

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: V2017/02

Rep.nr. V2017/02

17 april 2018

Def. 056

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN

Beslissing op de klacht van:

A,
beiden wonende te B,
klagers,
advocaat: mr. G.P. Wempe,

tegen

C,
verloskundige te B,
verweerster,
BIG-registratienummer:
advocaat: mr. O.L. Nunes.

1. Verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen van 13 oktober 2017, ingekomen op 16 oktober 2017;
- het verweerschrift met bijlagen van 7 december 2017, binnengekomen bij het college op 8 december 2017;
- het proces-verbaal van het op 11 januari 2018 gehouden mondeling vooronderzoek onder leiding van mr. drs. W.J. de Boer, lid-jurist van het college;

- een aanvullend stuk namens klagers, ontvangen op 20 februari 2018;
- enkele aanvullende stukken namens verweerster, eveneens ontvangen op 20 februari 2018.

Klagers hebben meerdere zorgverleners aangeklaagd vanwege dezelfde gebeurtenissen. De andere klachten hebben als kenmerk G2017/153, G2017/154 en G2017/155. De klachten zijn gezamenlijk behandeld ter openbare zitting van 6 maart 2018. Partijen zijn met hun advocaten verschenen. De standpunten zijn aan de hand van pleitnotities toegelicht.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

2.1

Verweerster is als tweedelijns verloskundige verbonden aan het D (hierna: het ziekenhuis).

2.2

Klaagster is op 7 november 2016 ruim twintig weken zwanger. Zij ondergaat een echo-onderzoek in het E, waarbij een placenta praevia (voorliggende placenta) wordt vastgesteld en een centrale navelstrenginsertie. De maatschap gynaecologie van het ziekenhuis ontvangt hiervan een verslag, met daarin het volgende advies: *'placenta nogmaals (beoordelen, red.) Als het onderste uterus segment gevormd is, nu nog voor het ostium'*.

2.3

Op 12 december 2016, bij een zwangerschap van 25 weken en drie dagen, wordt er een CTG gemaakt. De avond daarvoor is sprake van 'een eetlepel helderrood bloedverlies', aldus de zwangerschapskaart. Op de controledag zelf verliest klagster nog een klein beetje bruin bloed. Ook wordt er een echo gemaakt door een gynaecoloog. Deze noteert in het verloskundig dossier: *'CXL 41 mm placenta re-zijkant, tot aan ostium maar er niet overheen'*.

2.4

Op 10 februari 2017 maakt een gynaecoloog een transvaginale echo en noteert: *'placenta ligt niet dichtbij ostium'*.

2.5

Op 27 februari 2017, bij een zwangerschapsduur van 36 weken + drie dagen, wordt klagster opgenomen ter observatie wegens ruim vaginaal bloedverlies thuis. Eenmaal in het ziekenhuis is er geen actieve bloeding meer. In de decursus gynaecologie staat: *'CTB BL 130-140 bpm acc+ dec- var+, onregelm. harde buiken, KB ++'* en *'CTG optimaal'*. Er wordt een Amni Sure test verricht ter uitsluiting van SROM (spontaan gebroken vliezen) en deze is negatief. Een gynaecoloog verricht een echo (TVA/AE) en noteert in de decursus: *'placenta op voorwand: niet laag. Geen placenta previa (meer). Conclusie: randvene bloeding, mogelijk meer uitgesproken wegens ascal gebruik. Geen previa.'*

Advies: normale baring. 24 uur observatie ivm vloeien. De volgende dag is het bloeden nagenoeg gestopt en mag klaagster naar huis.

2.6

Op 4 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 37 weken + één dag, wordt klaagster opnieuw opgenomen. Er wordt een CTG gemaakt. In de decursus gynaecologie wordt genoteerd: *'Mw. meldt zich opnieuw met ruim vaginaal blv. Verbandje vol met klein stolseltje. Alhier is het blv sterk afgenomen, nog een veegje. CTG: BHF 130-140 bpm, acc:+, dec:-, af en toe harde buik C/normaal CTG'*. Er wordt geen echo verricht. Na één dag observatie wordt klaagster ontslagen.

2.7

Op 10 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 38 weken, wordt een echo gemaakt. In het verloskundig dossier wordt genoteerd: *'Soms nog bruine afscheiding, verder goed. Voelt wel verminderd leven, 5-6 krachtige bewegingen per dag. Misschien nog wat geschuif? Echo: normaal vrw (vruchtwater, red.), goede kb (kindsbewegingen, red.), groei cf 37+3'*.

