

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 17155

Uitspraak: 10 januari 2018

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 9 augustus 2017 binnengekomen klacht van:

[A] en [B]
wonende te [C]
klagers
gemachtigde [D]

tegen:

[E]
gynaecoloog
werkzaam te [C] en [F]
verweerder
gemachtigde mr. drs. P. Bergkamp

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift;
- de brieven van de zijde van verweerder met bijlagen van 10, 27 en 30 november 2017;
- de pleitnotities overhandigd ter zitting.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek.

De klacht is ter openbare zitting van 13 december 2017 behandeld. Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klagers zijn de ouders van baby L., geboren op 8 augustus 2016 en overleden op 9 augustus 2016. Tijdens de zwangerschap is de moeder, toen zij in [G] op familiebezoek was, aldaar in het ziekenhuis gezien in verband met vaginaal bloedverlies. Op basis van onderzoek aldaar werd vastgesteld dat de placenta in fundo laag doorlopend lag met velamenteuze navelstrenginsertie en vasa praevia. Naar aanleiding van deze uitkomst werd de moeder doorverwezen naar het ziekenhuis te [H]. en was zij daar in de periode van 6 tot 8 mei 2016 opgenomen. De moeder was op dat moment 24 weken + 3 dagen zwanger van haar eerste kind. Tijdens deze opname is er een echo gemaakt. De gynaecoloog vermeldde in haar brief aan de verloskundige van de moeder het navolgende:

"(...) In [naam ziekenhuis te [G]:

Echo: placenta fundo laag doorlopend met velamenteuze ns insertie en mogelijk vasa praevia.

(...)

Conclusie:

G1PO. Bij ontslag een AD 24 5/7 weken. Vaginaal bloedverlies in het 2de trimester. Laag liggende placenta, geen placenta praevia. Mogelijk: velamenteuze navelstreng insertie/vasa praevia. (...)"

Bij een vervolgonderzoek ter herbeoordeling dat op 3 juni 2016 werd uitgevoerd, vond een echoscopisch onderzoek plaats waarbij geen vasa praevia werd waargenomen. In verband met een zwangerschapsdiabetes van de moeder werd zij in de tweede lijn gecontroleerd. De gynaecoloog heeft een inleiding van de bevalling ingepland op 9 augustus 2016 bij een zwangerschapsduur van dan 38 weken.

Op maandag 8 augustus 2016 en dus een dag voor de geplande inleiding werd de moeder, in verband met spontaan gebroken vliezen, om 04.45 uur opgenomen op een van de verloskamers van het ziekenhuis. Bij onderzoek werd een normaal CTG geregistreerd. Bij inwendig onderzoek werd een sacraal gerichte portio gevonden die gesloten was. Het vruchtwater was helder. Besloten werd om met inleiding te beginnen waartoe Prostin werd toegediend. Verweerder was die week de weekgynaecoloog en zijn dienst begon op 8 augustus 2016 om 08.00 uur bij de overdracht. Zijn dienst eindigde die dag om 16.45 uur. Tijdens de overdacht om 08.00 uur werd de moeder overgedragen aan de verloskundige. Rond 16.30 uur op 8 augustus 2016 bemerkte de moeder tijdens toiletbezoek bloedverlies met stolsels, waarvan zij melding maakte aan de verpleegkundige. De moeder werd daarop aangesloten aan het CTG. Op de CTG waren contracties te zien. Het bloedverlies werd door de verpleegkundigen gewogen. In het Prismarapport staat het volgende genoteerd:

"(...) Om 17.28 staat aangegeven: "Vanwege CTG nu zijligging. 32 cc vbv in verband, lopend infuus ingebracht." Om 17.41 uur wordt aangegeven, dat het CTG sinds zijligging hersteld is. Arts assistent 1 (AA1) noteert om 17.45: Door verpleegkundige overgedragen gekregen tijdens overdracht dat pte wat VBV had gehad, in wc, onduidelijk hoeveel. Nu bloedverlies gestopt. Pte ligt al aan CTG, wel prostincontracties maar buik ontspant goed tussendoor. Afgesproken dat pte na de overdracht beoordeeld moet worden tenzij opnieuw VBV. Om 17.59 noteert AA1: Daarna door vpk aan vlk doorgegeven dat pte

wederom bloedverlies had. Gevraagd om pte te beoordelen, tevens nu in overdracht ook afwijkend CTG gezien. Gebeld met vlk: is al bij pte op kamer.

