

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: H2021/3332

Uitspraak: 13 juni 2022

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE 'S-HERTOGENBOSCH

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 4 augustus 2021 ingekomen klacht van:

[A] en [B]

woonachtig te [C]

klagers

gemachtigde mr. M.A. Smits te Nijmegen

tegen:

[D]

gynaecoloog, destijds ANIOS gynaecologie en verloskunde

destijds werkzaam te Utrecht

verweerster

gemachtigde mr. A.C.I.J. Hiddinga te Amsterdam

1. Samenvatting van de beslissing

Toen klaagster ruim 39 weken zwanger was van haar tweede kind, is ze in het ziekenhuis opgenomen omdat zij ging bevallen. Tijdens de bevalling trad een uterusruptuur (scheuring van de baarmoeder) op. Daarom is een superspoedkeizersnede verricht, waarbij de zoon van klagers is geboren. Doordat de baarmoeder van klaagster was gescheurd en de placenta had losgelaten, is ernstig zuurstoftekort bij de zoon ontstaan. De zoon is enkele dagen na de geboorte overleden. Het college oordeelt dat de klacht tegen deze verweerster gedeeltelijk gegrond is. Hieronder legt het college uit hoe het tot deze beslissing is gekomen.

2. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek.

De klacht is ter openbare zitting van 13 april 2022 behandeld, gelijktijdig met de klachten tegen rond de zwangerschap betrokken gynaecoloog (H2021/3330, hierna: 'de eerste gynaecoloog') en de zwangerschap en bevalling betrokken gynaecoloog (H2021/3331, hierna: 'de gynaecoloog'). Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

3. De feiten

3.1 Medio oktober 2015 is klaagster door haar eerstelijns verloskundige verwezen naar het ziekenhuis voor een klinische bevalling, omdat zij eerder met een geplande sectio caesarea (keizersnede) was bevallen van een dochter. Klaagster was toen ruim 36 weken zwanger.

3.2 Op 14 oktober 2015 hadden klagers een voorlichtingsgesprek met een intakeverpleegkundige. Aansluitend daarop hadden zij een counselgesprek met de eerste gynaecoloog (zaaknummer H2021/3330), die echoscopisch onderzoek bij klaagster verrichtte en daarbij geen bijzonderheden zag.

3.3 De volgende poliklinische controle bij de eerste gynaecoloog was op 28 oktober 2015. Er werd een controle-echo gemaakt, waar de eerste gynaecoloog geen bijzonderheden bij constateerde.

3.4 Op 5 november 2015 zag de gynaecoloog (zaaknummer H2021/3331) klaagster voor het eerst op het poliklinisch spreekuur. De gynaecoloog maakte wederom een echo, waarop zij geen bijzonderheden constateerde.

3.5 Op 6 november 2015 (bij een zwangerschap van 39 weken + 5 dagen) werd klaagster rond 9.00 uur op de triage van het ziekenhuis gezien omdat zij regelmatige buikpijn had. Klaagster werd lichamelijk onderzocht en er werd een cardiotocogram-registratie (CTG, hartslagregistratie van de baby) gemaakt. Klaagster had nog geen ontsluiting, werd niet in partu verklaard en mocht weer naar huis. Bij thuiskomst rond 17.15 uur braken klaagsters vliezen. Klagers zijn toen weer naar het ziekenhuis gegaan, waar klaagster in de kraamsuite werd opgenomen. In het medisch dossier is genoteerd dat klaagster vaginaal wilde bevallen. Om 19.30 uur werd de CTG-registratie gestart.

3.6 Om 20.00 uur werd klaagster beoordeeld door een verloskundige (hierna: 'de avondverloskundige'), die 2 centimeter ontsluiting constateerde. Klaagster was nu wel in partu. Klaagster had last van de weeën en vroeg daarom om een ruggenprik. De avondverloskundige besprak de voor- en nadelen van een ruggenprik met klagers. De avondverloskundige heeft de wens van klaagster met de dienstdoende arts-assistent gynaecologie (niet zijnde verweerster) overlegd, die daarvoor akkoord gaf, mits ook het nadeel (het niet voelen van een uterusruptuur (baarmoederscheuring)) werd besproken. De anesthesist gaf klaagster om 20.31 uur een ruggenprik, waarna het CTG opnieuw werd aangesloten en de STAN-registratie (ST-analyse voor het signaleren van mogelijk zuurstoftekort bij de baby) werd gestart.

