

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2024/2372

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2024/2372 van:

A., gynaecoloog, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, hierna: de gynaecoloog, gemachtigde:

mr. A.C. de Die, werkzaam te Amsterdam

tegen

C. en D., wonende te E., verweerders, klagers in eerste aanleg, hierna: klagers.

1. Verloop van de procedure

Klagers hebben op 23 juni 2023 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen de gynaecoloog een klacht ingediend. Bij beslissing van 30 januari 2024, onder nummer A2023/5777 is klachtonderdeel b) gegrond verklaart, en de gynaecoloog de maatregel van berisping opgelegd. De klacht is voor het overige ongegrond verklaard. De gynaecoloog is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in beroep ingediend.

Het Centraal Tuchtcollege heeft van de gynaecoloog op 21 november 2024 een brief ontvangen (brief van 19 november 2024) en op 29 november 2024 nog een e-mailbericht met bijlage.

De zaak is op de zitting van het Centraal Tuchtcollege van 16 december 2024 behandeld. Op de zitting zijn verschenen de gynaecoloog bijgestaan door zijn gemachtigde, mr. De Die, en klagers. Partijen hebben hun standpunten nader toegelicht. Mr. De Die en klagers hebben dat gedaan aan de hand van spreek aantekeningen die zij aan de wederpartij en het Centraal Tuchtcollege hebben overhandigd. De leden-beroepsgenoten van het Centraal Tuchtcollege hebben de video die van de bevalling gemaakt is, bestudeerd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende feiten en overwegingen ten grondslag gelegd.

“ 3. Wat is er gebeurd?

3.1 Op 10 september 2020, bij een zwangerschapsduur van 41 weken en 3 dagen, werd door de eerstelijns verloskundige voor het eerst gezien dat de baby in een stuitligging lag. Die dag volgde direct een verwijzing naar het ziekenhuis waar de gynaecoloog werkzaam is. Klagers komen daar op het versiespreekuur. In het medische dossier is hierover door een verpleegkundige genoteerd:

‘(...) Miskende stuit. Komt voor versie poging.

Ctg aan .ziet er goed uit. (...)

Versie helaas niet gelukt.

Kreeg de nodige info. (...)

De versie mislukte waarop direct een consult met een verloskundige volgde. Tijdens

het consult werd gesproken over de keuze voor een vaginale stuitbevalling, dan wel een keizersnede.

3.2 Later die dag volgde ook nog een gesprek met de gynaecoloog. Tijdens het gesprek werd de keuzekaart (consultkaart) besproken, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen een vaginale stuitbevalling en een geplande keizersnede.

3.3 Op 11 september 2020 plaatste een verloskundige een Foley catheter en op zaterdag 12 september 2020 in de ochtend kwam klaagster met een zwangerschapsduur van 41 weken en 5 dagen naar het ziekenhuis.

3.4 De ontsluiting volgt vlot en op het moment dat de uitdrijving begint om 16.20 uur komt de gynaecoloog de bevallingskamer binnen. Nadat de stuit geboren is en iets later de heupen, wordt het problematisch. De ontwikkeling verloopt zeer moeizaam en er worden verschillende handgrepen toegepast. Nadat de benen zijn geboren blijft F. op navel niveau hangen. Daarna worden meerdere handgrepen toegepast waarbij patiënte meerdere malen van positie wordt veranderd en uiteindelijk wordt F. met behulp van een piper forceps geboren om 17.15 uur. De Apgarscore is 0. Meteen na de bevalling wordt reanimatie gestart en wordt F. overgebracht naar het G., locatie H.. De opgelopen hersenschade was dusdanig groot dat werd besloten om behandeling van F. te staken en op 18 september 2020 is F. overleden.

4. De klacht en de reactie van de gynaecoloog

4.1 Het college ziet aanleiding om (vanwege de onderlinge samenhang) verschillende klachtonderdelen te clusteren.

4.2 Klagers verwijten de gynaecoloog dat hij:

a) tijdens de counseling voorafgaand aan de bevalling te veel gestuurd heeft op en het ten onrechte 'normaliseren' van een vaginale bevalling (in vergelijking met een keizersnede);

b) de bevalling niet goed heeft begeleid, het alternatief van een keizersnede voorafgaand of tijdens de bevalling onvoldoende heeft overwogen, en de CTG-waardes onvoldoende aandacht heeft gegeven;

c) in de nagesprekken niet eerlijk is geweest en onvoldoende blijk van erkenning heeft gegeven;

d) geen melding heeft gedaan van het incident als een calamiteit bij de IGJ.

