

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 18149-6

Uitspraak: 28 november 2019

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 13 september 2018 binnengekomen klacht van:

[A], klaagster
en
[B], klager
wonende te [C]
hierna tezamen te noemen: klagers
gemachtigde Y.P.J. Drost te Hengelo

tegen:

[D]
gynaecoloog
werkzaam te [E]
verweerster
gemachtigde: mr. O.L. Nunes te Utrecht

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop
- het verweerschrift
- de brief ontvangen op 26 februari 2019 van de gemachtigde van klagers
- de brief ontvangen op 6 maart 2019 van de gemachtigde van verweerster
- de cd-rom ontvangen op 6 maart 2019 van de gemachtigde van verweerster
- de brief ontvangen op 14 juni 2019 van de gemachtigde van klagers
- de brief ontvangen op 22 augustus 2019 van de gemachtigde van verweerster
- de ter zitting overgelegde pleitnota van de gemachtigde van klagers
- de ter zitting overgelegde pleitnota van de gemachtigde van verweerster.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van 6 september 2019 behandeld tezamen met de klachtzaken tegen zeven andere gynaecologen onder zaaknummers 18149-1 t/m 18149-5 en 18149-7 t/m 8. Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden. Klagers hebben tevens klachten ingediend tegen de anesthesioloog en kinderarts. Deze klachtzaken met zaaknummers 18149-10 en 18149-11 zijn behandeld op de openbare terechtzitting van 13 september 2019.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klaagster is op 3 oktober 2013 bij een termijn van 18 weken en 5 dagen gezien op de polikliniek van het ziekenhuis waaraan verweerster als gynaecoloog is verbonden (hierna te noemen: het ziekenhuis), na verwijzing door de eerstelijnsverloskundige vanwege toenemende oedemen aan handen, benen en voeten. Zij is toen gezien door een collega van verweerster. Na het afnemen van de anamnese, lab- en lichamelijk onderzoek concludeerde de collega blijkens het medisch dossier van klaagster:

“Voelt goed leven, geen bloed of vruchtwaterverlies. Geen contracties. Bloeddruk 130/80. Iets oedeem aan handen en voeten. Laboratorium ongestoord, behalve een albumine van 30. Urine: EKR niet te meten ivm laag eiwit. Conclusie: oedeem eci. Gezien de klachten van patiënte zullen wij haar over 3 weken nogmaals terug zien op de polikliniek.”

Bij een zwangerschap van 20 weken werd een structurele echo gemaakt. Daarbij is vermeld dat de placenta zich op de achterwand en zijwand rechts van de uterus bevindt.

Op

14 november 2013 is, bij een zwangerschap van 24 weken en 5 dagen, een verloskundig echoscopisch onderzoek uitgevoerd. Daarop werd gezien dat de locatie van de placenta dorsaal met lateraal/ventrale lob was. De conclusie van de echo was: *“geen bijzonderheden”*.

Op 18 november 2013 zag een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-1 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna gynaecoloog 1) klaagster voor het eerst op zijn poliklinisch spreekuur. Bij brief van dezelfde datum stelde gynaecoloog 1 - als hoofdbehandelaar van klaagster - bij een zwangerschap van 25 weken en 2 dagen aan de eerstelijnsverloskundigenpraktijk voor om de begeleiding over te laten nemen door de tweede lijn. Redenen hiervoor waren dat het de eerste zwangerschap van klaagster was, zij inmiddels 25 kilo was aangekomen en zij een wat *“geprikkelde”* tensie had. Klaagster heeft daarna diverse keren het poliklinische spreekuur bezocht, waarbij zij werd gezien door collega's van verweerster.

Op 2 januari 2014 (termijn 32 weken en 5 dagen) werd klaagster op de triage in het ziekenhuis gezien. De decursus vermeldt:

“Pte komt via poli ivm hypertensie 150/94-96 en klachten. Patiënte heeft al sinds begin van de zwangerschap veel last van oedeem, in gewicht 30 kg aangekomen. Heeft al geruime tijd diverse klachten van pijn in rechterbovenbuik, is sinds twee weken weer wat afgezakt. Kortademigheid is er al maanden, neemt iets toe, geen pijn op de borst. Tintelingen in de vingers verminderd met fysiotherapie. Geen hoofdpijn, geen visusklachten, niet misselijk, braakt niet.

Leven+, geen bloed/vochtverlies

ONDERZOEK: RR handmatig 140/80

RR automaat 129-157/66-91

*CTG: bhf 140, var+, acc+, dec- toco onregelmatig contractief
toxlab ongestoord*

EKR 21 CONCLUSIE: geen hypertensie, geen PE, geen HELLP

medisch beleid: Pte gaat naar huis met instructies, op de poli reeds stoppen met werken besproken, komt eerder retour bij toename van klachten. 13/1 poli afspraak."

Op 13 januari 2014 (termijn 33 weken en 2 dagen) werd klaagster door gynaecoloog 1 op de polikliniek gezien. Er werd verloskundig echoscopisch onderzoek uitgevoerd. De volgende poliklinische controle vond plaats op 28 januari 2014 door een andere collega van verweerster.

Op 31 januari 2014 (termijn 36 weken en 2 dagen) werd klaagster op de triage van het ziekenhuis gezien vanwege klachten van (mogelijk) vaginaal bloedverlies. De decursus vermeldt:

"Mw heeft ook last van hemorroïden en komt nu bloedverlies. Mw twijfelt of het vaginaal of van de hemorroïden is, geen overige klachten.

ONDERZOEK: RR 140/80, P84

*CTG: BHF 130, acc+, dec-, var+, toco irr contracties niet pijnlijk
C/normaal CTG (nog extra stukje CTG ingescand in Mosos O)*

IS: actief bloedverlies gezien, kleine stolselstje ook

TAE: mooi beweeglijk kind, normaal vruchtwater

*LO: grote uitzetting, cbibi CONCLUSIE: actief bloedverlies met een goede foetale
conditie*

*medisch beleid: iom met [naam collega-gynaecoloog, tegen wie onder zaaknummer
18149-2 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna gynaecoloog 2]*

- opname A6 ter observatie bloedverlies

- 2x dd CTG

- stolling wordt geprikt

- W+T

Opname volgens protocol: 024780 Vaginaal bloedverlies 2e helft zwangerschap

Weekend samenvatting: G1, AD 35+6 MI: oedemen (handen, gelaat, benen en voeten).

RvO/pijnloos. BV 2e helft graviditeit. A/heeft ook hemorroïden, weet niet zeker of BV

vaginaal/rectaal is. O/ RR 140/80. CTG optimaal. UZO: grote uitzetting, cbibi. IS: actief

BV, klein stolseltje. TAE: kb+, nl vrw, groei p90. B/ opname ter obs, W + T"

Op 1 februari 2014 werd om 02.36 uur in de decursus gerapporteerd:

*"Geroepen wegens anamnestic fors helder rood bloedverlies bij toiletgang. Bij aan-
komst geen klachten. Geen actief bloedverlies. Voelt geen contracties.*

LO/ soepele buik. IN verbandje zit inderdaad weinig rood bloed.

*TAE/ placenta vw (bilobata?) ligt goed aan. Normaal vw. Vochtblaas nog onder hoofd
CTG fraai*

*C/ wederom helder rood bloedverlies. Geen aanwijzingen voor (partiele) abruptio,
praevia. Niet in partu. Goede maternale en foetale conditie.*

B/ inbrengen waakinuus met afname kruisbloed en Hb. Expectatief"

In de loop van 2 februari 2014 (termijn 36 weken en 1 dag) is klaagster door een collega-
gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-5 ook een klacht bij het tuchtcollege
is ingediend; hierna: gynaecoloog 5) uit het ziekenhuis ontslagen. De decursus vermeldt:

*"Gaat naar huis. Geen bloedverlies meer. CTG 130/min. acc+ dec – var goed. co 2
dagen dkt [gynaecoloog 1]"*

Op 3 februari 2014 vond een poliklinische controle plaats door gynaecoloog 1. De conclusie van het verloskundig echoscopisch onderzoek was "positieve discongruentie". Op 6 februari 2014 (termijn 36 weken en 5 dagen) werd klaagster wederom op de triage van het ziekenhuis gezien vanwege bloedverlies thuis. In het ziekenhuis werd geen bloedverlies meer geconstateerd. Zij werd ter observatie opgenomen. De decursus vermeldt:

"Pte heeft vanmorgen ruim helderrood bloedverlies gehad, stolsel verloren, in toilet dus grootte niet kunnen beoordelen, bloedverlies liep er uit volgens pte. Gisteren contracties gehad nu niet meer, leven+, geen vochtverlies. Pte heeft verder geen klachten.

ONDERZOEK: RR 130/85 P 68 T 36.8

UO:3/4 nx cbibi, soepele buik

CTG: bhf 140, var+, acc+, dec- toco vlak

TAE: hoofdligging, kindsbewegingen+, hartactie+, vruchtwater normaal, placenta bilobata, placenta normaal aanliggend

nu geen actief bloedverlies in maandverband

Ivm geen bloedverlies alhier niet meer in speculo gekeken CONCLUSIE: bloedverlies bij AD 36+5wk

Opname volgens protocol: 024780 Vaginaal bloedverlies 2e helft zwangerschap medisch beleid: iom dr. [naam collega-gynaecoloog, tegen wie onder zaaknummer 18149-3 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna: gynaecoloog 3]

- opname op A6 volgens protocol

- pte mag al mobiliseren

- indien geen vbv vandaag, evt eind vd middag naar huis

- geen waakinfuus

- arts ass A6 op de hoogte

pte en partner beleid uitgelegd, willen graag weten waar het bloedverlies vandaag komt, nu niet te zeggen

pte en partner vinden het fijn om vandaag even hier te blijven en bloedverlies alhier te observeren

Med.rap.: VBV -, irr contracties. Patiente en partner voelen zich onrustig omdat VBV altijd 's nachts is begonnen. Pte wil graag een nachtje blijven: akkoord."

Op 7 februari 2014 werd het CTG 's ochtends als normaal beoordeeld. Klaagster werd, met instructies, ontslagen. Er werd een controleafspraak gemaakt voor 12 februari 2014.

