 5,6 » transfusie via Oplopend kreat (197). Tel overleg J: transfusie via nefro, cave kreat, nu nog niet te hoog. pm inductie AD 38wk of eerder bij verder oplopend kreat. » bespreken perinatologie. Echo gb. Casus besproken met T.Akkoord beleid. Voorkeur zou uitgaan naar Adalat 2dd30 34w 3d oros ipv nifedipine po. Inductie nu niet nodig, echter indien kreat > 250 dan wel. Of bij onheus gevoel bij patiente.

1w 35w hartstikke goed. PLACENTA BEWAREN 78bpm. Goed, geen klachten, gaat indicatie. VOOR IMMUNO Besproken inductie 37wk op maternale ONDERZOEK Nog geen transfusie gehad, heeft zome- teen bij nefro afspraak.

1w 36w 1d gb. Labo: Inductie 1 mei = 37+1wk. Gaat goed, geen klachten. Bewegingen week. vervroegen ivm labo T 121, kreat 213, Hb 6,6 na 2E PC vorige afwijkingen. OHC patiente Biometrie cf ad.C/ Lab meer afwijkend met rand trombopenie en achteruitgang nierfunctie, onzekerheid bij patiente. Plan: inductie naar 36+3.

0w 36w 1d immuno Bij nefro ook hoge RR» Nifedipine naar 2x20mg J heeft weekend dienst, loopt langs bij patiente. Placenta bewaren voor Fles op VK. studies, in PBS oplossing in emmer svp. In koelkast bewaren.”

Tijdens de zwangerschap van klagster is een drietal urinekweken verricht. Op 7 november 2012 was de urinekweek afwijkend: “enterococcus faecalis”. Op 16 januari 2013 en 27 februari 2013 werd in de urinekweken geen significante bacteriële groei aangetroffen.

Op 26 april 2013 werd klagster ingeleid voor de bevalling, in verband met verslechtering van klagsters nierfunctie en oplopende bloeddruk. In de Mosos-notities staat, voor zover thans van belang, het navolgende opgetekend:
 “09:29 D In EPD klinische notities staan in brief door J (nefroloog)

uitgebreide adviezen rondom stress schema durante partu en adviezen in geval van sectio, medicatie en verdere tips en trics. Lezen aub en overnemen! Cave allergie tegen antibiotica!

09:50 U *Pte komt voor inleiding ivm afname nierfunctie bij status na niertransplantatie (IgA nefropathie),*

ATTENTIE: nier rechts in pelvis vrij oppervlakkig: vooral bij sectio oppassen!. Nu PEH bij pre-existente hypertensie. RR 134/94 pols 95. Reflexen normaal. Pte niet ziek Laatste kreat 213, Hb 6.6 uraat 0.54. CTG fraai. VT: staand gesloten half week, geen ontsluiting. BELEID: 1. NEON is akkoord pte komt niet in aanmerking voor Probaat (<37 wkn), dus misoprostol inleiding. 2. indien in partu of bij sectio: DAF stressschema (2dd 12.5mg) Reeds in MEPD voorgeschreven, staat op onderbroken, starten indien in partu. 3. indien sectio ATTENTIE TRANSPLANTAAT!!! 4. nu PE lab incl EKR 4x daags RR: streef RR 130/805. Indien sectio 1. eenmalige antiobioticaprofylaxe met 1000 mg ceftriaxon ter preventie van wondinfectie 6. 3. op de eerste dag na sectio controle van nierfunctie (kreatinine) en bloedbeeld (Hb, leuko's en trombo's). Uitslag svp doorbellen naar onze consulent (...) of dienstdoende nefroloog (...) of via verpleegafdeling (...). 8. op dag van sectio kan azathioprine achterwege gelaten worden. Als patiënte op eerste postoperatieve dag nog niet in staat is om haar gebruikelijke orale medicatie in te nemen, dient overlegd te worden met onze consulent (...). Na de partus dient bètablokker pindolol gecontinueerd te worden en dienen nifedipine en vervolgens amiloride/hydrochloorthiazide pas hervat te worden als bloeddruk bij herhaling boven 130/85 komt. 9. 1 week na de inleiding op 26/4 is al policonrole bij nefroloog afspreken."