3.7 Tussen 20.41 en 21.00 uur was sprake van bradycardie (daling van de hartslagfrequentie van de baby) en werd een daling van de bloeddruk bij klaagster gezien. Klaagster werd een paar minuten in 'all fours' positie (op ellebogen en knieën) gezet, waarna de bloeddruk bijtrok. Om 20.53 uur werd de hartactie van de baby weer als normaal beoordeeld. De tografie (weeënregistratie) gaf 3 weeën per 10 minuten aan. Ook het CTG was weer normaal en vertoonde ook om 22.07 uur geen bijzonderheden. Op dat moment werd er een 'event stijging' van 0,06 op de STAN-registratie gezien, die door de avondverloskundige als insignificant werd beoordeeld. Klaagster had bij de beoordeling om 22.15 uur 5 centimeter ontsluiting, was pijnvrij en wilde graag slapen. Het CTG was normaal.

3.8 Rond 22.30 uur droeg de arts-assistent gynaecologie haar avonddienst over aan verweerster, die de nachtdienst deed. Om 22.42 uur werd het CTG als normaal beoordeeld. In het medisch dossier werd genoteerd: "*deceleratie: acc+ var+ de-*". De toco gaf 3 weeën per 10 minuten aan. De avondverpleegkundige gaf het STAN-event om 23.17 uur door aan de avondverloskundige. Hierna heeft de avondverpleegkundige haar dienst aan de nachtverpleegkundige (tegen wie een klacht is ingediend onder zaaknummer H2021/3334, hierna 'de verpleegkundige') overgedragen. Het CTG was om 23.20 uur normaal, de toco gaf 3 weeën per 10 minuten. Ook om 23.56 uur was het CTG normaal en gaf de toco 3 weeën per 10 minuten aan, waarna de avondverloskundige haar dienst overdroeg aan de

nachtverloskundige (tegen wie een klacht is ingediend onder zaaknummer H2021/3333, hierna 'de verloskundige'). Klaagster werd voornamelijk begeleid door de verloskundige en de verpleegkundige.

3.9 De verloskundige heeft klaagster iets na middernacht (7 november 2015, om 00.15 uur) onderzocht. Omdat klaagster nog steeds 5 cm ontsluiting had, heeft de verloskundige haar baarmoedermond gestript en aan verweerster voorgesteld om te starten met medicatie voor stimulatie van de weeën (Syntocinon). Verweerster heeft dit om 00.41 uur overlegd met haar supervisor, de gynaecoloog, waarna is afgesproken dat gestart kon worden met bijstimulatie, op te hogen volgens protocol tot de weeën voldoende frequent zouden zijn, als er een goede progressie was en de conditie van de baby goed bleef. Om 00.43 uur is de pomp met medicinale bijstimulatie gestart. Toen om 01.12 uur bleek dat dit nog weinig effect had, heeft de verpleegkundige na overleg met de verloskundige de dosering opgehoogd.

3.10 Tussen 01.22 en 01.27 uur toonde het CTG abnormale afwijkingen, met enkele gecompliceerde deceleraties (dalende hartslag van de baby). Klaagster had pijn in haar blaas(streek), waarna zij op haar zij werd gelegd. Bij de controle om 01.33 uur normaliseerde het CTG. De toco registreerde geen weeën-activiteit maar bij uitwendige palpatie constateerde de verloskundige regelmatige weeën. Er waren geen STAN-events.

3.11 Bij de beoordeling om 01.44 uur door de verloskundige was het CTG normaal. Volgens het medisch dossier had klaagster geen last meer van haar blaas. Om 02.15 uur had zij 7-8 cm ontsluiting. De toco registreerde geen weeën-activiteit meer. De verloskundige heeft de toco meerdere keren opnieuw geplaatst en geijkt, echter zonder resultaat. Het CTG was suboptimaal, wat de verloskundige met verweerster besprak. Omdat het CTG inmiddels weer genormaliseerd was, besloten de verloskundige en verweerster dat het op dat moment niet nodig was om de gynaecoloog hierover te bellen.