4.3 De gynaecoloog heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.4 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college realiseert zich dat het overlijden van een kind kort na de geboorte een verdrietige en voor de ouders zeer belastende en traumatische gebeurtenis is van een tot kort voor de bevalling zonder bijzonderheden verlopen zwangerschap. Het verloop heeft overigens ook op de gynaecoloog een grote indruk gemaakt en voor hem gevolgen gehad. De trieste afloop staat, hoe lastig het ook is om daarvan te abstraheren, los van de hiernavolgende medisch-technische beoordeling van het handelen van de zorgverlener.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

5.2 De vraag is of de gynaecoloog de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende gynaecoloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdeel a) tijdens de counseling te veel aangestuurd op een vaginale

bevalling

5.3 Op 10 september 2020 hebben klagers, nadat de stuitligging is vastgesteld, een eerste gesprek met de gynaecoloog. In dit gesprek wordt aan de hand van de keuzekaart (Modus partus bij stuitbevalling: vergelijking normale bevalling en geplande keizersnede) uitleg gegeven. Deze keuzekaart laat schematisch de verschillen tussen een vaginale bevalling en een geplande keizersnede en de risico's die daarbij kunnen optreden, zien.

In het medisch dossier is hierover door de gynaecoloog genoteerd:

'(...) Kiest voor vaginale baring

Beloop partus besproken

Filmen besproken en ip akkoord

Positie all-fours/lithotomie positie afhankelijk voorkeur gynaecoloog (...)'

5.4 Het verwijt van klagers dat de gynaecoloog hen niet heeft verteld dat een vaginale stuitbevalling een viermaal groter risico op overlijden kent, is op zichzelf genomen begrijpelijk, maar treft geen doel. Bij counseling is de keuzekaart gehanteerd. Daarop staat vermeld dat 0,05% van de 1.000 kinderen overlijdt rondom de bevalling versus 0,20% van de 1.000 kinderen bij een vaginale stuitbevalling. Dit verschil (een vier maal hogere kans op overlijden) is inherent aan het hogere risico bij een stuitbevalling. Maar deze getallen geven geen inzicht in het verschil in risico tussen vaginale bevalling en keizersnede, nog daargelaten dat in dit geval (bij de gevorderde amenorroeduur van 41 weken en 5 dagen) de kans op overlijden bij een vaginale bevalling vermoedelijk hoger is.

Uiteindelijk berust de keuze tussen beide vormen van bevalling op een persoonlijke afweging, waarbij klagers ook de mogelijke gevolgen van een keizersnede bij volgende bevallingen hebben meegewogen. Het dossier bevat geen aanwijzingen dat de gynaecoloog aan klagers onjuiste of onvolledige informatie heeft gegeven over de risico's die samenhangen met de verschillende vormen van bevallen.

5.5. Er is naar het oordeel van het college dus geen sprake van bewust onjuist informeren door onjuiste cijfers te verstrekken en/of cijfers achter te laten. Echter, het college kan klagers wel volgen in hun indruk dat het ziekenhuis, meer in het bijzonder de gynaecoloog die de stuitbevalling begeleidt, sturend is in de keuze tussen vaginale bevalling en keizersnede. Hoewel daartoe uitgenodigd ter zitting heeft de gynaecoloog deze twijfel bepaald niet weggenomen. Veeleer heeft zich bij het college dezelfde indruk postgevat als bij klagers. Zo verklaart de gynaecoloog ter zitting "onze sectio percentage is kleiner, het lukt ons vaker om stuit vaginaal te bevallen. Wij hanteren de kaart, wij hebben echt wel meer ervaring. Misplaatst vertrouwen misschien, we doen het vaker, maar vaker ook met een vaginaal einde.". Het college leidt uit de woordkeuze 'het lukt ons vaker om...' en de overige toelichting ter zitting af, dat de gynaecoloog bepaald een voorkeur heeft voor de vaginale bevalling boven een keizersnede. Hij heeft ter zitting gewezen op het relatief lage percentage keizersneden van het stuitencentrum, in vergelijking met het landelijk gemiddelde. Vanwege deze voorkeur heeft hij, zo begrijpt het college, (minst genomen onbewust) de keuze van klagers voor een vaginale bevalling gestuurd.

