

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 087/2019

-

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 21 augustus 2020 naar aanleiding van de op 29 april 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

E, arts en destijds werkzaam te B,
bijgestaan door mr. R.J. Peet, als jurist verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift;
- het proces-verbaal van het op 7 november 2019 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek;
- het medisch dossier;
- de rapportage (ongedateerd) van F, emeritus hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie, op verzoek van de onderzoekscommissie G te B geraadpleegd als extern deskundige
- de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van 29 juni 2011, uitgebracht na de melding d.d. 18 november 2009 door de Raad van Bestuur van het Flevoziekenhuis van het overlijden van H als calamiteit aan de IGZ;
- de op verzoek van de medisch adviseur van klager door I op 13 februari 2011 uitgebrachte rapportage;
- het onderzoeksrapport van de commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP) d.d. 11 juni 2009.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 10 juli 2020, waar zijn verschenen klagster, vergezeld van haar partner, en beklaagde, de laatste bijgestaan door haar gemachtigde.

In verband met de onderliggende feiten zijn klachten ingediend tegen drie artsen en twee verpleegkundigen. Deze zaken zijn bekend onder 085 t/m 089/2020. In de zaken 085/2020 tot en met 088/2020 wordt vandaag ook uitspraak gedaan. De zaak met nummer 089/2020 is aangehouden en daarin zal later uitspraak worden gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster werd op 1 mei 2009 opgenomen in het G bij een zwangerschap van 37 weken en 4 dagen omdat bij een echo was vastgesteld dat er sprake was van een groeiachterstand van de baby en te weinig vruchtwater waarbij mogelijk sprake was van placenta-insufficiëntie. In het medisch dossier is genoteerd:

“1-5-2009 12:37 L Moeder mw komt van de poli en is erg overdonderd dat zij hier naar toe moest; heeft het allemaal niet zo begrepen. Uitgehuild en wat gegeten en gedronken en nu aan CTG. Varentest afgenomen uitslag niet bekend nog Mw is al 4 weken niet op controle verschenen bij het geboorte-atelier terwijl neg dys al bekend is

12:39 L Moeder Controles A: Tensie: 145/60 mmHg, Pols: 76 bpm, Temp: 36,3°C

13:18 D Moeder MEDISCH BELEID: G2 P1, AD 37+4, via 1ste lijn

naar poli, controle 29/3 kleine uitzetting, normaal vrw. Nu verhaal van 2 dagen vochtverlies, echo op poli nauwelijks vrw 1 pocket van 2 cm, verhoogde PI van 2.2 en klein kind cf 34 wkn, vrw hier niet kunnen aantonen, varentest neg amnisure neg. IOM J besloten om in te leiden ivm oligohydramnion en neg dys

13:36 D Moeder VISITE: in anamnese 14 mnd geleden dochter VE en epi, daarna PND, nu erg spannend wil graag pijnstilling durante partu

13:43 D CTG beoordeeld op 01-05-2009 13:44: BHF 140 acc+ dec-variabel, stukje maternaal geregistreerd, verder mooi

13:44 D Moeder MEDISCH BELEID: vt p week, 1/2 verstreken, sacraal geen ontsluiting, 2 mg Prostin in achterste fornix ingebracht

14:06 L Moeder Cort giga deceleratie welke lang aanhoudt en uiteindelijk hetstelt; mw heeft een continue harde buik

K komt met echo

14:27 D Moeder bij aansluiten van CTG bradycardie controle met echo weer goede ct 140 geteld, CTG daarna BHF 140 geen acc variabele dec neigend naar late, nogmaals flinke dec tot 70

14:30 L Moeder Continue harde buik inmiddels versoepeld en nu met goede pauzes tussen de harde buiken; zijn wel pijnlijk

16:09 N Moeder weer flinke deceleratie mw lag wel weer op haar rug is nu weer hersteld mw ligt nu op re-zijde gaat nu beter

18:07 N Moeder mw is weer in bed heeft even geplast is nu weer in bed vind contracties ook pijnlijk en krachtiger geworden

18:47 N Moeder ctg lijkt weer deceleraties te vertonen moeilijk te beoordelen mw is erg beweeglijk in bed pols moeder 72 moeder heeft veel contracties echter niet op ctg te zien, veel rugpijn

18:50 N Moeder toch weer deceleraties op ctg mw lijkt in partu te komen

20:05 O Moeder CTG overlegd met C, continueren beleid, geen Priming meer. Mw pijnlijk en angstig. Buik ontspant zicht tussen ww door. Slechte toco registratie

21:49 O Moeder VT: 3 cm. CTG nu goed. is erg onrustig en angstig. Iom C 100 mg Pethidine en 25 mg Phenergan voor de nacht, morgen doorpakken en vliezen breken. NB amnioninfusie starten bij breken vliezen!

