

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2017/153

Rep.nr. G2017/153

17 april 2018

Def. 053

**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,
gynaecoloog te Sneek,
verweerder,
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 verweerder, eveneens ontvangen op 20 februari 2018.

Klagers hebben meerdere zorgverleners aangeklaagd vanwege dezelfde gebeurtenissen. De andere klachten hebben als kenmerk V2017/02, 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

Verweerder is als gynaecoloog verbonden aan het D te B (hierna: het ziekenhuis).

2.2

Klaagster is op 7 november 2016 ruim twintig weken zwanger. Zij ondergaat een echo-onderzoek in het echocentrum, waarbij een placenta praevia (voorliggende placenta) wordt vastgesteld en een centrale navelstrenginsertie. De gynaecologenmaatschap 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 klraagster nog een klein beetje bruin bloed. Ook wordt er een echo gemaakt door gynaecoloog E. Zij 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 E 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 klraagster 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. Verweerder 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 klraagster naar huis.

2.6

In de nacht van 4 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 37 weken + één dag, heeft klagerster opnieuw ruim bloedverlies thuis. Klagerster wordt weer 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 klagerster ontslagen.

2.7

Op 10 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 38 weken, wordt een echo gemaakt. Dit gebeurt op klagersters verzoek, omdat zij het niet vertrouwt. 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, treedt bij klagerster 's avonds veel bloedverlies op. Klagerster wordt wederom opgenomen. Er wordt een CTG gemaakt en verloskundige F verricht een vaginaal toucher. Verweerder, als dienstdoend gynaecoloog, wordt op de hoogte gesteld van de opname. F noteert hierover om 00.40 uur: *'2 cm, ¾ verstreken, caput sluit aan'*. En om 00.42 uur: *'C 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. (...) C gaat inloggen thuis'*.

Verweerder logt 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 verweerder 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 F dat ze nogmaals met verweerder 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 F: *'alleen met echo nog cortonen te zien/horen: ± 50 bpm. Nogmaals C gebeld en info doorgegeven. (...) Mw. gaat direct naar OK'*.

De spoedsectie verloopt vervolgens ongecompliceerd en baby G 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 klagerster en G overgebracht naar het H. G blijkt hersendood te zijn. Er wordt besloten tot een abstinierend beleid en op xx-xx-2017 overlijdt G. Ver-

weerder noteert hierover dat er geen bloed in de utero was (geen solutio/abruptio placenta). Na de sectie noteert verweerder: *'vasa praevia?'*

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 I. 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 verwijten verweerder:

1. dat hij ten onrechte geen kleurendoppler echo-onderzoek heeft verricht naar vasa praevia;
2. dat hij geen differentieel onderzoek heeft gedaan naar vasa praevia na herhaalde episodes van vaginaal bloedverlies in het tweede en derde trimester van de zwangerschap van klaagster;
3. dat het echo-onderzoek ten onrechte beperkt is geweest tot onderzoek naar de ligging van de placenta en niet is gekeken naar de structuur ervan en de navelstrenginsertie;
4. dat hij onvoldoende kritisch is geweest door onvoldoende onderzoek te doen en te lang aan een werkdiagnose (randvenebloeding) vast te houden. En dat hij slechts een werkdiagnose heeft gesteld en geen differentiële (wetenschappelijke) diagnose, zoals de richtlijn vereist;
5. dat tijdens de laatste, fatale bloedingsepisode er niet snel genoeg is gehandeld doordat de mogelijkheid van vasa praevia niet werd onderkend, ondanks dat het CTG toen als suboptimaal werd beoordeeld;
6. dat het medisch dossier geen 'red flags', zoals de placenta praevia in het tweede trimester, toont; dat een strakke bewaking van het dossier ontbreekt; dat de aangeraden vervolgstappen door het echocentrum maar half opgevolgd worden; dat een diepgaande diagnose ontbreekt; dat de angsten en zorgen van klaagster en haar uitgesproken wens om een keizersnee niet zijn opgetekend en dat verzuimd is om macroscopisch onderzoek te doen naar de placenta na de sectio;

7. dat er onvoldoende regie is gevoerd. Het was voor klaagster niet duidelijk wie haar hoofdbehandelaar was en ze werd steeds door andere behandelaars gezien. Ook was er geen casemanager verloskundige. De ontbrekende organisatiestructuur werd niet opgevangen door overleg. Hierdoor heeft niemand zich diepgaand in klaagster en haar zwangerschapsdossier verdiept en is er onvoldoende oog geweest voor de problemen in haar zwangerschap, met als gevolg het overlijden van haar kind.
8. dat hij klaagster niet goed heeft geïnformeerd over de placenta bilobata op 18 maart 2017;
9. dat hij tijdens het nagesprek, een maand na de calamiteit, het missen van de placenta bilobata heeft gebagatelliseerd.