Op 12 en 17 februari 2014 werd klaagster door gynaecoloog 1 voor controle gezien op de polikliniek. Er waren geen bijzonderheden. Ook op 24 februari 2014 bezocht klaagster het poliklinisch spreekuur van gynaecoloog 1. De decursus vermeldt:

"geen PE klachten

wat nu? pos. dys./veel oedeem

overleg RRS: niet te veel overtijd"

Op 25 februari 2014 werd klaagster opnieuw in het ziekenhuis opgenomen door een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-4 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna: gynaecoloog 4), die op dat moment de dienstdoende gynaecoloog was. De decursus vermeldt:

"medische bevindingen: anamnese: dienst door [namen klinisch verloskundige en gynaecoloog 4]. G1p0, AD 39+3 wkn A pos.

MI: oedeem + bloedverlies 2e helft zws. Hiervoor 2 maal eerder opname.

RvK: bloedverlies e.c.i., geen buikpijn, leven +, vocht -.

Allergie: geen, medicatie: geen

Groei: AD 36 weken FAC p97, GG 3200 gram.

ONDERZOEK: CTG: BHF 130 bpm, var+, acc+, dec-, toco: wat contracties. Mw. voelt deze niet.

C/ normaal CTG

RR 135/100, 142/100

P:92, AHF 16

Alhier een klein beetje helder vbv in verband, thuis doordrenkt en broek ook nat.

Oogt niet in partu, niet ziek. Oedeem +++, een overige PE klachten, niet zieke mevrouw.

UO: zeer grote uitzetting, rug links, cvibi.

TAE: plac VW, bilobata, ligt goed aan, niet laag, AFI 21 cm, kbb ++

2e keer RR 142/100, automatisch lager 142/ 85-95

IS: opnieuw actief bloedverlies, kleine stolseltjes, helder. cervix normaal uiterlijk.

VT: 1/2 verstr, geen ontsluiting, medio sacraal.

leven +, vbv +, vocht -.

Toxlab: ongestoord, Hb 8.1, MCV 93, tr 159, uz 0,31, ASAT 19, ALAT 12

EKR 35.

CONCLUSIE: goede foetale conditie. Pre-eclampsie. Flinke oedemen. Bloedverlies e.c.i.”

Om 10.25 uur werd in de decursus genoteerd:

“ Med. Rap.: RR 142/100 oedeem++, geen overige PE klachten. Niet zieke Mevrouw

TAE: plac VW, bilobata, ligt goed aan, niet laag, AFI 21 cm, kb++. Mw. voelt geen contracties, alhier opnieuw helder rood bloedverlies.”

Om 11.27 uur werd in de decursus genoteerd:

medisch beleid: Overleg met DD [naam gynaecoloog 4].

Opname A5 i.v.m. bloedverlies, oedemen en PE (alhier A5 voldoende plek en volgende dag inleiding), drie maal daags CTG controle, bij herhaling van bloedverlies eerder.

Drie maal daags tensie controle, zn eerder bij tensie > 140/90. Inleiding staat gepland voor 26/02. Uitleg over inleiding gegeven, inleiding middels prostin gezien bloedverlies. Dhr en Mw op de hoogte. Nu geen noodzaak tot start met medicatie. 48 uur post partum observatie.”

En in het Mosos-dossier (p. 31 van het medisch dossier) vermeldde de klinisch verloskundige:

“Opname i.v.m. vbv, tevens toxlab controle i.v.m. RR142/100.

Opname A6.

26/02 inleiding i.v.m. pos. dys, oedeem, PIH en bloedverlies.”

Tijdens de medische overdracht die dag werd met gynaecoloog 4 het volgende besloten:

“Medisch beleid iom dr [naam gynaecoloog 4]:

- geen medicatie mbt RR

- stolling nu bepalen niet nodig. Morgenvroeg beperkt toxlab + stolling laten bepalen”

Op 26 februari 2014 is de bevalling van klaagster ingeleid vanwege de verdenking pre-eclampsie. De dienstdoende gynaecoloog is gynaecoloog 5. De decursus vermeldt:

“Med.rap.: G1PO, D 39+4wkn

RvK: Inleiding PIH en verdenking PE

pte is gisteren opgenomen op A6

forse oedemen, 40 kg aangekomen

2x vaginaal bloedverlies

gisteren PIH en EKR 35

NB: placenta bilobata!!!

Om 09.45 uur werd door de klinisch verloskundige in het medisch dossier genoteerd:

“mw heeft redelijk geslapen

geen PE-klachten, behoudens fors oedeem gehele lichaam, mw voelt zich goed veegje bloedverlies

RR 130/95 mmHg (7.45 uur)

Lab: Hb 7,7, Tr: 166

fibrinogeen: 5,5, d-dimeer: 3,75

VT: Psacraal, staand, vinger top toegankelijk (iets bloedverlies aan handschoen)

UO: zeer ruime uitzetting, EFW lastig te schatten, lijkt wel 8 pond!

RR nu 140/95 mmHg

B/ 1 mg prostin in FP ingebracht, over 3uur herbeoordelen

waaknaald ivm oplopende tensie

CTG handhaven

tensie over 1 uur handmatig overmeten”

En om 10.58 uur noteerde de klinisch verloskundige in het medisch dossier:

“Med. Rap.: RR 130/95, geen PE-klachten

B/overleg met Dkt [naam gynaecoloog 5] gezien tensie

Start labetalol 3x dd 100mg

oraal

pte mag even douchen,

over 1uur tensie overmeten en CTG weer aansluiten”

Gedurende de dag bleef het CTG aangesloten. De tensie schommelde. Uit de medische notities blijkt dat de tensie schommelde tussen 115/65 en 130/95 (om 10.58 uur) en uit de verpleegkundige notities blijkt dat de tensie schommelde tussen 115/65 en 135/95 (om 07.44 uur). Er werd nog tweemaal prostaglandine gel ingebracht. In de avond werd besloten dat het CTG werd afgesloten.

Op 27 februari 2014 (00.34 uur) verloor klaagster vaginaal helderrood bloed. De dienstdoende gynaecoloog is een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-8 ook een klacht bij het college is ingediend; hierna: gynaecoloog 8). Het CTG werd aangesloten. Om 01.55 uur was bij het vaginaal toucher sprake van helderrood bloedverlies.

In de verpleegkundige notities is om 02.54 uur vermeld:

“iom vlk [naam verloskundige] als CTG accelartief is mag deze afgesloten worden.”

Om 03.07 uur is vermeld: *“iom arts [naam arts] CTG afgesloten”.*

Er is in de ochtend gestart met het bijhouden van een vochtbalans vanwege de persisterende klachten van kortademigheid. Het CTG werd aan- en weer afgesloten.

Om 13.27 uur vermeldt de decursus:

“heeft geslapen. Voelt geen contracties. O/ CTG; toco irr, 2 contr/10 min. BHF 130 bpm, var+, acc+, dec- C/ normaal CTG VT: onveranderd, nog steeds sacraal, niet verder doorgevoeld.

B/2 mg prostin

Over 3 uur herbeoordelen.”

Om 17.30 uur vermeldt de decursus:

“NB: Dhr maakt een gespannen en bezorgde indruk, wil er niet over praten. Na het VT alleen met mw gesproken. Gevraagd of dhr alles wel begrijpt. Mw. geeft aan dat dhr het Nederlands nu niet goed kan volgen. Aangegeven dat we dhr ook graag willen begeleiden dus ook alle uitleg willen geven die hij nodig heeft. Mw vertelt dat dhr zich afvraagt waarom er geen keizersnede gedaan gaat worden. Info gegeven over dat sectie

ook nadelen heeft voor kraambed en volgende zwangerschap. Ook uitleg gegeven over waarom start vochtbalans. Afhankelijk avond/nacht en conditie moeder en kind zal morgen verder beleid besproken worden. Mw zal dit alles met meneer terug koppelen. Als mw verduidelijking nodig heeft komt ze er op terug bij mij.”

Om 20.20 uur staat er:

“Med. rap.: Mw heeft met dhr gesproken. Dhr. geeft aan extra uitleg nodig te hebben over het beloop en verdere beleid. Mw. heeft het zwaar en moeite met de pijn en dyscomfort vanwege forse oedemen Uitgelegd dat ik het gesprek samen zal doen met [naam gynaecoloog 8]” Gynaecoloog 8 sprak met klagers over het beloop en beleid.

Zij rapporteerde om 22.15 uur in de decursus:

“Med. rap.: Na uitgebreid gesprek met echtbaar besloten om voor de nacht nog te toucheren na applicatie van Instilagel vulvair ivm pijn bij VT bij patiënte met seksueel trauma in de anamnese.

CTG optimaal

RR 125/80, vochtbalans heden 450 ml positief.

VT: sacrale weke half verstreken portio, niet uitgebreid naar eventuele ontsluiting gevoeld i.v.m. nog oud bloed verlies, maar ostium ext. lijkt toegankelijk.

B: proberen te slapen met PCM 100 mg en Normison 20 mg indien wakker dan CTG en RR

28/2 ochtend toxlab cito

Morgenochtend VT door [naam gynaecoloog 8] zelf en eventueel vliezen breken”

Vanaf de ochtendoverdracht op 28 februari 2014 tot en met de ochtendoverdracht op 1 maart 2014 was verweerster de dienstdoende gynaecoloog. Tijdens de ochtendoverdracht van 28 februari 2014 werd besloten dat het een rustdag zou worden. Om 16.38 uur werd het CTG als normaal beoordeeld. In de avond lijkt klaagster in partu te komen. De decursus vermeldt om 21.15 uur:

“Pte oogt in partu, ervaart veel pijnklachten. Na overleg besloten (mede ivm drukte op verkoever) 150 mg pethidine te geven, vervolgens in de loop van de avond EDA.”

Het epiduraal katheter (hierna: EDA) werd ingebracht. Klaagster was rond 00.00 uur weer op de afdeling. Het CTG werd opnieuw aangesloten.