22:06 O Moeder Mw is totaal in paniek rolt het hele bed heen en weer heeft per order 100 mg pethine en 50 mg phenergan i.m gekregen, moeilijk mw te kalmeren, hopen dat mw goed reageert op sedatie

22:49 P Moeder Mevr heeft flink helder rood bloedverlies. cortonen moeilijk te pakken voor registratie, cortonen pos 132 . mevr ligt nog steeds onrustig in bed te draaien.

23:08 E Moeder VISITE: Overname van dienst. G2P1. MI: oligohydramnion IUGR, en mogelijk gebroken vliezen. Gekomen via poli, vanmiddag geprimed 14:00. Had vanavond 3 cm; iom C besloten pethidine+phenergan en AROM + SE morgen. CTG was vanmiddag suboptimaal; nu zeer matige registratie, derhalve echo nu. Mw ligt te draaien in bed. Tevens VBV en buikpijn, anamnese bemoeilijkt door onrust bij mw. LO: harde buik, lijkt niet te ontspannen. Echo: placenta g.a.; hartactie dubieus B: C gebeld, OK team in huis, infuss, klaar voor OK Direct na ophangen telefoon drukgevoel, 23.08 en 23.24 bezig geweest met echo pakken, opstarten echo, diagnostiek moeilijk ivm rollen/onrust

23:24 E Moeder Mw geeft drukgevoel aan; segment zichtbaar, start persen. Geboorte van neonat AS 0 B: Kinderats gebeld, start reanimatie

23:25 O Moeder Geen HA meer op echo zichtbaar. Ineens persdrang. Hoofd komt, in 1 persee kind strak omstrengeld, AS 0/0. KA gebeld, start reanimatie

23:35 E Moeder Geboorte placenta, vlot en compleet. Opvallend klein. Geen delle, placenta insereert wat lateraal maar niet op de rand. Klein hematoom rand. 3 vaten. 10 EH synto iv gespoten

23:57 O Moeder Placenta weet 330 gr. Lijkt klein hematoom aan 1 rand, geen delle. Er wordt gestopt met reanimatie"

Het rapport van F vermeldt in de conclusie onder meer:

"1. Het was achteraf gezien inderdaad een geval van foetale groeivertraging door onderontwikkeling van de placenta. Een gewicht van 330 gram (wellicht nog met vliezen gewogen) is een extreem laag placentagewicht. Het kind is dan overleden ten gevolge van de (opgewekte) weeën, mogelijk met hyperstimulatie door de prostin en mogelijk gecompliceerd door een gedeeltelijke loslating van de placenta in de laatste drie kwartier. 2. Dit geval van perinatale sterfte was vrijwel zeker niet nodig geweest bij eerder termineren van de baring, door middel van een keizersnede. Diverse factoren hebben een rol gespeeld, waardoor dat niet tijdig is gebeurd.

3. De inleiding is begonnen vanwege foetale groeivertraging. Het CTG is aanvankelijk goed, maar verslechtert tussen 14.00 en 15.00 duidelijk en wordt daarna nooit meer goed. Er was toen al genoeg reden voor multidisciplinair overleg over wat te doen. De verloskundige, de assistent, de dienstdoende gynaecoloog, en de verpleegkundige, hadden toen een beleidsplan kunnen maken. De keuze was dan direct termineren of nog even aan te zien, maar dan bijvoorbeeld niet langer dan een uur; en in de hoop, dat dan de ontsluiting van de baarmoedermond het plaatsen van een meer betrouwbare schedelelektrode zou toelaten en eventueel het verrichten van aanvullend bloedonderzoek (microbloedonderzoek) voor het bepalen van de capillaire pH waarde in de foetale schedelhuid.

4. Tussen 15.30 uur en de tijd van de overdracht (16.45 uur) is het CTG zonder meer uiterst verdacht voor foetale nood en was er eigenlijk direct reden voor een keizersnede. Er was dus nog steeds of opnieuw (bij eerder uitgesteld beleid) reden voor multidisciplinair overleg en dat is niet geweest.