18.02 uur vlk gebeld. Pte net opnieuw 50 cc bloedverlies tijdens VT. Portio zeer sacraal, ostium 1 hooguit 2 cm ontsluiting. Uterus ontspant goed tussen contracties door. In dossier kort iets gelezen over mogelijke vasa praevia (in [G] gezien: alhier niet), later placenta lokalisatie niet meer herhaald? (niet duidelijk uit dossier zo snel te halen), besloten om snel over te dragen om beleid te bepalen. DD/ abruptio? vasa praevia? Overleg in overdracht: verdenking foetale nood, secundaire sectio. Pte met spoed aangemeld.

(...)

Tijdens de reguliere avond overdracht wordt het CTG besproken, en in verband met niet goed te interpreteren CTG en bloedverlies terwijl mevrouw niet echt in partu is, wordt om 18.10 uur besloten tot een spoed sectio caesarea in algeheel anesthesie. De baby, L., is zeer snel om 18.36 uur geboren, erg bleek en slap. De kinderarts is direct begonnen met reanimeren. Totaal bloedverlies bij mw. M. 1000 cc. L. is geïntubeerd, en er is een navellijn ingebracht. Op 9 augustus om 4.20 uur is L. overleden. Mevrouw M. is op 11 augustus naar huis ontslagen. (...)"

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Ad a

Klagers verwijten verweerder grove nalatigheid in zijn medisch handelen, want:

a.1. verweerder heeft geen aandacht gehad voor de voorgeschiedenis van de moeder en daarmee de risico's van de bevalling van de moeder onderschat. Op basis van het patiëntendossier van de moeder had hij zich tussentijds zelf direct of indirect dienen te informeren omtrent de toestand van de moeder.

a.2. zowel de arts-assistent als de verpleegkundige bleken niet op de hoogte van het vermoeden van vasa praevia bij de moeder. Verweerder had hen hierover tijdig moeten informeren bijvoorbeeld tijdens de briefing in de ochtend. De ernst van de situatie was hierdoor onvoldoende duidelijk voor verpleegkundigen en arts-assistent.

a.3. de bradycardie in combinatie met fors bloedverlies met stolsels had aanleiding moeten zijn voor verweerder om direct in te grijpen (VT!). Had hij dit wel gedaan, dan had de sectio een tot anderhalf uur eerder plaatsgevonden, als gevolg waarvan het aannemelijk zou zijn geweest dat L. zou hebben overleefd.

Ad b

Als verantwoordelijk arts op de afdeling verloskunde heeft verweerder, in zijn hoedanigheid als dienstdoend gynaecoloog en eindverantwoordelijke, sub standard care geleverd aan de moeder, want:

b.1. de onderlinge communicatie was niet op orde, verweerder werd pas om 18.00 uur geïnformeerd.

b.2. indien de moeder tussentijds was getoucheerd door een arts of verloskundige had men kunnen constateren dat de partus nog niet op gang gekomen was.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder voert – zakelijk weergegeven – het volgende aan. Verweerder merkt op dat het overlijden van baby L. voor klagers een traumatische gebeurtenis geweest is en dat hij begrip heeft voor de emoties van de ouders. Het overlijden van baby L. heeft ook verweerder niet onberoerd gelaten. Desalniettemin is verweerder van oordeel dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt gemaakt kan worden. Verweerder merkt op dat het er op lijkt dat klagers kennelijk van mening zijn dat op verweerder als superviserend gy-

naecoloog een soort “tuchtrechtelijke risicoaansprakelijkheid” rust voor alles wat er tijdens zijn dienst op de afdeling gebeurt en dat dit een misvatting is.

