

Uitspraak: 20 juni 2018

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE EINDHOVEN**

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 20 november 2017 binnengekomen klacht van:

[A] en [B]

wonende te [C]

klagers

gemachtigde mr. P.M. van Hapert te Naarden

tegen:

[D]

gynaecoloog

werkzaam te [C]

verweerster

gemachtigde mr. P. Bergkamp te Nijmegen

**1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de cd-rom, ontvangen op 22 januari 2018 van de gemachtigde van klaagster
- de brief d.d. 17 januari 2018 van de gemachtigde van verweerster
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek
- de door de gemachtigde van verweerster toegezonden productie 11
- de pleitnotitie van gemachtigde van klagers, overhandigd ter zitting
- de pleitnotitie van de gemachtigde van verweerster, overhandigd ter zitting.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

De klacht is ter openbare zitting van 18 mei 2018 behandeld. Partijen waren aanwezig en werden bijgestaan door hun gemachtigden. Klagers werden ter zitting tevens bijgestaan door [E] te [F].

## **2. De feiten**

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klagers zijn de ouders van baby [G] (hierna: de baby), geboren op 8 augustus 2016 en overleden op 9 augustus 2016. Tijdens de zwangerschap is klaagster, toen zij op 6 mei 2016 op familiebezoek was, aldaar in het ziekenhuis gezien in verband met vaginaal bloedverlies. Klaagster was op dat moment 24 weken + 3 dagen zwanger van haar eerste kind. Op basis van onderzoek aldaar werd vastgesteld dat de placenta in fundo laag doorlopend lag met velamenteuze navelstrenginsertie en vasa praevia.

Naar aanleiding van deze uitkomst werd klaagster doorverwezen naar het ziekenhuis in de buurt van haar woonplaats. Zij is diezelfde dag per ambulance vervoerd naar dat ziekenhuis en daar tot 8 mei 2016 opgenomen geweest. Tijdens deze opname is door een collega van verweerster op 6 mei 2016 echoscopisch onderzoek verricht. In haar brief d.d. 8 mei 2016 aan de verloskundige van klaagster meldde deze gynaecoloog-perinatoloog het volgende:

“(…) In [naam eerste ziekenhuis]:

*Echo: placenta fundo laag doorlopend met velamenteuze ns insertie en mogelijk vasa praevia.*

(…)

***Echoscopisch onderzoek d.d. 06-05-2016*** (RTG: in het ziekenhuis waar verweerster werkzaam is)

(…)

*Transabdominale echo: hoofdligging, normaal vruchtwater, volop kindsbewegingen, placenta in fundo en over voorwand tot laag doorlopend, niet tot aan ostium internum. Biometrie normaal.*

*Trans vaginale echo: de navelstreng loopt over het ostium internum heen, niet duidelijk of het een losliggende navelstrenglus is of vasa praevia.*

(…)

### ***Beloop***

*Patiënte werd opgenomen ter observatie van vaginaal bloedverlies. Er was gedurende de opname geen sprake van vaginaal bloedverlies. Patiënte mobiliseerde zonder klachten.*

*Patiënte voelde goed leven.*

### ***Conclusie:***

*GIPO. Bij ontslag een AD 24 5/7 weken. Vaginaal bloedverlies in het 2<sup>de</sup> trimester. Laag liggende placenta, geen placenta praevia. Mogelijk: velamenteuze navelstreng insertie/vasa praevia.*

*Er werd een afspraak voor nacontrole gemaakt over 4 weken ter herbeoordeling mogelijke vasa praevia.”*

Laatstgenoemde afspraak werd gemaakt voor 6 juni 2016.

Na overleg met haar verloskundige heeft klager een spoedafspraak gemaakt voor een consult op het spreekuur van verweester op 26 mei 2016 wegens klachten in de onderbuik, polyurieklachten en uitwendige pijn. Tijdens dit consult heeft verweester een transvaginale echo (TVE) uitgevoerd en in het medisch dossier daarover genoteerd: “*cx lengte 46mm zonder funneling*”. Verweester concludeerde dat sprake was van een urineweginfectie en schreef antibiotica voor.

Op 3 juni 2016 werd klager bij een zwangerschapsduur van 28 weken en 4 dagen op verzoek van de verloskundige wederom met spoed op het spreekuur door verweester gezien wegens persisterende krampende buikpijnklachten zonder bloed- of vruchtwaterverlies. Aangezien verweester een TVE moest uitvoeren ter controle van de cervix, sprak zij met klager af om ook meteen een mogelijke vasa praevia te beoordelen. Als uitkomst van de TVE noteerde zij in het medisch dossier: “*CX 35 mm, geen funneling geen vasa praevia*”. De afspraak voor 6 juni 2016 werd afgezegd en klager werd terugverwezen naar de verloskundige voor de verdere controle.

Vanwege een vermoeden van zwangerschapsdiabetes werd klager op 14 juni 2016 door de verloskundige verwezen naar het ziekenhuis. Vanaf dat moment werd zij op de polikliniek gynaecologie door diverse artsen gecontroleerd.

Tijdens het Multi Disciplinair Overleg (MDO) van 22 juli 2016 is het voornemen besproken om vanwege de zwangerschapsdiabetes de bevalling in te leiden bij een zwangerschapsduur van 38 weken. Diezelfde dag had klager een afspraak voor een poliklinisch consult bij verweester. Verweester heeft tijdens dit consult voornoemd voornemen met klager besproken en haar aansluitend aan het consult verwezen naar de diabetesverpleegkundige zoals was besproken tijdens het MDO.