Op 1 maart 2014 om 00.36 uur noteerde de arts-assistent onder meer in de decursus: “V: gebroken (...) VT: 3 cm, AROM, veel helder vruchtwater, SE plaatsen niet gelukt” Het CTG werd om 00.40 uur en 01.22 uur beoordeeld als suboptimaal. Om 01.58 uur vermeldt de decursus:

“A: hoofd S: Positie: sacraal, Opm: VT ivm aanhoudend strak CTG, sinusoidaal patroon langer dan 60 minuten; var 2-5/min; C/abnormaal CTG

Bij het VT: veel helderrood bloedverlies. synto op 1 mlE/min; tocgram: 2a3 contr/10 min C/helderrood bloedverlies, stagnatie baring

B/ dkt [naam verweerster] op de hoogte gebracht van bloedverlies en abnormaal CTG. SE plaatsen wederom niet gelukt.”

Verweerster noteerde om 02.11 uur in de decursus:

“Gevraagd mee te kijken ivm ruim bloedverlies en twijfel over CTG.

In het matje veel bloedverlies met bijmenging van vruchtwater. Nu normaal bloedverlies i het matje.

CTG: goede variabiliteit geen acceleraties. Tgv pethidine?

lijkt een verlaging in basishart frequentie van 135 sl/min naar 120 sl/min.

nu weer goed herstel. nu bhf 140??

C/ geen rede voor interventie

syntho verder ophogen, expectatief”

Om 03.47 uur werd in de decursus genoteerd:

“VT 4 cm, verstreken, SE geplaatst CTG: iom dkt [naam verweerster] normaal CTG, dus varen op STAN.

C: stagnatie baring B: synto verder ophogen, 2 uur herbeoordelen”.

Om 04.40 uur werd door de arts-assistent genoteerd:

“CTG beoordeeld op 01-03-2014 04.44: tocogram:4a5 contr/10 min; gepaarde contracties met tussendoor niet meer halen van de basislijn; bhf 140/min; var 5/min; acc-; gecompl var dec sinds 04.30; C/abnormaal sinds 04.30. STAN goede reg, geen events.”

Om 05.39 uur staat er:

“CTG beoordeeld op 01-03-2014 05.41:tocogram 4 contr/10min; bhf 140/min; var 5bpm; acc-; een gecompliceerde variabele deceleratie; STAN goede registratie, geen events; C/ suboptimaal CTG”

In klagsters medisch dossier ontbreekt de verslaglegging van het CTG tussen 05.39 uur en 12.00 uur. De STAN-registratie ontbreekt tussen 05.39 uur en 11.29 uur.

Om 06.28 uur staat er:

“Toucher, povias: P:verstreken O:6 cm V:gebroken I: H1 A:hoofd S: Positie: sacraal, Weekheid: matig week, Opm: ophogen EDA heeft gewerkt. VT: progressie, rjuim 6 cm. C: progressie B: 2 uur herbeoordelen.”

Om 08.34 uur noteerde de arts-assistent in de decursus:

“Toucher, povias: P:verstreken O:8 cm V:gebroken I:H2 A:hoofd S:Positie:symfysair, Weekheid:week, Opm: C/mooie progressie B/2 uur herbeoordelen”

Tijdens de ochtendoverdracht op 1 maart 2014 is de situatie van klagster besproken. Hiervan is geen dossieraantekening gemaakt. Verweerster en gynaecoloog 1, die vanaf 09.00 uur dienst had als (tweede) achterwacht, en de collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-7 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna: gynaecoloog 7) die na de ochtendoverdracht de dienstdoende gynaecoloog was, waren daarbij aanwezig.

Er werd besloten een microbloedonderzoek (hierna: MBO) te laten uitvoeren.

Om 10.40 uur werd in de decursus genoteerd:

“Toucher, povias: P:verstreken O:9cm V:I:A: S: Opm: Flink drukgevoel Blijft helderrood bloedverlies houden, +stolsels VT: soepel afschuifbaar randje voor, CH2+ Proefpersen niet succesvol”

In het dossier is vermeld dat het MBO is afgenomen om 11.29 uur. In de decursus noteerde de arts-assistent:

“Toucher, povias: P: O:10 cm V:I:H2 A:S:Opm: Flink drukgevoel

Aanhoudend helderrood bloedverlies, + stolsels

VT: VO, CH2+

MBO afgenomen, vlotte afname, uitslag pH 7,31

Dkt [gynaecoloog 7] geïnformeerd

STAN goede registratie, geen events

B/start actief persen”

Omdat de uitdrijving/indaling niet vorderde, heeft de arts-assistent om 12.00 uur gynaecoloog 7 geïnformeerd. Op dat moment was de STAN-registratie goed (“geen events”). Het CTG vertoonde op dat moment geen acceleraties, matige variabiliteit, deceleraties met vlot herstel, bhf 140 bpm.

Gynaecoloog 7 zag klaagster om 12.05 uur als sprake is van een niet vorderende uitdrijving. Zij besloot tot een secundaire sectio vanwege een niet vorderende uitdrijving/indaling en het aanhoudende suboptimale CTG. Zij noteerde in de decursus:

“VT: VO caput suc op H2, sacraalholte nog leeg, stand niet te bepalen. Conclusie: NVU bij beeld passend bij CPD. Advies: sec SC, uitleg, echtpaar akkoord.”

Zij voerde, samen met een arts-assistent en de anesthesioloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-10 ook een klacht bij het college is ingediend; hierna: de anesthesioloog) de sectio uit. De sectio verliep moeizaam. Om 13.14 uur is de dochter van klagers (hierna: de dochter) geboren. De dochter was slap, bleek en ademde niet. De navelstreng had een pH van 7.27. De dochter is direct gereanimeerd. In het operatieverslag van de arts-assistent van 1 maart 2014 (p. 46/47 van het medisch dossier) staat:

“(..) Bij het openen van de fascie geeft patiënte veel pijn aan. Opvallend is de uitgebreide pre-peritoneale vascularisering. Het peritoneum wordt hoog stomp geopend, waarbij de pijnklachten verder toenemen. Patiënte wenst niet onder narcose. Het blaasperitoneum wordt geopend en afgeschoven. Hierna krijgt patiënte extra pijnstilling in de vorm van Sufenta en Ketanest. Er wordt een dwarse incisie in het onderste uterussegment gemaakt, welke digitaal wordt verbreed. Het caput ligt diep in het bekken en is lastig te ontwikkelen, doordat het niet goed lukt grip op het caput te krijgen. Dr [naam gynaecoloog 7] neemt over en er wordt AAV een dochter ontwikkeld, bleek en niet huilend. Zij wordt afgenaveld en direct overgedragen aan de kinderarts. Er wordt een astrupp afgenomen uit de navelstreng. Antibioticaprofylaxe en 5 IE syntocinon iv worden gegeven. Het lukt niet om de placenta volgens controlled cord te verwijderen ten gevolge van een velamenteuze insertie van de navelstreng. Uiteindelijk wordt de placenta manueel verwijderd, hetgeen lastig gaat. Hierna is sprake van een atonie, waarbij ruim bloedverlies. Syntocinon pomp fluxus behandeling vlgs protocol. Uterus contracteert nu goed. (...)”

Bij onderzoek van de placenta na de bevalling bleek één arterie te zijn beschadigd. In discussie is of dit vat is afgescheurd (verweerster) of is doorgesneden/afgekliefd (klagers).

In de vroege ochtend van 2 maart 2014 werd besloten de dochter over te plaatsen naar een ander ziekenhuis met een NICU-afdeling (hierna te noemen: het tweede ziekenhuis). De dochter is aldaar op de NICU-afdeling opgenomen.

In de brief van 2 maart 2014 aan de verloskundigenpraktijk heeft gynaecoloog 7 onder meer het volgende geschreven:

“In verband met niet vorderende uitdrijving en indaling, met een onvoldoende diepstaand caput voor een vaginale kunstverlossing, werd besloten tot een secundaire sectio. Hierbij was bloedverlies van 2000 ml op basis van atonie. Er werd een dochter [naam dochter] geboren met een slechte start, met een apgar score van 1/5/7. Zij werd kortdurend gereanimeerd door de kinderarts, waarbij zij snel bijkwam. Gezien de bleekheid van [naam dochter] en een Hb 5,3 bestond de verdenking op foetale verbloeding, waarvoor zij een transfusie kreeg. Er was sprake van een placenta bilobata met een velamenteuze insertie van de navelstreng, waarbij 1 van de verbindende vaten doorgescheurd was, mogelijk is dit tijdens de sectio gebeurd en is dit de oorzaak van de slechte start van [naam dochter]. Dit zou ook bij het verwijderen van de placenta gebeurd kunnen zijn aangezien 1 van de lobben manueel verwijderd moest worden.”

Gynaecoloog 7 noteerde op 4 maart 2014 in het medisch dossier (p. 31):

“(...) Gebeld met [naam tweede ziekenhuis], via verpleegkundige die mevrouw daar verzorgt doorgegeven dat [initialen gynaecoloog 1] en ik morgenavond rond 20 uur langskomen. Indien niet gewenst door patiënte dit graag aan ons doorgeven.”

In een brief van 27 maart 2014 van het tweede ziekenhuis aan de kinderarts van het (eerste) ziekenhuis schreven de kinderarts-neonatoloog en verpleegkundig specialist neonatologie i.o:

(pag. 211-213 van het medisch dossier)

“Er werd een dochter geboren, [naam dochter]. Zij kwam bleek, slap en niet ademend, zonder hartactie ter wereld. Er werden 3x5 insufflatie beademingen gegeven. Er was geen verbetering van de hartactie waarop werd gestart met hartmassage. [naam dochter] werd 3 minuten post partum geïntubeerd, 5 minuten post partum was de hartactie > 60 slagen per minuut en ademde [naam dochter] spontaan waarop ze gedetubeerd is. Apgarscores waren 1, 5 en 7 na respectievelijk 1, 5 en 10 minuten. [naam dochter] werd met CPAP ondersteuning naar de couveuse afdeling getransporteerd. Het geboortegewicht bedroeg 4070 gram (p90).

Navelstreng PH: 7.27

(...)