De moeder is op 8 augustus 2016 om 04.45 uur opgenomen op de verloskamers van het ziekenhuis met gebroken vliezen. Tijdens de overdracht (toevoeging college: en aanvang dienst van verweerder) werd meegedeeld dat de vliezen spontaan gebroken waren, dat er sprake was van helder vruchtwater, dat het CTG goed was en dat de moeder nog niet in partu was geraakt. Op de polikliniek was al in een eerdere fase van de zwangerschap afgesproken dat de moeder op 9 augustus 2016 zou worden ingeleid, waarmee de gynaecoloog dus heeft geoordeeld dat de moeder vaginaal zou kunnen bevallen. Omdat de moeder niet spontaan in partu was geraakt na het breken van de vliezen, is besloten om niet te wachten tot 9 augustus 2016 maar haar al op 8 augustus 2016 in te leiden. In het ziekenhuis van verweerder wordt gewerkt in een systeem van getrapte verantwoordelijkheden. Dit omdat het voor de superviserende gynaecoloog niet mogelijk is om de dossiers van alle opgenomen patiënten door te nemen. Dit is de taak van de arts-assistent of de verloskundige die de patiënte opneemt. Deze dienen op basis van het dossier te beoordelen of er zaken zijn waar specifiek rekening mee moet worden gehouden bij het verdere beloop van de bevalling en indien daarvan sprake is, de punten van belang bij elke overdracht met de andere aanwezigen te bespreken.

Verweerder is na de ochtendoverdracht op maandag 8 augustus 2016 verder niet door de arts-assistent of de verloskundige geïnformeerd over de moeder.

Verweerder merkt op dat de in het ziekenhuis te [G] gestelde verdenking op vasa praevia ontzenuwd was door de perinatoloog van het ziekenhuis. Voorts was er tot vlak voor 18.00 uur geen sprake van een ernstige situatie. Verweerder merkt nogmaals op dat hij op maandag 8 augustus 2016 noch door de verpleegkundige, noch door de verloskundige, noch door de arts-assistent geïnformeerd is over bloedverlies of CTG-afwijkingen. Verweerder heeft wel een gevoel van onbehagen blijven houden omdat hij niet op de hoogte gesteld is van dit bloedverlies van omstreeks 16.30 uur. De vraag blijft echter of, indien verweerder hiervan wel op de hoogte geweest was, het beleid anders zou zijn geweest. In dit kader verwijst verweerder nog naar het deskundigenrapport dat op verzoek van het bestuur van het ziekenhuis is uitgebracht. Verweerder wijst er op dat het zeer onbevredigend is dat de doodsoorzaak niet kon worden vastgesteld. Tot slot merkt verweerder nog op dat de stelling van klagers dat de onderlinge communicatie niet op orde is niet juist is.

5. De overwegingen van het college

Het college wijst er allereerst op dat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen niet gaat om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Daarbij zal de treurige en voor klagers traumatische omstandigheid dat het kind van klagers, L., is overleden, buiten beschouwing gelaten dienen te worden.

Voorts wijst het college erop dat aan het tuchtrecht voor de gezondheidszorg het beginsel van persoonlijke verwijtbaarheid ten grondslag ligt. Het college zal dan ook dienen te onderzoeken of er in de onderhavige zaak sprake is van persoonlijke verwijtbaarheid van verweerder.

Het college zal de klachtonderdelen, die er in de kern op neer komen dat verweerder zijn superviserende rol niet goed heeft uitgevoerd, gezamenlijk bespreken.

Voor de beoordeling van de onderhavige klacht zijn - in ieder geval - relevant het in het ziekenhuis van verweerder geldende interne werkdocument "Taken weekgynaecoloog", het werkdocument "Organisatie van de afdeling obstetrie en gynaecologie in het [naam ziekenhuis]" alsmede de notitie "Werkafspraken VMK-centrum".

Vast staat dat verweerder als weekgynaecoloog op 8 augustus 2016 tot het einde van zijn dienst de eindverantwoordelijkheid van de afdeling verloskunde/gynaecologie had. De vraag die dan voorligt is of die eindverantwoordelijkheid zo ver gaat dat, wanneer andere bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners in afwijking van gemaakte afspraken handelen, verweerder als supervisor hiervoor nog een eigen verantwoordelijkheid draagt.