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

4.1 Ad 1. *Geen kleurendoppler echo-onderzoek*

Verweerder stelt dat er een wezenlijk verschil bestaat tussen de ingezette diagnostiek bij bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap en het screenen naar vasa praevia. Bij de ingezette diagnostiek naar aanleiding van het bloedverlies worden een abruptio, een placenta praevia en vasa praevia genoemd. Bij ieder contactmoment naar aanleiding van bloedverlies is aanvullend onderzoek verricht om een van deze diagnoses aan te tonen of uit te sluiten. Er was sprake van een goede foetale conditie, wat maakt dat bloedverlies (zeker ruim bloedverlies) als gevolg van een gerupteerde vasa praevia onwaarschijnlijk is. Bij antenatale diagnostiek naar vasa praevia wordt gekeken naar de insertie van de navelstreng, welke bij de twintig weken echo als centraal was afgegeven. Deze diagnostiek wordt niet geadviseerd bij recidiverend bloedverlies tijdens de zwangerschap.

Overigens staat ook niet met zekerheid vast dat er sprake is geweest van vasa praevia en/of placenta bilobata. Dat deze diagnoses zijn gemist, staat daardoor ook niet vast. Wat het kleurendoppleronderzoek betreft: uit de Richtlijn 'Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap Versie 2.0' (hierna: richtlijn) volgt wat betreft het diagnosticeren van een placenta praevia (pag. 4) dat het van belang is een echo in het derde trimester te herhalen bij verdenking van een placenta praevia. Dit is bij klaagster ook gebeurd en toen werd vastgesteld dat er geen sprake (meer) was van een laagliggende placenta. Aangezien er ook geen afwijkende navelstrenginsertie was vastgesteld, waren er geen risicofactoren aanwezig voor een vasa praevia. Over het verrichten van een kleurendoppler echo-onderzoek is de richtlijn niet duidelijk. Het wordt echter niet voorgeschreven als minimaal vereiste zorg bij een laagliggende placenta. Binnen de beroepsgroep van gynaecologen bestaat hieromtrent ook geen uniform beleid. Gerichtte diagnostiek naar vasa praevia behoort niet tot de standaard. Een en ander betekent dat verweerder bij de diagnostiek naar vasa praevia niet in negatieve zin is afgeweken van de in Nederland geldende professionele standaard.

4.2 Ad 2. *Geen differentieel onderzoek naar vasa praevia*

Hiervoor geldt hetgeen onder 4.1 is vermeld. De differentiaal diagnose vasa praevia kon na adequaat (klinisch en echografisch) onderzoek steeds verworpen worden. Bij de diagnostiek en het beleid is niet in negatieve zin afgeweken van de professionele standaard in Nederland. Recidiverend bloedverlies is in principe geen risicofactor voor vasa praevia. Dus op basis hiervan bestond geen specifieke indicatie voor transvaginale echoscopie, zeker toen eenmaal was vastgesteld dat de placenta niet meer laag lag.

4.3 Ad. 3 *Echo-onderzoek ten onrechte beperkt is geweest tot onderzoek naar de ligging van de placenta en niet is gekeken naar de structuur ervan en de navelstrenginsertie*
Het verrichten van onderzoek naar de structuur van een placenta behoort niet tot de minimaal vereiste zorg in Nederland.

Er is overigens *wel* gekeken naar de navelstrenginsertie. Die werd tijdens de twintig weken echo gecontroleerd en was toen centraal. Er was dus geen sprake van een gemiste rand/velamenteuze navelstrenginsertie.

4.4 Ad 4. *Onvoldoende kritische benadering door ondanks meerdere signalen onvoldoende onderzoek te doen en te lang aan een werkdiagnose (randvenebloeding) vast te houden*

Volgens klagers staat de richtlijn geen werkdiagnose toe, maar vereist deze een differentiële (wetenschappelijke) diagnose. Verweerder betwist dit. Verweerder heeft pas op 27 februari 2017 de werkdiagnose randvenebloeding gesteld, omdat geen sprake (meer) was van een placenta praevia. Niettemin bleven hij en zijn collega's zoeken naar een oorzaak van de bloedingen bij klaagster. Na het stellen van de werkdiagnose zijn er om die reden nog meermalen onderzoeken verricht bij klaagster, waaronder echo-onderzoek.