3.12 Om 02.55 uur heeft de verloskundige de toco weer geijkt. Het CTG liet enkele deceleraties zien, die daarna herstelden. In overleg met verweerster heeft de verloskundige de bijstimulatie niet opgehoogd. Om 03.03 uur werd een diepe deceleratie gezien, die niet herstelde. Bij inwendig onderzoek constateerde de verloskundige nog geen volledige ontsluiting. De verloskundige vermoedde toen dat de verslechtering van het CTG niet het gevolg was van indaling in het bekken, maar van foetale nood. Klaagster is om 03.05 uur weer in 'all fours' gezet. De verloskundige gaf de verpleegkundige hierna de opdracht verweerster te bellen om te komen. Verweerster, die het CTG had gezien, was al onderweg naar de kamer van klaagster.

3.13 Bij aankomst om 03.06 uur, heeft verweerster medicatieopdrachten gegeven (stop bijstimulatie en start Prepar, om de weeën te remmen), waarna klaagster moest braken. Daarna heeft verweerster de gynaecoloog gebeld en gevraagd direct te komen in verband met de persisterende bradycardie met frequenties tussen de 80 tot 100 slagen per minuut, met uitschieters naar 60. De gynaecoloog gaf aan direct naar het ziekenhuis te komen voor een spoedkeizersnede (code 2). Verweerster heeft rond 03.10 uur het OK-team, de anesthesist en de arts-assistent kindergeneeskunde gebeld, waarna de arts-assistent kindergeneeskundige de kinderarts heeft gebeld. De verpleegkundige heeft met spoed haar back-up collega (een gespecialiseerde verpleegkundige) op de hoogte gesteld. Verweerster heeft vervolgens klagers om 03.11 uur op de hoogte gebracht van de acute verslechtering van het CTG en de noodzaak van een spoedkeizersnede.

3.14 Kort daarna waren er drie STAN-events: om 03.13 uur 0,06, om 03.21 uur 0,09 en om 03.24 uur 0,11. Vanwege het zeer slechte CTG en de significante

STAN-events, besloten verweerster en de verloskundige om 03.23 uur dat sprake was van foetale nood en hebben zij sein gegeven voor een superspoedkeizersnede (code 1).

3.15 Om 03.24 uur was de operatiekamer gereed en zijn de zorgverleners naar de OK gerend. Vanwege de slechte conditie van de baby zijn de gynaecoloog en verweerster direct en zonder time out-procedure begonnen met de keizersnede. De baarmoederwand bleek te zijn gescheurd. Een hand en een schouder van de baby lagen in de buik. Om 03.38 uur is [E], de zoon van klagers (hierna: 'de zoon'), geboren.

3.16 De zoon had een zeer slechte start en werd direct door de gynaecoloog overgedragen aan de aanwezige kinderarts. De kinderarts heeft hem gereanimeerd en geïntubeerd. In het medisch dossier is onder andere het volgende genoteerd: "Apgar score 0/0/4. Navelstrenggassen pHA6.60 BE-24.5 pHv6.71 Be-23.0, TBV 400 cc". Vervolgens is de zoon om 04.30 uur vanwege perinatale asfyxie (zuurstofgebrek tijdens de geboorte) op de neonatologie afdeling van het ziekenhuis opgenomen.

3.17 Om 05.00 uur hebben klagers gesproken met de gynaecoloog en de verloskundige. Klagers hebben daarbij aangegeven dat zij het niet eens waren met een (eerste instantie) vaginale baring na een eerdere keizersnede. In overleg met klagers werd besloten om de zoon vanwege de perinatale asfyxie over te plaatsen naar een ander ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) (hierna: 'het tweede ziekenhuis'). De zoon en klaagster zijn nog diezelfde nacht overgeplaatst. De zoon bleek een zeer slechte prognose te hebben. Op de MRI werden veel afwijkingen gezien, passend bij acute asfyxie. Ook had de zoon last van convulsies.

3.18 Op 9 november 2015 hebben klagers, in overleg met de behandelaren in het tweede ziekenhuis, besloten af te zien van verdere behandeling van hun zoon. Om 20.15 uur is de zoon overleden.