Het college merkt hierbij op dat een nadrukkelijk streven naar een laag percentage keizersneden kan impliceren dat daar onevenredig veel aandacht naar uitgaat dat ten koste zou kunnen gaan van de overige aspecten van de bevalling, meer in het bijzonder een zo laag mogelijk risico voor de baby en de moeder.

5.6 Het college stelt voorts vast dat de gynaecoloog de keuze van de ouders (voor een vaginale bevalling) heeft vastgelegd in het medisch dossier, maar niet de afweging daartoe. De gynaecoloog erkent dat hier verbetering nodig is, en inmiddels

is het protocol stuitbevallingen van het ziekenhuis op dit punt aangepast. Expliciet is daar nu in opgenomen dat reacties, gevoelens, wensen en twijfels bij de keuze beter worden genoteerd.

5.7 Wat daarvan zij, de ouders zijn geïnformeerd en hebben vragen kunnen stellen. Hun keuze berust vervolgens op een persoonlijke afweging. Het college acht aannemelijk dat daarbij (bewust dan wel onbewust, door zijn persoonlijke voorkeur) door de gynaecoloog sturing heeft plaatsgevonden. De gynaecoloog onderkent daarin ook een leerpunt. Echter, een bewust onjuiste voorlichting met verkeerde percentages voor de risico's die worden gelopen, is niet gebleken. De bedoelde sturing is niet zodanig dat de gynaecoloog dienaangaande een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel b) de bevalling niet goed begeleid, het alternatief van een keizersnede onvoldoende overwogen, en de CTG-waardes onvoldoende aandacht gegeven

5.8 Het college merkt allereerst op dat het twijfelt of de afdeling waar de gynaecoloog werkzaam is, zich terecht afficheert als 'expertisecentrum' voor stuitbevallingen (ook wel: stuitencentrum). Om van een expertisecentrum te kunnen spreken behoren er protocollen, kwaliteitsafspraken en gezamenlijke beleidsbesprekingen te zijn. Daarnaast moeten er (in voldoende mate) structurele individuele trainingen en teamtrainingen zijn om de kennis en vaardigheden voor het doen van stuitbevallingen individueel en voor het gehele team te bevorderen en op peil te houden. Van dit alles is het college, tijdens de behandeling ter zitting, niet gebleken. Evenmin zijn er duidelijke criteria voor wie bevoegd en bekwaam is om deze bevallingen te begeleiden in het stuitencentrum. Voorts bestaat bij het college twijfel of in ieder geval onduidelijkheid, over de ervaring en kundigheid van de participerende gynaecologen, met name omdat er met nieuwe technieken (zoals op all fours) gewerkt wordt waar nog weinig ervaring mee is. Tenslotte zijn er geen of onduidelijke afspraken binnen het stuitencentrum over het al dan niet kunnen terugvallen op een aanwezige achterwacht gynaecoloog.

Dit oordeel vindt bevestiging in de mededelingen door de gynaecoloog ter zitting over de verbeteringen die sindsdien zijn aangebracht – nog daargelaten of deze verbeteringen voldoende zijn (het college kan dat op basis van de klacht en de inhoud van het dossier niet vaststellen). Wat daar van zij, de gynaecoloog draagt als stafflid medeverantwoordelijkheid voor het als zodanig, en dus ten onrechte, naar buiten treden van zijn afdeling als 'expertisecentrum'. Hij heeft er bewust voor gekozen om binnen deze context van de organisatie te (blijven) werken.