Om 6:20 uur op 29 april 2013 werd de dochter van klagers geboren. Genoteerd werd: "CTG suboptimaal, var decel maar wel stijging van BF, na 30 minuten persen segment zichtbaar, vordert goed. Echter suboptimaal en episiotomie gezet, waarna dochter N geboren in Aav, schouders na flink sacraal bewegen geboren, achtersta arm opgeslagen en navelstreng 1x rond nek en 1x rond romp, erdoor geboren laten worden. Met name ademhaling moeizaam, As 7/7, kinderarts gebeld matige start."

Na de bevalling is de dochter van klagers opgenomen op de neonatale intensive care unit, in verband met verdenking van een infectie. Op 30 april 2013 om 16:59 uur werd opgetekend dat bij klaagster door de verloskundige een introïtus/anuskweek werd afgenomen.

Op 2 mei 2013 werd opgetekend dat de kweek nog niet bekend is.

Op 6 mei 2013 werd door F en verweerder een brief aan de huisarts verzonden, inhoudende, voor zover thans van belang:

"Patiënte was onder controle sinds 09-10-2012 en had als medische indicatie status na niertransplantatie wegen IgA nefropathie, preexistente hypertensie en preexistente proteinurie.

Relevante voorgeschiedenis (algemeen/obstetrisch)

2006 niertransplantatie bij IgA nefropathie.

Allergie(ën): cotrimoxazol, bactrimel, primperan.

Huidige graviditeit

G1, P0, á terme berekend op 21-05-2013. Patiente gebruikte immunosuppressiva.

Prenatale diagnostiek

Geen afwijkingen.

Partus

Patiente is bij 36w6d bevallen nadat besloten werd op maternale indicatie (verslechtering van haar nierfunctie) haar prematuur in te leiden. Begin baring: inleiding dmv prostaglandines en spontane vliesscheur. Pijnstilling: lokale anaesthesie (epiduraal). Episiotomie: medio-laterale episiotomie, Labiumruptuur: beiderzijds, Vaginawandruptuur: links. Totaal bloedverlies 250 ml.

Kind

N (meisje), hulp bij baring: geen, 2423 g. (p20-50), apgarscores 7/7, Ph?BE (arterieel) 7,13/-13,0, ph?BE (vweneus) 7,20/-12,0. Kinderarts: opname neonatologie in verband met prematuriteit, later gecompliceerd door een GBS meningitis/sepsis. Zij blijft opgenomen op de NICU wegens iv antibiotica en beademing. Hierover ontvangt u separaat bericht van de afdeling neonatologie.

Post partum

Ongecompliceerd

Een introitus/anus kweek toonde GBS kolonisatie bij patiente.

Ontslag

- Patiente werd op 2-5-2013 uit ons ziekenhuis ontslagen en verblijft in het O- N blijft opgenomen op de afdeling neonatologie/NICU.

- het kraambed wordt door dit ziekenhuis en Maatschap/praktijk P te E begeleid.

(...)

Advies voor de volgende graviditeit

- Prenatale diagnostiek wegens medicatiegebruik.

- Prenatale zorg en partij in 3e lijn wegens status na niertransplantatie.

- Obligate antibiotische behandeling gericht tegen GBS bij iedere partus.”

Op 17 mei 2013 schreef verweerder een e-mailbericht aan J, die als navolgende waarneming in het dossier is opgenomen:

“A: Mail van perinatoloog D over GBS beleid (retrospectief):

Beste I,

Ik heb dit laatste al van de neonatologen vernomen over de worstelingen van patiënte rondom GBS screening.