3.19 Op 12 november 2015 is het beloop van de bevalling als 'complicatie perinatale sterfte' bij de raad van bestuur van het ziekenhuis gemeld. Naar aanleiding daarvan heeft het bestuur de Calamiteiten Onderzoeksgroep (COG) van het ziekenhuis opdracht gegeven de gebeurtenissen te onderzoeken. De COG is vervolgens een calamiteiten-/Prisma-onderzoek gestart. Diezelfde dag is het beloop als mogelijke calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, hierna: 'de inspectie') gemeld. In het kader van het calamiteiten-/Prisma-onderzoek door de COG zijn onder anderen klagers, verweerster, de eerste gynaecoloog, de (tweede) gynaecoloog de verloskundige en de verpleegkundige geïnterviewd. Daarnaast heeft extern deskundigenonderzoek plaatsgevonden. De definitieve rapportage van het onderzoek was op 22 februari 2016 gereed.

3.20 De eerste gynaecoloog heeft klagers een brief gestuurd en een nagesprek met klagers gehad. De gynaecoloog en verpleegkundige hebben klagers een kaartje gestuurd, die door klagers werd geretourneerd.

3.21 Klagers hebben het ziekenhuis civielrechtelijk aansprakelijk gesteld en er heeft een mediationtraject tussen klagers en (de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis) plaatsgevonden. Dit heeft geleid tot een erkenning van aansprakelijkheid en het betalen van een schadevergoeding. Op 2 augustus 2021 hebben klagers bij dit tuchtcollege een klacht tegen verweerster en vier andere betrokken zorgverleners ingediend.

4. De klacht

Klagers verwijten verweerster:

1. dat zij onvoldoende zorg, aandacht en concentratie heeft gehad om de diverse verontrustende signalen te duiden in combinatie met een slechte registratie van de weeën, en een verontrustend CTG-beeld, dat door haar verkeerd, namelijk ten onrechte als 'normaal' werd ingeschat, waarbij zij zich heeft overschat in haar bekwaamheden en onvoldoende in acht heeft genomen dat zij nog heel weinig ervaring had. Zij had eerder contact moeten zoeken met de supervisor;
2. het dossier incorrect was. Zij had wel zicht op de CTG-registratie en klaagster was op dat moment de enige die vanaf 01.30 uur op 6 november 2015 aan het bevallen was die onder haar verantwoordelijkheid viel. Vanaf 01.30 uur brak de cruciale periode aan, waarin zich verontrustende signalen manifesteerden. Er was op enig moment geen sprake meer van een normaal CTG, terwijl dat op dat moment wel zo was opgenomen in het dossier;
4. dat zij de keizersnede-procedure te laat heeft ingezet en dat deze als spoedkeizersnede met code 1 vermijdbaar te traag is uitgevoerd, waarbij dit verhuld is door het wijzigen van het tijdstip. Verweerster is gebruiker 387 en zij wijzigt op 09 november 2015 onder de initialen van de verloskundige, event ID 1225122 en op 16 november 2015, event ID 1229724, onder haar eigen initialen het tijdstip waarop de verloskundige weergeeft dat verweerster de gynaecoloog belt. Kennelijk met het oogmerk om te verdoezelen dat onder haar verantwoordelijkheid de spoedkeizersnede te traag werd uitgevoerd. Dit grenst aan valsheid in geschrifte met het doel voordeel voor zichzelf te bereiken;
7. dat zij ten onrechte pas aan het bed kwam toen sprake was van een plotselinge daling van de hartslag. Dit had eerder behoren te geschieden. Eerder dan dat moment heeft er geen persoonlijke beoordeling van klaagster plaatsgevonden door verweerster. Zij heeft onvoldoende toezicht gehouden op de verloskundige. Alleen al uit humanitair bejegeningsoogpunt had er persoonlijk contact behoren te zijn in een eerder stadium zeker nu daar genoeg tijd voor was. Maar ook uit oogpunt van goede medische zorg had de persoonlijke klinische blik er moeten zijn in dit geval. Zelf beoordelen heeft toegevoegde waarde naast het goed beoordelen van andere diagnostische middelen zoals een CTG;
11. dat zij onvoldoende heeft gedacht aan de mogelijkheid en het risico van een zich aandienende uterusruptuur, onder andere omdat er differentiaal-diagnostische overwegingen ontbraken;
16. dat zij het dossier twee dagen later heeft 'verbeterd' – zonder dat dit aanstonds zichtbaar was – waarbij er kennelijk wel eens werd ingelogd met andermans inloggegevens. Uit de logfiles blijkt dat verweerster op 9 november 2015 het dossier wijzigt van haarzelf, maar ook van de verloskundige en de verpleegkundige. Dat is zeer klachtwaardig.