MRI cerebrum:

04-03: uitgesproken diffuus oedeem van de grote hersenen corticaal-subcorticaal met sterk verlaagde diffusiewaarden (0,3-0,4) en licht verlaagde diffusiewaarden in de centrale witte stof (1,0-1,2). Tevens in Corpus Callosum en Cortico-spinale banen. Putamen en Thalami beiderzijds deels verlaagde diffusie. Zeer slanke ventrikels. Conclusie : beeld passend bij hypoxie-ischemie en epilepsie.

(...)

Diagnose :

Ernstige hypoxisch-ischemische encefalopathie met epilepsie door perinataal bloedverlies.”

In het tweede ziekenhuis heeft tweemaal een moreel beraad plaatsgevonden. Als casusomschrijving is daarbij vermeld (p. 304 van het medisch dossier):

“Ernstige asfyxie tgv bloedverlies tijdens sectie. Sterk convulsief. Oedeem witte stof, verdwenen (sub)corticale aftekening, infarcering, beschadiging cortex”.

In overleg met klagers is besloten af te zien van verdere behandeling van hun dochter. Op 11 maart 2014 is hun dochter thuis overleden.

Naar aanleiding van een interne melding van het beloop van de bevalling als mogelijke calamiteit bij de medisch specialist patiëntveiligheid van het ziekenhuis, heeft op 11 maart 2014 een multidisciplinair overleg plaatsgevonden. Daarbij waren onder meer gynaecoloog 1, gynaecoloog 7, de kinderarts en de anesthesioloog aanwezig. Verweester was wegens vakantie afwezig. Geconcludeerd werd dat geen sprake was van een calamiteit (in de zin van de tot dan toe geldende Kwaliteitswet Zorginstellingen, thans: Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg) en dat geen melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (thans: Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, hierna: Inspectie) behoefde te worden gedaan.

Op 15 juli 2014 heeft gynaecoloog 8 namens de vakgroep gynaecologie/verloskunde de Inspectie op de hoogte gesteld van het beloop van de gebeurtenissen. De brief aan de Inspectie is gedateerd op 6 juni 2014. Desgevraagd heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis de Inspectie laten weten dat niet werd voldaan aan de definitie van calamiteit in de zin van de wet. Per brief van 29 september 2014 heeft de Inspectie het

ziekenhuis verzocht onderzoek te doen naar het verloskundig traject. Gynaecoloog 1 heeft als hoofdbehandelaar de huisarts van klagers geïnformeerd dat er een SIRE-onderzoek ging plaatsvinden. Het onderzoek resulteerde in het SIRE-rapport van 11 maart 2015. Onder meer gynaecoloog 1, verweerster, gynaecoloog 7, de anesthesioloog en de kinderarts zijn in het kader van dit onderzoek geïnterviewd. Het rapport is, desgevraagd, op 20 juni 2016 aan klagers gezonden. Een kopie is aan hun huisarts gestuurd.

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers verwijten verweerster dat zij:

- a. klaagsters klachten en zorgen en de problemen bij hun dochter tijdens de klinische behandeling niet serieus heeft genomen;
- b. niet, althans onvoldoende, heeft voldaan aan haar informatieplicht (zie ook artikel 7:448 BW), aangezien zij:
 - klaagster niet op zorgvuldige wijze heeft geïnformeerd over de onderzoeken, de uitslagen daarvan en de behandelingen die zij en de dochter ondergingen en wat de mogelijke opties waren, ook met betrekking tot vervolgonderzoeken;
 - klaagster de diagnose placenta bilobata niet heeft meegedeeld;
 - niet, althans onvoldoende, de mogelijke oorzaken van klaagsters vaginaal bloedverlies heeft besproken;
 - klaagster voor de bevalling niet, althans onvoldoende, heeft gewezen op de mogelijke complicaties voor moeder en dochter;
 - klaagster niet in staat heeft gesteld een weloverwogen besluit te nemen over (voorgestelde) onderzoeken en behandeling voor moeder en dochter, waaronder de wijze van bevallen;
 - klaagster niet, althans niet voldoende heeft geïnformeerd wie de leiding of de eindverantwoordelijkheid had;
 - de huisarts, althans de eerstelijns zorg waaronder ook de verloskundige niet heeft geïnformeerd;
- c. onvoldoende onderzoek en diagnostiek heeft verricht en een al met al te afwachtend en onjuist beleid heeft gevoerd, aangezien zij:
 - geen, althans onvoldoende, differentiaal diagnostiek heeft verricht;
 - geen nader echoscopisch onderzoek door middel van een kleurendoppler met pulsed dopplertechniek heeft verricht naar de oorzaak van klaagsters vaginaal bloedverlies en geen nader onderzoek heeft verricht naar het verloop van de verbindende vaten tussen de placentadelen, al dan niet laag in utero, en de bevindingen onvoldoende onderling heeft geëvalueerd;
 - klaagsters vaginaal bloedverlies tijdens de verschillende opnames niet heeft geobjectiveerd;
 - geen bloedtest (bv. de Kleihauer Betke test) heeft gedaan om te bepalen of het vaginaal bloedverlies van moederlijke of kinderlijke oorsprong is;
 - de NVOG-richtlijn “Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap” niet heeft nageleefd en de diagnose vasa previa, die ten onrechte ook niet differentiaal diagnostisch is overwogen, heeft gemist;
- d. een onvolledige en onjuiste overdracht aan de andere (kinder)artsen heeft gedaan en de casus van klaagster onvoldoende onderling heeft besproken en onvoldoende (onderlinge en zelf-)reflectie heeft;
- e. de geheimhoudingsverplichting heeft geschonden;
- f. geen juiste uitvoering heeft gegeven aan het hoofdbehandelaarschap;

- g. in strijd met artikel 38 Wet BIG aan een klinische verloskundige een opdracht tot het verrichten van een in artikel 36 Wet BIG beschreven handeling heeft gegeven;
 - h. niet, althans onvoldoende heeft voldaan aan haar dossierplicht, aangezien:
 - zij op niet adequate en juiste wijze het medisch dossier van klaagster en de dochter heeft bijgehouden en daarin tegenstrijdigheden heeft opgenomen;
 - het medisch dossier geen blijk geeft van het toezicht op de klinisch verloskundige door een arts;
 - i. de praktijkorganisatie onvoldoende op orde had aangezien zij:
 - geen, althans een onvoldoende, werkplan had;
 - twee ANIOS/AIOS gelijktijdig dienst heeft laten doen in de nacht voorafgaande aan de bevalling;
 - de operatiekamer niet op orde had;
 - j. te laat en geantedateerd een calamiteit aan de Inspectie heeft gemeld en de Inspectie onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd;
 - k. in strijd heeft gehandeld met de GOMA door niet (direct volledige) openheid van zaken te geven na de geboorte van de dochter en lange tijd te ontkennen dat medisch verwijtbare fouten zijn gemaakt;
 - l. zij na het artificieel breken van de vliezen bij klaagster niet, althans onvoldoende, het vaginaal bloedverlies heeft besproken;
 - m. zij de CTG-afwijkingen niet, althans onvoldoende, met klaagster heeft besproken, hetgeen ook niet tot vervolgonderzoek leidde;
 - n. zij in strijd heeft gehandeld met de NVOG-richtlijn "Inductie van de baring", omdat zij de baring ten onrechte kunstmatig op gang heeft gebracht door middel van prostaglandinen en de consequenties en de mogelijke tijdsduur daarvan niet met klaagster heeft besproken;
 - o. zij de vliezen ten onrechte artificieel liet breken;
 - p. zij de diagnose foetale anemie niet eerder heeft overwogen en ten onrechte alleen ten gevolge van het doorsnijden of verscheuren van een vat in de navelstreng tijdens de keizersnede de diagnose foetale anemie heeft gesteld;
 - q. zij het CTG onjuist heeft geïnterpreteerd en onvoldoende (frequent) heeft beoordeeld en geclassificeerd en niet eerder heeft besloten tot een (spoed)keizersnede;
 - r. zij bij afwezigheid van acceleraties bij de foetus heeft verzuimd met de echo te onderzoeken of er foetale bewegingen waren;
 - s. het op 1 maart 2014 aan enige vorm van regievoering heeft ontbroken.
- Klagers hebben voorts verzocht om, bij (geheel of gedeeltelijke) gegrondverklaring van de ingediende tuchtklachten met oplegging van een maatregel, in de beslissing op te nemen dat de kosten die zij in verband met de behandeling van de klachten redelijkerwijs hebben moeten maken door verweerster worden vergoed.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

Het college heeft er begrip voor dat het overlijden van hun dochter voor klagers zeer aangrijpend is geweest. Dat doet er niet aan af dat het tuchtcollege het beroepsmatig handelen van verweerster zakelijk dient te beoordelen. Bij deze tuchtrechtelijke beoordeling gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar dient te worden beoordeeld of verweerster als gynaecoloog heeft gehandeld zoals van een redelijk handelend, redelijk bekwaam gynaecoloog in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het

klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Voorts staat bij deze tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van verweerster alleen het persoonlijk handelen van verweerster centraal.

Persoonlijke betrokkenheid verweerster

Verweerster is als gynaecoloog bij de behandeling van klaagster betrokken geweest tijdens haar dienst gedurende de ochtend, middag en avond van 28 februari 2014 en de nacht van

1 maart 2014 tot en met de ochtendoverdracht (zie onder 2. De feiten). Bij gebreke van persoonlijke betrokkenheid bij de klachtonderdelen e en f missen deze klachten feitelijke grondslag. De in deze klachtonderdelen vervatte verwijten treffen verweerster namelijk niet rechtstreeks. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

Klachtonderdeel a

Het eerste klachtonderdeel – en wat betreft klagers ook het belangrijkste klachtonderdeel – kort en zakelijk weergegeven inhoudende dat klaagsters zorgen en problemen bij de dochter tijdens de klinische behandeling door verweerster niet serieus zijn genomen, is door klagers nader geconcretiseerd in de klachtonderdelen b en c. Klachtonderdeel a heeft daarom geen zelfstandige betekenis en behoeft om die reden geen bespreking.

Klachtonderdeel b

In het licht van de (bijzondere) klachtonderdelen l en m begrijpt het college dit klachtonderdeel aldus dat verweerster wordt verweten dat zij klaagster gedurende haar dagdienst onvoldoende heeft geïnformeerd.