5. In een (opleidings)kliniek verloskundige, dient altijd een formele (in dit geval namiddag) overdracht plaats te vinden, in aanwezigheid van de betrokken verpleegkundigen, verloskundigen, assistenten en gynaecologen. Alle casus worden daar besproken en er wordt voor iedere patiënt beleid gemaakt. Beleid maken betekent dat wordt vastgelegd wat te doen in verschillende situaties in de toekomstige uren. Hier is een belangrijk moment gemist om in deze teambespreking alsnog te besluiten de baring te termineren.

6. Het is niet goed te begrijpen, dat omstreeks 18.00 uur het CTG als goed is afgegeven en patiënte niet door de betrokken gynaecoloog is gezien en onderzocht. Dat geldt ook voor het oordeel over de CTG van 21.50 uur. Er was toen 3 cm ontsluiting en dat had reden kunnen/moeten zijn om een schedelelektrode aan te brengen voor een betere registratie van het CTG, dat vrijwel zeker onveranderd slecht zou zijn geweest. Vanaf 22.00 uur is het (uitwendige) CTG technisch volstrekt onbetrouwbaar.

[...]

Onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog van dagdienst is het besluit van terminering van de baring ten onrechte niet genomen. Of er, na 13.44 uur, wel of niet contact is geweest tussen de verloskundige, de verpleegkundige en de betrokken gynaecoloog van de dagdienst is niet duidelijk uit de ziektegeschiedenis. De niet gehouden overdracht is een gemiste kans geweest, om (mits daar dan voldoende deskundigheid aanwezig wenst te zijn) het beleid alsnog te corrigeren. De dienstdoenden daarna zijn voortgegaan in het beleid, dat eerder is ingezet; het genoeg nemen met een slecht CTG en een onrustige patiënte, zonder het beleid alsnog te herzien. Dat is overigens ook onjuist.”

Het rapport van de IGZ vermeldt onder meer:

“In deze casus is patiënte opgenomen door de Aios, na telefonisch overleg met de dienstdoend gynaecoloog. Deze heeft patiënte nooit gezien. Ook is hij gedurende de opname niet geïnformeerd over het beloop van de partus. De gynaecoloog die 's avonds dienst had heeft patiënte ook niet zelf beoordeeld. De inspectie stelt dat de gynaecoloog integraal verantwoordelijk is voor de begeleiding van de baring en dat hij zich daarom in het algemeen persoonlijk op de hoogte dient te stellen van de voortgang van de partus, doch zeker bij patiënten die met een dergelijke indicatie worden opgenomen. Grote drukte op de verloskamers is een verklaring van het gebeuren, doch geen excuus. Deze ervaring laat zien dat het goed is tevoren na te denken over dergelijke zaken en een opschalingsplan te maken voor het geval deze situatie zich weer voordoet. Juist bij grote drukte is de overdracht belangrijk. De patiënt mag niet de dupe worden van een organisatorische tekortkoming.”

Het rapport van I vermeldt onder meer:

“Er was sprake van een hoogrisico bevalling. Patiente werd geprimed om de bevalling op gang te brengen. Dat is juist, maar vereist wel adequate foetale bewaking gezien het aanzienlijk risico op foetale nood. (een afwijkende Doppler is bij 37+ weken zwangerschapsduur een zeldzaamheid). Tijdens priming was mogelijk sprake van overstimulatie. Bij herhaling waren er deceleraties op de CTG, die nauwgezet vervolgen noodzaken. Om 21.49 besluit de gynaecoloog patiente te laten slapen en de dag erna de bevalling voor te geleiden. Dit is naar mijn mening geen goede gedachte. Ze heeft inmiddels al 3 cm ontsluiting en daarmee is dus waarschijnlijk de bevalling begonnen (eerder had ze geen ontsluiting). Bovendien waren er eerdere tekenen geweest van een niet-optimale foetale conditie. Continueren van bewaking was aangewezen (en is na 21.49 uur overigens ook gebeurd). Het was logisch geweest om 21.49 uur de vliezen te breken en een schedelelectrode te plaatsen, waarmee goede kwaliteit van foetale bewaking gegarandeerd zou zijn. Slechte signaalkwaliteit maakt beoordeling van het CTG herhaaldelijk niet mogelijk. Ook is de uterusactiviteit niet goed geregistreerd. Dit laatste bemoeilijkt de interpretatie van het hartfrequentiepatroon. Vanaf 22.00 uur verslechteren van het CTG (eerst niet goed te interpreteren ivm signaalverlies), en vanaf 22.00 uur verslechteren van het CTG dat ingrijpen noodzakelijk maakte. Uiteindelijk is dit een half uur later ingezien. Al met al een suboptimaal beleid, waarbij niet gezorgd is voor kwalitatief voldoende bewaking, waardoor te laat besloten is in te grijpen. Hierbij is niet gehandeld zoals dat van een redelijk bekwaam en handelend gynaecoloog mag worden verwacht. Volgens schrijven van de ouders is de gynaecoloog nooit bij patiente langs geweest [t]en tijde van de bevalling. Ook het medisch dossier maakt geen melding van het feit dat de gynaecoloog zich persoonlijk op de hoogte heeft gesteld. Dit acht ik niet juist, gezien de recidiverende CTG afwijkingen, hoogrisico patiente en grote onrust/angst/pijn bij patiente.”