5. Het standpunt van verweerster

5.1 Verweerster heeft haar medeleven getoond aan klagers. Verweerster heeft zich op het standpunt gesteld dat, nu een klacht tegen haar is ingediend, zij hier zakelijk op moet reageren. Zij was destijds arts-assistent niet in opleiding tot specialist (ANIOS) en (nog) geen gynaecoloog en had van 6 op 7 november 2015 nachtdienst. Zij had een goede interne opleiding en inwerkperiode gehad op de afdeling gynaecologie en verloskunde, waarbij tijdens het onderwijs en de opleidingsmomenten sprake was van voortdurende beoordeling door de supervisor.

5.2 Die opleiding en inwerkperiode op de afdeling van het ziekenhuis was als volgt. Gedurende de interne opleiding en inwerkperiode werd steeds meer verantwoordelijkheid bij de ANIOS neergelegd. De eerste periode betrof vooral bijstand op de verloskamers. Vervolgens werd steeds meer verantwoordelijkheid bij

de ANIOS neergelegd, waarbij ook het bekwamen in de beoordeling van CTG's leermomenten waren. Uiteindelijk werd in overleg met de supervisor bepaald of de ANIOS zelfstandig de (nacht)dienst kon draaien.

De werkwijze op de afdeling was dat de bevallingen werden begeleid door de verloskundige. Als de verloskundige erom vroeg of als de arts daartoe aanleiding zag, werd de arts betrokken bij de bevalling. De arts stond bovendien klaar voor overleg met de verloskundige en bij voorkeur voerde zij (in verband met leermomenten) ook het overleg met de supervisor (de gynaecoloog).

5.3 Ook in de avond van 6 november 2015 was de (ervaren) verloskundige de primaire zorgverlener van klagerster. Er is die avond verschillende keren overleg gevoerd en het contact was steeds laagdrempelig. Zowel tussen verloskundige en verweerster als tussen verweerster en de gynaecoloog. Het is wel juist dat verweerster in de dagen na de bevalling het medisch dossier heeft aangevuld. Daarmee heeft verweerster niets willen verdoezelen maar het beloop van de avond en nacht zo duidelijk mogelijk willen schetsen, juist omdat de afloop zo intens verdrietig was.

5.4

Verweerster neemt voor de momenten van overleg haar verantwoordelijkheid. Zij heeft een inschatting gemaakt van de situatie op verschillende momenten in de nacht en zag op die momenten geen reden voor eerder overleg met de gynaecoloog. Verweerster heeft daarnaast ook vertrouwd op de ervaring van de (ervaren) verloskundige en eerder geen reden gezien om zelf klagerster te zien dan rond 3.00 uur. Verweerster voelde zich die avond voldoende competent, veilig en bekwaam en voelde ook geen drempel om te overleggen met haar supervisor. De opleiding voorzag in vele soorten bevallingen, waaronder ook bevallingen van moeders die eerder een keizersnede hadden ondergaan. Hoewel verweerster niet al deze bevallingen al zelf had begeleid, werd in de opleiding en in de overleggen aandacht besteed aan dergelijke gevallen.