Verweerster merkt op dat de situatie van klaagster tijdens de ochtendoverdracht aan het begin van haar dienst is besproken. Op dat moment was klaagster reeds ingeleid in verband met stijgende tensie en verdenking pre-eclampsie. Eerder was door gynaecoloog 8 met klagers besproken dat er een rustdag zou worden gehouden. Dat beleid is tijdens de overdracht bevestigd. Omdat klaagster sliep, is verweerster in de ochtend aan het begin van haar dienst niet bij haar langs gegaan om kennis te maken. Verweerster wijst er voorts op dat volgens standaardafpraak een patiënte in beginsel (eerst) wordt gezien door arts-assistenten en dat deze bij twijfel de (dienstdoende) gynaecoloog erbij vragen. Overdag was de situatie van klaagster rustig en was het CTG goed. In de loop van de avond kwam klaagster in partu en ondervond zij meer pijn. De CTG-registraties bleven goed en er werd gesproken over een epiduraal. De voorlichting en uitleg daarover ontving klaagster van een klinisch verloskundige en ook ontving zij een folder over epidurale pijnbestrijding. Vanwege drukte op de recovery kon klaagster daar (nog) niet heen en is haar eerst ter overbrugging (door de dienstdoende anesthesioloog) pethidine aangeboden.

Het college overweegt als volgt.

In het licht van hetgeen verweerster in het kader van haar verweer heeft opgemerkt, hetgeen voorts wordt ondersteund door het medisch dossier (zie onder 2. Feiten), hebben klagers onvoldoende onderbouwd waarover verweerster klaagster tijdens de dag- en avonddienst had moeten informeren. Daarbij neemt het college in aanmerking dat die dag een rustdag was ingelast, waarover klaagster is geïnformeerd. In zoverre is dit klachtonderdeel ongegrond.

Voor zover klagers verweerster tevens verwijten dat zij klaagster op 28 februari 2014 niet heeft geïnformeerd over de - in de woorden van klagers - afwijking placenta bilobata, is het de vraag of verweerster klaagster daarover had moeten informeren.

Bij de beantwoording van deze vraag zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.

Een placenta bilobata bestaat uit twee delen (lobben) waarbij tussen de twee lobben vaatverbindingen ontstaan. Deze vaten bevinden zich in de vliezen en bevatten kinderlijk bloed. Als deze vaatverbindingen zich laag in de baarmoeder bevinden waar de ontsluiting optreedt dan spreekt men van vasa previa. Bij een placenta bilobata ontspringt de navelstreng uit één van de twee lobben en kan dan centraal uit een lob ontspringen. Ook kan de navelstreng eerst gedeeltelijk door de vliezen lopen en vanuit de vliezen ontspringen. Dan spreekt men van een velamenteuze insertie van de navelstreng.

In het naar aanleiding van het op 14 november 2013 verrichte echoscopisch onderzoek gemaakte verslag (p. 207 medisch dossier) is genoteerd: "*Locatie placenta: dorsaal met lat/ventrale lob*". Hieruit leidt het college af dat bij klaagster sprake was van een placenta bilobata waarbij één lob van de placenta aan de rugzijde lag en de andere lob aan de voorzijde van de baarmoeder. Uit het echoscopisch onderzoek, verricht op 1, 6 en 24 februari 2014, blijkt dat de placentalobben niet laag in de baarmoeder lagen, waardoor de kans op vasa previa zeer klein was. Ook was bij deze echoscopisch onderzoeken geen aanwijzing voor vasa previa gevonden. De velamenteuze insertie van de navelstreng werd bij de keizersnede vastgesteld.

Een baby heeft circa 300 ml bloed bij de geboorte. Al bij gering foetaal bloedverlies zijn er gevolgen voor de foetale conditie. Dit kan zich uiten in het minder voelen van bewegingen van de baby of in een veranderd hartfrequentiepatroon op het CTG. Herhaald vaginaal bloedverlies in de zwangerschap is vrijwel nooit van foetale origine. Bij klaagster was sprake van herhaald vaginaal bloedverlies met flinke intervallen zonder dat dit effect had op de foetale conditie, zoals geobjectiveerd bij alle tijdens de opnames verrichte onderzoeken.

Uit artikel 7:448 lid 2 BW volgt dat een hulpverlener een patiënt moet informeren over wat de patiënt redelijkerwijze dient te weten over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling, over de gevolgen en de risico's ervan, over eventuele alternatieven en over de vooruitzichten.

Anders dan klagers veronderstellen, is een placenta bilobata geen afwijking. Een placenta bilobata moet worden gezien als een variatie op een normaliter uit één geheel bestaande placenta. Nu uit de echoscopische onderzoeken bleek dat de placenta bilobata bij klaagster niet laag was gelegen, volgt uit de NVOG-richtlijn "Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap" dat er geen sprake was van een risicofactor. Er was daarom geen aanleiding om klaagster daarover te informeren omdat het risico op vasa previa in dat geval zeer klein is. De geconstateerde placenta bilobata had daarom geen gevolgen voor het te volgen beleid. Een behandelaar dient er bovendien voor te waken een patiënt onnodig ongerust te maken. Door verweerster is gelet hierop niet in strijd met het bepaalde in art. 7:448 lid 2 BW gehandeld.

De vermelding in het medisch dossier dat sprake is van een placenta bilobata is daarentegen niet overbodig; die vermelding moet worden gezien in het licht van de bevalling die, mede gelet op de teambehandeling in het ziekenhuis, door een ander dan degenen die een dergelijke vermelding in het dossier hebben aangebracht, kan worden begeleid. Deze gynaecoloog (of klinisch verloskundige) moet er namelijk op letten dat de volledige placenta wordt geboren. Naar het college aanneemt, heeft de klinisch verloskundige op 26 februari 2014 daarom in de decursus genoteerd: "*NB: placenta bilobata!!!*"

Dit klachtonderdeel is ook in zoverre ongegrond.

Klachtonderdeel c

Dit klachtonderdeel, toegespitst op de persoonlijke betrokkenheid van verweerster, komt er in de kern op neer dat klagers verweerster verwijten dat zij naar aanleiding van de placenta bilobata heeft nagelaten nadere onderzoeken te laten verrichten, waaronder een echoscopisch onderzoek met een kleurendoppler. Uit hetgeen hiervoor bij klachtonderdeel b is overwogen, volgt dat, omdat de placenta niet laag gelegen was, er evenmin aanleiding was om nader onderzoek te doen. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel d

Dit klachtonderdeel bevat de klacht dat sprake is geweest van een onvolledige en onjuiste overdracht aan de andere artsen, de situatie van klaagster onvoldoende is besproken alsook dat sprake was van onvoldoende (zelf)reflectie. Gelet op de situatie van klaagster na de nachtdienst van verweerster van 1 maart 2014 gaat het vooral om de ochtendoverdracht van 1 maart 2014.

Namens verweerster is toegelicht dat de overdracht door de week drie keer op een dag plaatsvindt en in het weekend twee keer. Ook heeft zij toegelicht dat tijdens die overdrachten op een groot scherm van iedere patiënt de relevante uitslagen en beeldvormend onderzoek (zoals een CTG) aan de opvolgend dienstdoende gynaecologen en verloskundigen worden getoond, toegelicht en besproken. Tijdens de ochtendoverdracht van 1 maart 2014 is het CTG opnieuw beoordeeld en heeft verweerster haar tussenkomst van die nacht aan de orde gesteld, aldus verweerster. Besloten werd om tijdens de dagdienst een MBO te laten uitvoeren. Ter zitting is door gynaecoloog 1 verklaard dat de ochtendoverdracht van 1 maart 2014 op de gebruikelijke wijze is verlopen en dat de bespreking van klaagsters situatie toen ongeveer tien minuten heeft geduurd. Tijdens deze bespreking werd het CTG niet herkend als een sinusoïdaal patroon: er was geen verandering van de basishartfrequentie, er waren geen afwijkingen van de STAN registratie. Vermoed werd dat het CTG niet optimaal was door het toedienen van Pethidine (hetgeen invloed kan hebben op het CTG) en mogelijk duimzuigen van de baby.

Het college overweegt als volgt.

Naar het oordeel van het college is het voorstelbaar dat de ochtendoverdracht op 1 maart 2014, en meer in het bijzonder de bespreking van de situatie van klaagster, is verlopen zoals door verweerster in het verweerschrift (zie m.n. nummer 67) en ter zitting nader is toegelicht. Het college is van oordeel dat tijdens die overdracht de verwerping van de mogelijkheid van een sinusoïdaal patroon van het CTG om circa 02.11 uur die nacht door verweerster (zie onder 2. Feiten) op goede gronden is geaccordeerd. Daarbij is van belang dat een CTG als sinusoïdaal kan worden beoordeeld indien het patroon aan zes cumulatieve criteria voldoet, te weten: 1. stabiele basisfrequentie; 2. een amplitude van 5-15 per minuut; 3. een frequentie van 2-5 cycli als lange termijn variabiliteit; 4. een gefixeerde of vlakke korte termijn variabiliteit 5. oscillatie van de sinusvorm boven en onder de basisfrequentie; 6. geen deel van het CTG met normale variabiliteit of reactiviteit. Uit het medisch dossier blijkt dat daar in dit geval ten tijde van de beoordeling die nacht door verweerster niet aan werd voldaan. Ook is tijdens de ochtendoverdracht (mede) op grond van de CTG-registraties gedurende die nacht terecht besloten tot een MBO. In zoverre is dit klachtonderdeel ongegrond.

Ingevolge artikel 7:454 BW is de arts verplicht om een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarin dient hij onder meer aantekening te houden van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.

Adequate dossiervoering dient de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening, vergemakkelijkt de overdracht en is van zeer groot belang bij een teambehandeling. Hierdoor zijn alle bij de teambehandeling betrokken zorgverleners, zoals opvolgend artsen, eventuele supervisoren en achterwachten, in staat om eerder ingezet beleid te beoordelen en zo nodig bij te stellen. Bovendien vergemakkelijkt adequate dossiervoering in geval van complicaties of incidenten de reconstructie van de toedracht. Ten slotte stelt het de behandelaar in staat – waar nodig – verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid.