Het rapport van de MIP-commissie bevat onder meer aanbevelingen tot verbetering van de overdracht tussen de disciplines, de verbetering van de vastlegging van verantwoordelijkheden voor en omgang met een slecht registrerend CTG, het schriftelijk en in daad vastleggen van verantwoordelijkheden en de voor de medisch eindverantwoordelijke benodigde informatie.

Beklaagde haar dienst begon op 1 mei 2009 tussen 22.30 en 23.00 uur.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven – dat zij nalatig, onprofessioneel heeft gehandeld en niet adequaat volgens de professionele standaard heeft ingegrepen tijdens de bevalling van klaagster, waarbij haar dochter H levenloos werd geboren.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde stelt zich in het verweerschrift op het gemotiveerde standpunt dat de tegen haar ingediende klacht ongegrond is. De klachten hebben overwegend betrekking op

de periode voor haar dienst begon. Bij aanvang van haar dienst zag beklagde dat het CTG niet goed registreerde en dat hetgeen werd geregistreerd er niet geruststellend uit zag. Tevens rapporteerde de verpleegkundige dat klaagster bloedverlies had. Beklaagde heeft hierop direct (om 23.08 uur) klaagster bezocht om de situatie te beoordelen. Beklaagde heeft toen meteen echo-apparatuur meegenomen omdat zij inschatte dat deze nodig was. Beklaagde nam alarmerende symptomen waar, zoals bloedverlies, buikpijn, een harde buik, onrust en, op de echo, een dubieuze hartactie. Zij heeft daarop direct met de arts-assistent en de verpleegkundige een spoedoperatie op touw gezet. Maar voordat de spoedkeizersnede kon worden uitgevoerd, werd de baby geboren. Beklaagde meent direct te hebben gehandeld en geen tijd verloren te hebben laten gaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

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

5.2

Het college oordeelt als volgt. Uit de feiten blijkt dat beklagde pas laat dienst had en daardoor eerst vanaf ongeveer 23:00 uur bij de zorgverlening van klaagster was betrokken. Tevens blijkt dat zij vrijwel meteen heeft kennisgenomen van de slechte en verontrustende CTG-registraties. Zij heeft vervolgens patiënte onderzocht, de juiste afwegingen gemaakt en alles in het werk gezet om een spoedkeizersnede in gang te zetten. Er zijn geen aanwijzingen dat beklagde niet conform de professionele standaard heeft gehandeld dan wel anderszins verwijtbaar nalatig is geweest. Het college komt tot het oordeel dat beklagde direct heeft gehandeld zoals van haar kon worden verwacht. De klacht is ongegrond.

5.3

Voor zover klaagster ook heeft bedoeld beklagde te verwijten dat de huisarts niet werd ingelicht, overweegt het college als volgt. Tijdens het mondelinge vooronderzoek heeft beklagde verklaard dat zij de partus heeft gedaan en het verslag heeft ingevuld. Voor zover zij weet, werd het partusverslag automatisch gegenereerd en naar de huisarts gestuurd. Het college is van oordeel dat beklagde niet kan worden verweten dat de huisarts niet mondeling op de hoogte werd gebracht. Naar het oordeel van het college ligt die taak en verantwoordelijkheid bij de superviserend gynaecoloog, die immers het overzicht had over het grootste deel van de opname. Ook in zoverre is de klacht ongegrond.

6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, en C.I.M. Aalders en A.A.M. Leebeek-Groenewegen, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van P. van der Stroom, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.