5.5 Het is juist dat tussen 22.15 uur en 3.00 uur geen contact is geweest met de supervisor. Volgens verweerster was er eerder dan rond 3.00 uur geen indicatie om contact op te nemen met de gynaecoloog en waren er geen alarmsignalen. Het CTG liet wel afwijkingen zien, maar deze herstelden zich. Tussen verweerster en de verloskundige is vaak overleg geweest. Uiteindelijk hebben verweerster en de verloskundige geconcludeerd dat de afwijkingen niet abnormaal waren. Dat komt ook doordat bij iedere bevalling stukken CTG niet normaal zijn. Dit is voor de arts in het algemeen acceptabel, mits de hartslag van de baby zich herstelt. Dat was hier (telkens) het geval. Daarnaast voelde de verloskundige regelmatig de buik van klagerster. Er waren weeën en verweerster heeft deze conclusie ook niet in twijfel getrokken of hoeven trekken. Klagerster had niet uitzonderlijk veel bloedverlies. Enig bloedverlies hoort bij iedere bevalling. De door klagers aangevoerde pijnklachten tussen de schouderbladen zijn niet door de verloskundige met verweerster besproken.

6. De overwegingen van het college

6.1 Het overlijden van de zoon van klagers is een tragische gebeurtenis. Ter zitting heeft het college stilgestaan bij het verdriet van klagers over het verlies van hun zoon. Het college heeft aangegeven tevens oog te hebben voor de impact die het overlijden op verweerster heeft gehad. Door partijen is met respect voor elkaar en elkaars gevoelens gesproken.

Klachtonderdelen 1, 4 en 5

6.2 Het college is van oordeel dat de klachtonderdelen 1, 4 en 5 zich lenen voor een gezamenlijke behandeling. Op grond van de feiten en omstandigheden was verweerster op het moment dat zij de nachtdienst overnam naar het oordeel van het college, voldoende bekwaam en bevoegd om als ANIOS deze (nacht)dienst uit te voeren. Zij was intensief begeleid door haar supervisor en had regelmatig meegelopen op de afdeling. In een aantal maanden tijd had verweerster steeds meer verantwoordelijkheden gekregen tot zij als zelfstandig ANIOS de dienst kon draaien. Vast staat ook dat de verloskundige de primaire zorgverlener van klaagster was en daarmee ook het eerste aanspreekpunt en de eerste verantwoordelijke voor het verloop van de bevalling. Verweerster kon en mocht, naast haar eigen deskundigheid, vertrouwen op de deskundigheid van de verloskundige en op het laagdrempelig overleg dat mogelijk was met de verloskundige en haar supervisor. Verweerster heeft op meerdere momenten ook daadwerkelijk overleg gehad met de verloskundige en een keer met haar supervisor. Uit de feiten volgt niet dat verweerster zichzelf heeft overschat of haar beperkte ervaring onvoldoende voor ogen heeft gehad.

6.3 Het college stelt vast dat verweerster en de verloskundige vaak overleg hebben gehad en dat verweerster, in ieder geval toen sprake was van bij-stimulatie, overleg heeft gevoerd met haar supervisor. Op die momenten kan worden aangenomen dat verweerster ook zelf de verantwoordelijk voor een goed verloop van de bevalling op zich nam. Na die overlegmomenten was het de taak van de verloskundige om door te gaan met de verdere begeleiding van de bevalling. Deze werkwijze was op de afdeling gebruikelijk. In het licht van deze destijds geldende werkwijze kan het verweerster niet worden verweten dat zij niet eerder klaagster heeft gezien dan toen sprake was van een acute nood bij de baby. Daar komt bij dat tot dat acute moment, de bevalling ook naar de professionele overwegingen van de primaire zorgverlener (de verloskundige) normaal verliep. Omdat het gebruikelijk is dat op de kraamafdeling zoveel mogelijk rust wordt gecreëerd, was het beleid om in dit geval ook niet (steeds) aan het bed van klaagster te komen. Het is niet gebleken dat verweerster reden had om in het geval van klaagster van dit beleid af te wijken.