We screenen niet standaard zwangeren op GBS, iets wat wel in de anglo-saxische landen gebeurt. Dit is gebaseerd op een TNO-RIVM analyse zoals beschreven in onze landelijke richtlijn GBS ziekte en zwangerschap (NVOG). Ondanks het feit dat 20% van de westerse vrouwen draagster is van deze bacterie.

Dus bij patiënte ook niet.

Nu we weten dat ze draagster is, en een kind met een GBS sepsis, zal ze hoe dan ook behandeld worden in een volgende zwangerschap en bevalling.

Of dit zowiezo moet bij patiënten met immunosuppressiva is een vraag die ik me nu stel.

Ik zie haar zowiezo op de nacontrole en zal dit met haar aankaarten.”

Op 11 juni 2013 vermeldde verweerder als advies voor volgende zwangerschap:

“N: GBS sepsis Dus GBS profylaxe tijdens partus Preconceptie bij [naam verweerder, RTC] en J.”

Op 11 juni 2013 zag verweerder klagers met hun dochter ter nacontrole.

Verweerder schreef, voor zover thans van belang, in de brief aan de huisarts:

“(...) De zwangerschap werd hier gecontroleerd vanwege haar nier transplantaat, en op maternale indicatie (progressieve verslechtering van haar nierfunctie) werd besloten de zwangerschap vervroeg te beëindigen en de bevalling in te leiden. De bevalling werd kunstmatig opgewekt in de 36ste week van de zwangerschap waarna ze bij een amenorroe 36,6 wk spontaan beviel. De vliezen waren 23 uur gebroken. N werd op de neonatologie opgenomen en ontwikkelde heel snel een GBS meningitis en sepsis waarvoor beademing, inotropie en antibiotica op de NICU. Er is bij haar een beeld ontstaan van witte- en grijze stof afwijkingen in cerebro, convulsies en cerebrale schade. Anus- en introitus kweken bij moeder waren postpartum positief voor groep B streptokokken. N is later naar de HC overgeplaatst, en uiteindelijk naar een post-IC beld in Q. Zij is nu thuis, en drinkt goed. Haar neuromusculaire ontwikkeling wordt gemonitord. Er zijn zorgen geuit naar haar ontwikkeling. (...)

Zij en haar partner maken zich zorgen over de ontwikkeling van hun dochter en hadden begrijpelijkerwijs meerdere vragen over het ontstaan van de GBS sepsis bij hun dochter N.

Ik heb hun uitleg hierover gegeven aan de hand van de NVOG richtlijn ‘Preventie van neonatale GBS ziekte’. In het kort:

- Hoewel ongeveer 20% van de Westerse bevolking GBS drager is, wordt in Nederland niet actief naar GBS dragerschap in de zwangerschap gescreend, tenzij er anamnestic aanwijzingen voor zijn.

- Screening wordt dan in principe verricht door middel van een introitus/anus kweek.

- Indien bewezen is dat een patiënte GBS draagster is, dan wordt gescreend op hoge kolonisatiegraad in de urine met een urinekweek bij 34wk amenorrie.

- Als de urine kweek positief is, dan wordt met penicilline G behandeld tijdens de partus.

- Als de urine kweek negatief is (maar bij positieve introitus/anus kweek) dan wordt enkel met penicilline behandeld tijdens de partus wanneer er riscofactoren zijn, zoals onder andere langdurig gebroken vliezen, prematuriteit en eerder kind met GBS sepsis.

Bij patiënte was voorafgaande de zwangerschap geen GBS screening verricht omdat daarvoor geen indicatie was. Tijdens de partus waren geen bijzonderheden, patiënte had geen koorts, en de duur van de gebroken vliezen was 23uur, een en ander niet aanleiding gevend tot peripartum antibiotica behandeling. Er is dus gehandeld conform de vigerende richtlijn. Postpartum bleek patiënte wel draagster te zijn blijkens uit de anus/introitus kweek, overeenkomend met de algemene prevalentie. Het lijkt aannemelijk dat N gekoloniseerd geraakt is tijdens de bevalling, maar dit verklaart niet direct de GBS sepsis.