Dat klemt te meer nu de ervaring van de gynaecoloog in à terme stuitbevallingen ten tijde van de zorgverlening aan klagster, beperkt van aard en omvang lijkt te zijn en in ieder geval niet vastgelegd is. Tijdens de zitting erkent de gynaecoloog dat hij slechts een gering aantal à terme vaginale stuitbevallingen in Nederland heeft begeleid en dat zijn ervaring met name berust op het begeleiden van premature stuitbevallingen en een beperkt aantal stuitbevallingen in de tropen.

5.9 Klagers verwijten de gynaecoloog dat hij bewust heeft aanvaard dat de bevalling zou worden ingeleid op een drukke zaterdag, zonder de aanwezigheid van een tweede gynaecoloog. De organisatie van het ziekenhuis, waaronder de personele bezetting, is de verantwoordelijkheid van de directie van het ziekenhuis. De gynaecoloog heeft daar (in ieder geval geen directe) invloed op, dus deze omstandigheid kan hem op zichzelf genomen niet worden aangerekend.

Echter, hij wist dat hij zelf dienst had en heeft er bewust voor gekozen om onder deze omstandigheden een potentieel risicovolle stuitbevalling, die zich al op het einde van

de 41e week bevond (41 weken en 5 dagen) in te leiden.

5.10 Daarbij komt dat de gynaecoloog op deze zaterdag tevens werkzaam was op de operatiekamer en gelijktijdig verantwoordelijk was voor de bevallingen in een tiental verloskamers. In dat verband moest hij onder meer de CTG-registraties in alle verloskamers volgen en beoordelen. Dat klemt te meer nu de ervaring van de gynaecoloog (zoals hiervóór al vastgesteld) in het begeleiden van à terme stuitbevallingen beperkt van aard en omvang was.

5.11 Het college stelt wel vast dat in de van de bevalling gemaakte video-opname is waar te nemen dat het team in aanvang rustig op het verloop van de uitdrijving reageert. Echter, bij het toenemen van de (tijds)druk wacht de gynaecoloog, zoals hij ook zelf toegeeft, lang met het actief inzetten van de verschillende handgrepen en worden bepaalde handelingen en handgrepen verkeerd uitgevoerd (zoals de forcipale extractie).

5.12 De gynaecoloog heeft bij dit alles onvoldoende aandacht voor de CTG-registratie en heeft deze ook niet geclassificeerd (classificatie dwingt tot het maken van een keuze op basis van het CTG, zonder classificatie wordt al snel doorgedaan op de ingeslagen weg). Dat leidt ertoe dat er niet wordt stilgestaan bij het abnormale CTG van 16.32 uur, en ten onrechte niet de conclusie wordt getrokken dat op dat moment een keizersnede (minst genomen) overwogen moet worden. Zeker omdat daaraan voorafgaand om 16.02 uur het CTG (waar de gynaecoloog naar eigen zeggen acht op heeft geslagen) al als suboptimaal had moeten worden geclassificeerd.

5.13 Wat daar van zij, het verloop van de uitdrijving vordert nog wel en het is op zichzelf genomen begrijpelijk dat de gynaecoloog de inschatting maakt dat het niet lang meer zal duren (binnen 20 minuten na 16.30 uur).

Echter, het algoritme van het Protocol Stuitbevallingen (zie daarvoor ook de Rapportage calamiteit OLVG, p. 21) schrijft voor dat bij een abnormaal CTG waarbij het hoofd niet binnen zeven minuten wordt geboren, een sectio moet worden verricht. De gynaecoloog heeft het protocol in deze niet gevolgd en geen keizersnede overwogen.

Ook met de inschatting (de verwachting) dat de bevalling snel zal volgen, had nu het een stuitbevalling betreft met meerdere 'rode stoplichten' een keizersnede wel degelijk overwogen moeten worden.

Het college merkt tenslotte op dat uit de video blijkt dat op enig moment de regie weg lijkt, zoals ook kan worden afgeleid uit de instructies aan klaagster om een paar maal achtereenvolgens in steeds andere posities plaats te nemen.

5.15 Gelet op voorgaande overwegingen is het college van oordeel dat de gynaecoloog de stuitbevalling niet op deze wijze, onder deze omstandigheden had moeten voortzetten en in ieder geval op enig moment had moeten overgaan op een keizersnede (toen dat nog kon) of dat op zijn minst had moeten overwegen. Er is bij het college twijfel over de regie tijdens de uitdrijving en de voortvarendheid, kwaliteit en doeltreffendheid van het handelen van de gynaecoloog. Dit alles is de gynaecoloog tuchtrechtelijk te verwijten. Dit klachtonderdeel slaagt.