4.5 Ad 5. *Tijdens de laatste, fatale bloedingsepisode niet snel genoeg handelen doordat de mogelijkheid van vasa praevia niet werd onderkend, ondanks dat het CTG toen als suboptimaal werd beoordeeld*

Op 16 maart 2017 werd vanaf 00.45 uur een suboptimaal CTG geregistreerd, waarna verweerder telefonisch de verloskundige liet weten aanleiding te zien voor een spoedsectio. Verweerder begaf zich toen ook direct naar het ziekenhuis om de situatie zelf te kunnen beoordelen. Van enig delay was geen sprake.

In de periode daarna verslechterde het CTG in abnormaal en besloot verweerder, terwijl hij nog onderweg was, al tot een spoedsectio. De spoedsectio vond plaats vanaf 01.15 uur. tussen de sterke verslechtering van het CTG en de spoedsectio zat dus een periode van minder dan een half uur. Dit valt binnen de landelijke afspraken hieromtrent.

Dat verweerder een vasa praevia niet zou hebben onderkend, is niet juist. Er *kon* namelijk geen sprake zijn van een vasa praevia, want dan was het CTG niet zo lang optimaal of suboptimaal zijn geweest. Ook hier geldt dat het niet vaststaat dat sprake is geweest van een vasa praevia.

4.6 Ad. 6 *Het medisch dossier toont geen 'red flags', een strakke bewaking van het dossier ontbreekt, de aangeraden vervolgstappen door het echocentrum worden maar half opgevolgd, een diepgaande diagnose ontbreekt, de angsten en zorgen van klaagster en haar uitgesproken wens om een keizersnee zijn niet opgetekend en er is verzuimd om macroscopisch onderzoek te doen naar de placenta na de sectio*

Dit lijkt een soort verzamelklacht te zijn tegen het gehele behandelteam.

- Het dossier is volledig en bevat dus alle relevante informatie. Met 'red flags' bedoelen klagers wederom dat de diagnose vasa praevia is gemist. Hiervan is echter geen sprake.

- Verweerder betwist dat de nadere vervolgstappen van het J maar half zijn opgevolgd. Er zijn verschillende echo-onderzoeken uitgevoerd, zoals geadviseerd werd. Op welke andere vervolgstappen klagers doelen, is verweerder niet duidelijk.

- Wat klagers bedoelen met het verwijt dat een diepgaande diagnose zou ontbreken, is verweerder niet duidelijk. Soms kan er geen diagnose worden gesteld, zoals wat

betreft de oorzaak van het bloedverlies. Dit is geen onbekend gegeven in de geneeskunde en betekent niet automatisch dat de zorgverlener te kort is geschoten.

- Wat betreft de zorgen en angsten van klaagster: klaagster is meermalen opgenomen geweest, waarbij er telkens voldoende ruimte was om in gesprek te gaan en eventuele zorgen en vragen te bespreken. C heeft klaagster voor de spoedsectie slechts éénmaal persoonlijk ontmoet. Hij is niet bekend met zorgen en vragen van klaagster. Klagers hebben dit verwijt verder ook niet toegelicht.

- Er is wel degelijk macroscopisch onderzoek gedaan naar de placenta na de sectio, namelijk als eerste door F op 17 maart 2017. Later ook nog door een patholoog en door het I (op verzoek van de calamiteitencommissie).

4.7 Ad 7. *Meerdere behandelaars, geen duidelijke hoofdbehandelaar*

Gynaecoloog K heeft de intake gedaan en heeft het beleid voor de zwangerschap uitgestippeld en vastgesteld. Ook is klaagster besproken tijdens het multidisciplinair overleg aan het begin van haar zwangerschap ter verificatie van het beleid. Door het aanmaken van een (digitaal) zorgpad is het na de intake voor alle betrokken zorgverleners duidelijk en inzichtelijk wat het beleid is. Hoewel de gynaecoloog die de intake afneemt formeel wel fungeert als hoofdbehandelaar was het vast beleid van het ziekenhuis dat er sprake was van een 'teambehandeling'. Het feit dat klaagster door meerdere behandelaars werd gezien, komt ook doordat zij meerdere keren werd opgenomen tussendoor. Ze werd dan gezien door degene die dienst had. Klagers hebben tijdens de diverse controles overigens nooit aangegeven een 'hoofdbehandelaar' te willen spreken of deze als vast aanspreekpunt te missen. Gezien worden door meerdere behandelaars heeft als bijkomend voordeel dat er minder snel tunnelvisie optreedt. Voorts hebben klagers niet onderbouwd dat - en hoe - de teambehandeling tot een verminderde kwaliteit van zorg heeft geleid.