Ik heb met patiënte het volgende besproken ten aanzien van maatregelen tijdens een eventuele volgende zwangerschap en bevalling cf dezelfde NVOG richtlijn: tijdens de bevalling zal patiënte, ongeacht de zwangerschapsduur, profylactisch met penicilline G behandeld worden. Pragmatisch zal gedurende de zwangerschap urine gescreend worden op GBS maar de uitslag hiervan zal het beleid tijdens de bevalling niet veranderen. Gezien haar nefrologische status zal zij zich zowiezo preconceptioneel bij ons melden om alles nog eens door te nemen.”

Op 3 oktober 2013 heeft H, gynaecoloog-perinatoloog, op verzoek van gemachtigde van D en gelet op haar vraagstelling bij brief van 1 augustus 2016, gerapporteerd, inhoudende:

“Ad 1:

De NVOG-richtlijn ‘Preventie van neonatale Groep-B-streptokokkenziekte (GBS-ziekte)’ versie 2.0 uit 2008 en de multidisciplinaire richtlijn van NVOG, NVK, NIV en NVVM ‘Dreigende vroeggeboorte’ uit 2011 zijn van toepassing.

De belangrijkste standpunten uit de literatuur op dat moment (2013) staan verwoord in de genoemde richtlijnen. De aanbevelingen in beide richtlijnen aangaande de preventie van neonatale GBS-ziekte wijken af van de meeste internationale adviezen. In Nederland is tot op heden een praktische keuze gemaakt voor een strategie waarbij alleen zwangeren die draagster zijn van GBS en bekend zijn met een risicofactor tijdens de baring profylactisch behandeld worden met antibiotica.

Ad 2:

GBS-diagnostiek door het uitvoeren van een (rectovaginale) GBS-kweek ten tijde van het besluit tot inleiding kan in het algemeen overwogen worden indien (vaginale) vroeggeboorte verwacht wordt, maar is geen bewezen zinvol beleid. De NVOG-richtlijn uit 2008 (onder andere Figuur 1: Beslisboom) geeft op dit punt geen expliciet advies, omdat hiervoor onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing bestond (en bestaat). De beslisboom adviseert alleen om antibiotica-profylaxe bij de baring voor te schrijven als bij reeds bekende draagsters (vaginale) vroeggeboorte optreedt. Dat impliceert niet zondermeer dat het nodig is om dragerschap op te sporen bij verwachte vroeggeboorte. In dat geval zou theoretisch 20-25% van de zwangeren GBS-draagster blijken te zijn, zonder dat duidelijk uit de literatuur is dat antibiotische profylaxe bij die groep dan zinvol (lees: kosteneffectief) is. De multidisciplinaire richtlijn uit 2011 adviseert weliswaar om bij dreigende vroeggeboorte een GBS-kweek af te nemen (p70), maar dit betreft een andere situatie met een ander doel, namelijk dreigende spontane vroeggeboorte waarbij de kinderartsen voor de opvang van de premature neonat graag geïnformeerd willen zijn over de maternale GBS-status (p69). Deze richtlijn schrijft bovendien ook dat er geen enkele aanwijzing is dat antibiotica durante partu, alleen wegens een positieve GBS-kweek, enige verbetering van de langetermijnuitkomst geeft bij preterme kinderen (p68).

GBS-diagnostiek door het uitvoeren van een (rectovaginale) GBS-kweek ten tijde van het besluit tot inleiding is op grond van de NVOG-richtlijn uit 2008 (onder andere Figuur 1: Beslisboom) niet nodig indien in het verleden (voorafgaand aan de betreffende zwangerschap) een positieve urinekweek voor GBS is gevonden. De richtlijn doet hierover namelijk geen uitspraak.