Klachtonderdeel c) in nagesprekken niet eerlijk en onvoldoende blijk van erkenning

5.16 De gynaecoloog ontkent dat hij niet eerlijk is geweest in de nagesprekken en hij betreurt het dat zijn houding wellicht als niet toetsbaar of te weinig open is overgekomen. Gelet op deze ontkenning door de gynaecoloog en een andere herinnering aan de gesprekken kan het college niet vaststellen of de gynaecoloog klachtwaardig heeft gehandeld. Dat betekent niet dat aan het woord van klagers minder geloof wordt gehecht, maar vloeit voort uit de omstandigheid dat voor het

oordeel of een bepaalde verweten gedraging tuchtrechtelijk verwijtbaar is, eerst moet worden vastgesteld welke feiten daaraan ten grondslag gelegd kunnen worden. Deze feiten kan het college dus, ook als aan het woord van klager en van de gynaecoloog evenveel geloof wordt gehecht, hier niet vaststellen. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond. Het college voegt hier aan toe dat uit het dossier blijkt dat er op initiatief van gynaecoloog wel een aantal verbeterpunten zijn doorgevoerd.

Klachtonderdeel d) geen melding van het incident als een calamiteit bij de IGJ

5.17 De gynaecoloog heeft het initiatief genomen tot een intern onderzoek. De conclusie van dat onderzoek was dat het geen calamiteit betreft. Het kan de gynaecoloog niet worden tegengeworpen dat hij ondanks deze conclusie toch had moeten aandringen bij de Raad van Bestuur om een melding bij de IGJ te maken. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.18 Hetgeen klagers overigens nog naar voren hebben gebracht leidt, hoewel het college de bij hen levende vragen begrijpen, niet tot een ander oordeel.

Slotsom

5.19 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdeel b) gegrond is en de andere klachtonderdelen ongegrond.

Maatregel

5.20 Nu klachtonderdeel b) gegrond wordt verklaard ligt de vraag voor of een maatregel dient te worden opgelegd, en zo ja welke. Het college overweegt daarover als volgt.

5.21 De gynaecoloog had als enige gynaecoloog dienst op een drukke zaterdag en heeft er (desondanks) voor gekozen om op deze weekenddag met tevens verantwoordelijkheid voor de operatiekamer en mede verantwoordelijk voor de overige negen verloskamers (waardoor hij met minder aandacht de voortgang van de onderhavige bevalling kon volgen), en zonder een collega gynaecoloog voor mogelijke bijstand of hulp, een vaginale stuitbevalling van een eerste zwangerschap met een termijn van 41 weken en 5 dagen, te laten plaatsvinden. De gynaecoloog had onder deze omstandigheden en zijn beperkte ervaring met à terme stuitbevallingen, op zijn minst een keizersnede moeten overwegen. Dit had al voorafgaand aan de bevalling moeten worden overwogen, maar zeker op meerdere momenten tijdens de uitdrijving waarbij het CTG aangaf dat deze suboptimaal en later abnormaal was. Op het moment dat de stuit is geboren maar de uitdrijving niet vorderde, heeft de gynaecoloog te lang gewacht met handelen en in retro perspectief heeft hij dat ook erkend.

5.22 De enkele omstandigheid dat de gynaecoloog niet had verwacht dat de partus (na een aanvankelijk voortvarend verloop van de ontsluitingsfase) zo moeizaam zou zijn, maakt zijn handelen of niet-handelen niet minder tuchtrechtelijk verwijtbaar. Het college beseft dat sprake is van een glijdende schaal: de uitdrijving verloopt in aanvang nog voorspoedig, maar dan wordt het CTG abnormaal (nadat het CTG al eerder aanleiding tot zorg/aandacht gaf maar de gynaecoloog dat ten onrechte niet onderkend/geclassificeerd heeft), de uitdrijving stopt onverwacht en de tijdsdruk noopt tot ingrijpen.