Indien een goede verslaglegging ontbreekt, kan het handelen van zorgverleners niet goed worden beoordeeld.

Met in achtneming van het voorgaande overweegt het college over de CTG-registratie als volgt.

Vooropgesteld wordt dat ten tijde van het handelen van verweerster de NVOG-richtlijn “Intrapartum foetale bewaking à terme” (vastgesteld op 14 november 2013) gold. In deze richtlijn staat het volgende:

“Het verdient aanbeveling om het CTG tijdens ontsluiting tenminste elk uur (...) te classificeren en vervolgens de hierop gebaseerde conclusie en het beleid te documenteren (in de uitdrijving documentatie achteraf).

(...)

Overwegingen

(...)

De aanbeveling is gebaseerd op consensus binnen de werkgroep, rekening houdend met haalbaarheid en pathofysiologische achtergronden. (...)

Indien het CTG niet normaal is, wordt geadviseerd om de frequentie van CTG-beoordeling aan te passen.”

Opvallend in deze zaak is dat tot 05.39 uur – dus gedurende de nachtdienst – de uitslagen van het CTG regelmatig zijn genoteerd in het dossier, maar dat tussen 05.39 uur en 12.00 uur de verslaglegging van het CTG in klaagsters dossier ontbreekt (zie onder 2. Feiten). Dit terwijl volgens genoemde richtlijn de CTG-uitslagen tijdens de ontsluiting tenminste ieder uur dienden te worden geassocieerd en gedocumenteerd. Daar was in dit geval zeker alle aanleiding toe. Immers, eerder die nacht waren de CTG-uitslagen abnormaal, de baring vorderde niet en na het artificieel breken van de vliezen trad bij klaagster om 01.58 uur veel helderrood bloedverlies op. Waarom de classificatie en registratie achterwege is gebleven, is door verweerster niet duidelijk gemaakt. Daarom is niet te beoordelen welke CTG's over die periode tijdens de ochtendoverdracht zijn getoond en wat de uitslagen daarvan waren. Om die reden kan het college niet vaststellen dat tijdens deze ochtendoverdracht op juiste en deugdelijke gronden is besloten tot voortzetting van het beleid om het beloop van de baring bij klaagster gecontroleerd af te wachten.

Het college komt dan ook tot het oordeel dat dit verwijt betreffende de onjuiste en onvolledige overdracht gegrond is voor zover het ziet op deze gebrekkige verslaglegging c.q. de onvolledigheid in het medisch dossier van klaagster.

Het verwijt dat het verweerster heeft ontbroken aan (zelf)reflectie faalt. Verweerster heeft, omdat zij afwezig was wegens vakantie geen bijdrage kunnen leveren aan de

nabespreking op 11 maart 2014, maar zij is wel betrokken geweest bij het opstellen van de notitie die aan de Inspectie is verstrekt en ze heeft ook meegewerkt aan het SIRE-rapport. Voorts heeft er begin april 2014 een uitgebreide bespreking met de huisarts van klagers plaatsgevonden over de gebeurtenissen rondom de bevalling. Tijdens die bespreking hebben alle betrokken gynaecologen (nogmaals) aangegeven graag met klagers in contact te willen komen om een en ander ook met hen te bespreken. In zoverre is dit klachtonderdeel ongegrond.

Klachtonderdeel g

Met dit klachtonderdeel wordt verweerster verweten in strijd met artikel 38 Wet BIG aan een klinisch verloskundige een opdracht tot het verrichten van een in artikel 36 Wet BIG beschreven handeling te hebben gegeven. Klagers hebben in het klaagschrift naar voren gebracht dat dit klachtonderdeel concreet ziet op 'het (zelfstandig) beoordelen van een CTG' door een klinisch verloskundige. Voor zover door klagers nog andere handelingen zijn bedoeld, is niet duidelijk geworden welke handelingen dat zijn. Het college beperkt zich in de beoordeling dan ook tot de handeling 'het (zelfstandig) beoordelen van een CTG'.

Verweerster betwist dat de verloskundigen buiten hun deskundigheid voorbehouden handelingen hebben verricht, terwijl ook uit het SIRE-rapport blijkt dat de zorgverleners, en dus ook de klinisch verloskundigen, (voldoende) bekwaam en bevoegd waren.

Voor zover zou moeten worden aangenomen dat het beoordelen van het CTG een aan artsen voorbehouden handeling is (zie Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 24 maart 2015 ECLI:NL:TGZCTG:2015:99), zijn klinisch verloskundigen bevoegd, mits hiertoe bekwaam, deze uit te voeren indien en voor zover is voldaan aan de "tenzij-bepaling" in art. 38 van de Wet BIG. Uit dit artikel volgt immers dat het gynaecologen is toegestaan een voorbehouden handeling aan een ander op te dragen indien a) in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van die handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en b) hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder a) bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling. Uit de stukken, waaronder ook het medisch dossier, en de toelichting ter zitting leidt het college af dat de gynaecologen in het ziekenhuis aan de klinisch verloskundigen de opdracht hebben gegeven om tijdens de begeleiding van bevallingen de CTG-registraties te beoordelen en zo nodig de dienstdoende gynaecoloog te consulteren, hetgeen op laagdrempelige wijze kon geschieden.

Voorts volgt uit hetgeen hiervoor over de wijze van overdracht is overwogen, dat de gynaecologen toezicht houden/hebben op die beoordeling. Voorstelbaar is dat tijdens de overdrachten op een groot scherm van iedere patiënt de relevante uitslagen en beeldvormend onderzoek (zoals een CTG) aan de opvolgend dienstdoende gynaecologen en verloskundigen zijn getoond en dat de gezondheidstoestand van de patiënt wordt toegelicht en besproken. Dit betekent dat aan voorwaarde a) is voldaan. Nu gesteld noch gebleken is dat de klinisch verloskundigen tot het beoordelen van de CTG-registraties niet bekwaam zijn, is ook aan voorwaarde b) voldaan. Dit betekent dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Klachtonderdeel h

Volgens dit klachtonderdeel heeft verweerster niet voldaan aan de dossierplicht en geeft het medisch dossier geen blijk dat verweerster toezicht heeft gehouden op de klinisch verloskundige. Dit klachtonderdeel is ten aanzien van verweerster niet, althans onvoldoende onderbouwd, zodat het college aan een inhoudelijke beoordeling niet toekomt.

Voor zover verweerster tevens wordt verweten dat het dossier tegenstrijdigheden bevat – waarmee naar het college begrijpt, wordt bedoeld de vermelding dat een bloedvat is gescheurd dan wel doorgesneden – is dit verwijt ongegrond bij gebreke van persoonlijke betrokkenheid van verweerster. Verweerster was immers bij de keizersnede niet betrokken.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel i

Gelet op het feit dat de betrokkenheid van verweerster bij de behandeling van klaagster zich beperkt tot haar dienst van 28 februari 2014 tot de ochtendoverdracht van 1 maart 2014 is van dit klachtonderdeel alleen het ontbreken van een werkplan van belang en het tijdens de nacht van 1 maart 2014 dienst laten doen door twee A(N)IOS.

Verweerster merkt op dat zij niet goed begrijpt wat klagers verstaan onder een werkplan. Zij wijst erop dat gedurende de behandeling van klaagster er een uitgebreid medisch dossier werd bijgehouden, waarin alle verslagen, diagnostiek, medisch en verpleegkundige protocollen, consulten en dergelijke werden bijgehouden. Een belangrijk onderdeel daarvan is het zwangerschapsdossier. Daarin is voor alle betrokken zorgverleners op ieder moment (digitaal) inzichtelijk wat het beleid voor een specifieke patiënte is.

Wat de aanwezigheid van twee AIOS/ANIOS betreft, stelt verweerster dat het ziekenhuis een opleidingsziekenhuis is en dat de arts-assistenten werken onder voortdurende supervisie van een gynaecoloog, die altijd in het ziekenhuis aanwezig is. Er is daardoor altijd voldoende mogelijkheid/gelegenheid tot overleg. Voorts is er geen aanleiding om te veronderstellen dat de aanwezigheid van twee arts-assistenten negatieve therapeutische gevolgen heeft gehad voor klaagster.

Het college overweegt als volgt.

Niet duidelijk is wat is bedoeld met ‘werkplan’. Voor zover wordt bedoeld dat er geen sprake was van een uitgezet beleid betreffende de klachten van klaagster, blijkt uit het medisch dossier dat daarvan tijdens de dienst van verweerster sprake was. Op 28 februari 2014 is tijdens de ochtendoverdracht besloten dat het een rustdag zou worden. Zoals verweerster heeft opgemerkt (zie het verweer zoals weergegeven bij klachtonderdeel b) is klaagster die dag in de gaten gehouden door (in beginsel) de arts-assistenten. Toen klaagster in partu kwam en meer pijn ondervond, is met verweerster overlegd over een epidurale pijnstilling, maar omdat klaagster wegens drukte nog niet naar de recovery kon, is haar ter overbrugging eerst pethidine aangeboden. In hoeverre verweerster daarmee niet heeft gehandeld als een redelijk handelend en redelijk bekwaam gynaecoloog is niet door klagers geconcretiseerd en evenmin anderszins vast te stellen door het college. Daarnaast blijkt duidelijk uit het medisch dossier dat verweerster tijdens de nacht door de arts-assistent is geconsulteerd en dat zij op dat moment, gelet op de door de hem geuite zorgen, met hem heeft overlegd over het te volgen beleid (zie onder 2. Feiten). Niet gebleken is dat klaagster nadeel heeft ondervonden van het feit dat die nacht twee arts-assistenten dienst hadden.

Voor zover klaagster heeft bedoeld te klagen over het feit dat er die nacht twee mannelijke arts-assistenten dienst hadden, wijst het college erop dat een van de dienstdoende (mannelijke) arts-assistenten om 00.36 uur in de decursus noteerde:

“Kennisgemaakt met patiënte en partner. Uitgelegd dat een mannelijke hulpverlener vannacht geen optie is. Vinden dat nu geen probleem zolang ik alles rustig uitleg.”