Niettemin is het beleid binnen de afdeling gynaecologie inmiddels aangepast en wordt duidelijker vastgelegd wie de hoofdbehandelaar is en wordt er voor gezorgd dat een patiënte na een opname op de poli in beginsel altijd terugkomt bij de hoofdbehandelaar.

4.8 Ad 8. *Het niet noemen van de placenta bilobata in het gesprek met klaagster op 18 maart 2017*

De eventuele aanwezigheid van een placenta bilobata was ten tijde van het telefoongesprek tussen verweerder en klaagster op 18 maart 2017 niet zozeer relevant, omdat de vasa praevia al in de differentiaal diagnose was opgenomen. Dit gesprek was overigens niet zozeer medisch-inhoudelijk, maar eerder gericht op het tonen van empathie en medeleven.

Daarnaast geldt dat de opsomming van de verschillende mogelijke diagnoses in het dossier slechts een 'eerste gedachtegang' op papier was om de details van de kwestie niet te vergeten en alvast te noteren, mede voor de collega's. Deze informatie was nog niet zeker genoeg om al met klagers te kunnen delen. Klagers lijken te denken dat verweerder direct na de geboorte toch aan een vasa praevia dacht, terwijl daarvoor nog de werkdiagnose randvene bloeding gold. Dat is niet juist. Een vasa praevia werd vermoed op grond van de anaemie en het *mogelijk* kapotte vaatje dat bij de placenta werd gezien na de geboorte, maar het is nog steeds niet duidelijk of dit kapotte vaatje de oorzaak van de verbloeding is geweest, of er sprake van een vasa praevia was en – zo ja – of deze eerder had kunnen worden gediagnosticeerd.

4.9 Ad 9. *Ten onrechte het missen van een placenta bilobata bagatelliseren*

Verweerder stelt dat nog steeds niet duidelijk is of er sprake is geweest van een placenta bilobata.

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

De klacht tegen verweerder valt uiteen in negen onderdelen. Gezien hun aard zullen de eerste drie klachtonderdelen hierna als één klachtonderdeel worden behandeld dat betrekking heeft op 'onvoldoende onderzoek'. Het vierde klachtonderdeel 4 (te lang vasthouden aan werkdiagnose) zal als het tweede klachtonderdeel (onjuiste diagnose) worden behandeld. De hierop volgende klachtonderdelen (5 t/m 9) worden vernummerd tot 3 t/m 7.

5.3 Ad 1. *Onvoldoende onderzoek*

Het college deelt het standpunt van verweerder dat het verrichten van een kleurendoppler echo-onderzoek niet wordt voorgeschreven door de richtlijn om antenale diagnostiek naar vasa praevia te verrichten. Wel wordt dit onderzoek als een mogelijkheid genoemd. Dat is echter onvoldoende om te oordelen dat het verrichten van een kleurendoppler echo-onderzoek volgens de professionele standaard op dit moment als een minimaal vereiste wordt beschouwd bij een verdenking op vasa praevia. In deze casus geldt voorts dat de differentiaaldiagnose vasa praevia op dat moment werd uitgesloten op basis van - naar het oordeel van het college – adequate klinische en echografische onderzoeken.

Wat betreft het verwijt dat er onderzoek had moeten worden verricht naar de structuur van de placenta, deelt het college de visie van verweerder dat het verrichten van onderzoek naar de structuur van een placenta niet tot de minimaal vereiste zorg in Nederland behoort. Voorts is het verwijt dat geen onderzoek naar de navelstrenginsertie is verricht, onjuist. Dat is blijkens het medisch dossier wel gebeurd, namelijk tijdens de twintig wekenecho. Een en ander betekent dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is.

5.4 Ad 2. *Onjuiste diagnose*

Het college is van oordeel dat het dossier geen aanknopingspunt biedt voor de juistheid van de stelling dat verweerder te lang heeft vastgehouden aan de werkdiagnose rand-vene bloeding. Deze diagnose heeft verweerder overigens, zoals hij zelf ook stelt, pas gesteld toen vasa praevia op basis van onderzoek op dat moment verworpen werd. Dat er op dat moment of nadien toch sprake is geweest van vasa praevia kan op basis van de beschikbare informatie niet met zekerheid worden vastgesteld. Dit betekent dat ook het tweede klachtonderdeel ongegrond is.

5.5 Ad 3. Tijdens de laatste, fatale bloedingsepisode niet snel genoeg handelen doordat de mogelijkheid van vasa praevia niet werd onderkend, ondanks dat het CTG toen als suboptimaal werd beoordeeld

Het college deelt het standpunt van verweerder dat er op 16 maart 2017, nadat verweerder gebeld werd door de verloskundige, geen sprake is geweest van enig delay. Verweerder begaf zich direct naar het ziekenhuis en besloot toen hij nog onderweg was al tot een spoedsectio.