Het college heeft bij dat alles de indruk dat de context (de voorkeur binnen het stuiten-centrum - waar de gynaecoloog werkzaam is - voor een vaginale bevalling boven een keizersnede) daarbij ten onrechte een rol heeft gespeeld.

Wat daar van zij, het college heeft zoals hiervóór al overwogen, twijfel over de regie tijdens de uitdrijving en de voortvarendheid, kwaliteit en doeltreffendheid van het handelen van de gynaecoloog. Het alternatief van de keizersnede is niet (tijdig)

overwogen, en het gemis aan een achterwacht (dan wel een gereedstaande OK) laat zich voelen. Door dit alles is de zoon van klagers onder zodanige omstandigheden geboren dat hij uiteindelijk is overleden.

5.23 Gelet op het vorenstaande is het college van oordeel dat niet kan worden volstaan met een waarschuwing (een zakelijke terechtwijzing bij een fout die iedere beroepsgeenoot had kunnen maken) maar dat het passend en geboden is de gynaecoloog de maatregel van een berisping op te leggen.

Het college realiseert zich daarbij dat deze maatregel door de ouders (mede gelet op de trieste afloop) mogelijk als onvoldoende zal worden ervaren, en door de gynaecoloog (gelet op zijn goede intenties en zijn inzet) mogelijk als te zwaar zal worden ervaren.

Publicatie

5.24 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners en zorginstellingen mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor is overwogen en beslist. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat bij de beoordeling van het beroep uit van de feiten die het Regionaal Tuchtcollege heeft weergegeven in overweging 3. “Wat is er gebeurd?” van zijn beslissing. Anders dan de gynaecoloog is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat deze feiten een correcte weergave is van de feiten die relevant zijn voor de beoordeling. Het Centraal Tuchtcollege zal bij de beoordeling van het beroep daarom van die feiten uitgaan.

4. Beoordeling van het beroep
Omvang van de zaak in beroep

4.1 De gynaecoloog is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover dat college klachtonderdeel b) gegrond heeft verklaard. Dit klachtonderdeel betreft het verwijt dat de gynaecoloog de bevalling niet goed heeft begeleid, het alternatief van een keizersnede voorafgaand of tijdens de bevalling onvoldoende heeft overwogen en de CTG-waardes onvoldoende aandacht heeft gegeven. Het beroep heeft tot doel dat het Centraal Tuchtcollege dit klachtonderdeel opnieuw beoordeelt en alsnog ongegrond verklaart, waarmee de maatregel van berisping komt te vervallen.

4.2 De gynaecoloog betoogt daarnaast dat het Regionaal Tuchtcollege in de beoordeling is uitgegaan van niet getoetste of onvoldoende onderzochte aannames, waarbij hij met name doelt op de aannames die zijn verwoord in rechtsoverwegingen 5.4 en 5.5 van de aangevallen uitspraak, die betrekking hebben op klachtonderdeel a). Deze aannames zijn volgens de gynaecoloog (ook) van negatieve invloed geweest op de beoordeling van klachtonderdeel b). Klachtonderdeel a) is door het RTG ongegrond geacht. Gelet hierop zal het college deze aannames – wat daar verder ook van zij - niet betrekken bij de beoordeling van klachtonderdeel b) en behoeft dit betoog daarom geen verdere bespreking.

4.3 Klagers hebben verweer gevoerd en verzoeken het Centraal Tuchtcollege om het beroep van de gynaecoloog te verwerpen.

Toetsingskader

4.4 Het Centraal Tuchtcollege merkt allereerst op dat het zich realiseert dat het overlijden van F. een zeer verdrietige en traumatische gebeurtenis is voor klagers, die een grote invloed heeft gehad en nog altijd heeft op hun leven. Ook begrijpt het Centraal Tuchtcollege dat deze gebeurtenis een grote weerslag heeft (gehad) op de

gynaecoloog. Het Centraal Tuchtcollege heeft daar oog voor, maar zal op een zakelijke manier (moeten) beoordelen of de gynaecoloog heeft gehandeld zoals van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelend gynaecoloog. Daarbij wordt gekeken naar wat in zijn beroepsgroep de norm of standaard is op het moment van de bevalling op 12 september 2020.