Hieruit blijkt dat de zorgen van klaagster serieus zijn genomen.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel j

In dit klachtonderdeel wordt verweerster verweten dat zij te laat en geantedateerd de calamiteit aan de Inspectie heeft gemeld en de Inspectie onvoldoende en onjuist heeft geïnformeerd.

Verweerster betwist dit klachtonderdeel en wijst erop dat de meldingsplicht niet bij verweerster maar bij de zorgaanbieder, het ziekenhuis, ligt. Desondanks heeft de vakgroep aanleiding gezien om de Inspectie toch zelf te informeren. Voorts merkt zij op dat het beloop van de bevalling conform het interne protocol direct als mogelijke calamiteit is gemeld bij de medisch specialist patiëntveiligheid van het ziekenhuis.

Het college overweegt als volgt.

Ten tijde van het handelen van verweerster was de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi) van kracht. In die wet was destijds de wettelijke meldplicht inzake calamiteiten neergelegd. Artikel 4a van die wet verplichtte de zorgaanbieder tot onverwijld melding bij de Inspectie van iedere calamiteit die in de instelling had plaatsgevonden. Onder zorgaanbieder werd verstaan (art. 1 sub 1c Kzi): 1) de natuurlijke persoon of rechtspersoon, die een instelling in stand houdt en 2) de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen. Onder instelling werd verstaan een organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg (art. 1 sub 1b Kzi), waarbij echter een maatschap binnen een ziekenhuis was uitgesloten (art. 1 sub 3 Kzi). Nu verweerster niet als zorgaanbieder in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen kan worden aangemerkt, rustte op haar inderdaad geen wettelijke meldplicht.

Verweerster wordt ook verweten dat zij de Inspectie onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd. Klagers hebben dit verwijt onderbouwd door te stellen dat verweerster mede heeft nagelaten correcte en relevante informatie te verstrekken:

- in de notitie die naar aanleiding van het multidisciplinair overleg op 11 maart 2014 over de gebeurtenissen is opgesteld en die aan de Inspectie is gestuurd en
- in het ingestelde SIRE-onderzoek.

Het college stelt vast dat klagers het niet eens zijn met bovengenoemde notitie en het SIRE-onderzoek. Zij hebben daarover diverse punten van kritiek in het klaagschrift opgenomen. Klagers hebben echter niet, althans onvoldoende, onderbouwd op grond waarvan en ten aanzien van welke concreet geformuleerde kritiekpunten verweerster een individueel tuchtrechtelijk verwijt treft. Wat betreft het SIRE-onderzoek merkt het college nog op dat klagers waren uitgenodigd om mee te werken aan de totstandkoming daarvan. Klagers hebben daar echter vanaf gezien (zie onder 2. Feiten). Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel k

In dit klachtonderdeel wordt verweerster het verwijt gemaakt in strijd te hebben gehandeld met de GOMA door niet (direct volledige) openheid van zaken te geven na de geboorte van de dochter en lange tijd te ontkennen dat medisch verwijtbare fouten zijn gemaakt.

Klagers hebben dit verwijt onderbouwd door te stellen dat verweerster na de geboorte en het overlijden van klagers dochter ruim een jaar en 8 maanden heeft ontkend dat zij medisch verwijtbare fouten had gemaakt. Voorts stellen klagers dat verweerster niet,

laat staan adequaat, gereageerd heeft op de emotionele aspecten en de klachten van klagers. Zij stellen dat verweerster voortdurend heeft ontkend dat er ook maar iets mis was gegaan rondom de behandeling van klagster tijdens haar zwangerschap en bij en na de bevalling.

Verweerster betwist, kort gezegd, dat zij (individueel) aan de GOMA gebonden is, zij wil desalniettemin graag openheid van zaken geven, maar zij heeft hiervoor niet de mogelijkheid gekregen.

Het college overweegt als volgt.

De 'Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid' (GOMA, versie 2012) bevat aanbevelingen betreffende het handelen van degenen die betrokken zijn bij de afwikkeling van de gevolgen voor een patiënt van een incident in de gezondheidszorg. De aanbevelingen beogen openheid over incidenten te bevorderen.

De GOMA is van toepassing op zorgaanbieders, te weten (pagina 10): *“Met ‘zorgaanbieder’ wordt bedoeld op zowel de verantwoordelijke zorginstelling als op de betrokken individuele beroepsbeoefenaren.”*

Verweerster is aldus gebonden aan de GOMA.

Een incident wordt in de GOMA omschreven als *“Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of (nog) kan leiden.”* Het college interpreteert deze omschrijving zo dat de gang van zaken rondom de bevalling en de onverwachte slechte start van klagers dochter als incident dient te worden aange-merkt.

Verweerster heeft betwist dat zij lange tijd het maken van 'medisch verwijtbare fouten' heeft ontkend. Zij heeft onder verwijzing naar pagina 26 van het SIRE-rapport van 11 maart 2015 voorts gesteld dat:

- nog tijdens het verblijf van klagers en hun baby in het andere ziekenhuis is geprobeerd contact met klagers te leggen, maar dat klagers dat afhielden en dat
- de gynaecologen contact hebben gezocht met klagsters huisarts, waarmee een goed gesprek heeft plaatsgevonden. Gynaecoloog 1 heeft de huisarts geïnformeerd over het uitvoeren van een intern (SIRE) onderzoek. De huisarts heeft een e-mail gestuurd naar gynaecoloog 1 waarin hij aangaf dat de familie niet wil meewerken aan het onderzoek.

In het SIRE-rapport staat voorts *“De zorgverleners geven unaniem aan dat zij het als moeilijk ervaren dat de familie geen contact wil met de betrokken zorgverleners. De gynaecologen willen heel graag in gesprek met [klagers]. Tijdens dit gesprek willen zij graag vertellen wat er is gebeurd en hun spijt betuigen. De onderzoekers ervaren de gynaecologen als zeer betrokken bij deze casus.”*

Ook in de brief gedateerd 6 juni 2014 van gynaecoloog 8 aan de Inspectie staat: *“De reden dat de vakgroep ervoor heeft gekozen u van deze casus in kennis te stellen, is dat het de betrokken gynaecologen tot op heden, ondanks herhaalde pogingen daartoe, helaas niet is gelukt met de ouders in contact te treden. Het echtpaar is ervan overtuigd dat er fouten zijn gemaakt die tot het overlijden van hun kind geleid hebben. Wel hebben de behandelaars de casus uitgebreid nabesproken met de huisarts.”*

De GOMA (o.a. pagina 7) gaat uit van contact en samenwerking tussen betrokken partijen (waaronder dus ook de patiënt en/of zijn belangenbehartiger) bij de behandeling van de zaak. Uit het bovenstaande maakt het college op dat verweerster zich heeft ingespannen om contact met klagers te krijgen en dat zij hen wilde informeren over het incident. Gebleken is echter dat klagers communicatie met verweerster over het incident

niet op prijs stelden. Het college kan dit aan verweerster gemaakte verwijt daarom niet goed plaatsen.

Dat verweerster overigens medisch verwijtbare fouten zou hebben ontkend, is uit de stukken niet gebleken. Verweerster heeft meegewerkt aan onderzoek naar het incident. Voor het college is onduidelijk gebleven wat klagers precies nog meer van verweerster verwachtten op dit punt. Het college is op grond van het bovenstaande van oordeel dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Het college behandelt hierna gelet op een logische (chronologische) volgorde eerst klachtonderdeel n, dan o en daarna l, m en q tezamen en vervolgens de klachtonderdelen p, r en s.

Klachtonderdeel n

In dit klachtonderdeel wordt verweerster kort gezegd verweten dat zij in strijd met de NVOG-richtlijn "Inductie van de baring" de baring ten onrechte kunstmatig op gang heeft gebracht.

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond wegens het ontbreken van feitelijke grondslag. Uit het dossier volgt immers dat verweerster bij het kunstmatig op gang brengen van de bevalling niet was betrokken. De bevalling is namelijk al op 26 februari 2014 kunstmatig op gang gebracht en toen had verweerster geen dienst.

Klachtonderdeel o

Volgens dit klachtonderdeel heeft verweerster ten onrechte de vliezen artificieel laten breken.

Verweerster erkent dat de vliezen onder haar supervisie door de arts-assistent zijn gebroken. Het is in het ziekenhuis ook gebruikelijk dat een arts-assistent dit doet. Toen klaagster weeën kreeg, was het een logische stap om de vliezen te breken. Hierdoor komen er betere weeën en is het mogelijk om een elektrode op de schedel van de baby te plaatsen. Daardoor kan het STAN worden aangesloten en is een betere registratie mogelijk, aldus verweerster.

Het college is met verweerster van oordeel dat het breken van de vliezen in de gegeven omstandigheden – klaagster had weeën – geïndiceerd was. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel l, m en q

In deze klachtonderdelen wordt verweerster verweten dat zij na het artificieel breken van de vliezen bij klaagster niet, althans onvoldoende, het vaginaal bloedverlies heeft besproken, de CTG-afwijkingen niet, althans onvoldoende, met klaagster heeft besproken, hetgeen ook niet tot vervolgonderzoek leidde. Ook wordt verweerster verweten dat zij het CTG onjuist heeft geïnterpreteerd en onvoldoende (frequent) heeft beoordeeld en geclassificeerd en daardoor niet eerder heeft besloten tot een keizersnede.

Verweerster betwist dat het bloedverlies onvoldoende is geobjectiveerd. Klaagster werd continu gemonitord en bij alle afwegingen werd het bloedverlies meegenomen. Het bloedverlies is in de decursus beschreven en ook werd regelmatig het Hb gemeten. Toen verweerster om 02.00 uur werd gebeld in verband met ruim bloedverlies en een suboptimaal CTG, was zij snel ter plaatse. Op dat moment was het bloedverlies weer normaal en het CTG toonde goede variabiliteit, geen acceleraties. Verweerster zag een wat onduidelijke basale hartfrequentie, maar goede variabiliteit. Het was ruim 3,5 uur geleden dat klaagster pethidine had gekregen en daarvan is bekend dat daarmee acceleraties kunnen verdwijnen. Samen met de arts-assistent heeft verweerster het CTG

beoordeeld. Er was een stuk in het CTG dat als sinusoidaal beoordeeld zou kunnen worden, maar dit patroon verdween weer. Dit stuk voldeed ook niet aan de zes cumulatieve criteria voor een sinusoidaal patroon, omdat de variabiliteit daaraan niet voldeed. Het feit dat het mogelijke sinusoidaal patroon verdween, geeft aan dat er geen sprake was van foetale anemie. Dat is een continu gegeven, dat niet 'even' aanwezig is en weer verdwijnt. Ook andere gedragingen van een foetus zoals duimzuigen kunnen leiden tot een sinusoidaal patroon. Nadat STAN was aangesloten, werden geen waarschuwingen gezien. Tijdens de ochtendoverdracht is het CTG opnieuw beoordeeld en werd besloten om de dagdienst een MBO te laten uitvoeren. Dit toonde een normale uitslag.