6.4 Vast staat ook dat verweerster op de momenten dat haar om overleg werd gevraagd, zij ook daadwerkelijk bijstand heeft verleend en overleg heeft gevoerd. Verweerster heeft haar overwegingen omtrent het CTG, de bloedingen en het op enig moment ontbreken van de metingen van de toco gedeeld met de verloskundige. Uit de informatie die door de verloskundige werd gegeven over de uitgevoerde lichamelijke onderzoeken bij klaagster en het feit dat het CTG ook steeds herstelde, heeft verweerster kunnen en mogen afleiden dat de bevalling op een normale wijze verliep. Verweerster heeft weliswaar niet alle differentiaal diagnostische overwegingen genoteerd in het medisch dossier maar het college stelt vast dat op de relevante momenten wel degelijk een differentiaal diagnose is gemaakt in overleg met de verloskundige, om vervolgens een afweging te maken en het verdere beleid in te zetten. Zo is een afweging gemaakt voor het toedienen van een weeënopwekkend middel (bij-stimulatie) en is overleg geweest over het CTG en het niet werken van de toco. Omdat nog steeds sprake was van regelmatige weeën en een normale hartslag van de baby, was naar het oordeel van verweerster en de verloskundige geen alarmsignaal. Hieruit kan worden afgeleid dat een differentiaal diagnose is gemaakt. Voor zover klagers bedoelen dat niet de differentiaal diagnose is gemaakt dat mogelijk sprake was van een uterusruptuur, stelt het college vast dat dit juist is. Maar zoals hiervoor overwogen, heeft verweerster op grond van de haar op dat moment ter beschikking staande gegevens kunnen en mogen (be)oordelen zoals zij heeft gedaan.

6.5 Klagers verwijten verweerster dat zij geen aandacht heeft besteed aan het meer specifieke alarmsignaal van klaagster van pijn tussen de schouderbladen. Het college heeft niet kunnen vaststellen dat deze mededeling daadwerkelijk aan de verloskundige en/of de verpleegkundige is gedaan. Verweerster betwist dit verwijt. Uit het medisch dossier blijkt niet dat een dergelijke opmerking door klagers is gemaakt en niet gesteld of gebleken is dat verweerster deze mededeling zelf heeft gehoord. Op grond hiervan moet aangenomen worden dat verweerster niet wist van deze opmerking, zodat haar niet kan worden verweten dat zij deze niet in haar overwegingen heeft meegenomen.

6.6 Vast staat tot slot dat verweerster direct naar klaagster toe is gekomen toen zij op het CTG zag dat er sprake was van een diepe bradycardie. Zij heeft direct actie ondernomen (zie ook de weergave in 2.12 en 2.13) in samenspraak met de verloskundige en de gynaecoloog. In het licht van alle genoemde feiten en omstandigheden kan daarom niet worden geoordeeld dat verweerster onvoldoende zorg, aandacht en concentratie heeft gehad om de diverse alarmerende signalen te duiden in combinatie met een slechte registratie van de weeën en een verontrustend CTG-beeld of dat zij geen differentiaal diagnoses heeft gemaakt. Klachtonderdelen 1, 4 en 5 zijn ongegrond.

Klachtonderdelen 2 en 6

6.7 Het college zal ook de klachtonderdelen 2 en 6 gezamenlijk bespreken, nu deze klachtonderdelen zien op aanvullingen/verbeteringen in het medisch dossier die verweerster achteraf heeft aangebracht. Het college stelt vast dat het systeem dat destijds voor het medisch dossier werd gebruikt, toestond dat ook op uren en dagen na de dienst nog aanpassingen konden worden gedaan in het dossier. Dit terwijl uit het systeem niet viel op te maken, althans niet zichtbaar was, dat dergelijke aanvullingen/verbeteringen later waren aangebracht. Het college stelt voorts vast dat dergelijke aanvullingen/verbeteringen ook konden worden uitgevoerd onder de naam van een andere zorgverlener. Verweerster heeft aangevoerd dat zij enkel het dossier heeft willen aanvullen en verbeteren vanwege de intens trieste afloop van de geboorte van de zoon van klagers. Zij heeft daarom zo volledig mogelijk en transparant willen zijn. Vanwege de hectiek tijdens haar eigen dienst heeft zij dit op een later moment gedaan. Zij heeft nimmer iets willen verdoezelen of de situatie in haar voordeel willen uitleggen. Verweerster is zich er ook niet van bewust geweest dat niet zonder meer zichtbaar was dat zij degene was die nog aanvullingen/verbeteringen in het dossier heeft aangebracht.