GBS-diagnostiek door het uitvoeren van een (rectovaginale) GBS-kweek ten tijde van het besluit tot inleiding is op grond van de NVOG-richtlijn uit 2008 (onder andere Figuur 1: Beslisboom) niet nodig indien door de zwangere afweerremmende medicatie wordt gebruikt. Hierover wordt in de richtlijn immers geen uitspraak gedaan.

Ad 3:

De NVOG-richtlijn uit 2008 maakt geen onderscheid in spontane vroeggeboorte en electieve vroeggeboorte op maternale indicatie. De onderliggende literatuur is hierover namelijk niet duidelijk. Het lijkt redelijk te veronderstellen dat de richtlijn van toepassing is indien vaginale vroeggeboorte verwacht wordt.

Er is tijdens de betreffende zwangerschap in drie urinekweken geen GBS gekweekt. Derhalve is er op grond van de NVOG-richtlijn uit 2008 geen indicatie voor het profylactisch voorschrijven van antibiotica tijdens de baring.

Het gebruik van afweerremmende medicatie door de zwangere wordt niet als risicofactor beschreven in de NVOG-richtlijn van 2008. Theoretisch lijkt het weliswaar plausibel om te

veronderstellen dat afweerremmende medicatie van de zwangere de kans op (GBS)infecties bij de neonat verhoogt, maar daarmee is nog niet gezegd dat het profylactisch voorschrijven van antibiotica zinvol (lees: kosteneffectief) is. Er is geen overtuigende literatuur die hierover helderheid verschaft.

Ad4:

Op grond van bovenstaande beweringen (onder Ad 2) was er ten tijde van de feitelijke inleiding geen reden om GBS-diagnostiek te verrichten danwel antibioticaprofylaxe voor te schrijven. De situatie bij de start van de inleiding was niet wezenlijk anders dan bij het besluiten tot de inleiding.

Ad 5:

Ten tijde van de bevalling was er geen andere informatie beschikbaar die het reeds ingezette beleid omtrent GBS-diagnostiek zou moeten wijzigen. De duur van de gebroken vliezen (23 uur) zou op grond van de NVOG-richtlijn uit 2008 de periode van 18 uur hebben overschreden en daarmee de toediening van antibioticaprofylaxe nodig hebben gemaakt. De richtlijn is op dit punt enigszins onduidelijk: de internationale literatuur gebruikt 18 uur als grens voor langdurig gebroken vliezen, terwijl in Nederland 24 uur wordt gehanteerd. De beslisboom suggereert om bij GBS-draagsters vanaf 18 uur gebroken vliezen antibiotica profylactisch toe te dienen, in de praktijk wordt meestal 24 uur aangehouden. Aangezien in deze situatie geen sprake was van bekend GBS-dragerschap en de termijn van 24 uur niet werd overschreden was een expectatief beleid te rechtvaardigen.

Ad 6:

Het betreft een verdrietige samenloop van gebeurtenissen, waarbij een onvolledige overdracht van informatie uit een ander ziekenhuis de alertheid op GBS-dragerschap bij alle behandelaren heeft ondermijnd. In dat verband vind ik de gang van zaken na de geboorte van het kind opmerkelijk: (pas) de volgende dag vragen de kinderartsen of er op GBS gekweekt mag worden? Kinderartsen zijn zich in mijn ervaring zeer bewust van de neonatale risico's van GBS-infectie en zullen een kweek hierop direct na de geboorte inzetten. Het is mij niet duidelijk waarom in dit geval hiermee gewacht zou zijn."