2.8

Op 15 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 38 weken + vijf dagen, wordt klaagster wederom opgenomen wegens bloedverlies. In het ziekenhuis stopt het bloeden vrijwel meteen, net als de voorgaande keren. Er wordt een CTG gemaakt. Verweerster verricht een vaginaal toucher en overlegt vervolgens telefonisch met de dienstdoende gynaecoloog, die hierop naar het ziekenhuis komt. Er wordt vervolgens een spoedsectio verricht. Baby F wordt om 01.22 uur geboren. Ze is volgens het OK-verslag 'bleek en slap'. Ze blijkt (na het afnavelen) geen hartslag te hebben en wordt gereanimeerd vanwege 'ernstige asfyxie bij verdenking van intra uteriene verbloeding' aldus de decursus van de betrokken kinderarts. Na reanimeren worden klaagster en F overgebracht naar het G. F blijkt hersendood te zijn. Er wordt besloten tot een abstinierend beleid en op xx-xx-2017 overlijdt F.

2.9

Op 20 april 2017 wordt de uitslag van het eerste pathologisch onderzoek bekend: *'Placenta: placenta bilobata, met nabij de rand van de placenta aanwezigheid van een afgescheurd bloedvat, geduid als oorzaak van de uteriene verbloeding. Geen aanwijzingen voor intra-uteriene infectie, met name in de rand van placenta gebieden van infarceringen, waarschijnlijk zonder klinische implicaties.'*

2.10

Van de gebeurtenissen wordt melding gedaan bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, die deze casus vervolgens als calamiteit meldt bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In het kader van het calamiteitenonderzoek vindt er een tweede pathologisch onderzoek plaats door een patholoog verbonden aan het H. Deze patholoog concludeert op 27 september 2017: *'Materiaal ter consult betreffende een placenta 38 weken bij perinatale sterfte: kleine placenta bilobata (gewicht ver onder de P10) met geringe ischemische veranderingen, macro-infarcering van minder dan 5% van het placentavolume, gering achtergebleven rijping en histologisch beeld van vaten in de*

vliezen. Ruptuur van foetaal vat in de vliezen niet met zekerheid aan te tonen of uit te sluiten, gezien klinische gegevens niet onwaarschijnlijk. Histologisch zijn er geen aanwijzingen voor een abruptio. Zie ook de microscopie.'

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

Klagers stellen dat er naar alle waarschijnlijkheid sprake is geweest van een vasa praevia. Zij verwijten verweerster dat zij in de laatste fase van de zwangerschap een vaginaal toucher heeft verricht zonder medische noodzaak, terwijl in de literatuur wordt ontraden om bij bloedingen zonder bekende oorzaak en bij een mogelijk vasa praevia dit onderzoek te doen. Want dat verhoogt het risico op scheuren van de vaten die voor de geboorteuitgang lopen daarmee uiteraard ook een eventueel fataal beloop. Het is niet onwaarschijnlijk dat het vaginaal toucher dat verweerster heeft verricht de uiteindelijk fatale afloop heeft bespoedigd, zo niet veroorzaakt. Meteen daarna was er veel bloedverlies.

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

Verweerster heeft op 15 maart 2017 bij klaagster een vaginaal toucher uitgevoerd nadat klaagster was opgestaan en er bloedverlies optrad. Met het vaginaal toucher wilde verweerster beoordelen of sprake was van ontsluiting en wilde zij het in te zetten beleid bepalen. Bij eerdere diagnostiek was al vastgesteld dat de placenta niet meer laag lag. Er bestond dus geen contra-indicatie voor een vaginaal toucher. Daarnaast bestond er een indicatie voor een vaginaal toucher, namelijk het feit dat bloedverlies aan het einde van de zwangerschap doorgaans wordt veroorzaakt door 'tekenen' (bloedverlies van de baarmoederhals als gevolg van ontsluiting in het begin van de bevalling). Verweerster betwist dat het bloedverlies door het uitvoeren van een vaginaal toucher is veroorzaakt. Ook het feit dat het bloed helderrood was, vormde een indicatie voor een vaginaal toucher.

Voorts betwist verweerster dat een voorzichtig uitgevoerd toucher überhaupt zo'n bloeding kan veroorzaken. Aangezien tot op heden nog niet vaststaat wat de acuut verslechterende situatie bij de baby van klagers heeft veroorzaakt, kan ook om die reden niet worden vastgesteld dat verweerster met haar vaginaal toucher onzorgvuldig heeft gehandeld, laat staan dat de verslechterende situatie door haar handelen is veroorzaakt.