6.8 Anders dan klagers ziet het college niet dat de aanvullingen en wijzigingen hebben geleid tot een (wat betreft de rol van verweerster) rooskleuriger beeld van het verloop van de bevalling en de geboorte van hun zoon, dan waarvan werkelijk sprake is geweest. Het college is wel van oordeel dat verweerster zich ervan bewust had moeten zijn dat haar wijzigingen en aanvullingen niet als later aangebracht herkenbaar zouden zijn en dat als gevolg daarvan het dossier als geheel niet meer integer (in de zin van volledig en formeel juist) zou zijn. De dossierplicht van de zorgverlener heeft immers niet alleen ten doel om de continuïteit van de zorg te waarborgen, maar ook om verantwoording achteraf door de zorgverlener van diens handelen mogelijk te maken. Ook destijds (2015) was het daarom niet gebruikelijk om het medisch dossier op onderdelen later aan te vullen, tenzij dat bij de aanvulling werd vermeld. De klachtonderdelen 2 en 6 zijn derhalve gegrond voor zover zij zien op de post hoc door verweerster gedane aanvullingen/toevoegingen in het dossier, zonder dat dit zichtbaar werd vermeld. Voor zover de klachtonderdelen een verdergaand verwijt aan verweerster maken, zijn zij ongegrond.

Klachtonderdeel 3

6.9 Het college oordeelt dat klachtonderdeel 3 ongegrond is. Voor zover het klachtonderdeel ziet op de aangebrachte wijzigingen in het dossier, wordt verwezen naar hetgeen is overwogen bij de klachtonderdelen 2 en 6. Voor zover het klachtonderdeel ziet op het handelen van verweerster op het moment dat de diepe bradycardie plaatsvond die niet herstelde, is het college van oordeel dat dit klachtonderdeel eveneens ongegrond is. Verweerster heeft, zo is ook hiervoor overwogen, direct gehandeld op het moment dat zij de diepe bradycardie waarnam die niet herstelde. Zij heeft direct overleg gevoerd met haar supervisor en de verloskundige en uiteindelijk in samenspraak met de verloskundige de spoedkeizersnede (code 2) omgezet in een superspoedkeizersnede (code 1). Verweerster heeft hierin gehandeld zoals op dat moment van haar mocht worden verwacht en door haar beslissing tot omzetting naar een superspoedkeizersnede heeft zij bespoedigd dat een medische superspoedingreep kon plaatsvinden.

De maatregel

6.10 Hoewel de klachtonderdelen 2 en 6 gedeeltelijk gegrond zijn, is het college van oordeel dat aan verweerster geen maatregel hoeft te worden opgelegd. Weliswaar is het tuchtrechtelijk verwijtbaar om nadien aanvullingen/toevoegingen te doen in het dossier, maar het college laat de situatie waarin verweerster dit heeft gedaan meewegen. Tijdens de hectiek rond de diepe bradycardie en de beslissing van verweerster om aan de beslissing van de supervisor voorbij te gaan ontbrak de tijd om het dossier te completeren. Verweerster heeft de aanvullingen/toevoegingen kennelijk gedaan met de goede intentie om - gelet op de zeer verdrietige afloop - in het dossier een zo volledig mogelijk beeld te geven. Goede, toegankelijke en begrijpelijke dossiervoering is van groot belang, niet alleen voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening en begeleiding, maar ook vanwege de verantwoording en toetsbaarheid van het handelen van de desbetreffende zorgverlener. Verweerster heeft kennelijk aan dit belang gevolg willen geven. Het college acht het daarom invoelbaar dat verweerster, zoals zij zelf heeft aangegeven, volledig en transparant heeft willen zijn en daarom het dossier later nog heeft aangevuld.

De kostenveroordeling

6.11 Sinds 1 april 2019 kan het college in geval van een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht met oplegging van een maatregel 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. Van oplegging van een maatregel is in dit geval geen sprake, zodat om die reden het verzoek van klagers om een kostenveroordeling dient te worden afgewezen.

7. De beslissing

Het college:

Aldus beslist door K.A.J.C.M. Berg Jeths van Meerwijk, voorzitter, E.P. van Unen, lid-jurist, P.F. Boekkooi, S. Veersema en J.M. Burggraaff, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van M. van der Hart, secretaris, en uitgesproken op 13 juni 2022 in aanwezigheid van de secretaris.