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij – als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de begeleiding van klagsters zwangerschap – onzorgvuldig heeft gehandeld en in strijd met de NVOG-richtlijn 'Preventie van neonatale Groep-B-streptokokkenziekte (GBS-ziekte)' versie 2.0 uit 2008 (hierna: de richtlijn GBS-ziekte):

1. heeft nagelaten GBS-diagnostiek uit te voeren gelet op de in december 2011 bij klagster aangetoonde urineweginfectie (als gevolg van GBS, streptococcus agalactiae (streptokokken groep B), waardoor klagster draagster was geworden van GBS. Verweerder had tijdens de zwangerschap onderzoek moeten doen naar GBS-dragerschap bij klagster, gelet op de recidiverende urineweginfecties voorafgaande aan en tijdens de zwangerschap;
2. gelet op de premature bevalling (36 weken en 6 dagen) volgens de beslisboom een kweek had moeten inzetten, zeker nu verweerder betrokken was bij deze beslissing en ook overigens zelf heeft aangegeven dat de kans groot was dat klagster prematuur

zou bevallen. Voor zover verweerder de richtlijn juist heeft geïnterpreteerd zijn klagers van oordeel dat genoeg redenen aanwezig waren voor het afwijken van de richtlijn en verweerder daartoe had moeten besluiten;

3. gelet op de duur van de gebroken vliezen (23 uur) ten minste een kweek had moeten inzetten;
4. ten onrechte eventuele resistentie tegen antibiotica boven het leven van een kind heeft gesteld, door strikt de richtlijn te volgen;
5. gelet op de door klaagster gebruikte afweermedicatie, die ook invloed hadden op haar ongeboren kind, oog had moeten hebben voor de verminderde weerstand van het kind. Verweerder heeft geen informatie opgevraagd bij het K;
6. veel te laat pas alert is geworden op de GBS-bacterie. Pas een dag na de bevalling is een kweek bij klaagster afgenomen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat gelet op de feiten geen redenen waren om, conform de richtlijn GBS-ziekte en de daarbij behorende beslisboom, tijdens de zwangerschap van klaagster over te gaan tot GBS-diagnostiek. De richtlijn handelt over een spontane vroeggeboorte en niet over een kunstmatig opwekte vroeggeboorte. In de praktijk wordt een periode van 24 uren gehanteerd wat betreft de 'gebroken vliezen' en niet de in de richtlijn genoemde 18 uren. Verweerder is niet bij de bevalling van klaagster aanwezig geweest en kan derhalve over die periode geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

Verweerder voert aan dat klaagster ten aanzien van de klachtonderdelen 3 en 4 niet-ontvankelijk dient te worden verklaard. De klachtonderdelen 1, 2, 5 en 6 dienen ongegrond te worden verklaard. Voor zover nodig zal hieronder bij de overwegingen nader ingegaan worden op het verweer.

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 toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Verweerder is betrokken geweest bij de behandeling van klaagster vanaf de 20e week van haar zwangerschap, als derdelijns gynaecoloog-perinatoloog, vanwege de complexe medische gezondheidssituatie van klaagster. Verweerder was hoofdbehandelaar.

Klaagster was zwanger na een niertransplantatie in 2006, waarvoor zij immunosuppressiva gebruikte, zij had frequent recidiverende urineweginfecties.

Bij de intake van klaagster, in de achtste week van de zwangerschap, zijn de recidiverende urineweginfecties van klaagster mondeling aan de orde geweest. Van verweerder als derdelijns gynaecoloog en hoofdbehandelaar mag – in dat licht - verwacht worden dat hij de informatie van de voorgeschiedenis van klaagster bij het destijds behandelend