Het college overweegt als volgt.

Nadat verweerster door de arts-assistent vanwege een strak en abnormaal CTG in consult was geroepen, was de verwerping van de mogelijkheid van een sinusoidaal patroon van het CTG op zichzelf genomen verdedigbaar, omdat het bloedverlies op dat moment weer normaal was en het ontbreken van acceleraties mogelijk het gevolg was van de toegediende pethidine. Het college is evenwel van oordeel dat verweerster bij die verwerping onvoldoende gewicht heeft toegekend aan de eerder die avond bij klaagster geconstateerde ruime hoeveelheid bloedverlies. De vliezen van klaagster waren om 00.36 uur gebroken en om 01.58 uur is in het dossier genoteerd dat bij klaagster sprake was van veel helderrood bloedverlies. Dat er circa anderhalf uur na het breken van de vliezen sprake is van veel helderrood bloedverlies is - naar het college bekend is en ook verweerster bekend had moeten zijn - niet normaal.

Een hulpverlener moet een patiënt informeren over wat deze redelijkerwijze dient te weten over de aard en het doel van de behandeling, over de gevolgen en de risico's ervan, over eventuele alternatieven en over de vooruitzichten. Het college is van oordeel dat verweerster klaagster onder de gegeven omstandigheden op dat moment had moeten informeren over de bevindingen en de door haar gemaakte afwegingen om gecontroleerd af te wachten en niet over te gaan tot een keizersnede. Die omstandigheden waren:

- de omvang van het bloedverlies in combinatie met het feit dat er eerder die nacht tweemaal een suboptimale uitslag van het CTG was geregistreerd;
- nadat verweerster in consult was geroepen was nog twee keer een afwijkende uitslag van het CTG genoteerd (sinds 04.30 uur abnormaal en om 05.39 uur suboptimaal);
- de baring vorderde niet (de bevalling was al op 26 februari 2014 ingeleid).

Verweerster heeft klaagster onvoldoende geïnformeerd en dat valt haar te verwijten. Het was overigens verdedigbaar dat verweerster ervoor heeft gekozen om gecontroleerd af te wachten vanwege het feit dat tijdens het overleg met de arts-assistent het bloedverlies normaal was en het CTG wees op goede variabiliteit. Desondanks was het in de gegeven omstandigheden mede in het licht van de eerdergenoemde NVOG-richtlijn "Intrapartum foetale bewaking à terme" zeker aangewezen om het CTG gedurende de nacht nauwlettend in de gaten te (laten) houden. Daarvoor zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang. Weliswaar is om 03.47 uur het CTG als normaal beoordeeld en is daarom besloten te varen op STAN, echter bij de beoordeling om 04.44 uur is genoteerd:

"CTG beoordeeld op 01-03-2014 04.44: tocogram:4a5 contr/10 min; gepaarde contracties met tussendoor niet meer halen van de basislijn; bhf 140/min; var 5/min; acc-; gecompl var dec sinds 04.30; C/abnormaal sinds 04.30. STAN goede reg, geen events."

En om 05.39 uur: "CTG beoordeeld op 01-03-2014 05.41:tocogram 4 contr/10min; bhf 140/min; var 5bpm; acc-; een gecompliceerde variabele deceleratie; STAN goede registratie, geen events; C/ suboptimaal CTG".

Vervolgens ontbreken in het dossier tussen 05.39 uur en 12.00 uur de classificaties en registraties van de volgens verweerster uitgevoerde CTG-registraties, terwijl de richtlijn aanbeveelt dat dit tenminste ieder uur tijdens de ontsluiting dient te gebeuren. Dat het CTG tijdens de dienst van verweerster vanaf 05.39 uur tot de ochtendoverdracht voldoende frequent is geclassificeerd en gedocumenteerd, kan het college niet vaststellen nu dit niet in het dossier is vastgelegd. Ook heeft verweerster niet op andere wijze aannemelijk gemaakt waarom die vastlegging achterwege is gebleven dan wel waarom van de richtlijn zou zijn afgeweken en – als gevolg daarvan – of de beoordeling van de CTG's in die periode heeft plaatsgevonden. Mede gelet op hetgeen is overwogen bij klachtonderdeel d valt dit verweerster tuchtrechtelijk te verwijten.

Deze klachtonderdelen zijn gegrond.

Klachtonderdeel p

Klagers verwijten verweerster dat zij de diagnose foetale anemie niet eerder heeft overwogen en ten onrechte alleen ten gevolge van het doorsnijden van een vat in de navelstreng tijdens de keizersnede de diagnose foetale anemie heeft gesteld. Dit klachtonderdeel mist feitelijke grondslag voor zover verweerster wordt verweten de diagnose alleen te hebben gesteld ten gevolge van het doorsnijden van een vat in de navelstreng tijdens de keizersnede. In zoverre is dit klachtonderdeel ongegrond. Vaststaat immers dat verweerster niet bij de keizersnede was betrokken en dus ook niet bij het toen stellen van deze diagnose.

Anders dan klagers stellen, heeft verweerster voldoende aannemelijk gemaakt dat zij de diagnose foetale anemie wel heeft overwogen, maar heeft verworpen, omdat niet was voldaan aan de daarvoor geldende zes criteria toen zij in de nacht van 1 maart 2014 door de arts-assistent erbij was geroepen om het (strakke) CTG te beoordelen. Het college verwijst naar hetgeen hiervoor bij klachtonderdeel d is overwogen. Ook in zoverre is dit klachtonderdeel ongegrond.

Klachtonderdeel r

In dit klachtonderdeel wordt verweerster verweten bij afwezigheid van acceleraties bij de baby te hebben verzuimd met de echo te onderzoeken of er foetale bewegingen waren.

Het college overweegt als volgt. Bij de beoordeling van het CTG werd de afwezigheid van acceleraties opgemerkt en werd het CTG als suboptimaal beoordeeld. Een suboptimaal CTG hoeft niet vanzelfsprekend tot echoscopisch onderzoek te leiden. Een afwachtend beleid was gerechtvaardigd. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel s

In dit klachtonderdeel wordt verweerster verweten dat het op 1 maart 2014 aan enige vorm van regie heeft ontbroken.

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond. Zoals hiervoor bij klachtonderdeel i is overwogen, was er tijdens de dienst van verweerster sprake van een beleid. Gebleken is dat verweerster tijdens haar dienst conform dit beleid heeft gehandeld en dat zij desgevraagd in overleg is getreden met de arts-assistent toen deze zich zorgen maakte over het (strakke) CTG. Uit het dossier volgt dat zij de zorgen van de arts-assistent serieus heeft genomen en deze (gemotiveerd) heeft verworpen. Aldus kan niet gezegd worden dat verweerster geen regie heeft gevoerd. Dat het college van oordeel is dat verweerster

klaagster gedurende de nacht had moeten informeren over de door haar in de gegeven omstandigheden gemaakte keuze om gecontroleerd af te wachten, betekent nog niet dat het verweerster heeft ontbroken aan enige vorm van regie.

De maatregel

Uit hetgeen hiervoor is overwogen, blijkt dat verweerster klaagster over het vaginaal bloedverlies, opgetreden na het artificieel breken van de vliezen, niet heeft geïnformeerd. Gelet op het feit dat dit ruime helderrood bloedverlies optrad anderhalf uur na het breken van de vliezen terwijl er sprake was van een niet vorderende baring, moet als abnormaal worden aangemerkt en daarom had verweerster klaagster moeten informeren. Dit had immers aanleiding kunnen zijn om het beleid bij te stellen. Verder valt verweerster te verwijten dat niet kan worden vastgesteld welke CTG-registraties vanaf 05.39 uur tot 09.00 uur tijdens de ochtendoverdracht zijn getoond en wat de uitslagen daarvan waren, waardoor het college niet kan vaststellen dat op juiste en deugdelijke gronden is besloten tot voortzetting van het beleid om het beloop van de baring bij klaagster gecontroleerd af te wachten.

Het college legt verweerster daarom de maatregel van waarschuwing op.

Kostenveroordeling

Sinds 1 april 2019 is in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg opgenomen dat het college in geval van een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht kan beslissen dat de aangeklaagde partij de kosten dient te vergoeden die de klagende partij in verband met de behandeling van de klacht redelijkerwijs heeft moeten maken. Op basis van intern beleid van de tuchtcolleges wordt van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt als de klacht vóór

1 april 2019 is ingediend. Hiervoor is gekozen, omdat er geen overgangsrecht is bepaald en deze nieuwe regeling nadelig uitpakt voor de verwerende partij. Het is in strijd met het rechtzekerheidsbeginsel om de regeling dan ook toe te passen op klachten die zijn ingediend vóór de inwerkingtreding van de kostenveroordelingsregeling. Aangezien klagers hun klachten hebben ingediend vóór 1 april 2019 zal dit verzoek dan ook worden afgewezen.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond (als hierboven onder de klachtonderdelen d, l, m en q overwogen);
- legt de maatregel van waarschuwing op;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- wijst het verzoek tot veroordeling van verweerster in de kosten van deze procedure af.

Aldus beslist door P.P.M. van Reijssen als voorzitter, H.A.W. Vermeulen als lid-jurist, G.L. Bremer, P.F. Boekkooi en S. Veersema als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van I.H.M. van Rijn als secretaris en op 28 november 2019 in het openbaar uitgesproken door C.D.M. Lamers in aanwezigheid van de secretaris.