

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2017/154

Rep.nr. G2017/154

17 april 2018

Def. 054

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE GRONINGEN**

Beslissing op de klacht van:

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

tegen

D,
gynaecoloog te C,
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 V2017/02, G2017/153 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 gynaecoloog verbonden aan het E (hierna: het ziekenhuis). Op 17 oktober 2016 ziet zij klaagster voor een intakegesprek. Klaagster is door het F (hierna: het echocentrum) verwezen in verband met een belaste obstetrische voorgeschiedenis (groeivertraging). Na deze intake ziet verweerster klaagster niet meer.

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 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 klaagster nog een klein beetje bruin bloed. Ook wordt er een echo gemaakt door gynaecoloog G. 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 G 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 klaagster 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. Gynaecoloog H 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

In de nacht van 4 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 37 weken + één dag, heeft klaagster opnieuw ruim bloedverlies thuis. Klaagster 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 klaagster ontslagen.

2.7

Op 10 maart 2017, bij een zwangerschapsduur van 38 weken, wordt een echo gemaakt. Dit gebeurt op klaagsters 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 klaagster 's avonds veel bloedverlies op. Klaagster wordt wederom opgenomen. Er wordt een CTG gemaakt en de verloskundige verricht een vaginaal toucher. H, de gynaecoloog die dienst heeft, wordt op de hoogte gesteld van de opname. I noteert hierover om 0.40 uur: *'2 cm, ¾ verstreken, caput sluit aan'*. En om 00.42 uur: *'Dr. H 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. (...) Dr. H gaat inloggen thuis'*.

H 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 H 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 I dat ze nogmaals met H 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 I: *'alleen met echo nog cortonen te zien/horen: ± 50 bpm. Nogmaals dr. H gebeld en info doorgegeven. (...) Mw. gaat direct naar OK'*.

De spoedsectie verloopt vervolgens ongecompliceerd en baby J 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 J overgebracht naar het K. J blijkt hersendood te zijn. Er wordt besloten tot een abstinierend beleid en op xx-xx-2017 overlijdt J. H noteert hierover dat er geen bloed in de utero was (geen solutio/abruptio placenta). Na de sectie noteert H: '*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 L. 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 verweerster dat zij onvoldoende regie heeft 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. Verweerster had als hoofdbehandelaar meer in beeld moeten zijn en als zodanig de regie moeten voeren.

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

Verweerster 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 op welke wijze – 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. Ook wordt ervoor gezorgd dat een patiënte na een opname op de poli in beginsel altijd terugkomt bij de hoofdbehandelaar.

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

Het college is van oordeel dat de teambehandeling zoals deze heeft plaatsgevonden in het ziekenhuis, niet op onzorgvuldige wijze is geschied. Verweerster heeft als eerste het beleid vastgesteld, waarna de verschillende behandelaars hun bevindingen telkens voldoende uitgebreid hebben gedocumenteerd. Hierdoor is niet gebleken 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. Op welke wijze dat concreet wel het geval zou zijn geweest, is door klagers overigens ook niet onderbouwd.

Klaagster heeft ter zitting nog gesteld dat zij op een bepaald moment zou hebben gevraagd om gezien te worden door haar hoofdbehandelaar. De stelling is echter niet alleen weersproken, maar vindt evenmin steun in het dossier. Bij deze stand van zaken komt het college niet tot de vaststelling dat klaagster op enig moment heeft verzocht om gezien te worden door verweerster, nog daargelaten welke behandelaar er dan voor verantwoordelijk zou zijn dat dit verzoek niet zou zijn ingewilligd. Een en ander leidt tot de conclusie 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;
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.