medisch centrum had opgevraagd. Verweerder had de medische risico's die klaagsters zwangerschap met zich bracht in kaart moeten brengen voor een zorgvuldige begeleiding van klaagster. Verweerder heeft kennisgenomen van een brief van 13 december 2011. Daarmee had hij niet mogen volstaan. Immers, deze brief betrof alleen de opname in verband met een urineweginfectie waarvoor opname had plaatsgevonden, terwijl bekend was dat klaagster recidiverende urineweginfecties had. Deze urineweginfecties, een aantal van 26 urineweginfecties in een periode van 3 jaar wordt genoemd in de stukken, kunnen door bacteriën zijn veroorzaakt die van invloed hadden kunnen zijn op de begeleiding van klaagster tijdens de zwangerschap. Nu verweerder heeft nagelaten uitgebreidere medische informatie omtrent de voorgeschiedenis van klaagster op te vragen heeft verweerder zichzelf de kans ontnomen om nader onderzoek te doen naar de aanwezigheid van GBS-kolonisatie en andere relevante bacteriën bij de recidiverende urineweginfecties.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij overleg heeft gevoerd met de nefroloog en dat in dat overleg de begeleiding van klaagster en het bevallingsplan is besproken. Van dit overleg is geen verslag gemaakt. Een kinderarts/neonatoloog was volgens verweerder niet aanwezig bij dit overleg. Het ontbreken van een gestructureerd multidisciplinair overleg met alle relevante disciplines heeft geleid tot het voorbij laten gaan van de mogelijkheid geattendeerd te worden op de mogelijke infectierisico's voor klaagster en haar kind. Het is verweerder te verwijten dat hij een dergelijk overleg niet heeft geïnitieerd.

Gelet op het voorgaande is klachtonderdeel 1 gegrond.

5.3

Het college bespreekt de klachtonderdelen 2, 4 en 5 gezamenlijk.

Gelet op de achteruitgaande nierfunctie en oplopende bloeddruk bij klaagster heeft verweerder besloten tot het inleiden van de bevalling bij een zwangerschap van 36 weken en één dag. Het inleiden zou plaatsvinden bij een zwangerschap van 36 weken en drie dagen.

De richtlijn GBS-ziekte schrijft voor dat bij een vroeggeboorte vóór 37 weken GBS-diagnostiek moet worden ingezet. In de beoordeling van deze klacht is de vraag gerezen of de richtlijn ook geldend is bij een ingeleide bevalling. De richtlijn schrijft niet over een onderscheid tussen een *spontane* vroeggeboorte of een ingeleide bevalling die leidt tot een geboorte vóór 37 weken. Bij een letterlijk volgen van de richtlijntekst zou een indicatie voor GBS-diagnostiek hebben bestaan.

Indien de richtlijn niet van toepassing zou zijn op een ingeleide bevalling voor de 37 weken is het aan de behandelend arts om een risicoafweging te maken, uit de stukken blijkt niet dat dat gebeurd is. Gelet op aspecten als het gebruik van immunosuppressiva, de frequente urineweginfecties en de te verwachten vroeggeboorte bestonden naar de mening van het college voldoende redenen GBS-diagnostiek te verrichten. Een richtlijn gaat, zo is hierin expliciet besproken, uit van de gemiddelde patiënt en stelt minimumzorgeisen vast. Dat de richtlijn geen uitlatingen doet over zwangeren die een niertransplantatie hebben ondergaan, immunosuppressiva gebruiken, en frequent urineweginfecties hebben kan derhalve niet leiden tot de conclusie dat er geen GBS-diagnostiek had hoeven te worden ingezet.

In de richtlijn wordt geschreven over de ongewenste neveneffecten van gebruik van antibiotica ter profylaxe van neonatale GBS-sepsis en het ontstaan van resistentievorming, waar het vierde klachtonderdeel op ziet.

Het college is van oordeel dat het op wereldschaal belangrijke risico van resistentievorming tegen antibiotica geen reden kan zijn om in dit individuele geval af te zien van

GBS-diagnostiek. Overigens had klaagster in het verleden al veelvuldig antibiotica gebruikt, zonder problemen met resistente bacteriën. Deze klachtonderdelen zijn gegrond.

5.4

Verweerder is niet betrokken geweest bij de bevalling van klaagster en heeft de duur van de gebroken vliezen bij klaagster niet kunnen voorzien. Om die reden is het derde klachtonderdeel ongegrond.