Het college beantwoordt die vraag ontkennend. Daarvoor is het navolgende van belang. Als vaststaand kan worden aangenomen dat er, in verband met de bij de moeder geconstateerde (zwangerschaps-)diabetes, sprake was van een medische indicatie om in de tweede lijn, dus in het ziekenhuis te bevallen. Tevens staat vast dat het met klagers, door een collega van verweerder, afgesproken beleid was om te streven naar een natuurlijke (vaginale) bevalling. Immers was met klagers een datum, te weten 9 augustus 2016, afgesproken waarop de moeder zou worden opgenomen en waarbij de bevalling zou worden ingeleid. In de vroege ochtend van 8 augustus 2016 zijn de vliezen gebroken waarna de moeder rond 04.45 uur op de afdeling verloskunde van het ziekenhuis werd opgenomen. Blijkens de in de hiervoor genoemde documenten geldende werkafspraken wordt een belangrijk deel van de begeleiding van vrouwen die in het ziekenhuis bevallen, uitgevoerd door klinisch werkzame verloskundigen en/of arts-assistenten daarin bijgestaan door de verpleegkundige, onder eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Behoudens een aantal indicaties is de gynaecoloog niet aanwezig bij de feitelijke partus. Conform deze afspraken is de begeleiding van de moeder in handen gelegd van een klinisch verloskundige. Anders dan klagers stellen was er geen noodzaak voor verweerder om die ochtend om 08.00 uur, toen zijn dienst een aanvang nam, met die verloskundige te overleggen omtrent de situatie van de moeder dan wel daar zelf onderzoek naar in te stellen. Daarbij neemt het college in aanmerking dat de diagnose vasa praevia al in een eerdere fase van de zwangerschap door een collega van verweerder was onderzocht en verworpen en dat een andere collega besloten had dat de moeder op natuurlijke weg, derhalve vaginaal, kon bevallen. Het college leidt daaruit af dat de enige indicatie op dat moment voor een tweede lijns-bevalling de diabetes was. Bij opname die ochtend van de moeder was er alleen sprake van gebroken vliezen en bleek het vruchtwater helder te zijn. Er was dus zeker geen sprake van een ernstige situatie op dat moment.

Uit de verslaglegging kan worden afgeleid dat er zich in de situatie van de moeder die dag tot ongeveer 16.33 uur geen wijzigingen hebben voorgedaan. Het CTG dat gedurende de dag een aantal keren werd aangekoppeld gaf geen reden tot bezorgdheid en ook overigens was er geen reden tot zorg. Om 16.33 uur noteerde de verpleegkundige dat er sprake was van, eerst stolsels en later, vaginaal bloedverlies. Om 17.09 was er sprake van een afwijkend CTG, maar nadat de moeder op haar zij gelegd was, werd dit weer normaal.

De verpleegkundige heeft blijkens de in de hiervoor genoemde documenten vastgelegde afspraken een signaleringsfunctie met betrekking tot de beoordeling van het CTG en signaleert de foetale en maternale conditie en overlegt met de arts of verloskundige. Vastgelegd is dat er bij een aantal alarmsymptomen overleg moet plaatsvinden met de arts of verloskundige. Een van die symptomen is actief vaginaal bloedverlies.

Vast staat dat verweerder op 8 augustus 2016 tot de overdracht van zijn dienst, ondanks het zich voordoen van een alarmsymptoom en ondanks voornoemde afspraken geen

enkel signaal ontvangen heeft dat het met de moeder en/of het ongeboren kind niet goed zou gaan. Het college is van oordeel dat verweerder, gezien de duidelijke afspraken die er waren voor alle teamleden van de afdeling verloskunde, erop mocht vertrouwen dat hij zou worden geïnformeerd, indien zich een situatie van vaginaal bloedverlies, zeker in combinatie met een afwijkend CTG, zou voordoen. Het gegeven dat dit in de onderhavige zaak niet is geschied kan verweerder dan ook niet tuchtrechtelijk worden verweten.

Nadat verweerder op de hoogte gesteld was dat er sprake was van bloedverlies en een afwijkend CTG heeft hij tezamen met de op dat moment dienstdoende gynaecoloog voortvarend en adequaat gehandeld.

Het vorenstaande brengt het college tot de conclusie dat de klacht van klagers afgewezen dient te worden.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. C.D.M. Lamers als voorzitter, prof. mr. P. Vlaardingerbroek als lid-jurist, C.I.M. Aalders, A. Pfaff en dr. H.A.M. Sinnige als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. K. Hoebers-Provoost als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 10 januari 2018 in aanwezigheid van de secretaris.