5. Beoordeling van de klacht

5.1

Het college wijst er allereerst op dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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 wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Klagers herinneren zich dat verweerster na het eerste CTG een vaginaal toucher doet, waarna er direct en nu aanhoudend veel bloedverlies optrad. Volgens verweerster verliep het anders. Zoals ook blijkt uit het verloskundig dossier werd zij er om 00.37 uur juist bijgeroepen vanwege veel bloedverlies bij klaagster na het opstaan. En daarna zou verweerster pas, voorzichtig, een vaginaal toucher hebben gedaan. In het verloskundig dossier is hierover om 00.40 uur het volgende vermeld: *'2 cm, ¾ verstreken, caput sluit aan'*. En om 00.42 uur: *'I [de dienstdoende gynaecoloog, red.] gebeld ivm deceleratief CTG na opnieuw ruim helderrood vbv. Cortonen herstellen af en toe wel maar dan tot 120 bpm. Basis lag eerder op 140 bpm. Tijdens telefoongesprek lijkt basis van 120 bpm wel weer te stabiliseren. (...) I gaat inloggen thuis'*. De gynaecoloog logde thuis in om het CTG te beoordelen en noteert om 00.45 uur: *'gebeld meer gaan vloeien. Cortonen 120: ingelogd vanaf thuis CTG beoordeling: BHF 110-120 met goede variabiliteit 20 bpm eerste stukje een mogelijk variabele deceleratie (maar ongecompliceerd): suboptimaal CTG. Advies: reeds infuus met Hb/T+S mogelijk sectio besproken, doorregistreren aangegeven dat ik kom'*. Om 00.51 uur besluit de gynaecoloog tot een spoedsectio A1 en noteert hierover: *'met telefonisch contact TLV [tweedelijns verloskundige, red.]: CTG laat nu weer een deceleratie zien. Veel kindsbewegingen. Cortonen 70 DD solutio? CTG verandert in abnormaal CTG. Eerder CTG BHF 140 met variatie maar verminderde microvariatie maar ook acceleraties. Beleid: spoedsectio A1. Infuus en lab geregeld. Dossier doorgenomen: geen placenta previa, meerdere opnames wegens bloedverlies tweede helft, werkdiagnose randvene bloeding. Normale foetale ontwikkeling (dysmatuur obv kleine placenta in anamnese) en Ascal gestopt AD 36. Gezond/geen allergieën of medicatie'*. Om 01.02 uur noteert verweerster dat ze nogmaals met de gynaecoloog belt, die inmiddels onderweg is. Ze noteert verder: *'nu wel plankharde uterus, bradycardie 70 bpm. Mw. ligt gereed: CAD, infuus, OK jas'*. Om 01.09 uur noteert verweerster: *'alleen met echo nog cortonen te zien/horen: ± 50 bpm. Nogmaals I gebeld en info doorgegeven. (...) Mw. gaat direct naar OK'*.

5.3

Partijen verschillen van mening over de vraag of het bloedverlies nu juist optrad na het vaginaal toucher of daarvoor al. Het verloskundig dossier biedt hier uitsluitel. Het college gaat er daarom van uit dat het bloedverlies niet is ontstaan na – en derhalve ook niet als gevolg van – het vaginaal toucher, maar dat het vaginaal toucher plaatsvond plaatsvond naar aanleiding van het bloedverlies. Het college is met verweerster van oordeel dat er wel degelijk een indicatie was voor het verrichten van een vaginaal toucher en dat het dossier geen aanknopingspunt biedt voor de aanname dat verweerster hierbij, dan wel in haar handelen direct hierna, onzorgvuldig heeft gehandeld. Ook overigens acht het college het onaannemelijk dat het vaginaal toucher het verdere beloop van de zwangerschap op negatieve wijze heeft beïnvloed. Een en ander betekent dat de klacht ongegrond is.

6. Slotsom

Gezien het voorgaande zal de klacht ongegrond worden verklaard.

7. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:

verklaart de klacht ongegrond en wijst deze af.

Aldus gegeven door:

mr. J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter;
F.C.D. Buist, lid-verloskundige;
J.M. Betlem, lid-verloskundige,
bijgestaan door mr. L.C. Commandeur, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 17 april 2018 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:
ter:

De voorzit-

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 aangelegenheid 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 Groningen, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.