5.5

Dat pas een dag na de bevalling een GBS-introïtuskwiek bij klaagster is afgenomen kan verweerder, die niet betrokken was bij de bevalling en de geboorte van klaagsters dochter, evenmin worden verweten. Het zesde klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

5.6

Het college hecht er aan om ten overvloede in navolgende zin te overwegen over de richtlijn GBS-ziekte. De richtlijn van 2008, die na vijf jaar niet is verlengd en waarvan op dit moment een herziening in conceptfase is, is niet éénduidig wat betreft de terminologie betreffende vroeggeboorte en de geldende en te hanteren termijn betreffende langdurig gebroken vliezen.

Onvoldoende duidelijk is, nu de richtlijn enkel spreekt van “vroeggeboorte” en hierbij niet vermeld staat of dit moet gaan om een spontane vroeggeboorte, of de richtlijn ook van toepassing is op *ingeleide* bevallingen voor de 37e week. In de richtlijn wordt voorts gesproken over langdurig gebroken vliezen waarbij in de richtlijn in de tekst een termijn van 18 uren wordt vermeld. In de daaronder geschreven tekst in de richtlijn wordt vervolgens opgemerkt dat in Nederland een termijn van *ten minste 24 uren* in de verloskunde wordt gehanteerd. In de aanbevelingen wordt geadviseerd om het beleid van de richtlijn zoals weergegeven in de beslisboom te handhaven. In de beslisboom wordt gesproken over ‘langdurig gebroken vliezen (>18 uur). De verschillende termijnen die in de tekst van de richtlijn en in de aanbevelingen worden genoemd lijken met elkaar in tegenspraak te zijn en scheppen daarmee onduidelijkheid. Een richtlijn dient duidelijke handvatten te bieden wat betreft terminologie en termijnen, waarbij de termijnen op dezelfde wijze in de praktijk dienen te worden gehanteerd in de diverse disciplines. Het college pleit voor een eenduidige GBS-richtlijn voor alle betrokken disciplines.

5.7

Nu de klachtonderdelen, zoals hiervoor overwogen, deels gegrond zijn zal het college een maatregel opleggen. Verweerder heeft onvoldoende informatie opgevraagd en zijn werkwijze wat betreft het multidisciplinair overleg is onder de maat hetgeen hem, als hoofdbehandelaar en derdelijns gynaecoloog-perinatoloog, in grote mate wordt verweten. Daarnaast is van een zorgvuldige risico-inventarisatie bij de zwangerschapsbegeleiding van klaagster niet gebleken. Dat verweerder ter zitting heeft aangegeven thans eerder en vroeger GBS-diagnostiek in te zetten overtuigt het college niet geheel, nu verweerder tegelijkertijd aangeeft nog geen lokaal (ziekenhuis)protocol te hebben opgesteld. Het college is dan ook niet overtuigd dat verweerder de aan zijn specialistische functie als hoofdbehandelaar en derdelijns gynaecoloog verbonden verantwoordelijkheid heeft genomen om juist in gevallen zoals dat van klaagster zijn specialistische kennis en kunde ten volle in te zetten. Het college is gelet op het voorgaande dat een berisping op zijn plaats is.

Gelet op redenen aan het algemeen belang ontleend zal het college bepalen dat deze uitspraak, na het onherroepelijk worden, wordt gepubliceerd in de Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan de in het dictum genoemde tijdschriften.

6. DE BESLISSING

Het college:

- berispt verweerder;
- bepaalt dat deze uitspraak, na het onherroepelijk worden daarvan, in de Staatscourant zal worden gepubliceerd. De uitspraak zal tevens ter publicatie aangeboden worden aan 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorgjurisprudentie'.

Aldus gedaan door mr. F. van der Maden, voorzitter, mr.dr. Ph.S. Kahn, lid-jurist, J.M. Burggraaff, dr. F. Brus en dr. P.J. Wahab, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 januari 2017 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 aanleggenheid 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.