Voor het verwijt dat verweerder een vasa praevia niet zou hebben onderkend, verwijst het college naar hetgeen is overwogen onder 5.4. Een en ander leidt tot de conclusie dat ook het derde klachtonderdeel faalt.

5.6 Ad. 4 Het medisch dossier toont geen 'red flags', een strakke bewaking van het dossier ontbreekt, de aangeraden vervolgstappen door het echocentrum worden maar half opgevolgd, een diepgaande diagnose ontbreekt, de angsten en zorgen van klaagster en haar uitgesproken wens om een keizersnee zijn niet opgetekend en er is verzuimd om macroscopisch onderzoek te doen naar de placenta na de sectio

Het college acht geen aanknopingspunt aanwezig voor de juistheid van de stellingen dat het medisch dossier ten onrechte geen 'red flags' bevatte en dat het dossier onvoldoende bewaakt zou zijn. Wat het ontbreken van een diepgaande diagnose betreft, verwijst het college naar hetgeen onder 5.4 is overwogen. Dat klaagster angsten en zorgen zou hebben geuit, is weersproken en niet terug te vinden in het medisch dossier. Bij deze stand van zaken komt het college ook niet tot de vaststelling dat hiervan sprake is geweest. Voorts geldt dat er wel degelijk macroscopisch onderzoek is verricht naar de placenta, zoals verwoord onder 2.9 en 2.10. Gezien het voorgaande is ook het vierde klachtonderdeel ongegrond.

5.7 Ad 5. Meerdere behandelaars, geen duidelijke hoofdbehandelaar

Het college is van oordeel dat de teambehandeling zoals deze heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis, niet op onzorgvuldige wijze is geschied. De verschillende behandelaars hebben hun bevindingen telkens voldoende uitgebreid gedocumenteerd, waardoor niet gebleken is dat er belangrijke informatie niet zou zijn overgedragen tussen de verschillende behandelaars. Evenmin is gebleken dat deze vorm van behandeling het beloop van de zwangerschap op enige andere wijze negatief heeft beïnvloed. Niettemin was het voor klaagster wellicht overzichtelijker, en daardoor prettiger, geweest om een hoofdbehandelaar te hebben door wie ze vaker dan slechts eenmaal zou zijn gezien. Wat dat betreft, beschouwt het college de verandering in werkwijze naar aanleiding van deze casus dan ook wel als een verbetering. Dit betekent echter niet dat er met de teambehandeling zoals deze heeft plaatsgevonden tuchtrechtelijk tekort zou zijn geschoten jegens klaagster, nog daargelaten welk persoonlijk verwijt verweerder daaromtrent dan gemaakt had kunnen worden. Het vijfde klachtonderdeel zal derhalve eveneens worden afgewezen.

5.8 Ad 6. Het niet noemen van de placenta bilobata aan klaagster op 18 maart 2017

Het betreffende telefoongesprek vond plaats net na het overlijden van baby G en was niet medisch-inhoudelijk van aard, maar bedoeld om medeleven te tonen. Hierdoor lag het niet voor de hand om tijdens dit gesprek te spreken over een eventuele placenta bilobata. Dat dit niet ter sprake is gekomen, is geenszins verwijtbaar. Ook dit zesde klachtonderdeel is ongegrond.

5.9 Ad 7. Ten onrechte het missen van een placenta bilobata bagatelliseren

Een placenta bilobata is tijdens de zwangerschap niet altijd goed vast te stellen. Het missen van deze diagnose, is onder de gegeven omstandigheden niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Er is voldoende onderzoek gedaan en er was op dat moment voor verweerder geen aanleiding om uit te gaan van een placenta bilobata. Dat hier achteraf wel van sprake van bleek te zijn, doet daar niet aan af. Voorts geldt dat niet gebleken is dat verweerder het missen van deze diagnose heeft gebagatelliseerd. Een en ander maakt dat het zevende en laatste klachtonderdeel eveneens faalt.

6. Slotsom

Gezien het voorgaande zal de klacht in zijn geheel ongegrond worden verklaard.

7. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:
verklaart de klacht in zijn geheel ongegrond en wijst deze af.**

Aldus gegeven door:

mr. J.G.W. Lootsma-Oude Nijeweme, voorzitter;
drs. C.I.M. Aalders, lid-geneeskundige;
drs. J.M. Burggraaff, lid-geneeskundige,
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.