Inhoudelijke beoordeling

4.5 Op basis van de stukken en de mondelinge toelichting daarop komt het Centraal Tuchtcollege tot het oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege klachtonderdeel b) terecht gegrond heeft verklaard. Hierna wordt toegelicht hoe het Centraal Tuchtcollege tot dit oordeel komt.

4.6 Uit de stukken en het verhandelde op de zitting volgt dat de ontsluiting vlot verloopt en er vanaf 15:50 uur sprake is van volledige ontsluiting. Op dat moment bevindt de stuit zich nog vrij hoog (H2). Om 16:20 uur is de stuit al dieper (voorbij H3) en wordt er actief gestart met persen in de zijligging. Op dat moment zijn er al duidelijke deceleraties (ongecompliceerde variabele deceleraties met een slagenverlies van > 60 slagen) en een verhoogde basisfrequentie (150-170 bpm) zichtbaar op het CTG en vanaf 16:32 uur is in ieder geval sprake van een abnormaal CTG. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege had de gynaecoloog daarom bij de uitdrijving al moeten constateren dat het kind in dreigende foetale nood was. In ieder geval was het CTG niet geruststellend. Hij had met de kennis van dat moment op zijn minst nadere diagnostiek moeten overwegen en indien dit niet mogelijk was voor een keizersnede moeten kiezen. Dit geldt des te meer nu de vordering van de baring tijdens het persen niet in verhouding was met de eerdere snelle ontsluiting. Anders dan de gynaecoloog betoogt is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat er daarom geen aanknopingspunt was dat een vaginale bevalling snel zou gaan.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van oordeel dat de gynaecoloog verweten kan worden dat hij onvoldoende aandacht heeft gehad voor de CTG-registratie. Daarbij was er voor de aanneming van de gynaecoloog dat de vaginale bevalling snel zou gaan onvoldoende aanleiding, althans was daar gerede twijfel over omdat de actieve uitdrijvingsfase opvallend traag verliep. Onder deze omstandigheden valt het de gynaecoloog aan te rekenen dat hij niet heeft gekozen om over te gaan op een keizersnede toen dat nog tot de mogelijkheden behoorde.

4.8 Verder onderschrijft het Centraal Tuchtcollege het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de gynaecoloog niet adequaat heeft gehandeld tijdens het laatste deel van de uitdrijving. Zo heeft hij, zoals hij tijdens de zitting ook erkende, toen daar de mogelijkheid voor was, te lang gewacht met het actief inzetten van de verschillende handgrepen voor een stuitextractie en zijn bepaalde handelingen en handgrepen niet goed uitgevoerd.

Conclusie en maatregel

4.9 De conclusie is dat de gynaecoloog bij de stuitbevalling niet heeft gehandeld zoals van een redelijk handelend en bekwaam gynaecoloog verwacht kan worden. Dit klachtonderdeel is dan ook terecht gegrond verklaard door het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege is het eens met de opgelegde berisping en legt hierna uit waarom die maatregel passend en geboden is.

4.10 Uit het voorgaande volgt dat de gynaecoloog verwijtbaar heeft nagelaten over te gaan op een keizersnede toen dat nog kon en heeft hij onvoldoende adequaat gehandeld tijdens het laatste deel van de uitdrijving. Dit handelen acht het Centraal Tuchtcollege laakbaar. Het Regionaal Tuchtcollege heeft op grond van de ernst van het verweten handelen terecht geoordeeld dat hier niet kan worden volstaan met een waarschuwing. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van oordeel dat de maatregel

van berisping in stand moet blijven.

4.11 Het beroep zal dan ook worden verworpen

Publicatie

4.12 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het algemeen belang gediend is met de publicatie van deze beslissing en zal bepalen dat deze beslissing wordt bekend gemaakt zoals in het dictum staat vermeld.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep; verstaat dat de maatregel van berisping in stand blijft; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: E.J. Daalder, voorzitter; H. de Hek en T.W.H.E.

Schmitz, leden-juristen en P.J.Q. van der Linden en J.J. Duvokot,

leden-beroepsgenoten, bijgestaan door C.J.M. Manders, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 22 januari 2025.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.