Een collega-gynaecoloog heeft de inleiding van de bevalling ingepland op 9 augustus 2016. Op maandag 8 augustus 2016 - dus één dag voor de geplande inleiding - werd klager, in verband met spontaan gebroken vliezen, om 04.45 uur opgenomen op een van de verloskamers van het ziekenhuis. Het vruchtwater was helder en omdat klager niet spontaan in partu kwam, werd die ochtend besloten om met de inleiding te beginnen.

Tijdens de avondoverdracht heeft de dienstdoende gynaecoloog in overleg met de andere aanwezige gynaecologen besloten dat er een indicatie was voor een spoedkeizersnede.

Om 18.36 uur werd de baby erg bleek en slap geboren. De kinderarts is meteen begonnen met reanimeren. Op 9 augustus 2016 is de baby om 4.20 uur overleden. Klaagster is op 11 augustus 2016 uit het ziekenhuis ontslagen.

Na het overlijden van de baby is binnen het team afgesproken dat verweerster samen met een andere collega het directe aanspreekpunt voor de ouders, klagers, zouden zijn. Op 9 augustus 2016 is verweerster naar het bed van klaagster gegaan om haar te condoleren met het verlies van haar baby. Verweerster en haar collega hebben op de polikliniek op 31 augustus en 20 september 2016 een nagesprek gehad met klagers.

### **3. Het standpunt van klagers en de klacht**

Verweerster wordt grove nalatigheid in haar diagnostiek en medisch handelen verweten doordat:

- a zij onvoldoende aandacht heeft gehad voor de voorgeschiedenis van klaagster en daarmee de risico's van de bevalling heeft onderschat;
- b niet is gebleken dat op 3 juni 2016 gebruik is gemaakt van een kleurendoppler. Het rapport en de plaatjes ontbreken in het EPD. Het onderzoek van 3 juni 2016 is niet toereikend om enige duidelijkheid te kunnen verkrijgen over het al dan niet aanwezig zijn van vasa praevia;
- c na de transvaginale echo van 3 juni 2016 niet meer gericht is gezocht naar vasa praevia. Bij controles na deze datum is niet meer gericht gekeken naar de locatie van de placenta, de velamenteuze aanhechting van de navelstreng en vasa praevia;
- d uit de medisch wetenschappelijke literatuur blijkt dat de aanwezigheid van de vasa praevia niet is uit te sluiten op grond van een transvaginale echo of een doppler flow meting;
- e zij, gezien de eerdere bevindingen in het andere ziekenhuis, nooit volledig had mogen uitsluiten dat er sprake was van vasa praevia. Zij zich had moeten beperken door te zeggen dat deze niet door haar zijn waargenomen, maar dat het vermoeden van vasa praevia bleef bestaan;
- f het medisch beleid naar aanleiding van de velamenteuze insertie van de navelstreng en de mogelijke aanwezigheid van vasa praevia inadequaaf was. Door de onzorgvuldige diagnose van de gynaecoloog is het gevaar van verbloeding bij de bevalling veroorzaakt door vasa praevia onderschat met alle gevolgen van dien. Het optimale beleid zou een

electieve sectio caesaria zijn geweest voordat de spontane weeënactiviteit tot stand komt dan wel op het moment dat de vliezen breken;

g de dossiervorming slordig was waardoor de arts-assistent en de verpleegkundige niet op de hoogte waren van het vermoeden van vasa praevia bij klaagster en de daarmee gepaard gaande risico's. Verweerster was als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de goede dossiervoering.

#### **4. Het standpunt van verweerster**

Verweerster stelt dat zij zich niet schuldig heeft gemaakt aan grove nalatigheid in haar diagnostiek en medisch handelen. Zij heeft bij de behandeling van klaagster gehandeld zoals van een redelijk bekwaam gynaecoloog-perinatoloog mag worden verwacht. Zij heeft gehandeld overeenkomstig de eisen van de professionele standaard. Haar persoonlijk valt geen verwijt te maken.

Ad a: Op 26 mei 2016 was verweerster volledig bekend met de beschrijving van de vasa praevia en het opnameverslag van het eerste ziekenhuis, was zij op de hoogte van de opname in het ziekenhuis wegens bloedverlies en had zij het volledige dossier van klaagster bestudeerd.

Ad b: Omdat onderzoek naar vasa praevia altijd plaatsvindt door middel van een transvaginale echoscopie met behulp van een kleurendoppler heeft verweerster dit niet vermeld in het verslag. Dit onderzoek is wel degelijk geschikt om duidelijkheid te verkrijgen over de aan- dan wel afwezigheid van vasa praevia. Het onderzoek is door verweerster zorgvuldig en correct uitgevoerd en beschreven.

Ad c: Naar aanleiding van de echobevindingen op 3 juni 2016 (placenta hoog in utero, velamenteuze insertie en geen vasa praevia) was er geen indicatie voor herhaling van het onderzoek naar placenta, insertie of vasa praevia.

Ad d: De betrouwbaarheid van zorgvuldig uitgevoerd onderzoek naar vasa praevia is groot. Transvaginale echografie is niet alleen de enige manier om vasa praevia aan te tonen maar ook de enige manier om vasa praevia uit te sluiten.

Ad e: Op 6 mei 2016 heeft een collega van verweerster vasa praevia niet kunnen vaststellen. Aangezien in het tweede trimester vasa praevia of een laag liggende navelstreng gezien kunnen worden, maar die vasa praevia of laag liggende navelstreng gedurende de zwangerschap voor het ostium kunnen wegtrekken, wordt er rond de 28 tot 30 weken standaard nogmaals een onderzoek uitgevoerd om de diagnose te bevestigen of te verwerpen.

Bij de herhaling van dat onderzoek op 3 juni 2016 werd geen vasa praevia gezien zodat de diagnose vasa praevia door verweerster terecht is verworpen.

Ad f: Het medisch beleid was juist en adequaat: een velamenteuze insertie is geen indicatie voor een primaire keizersnede en omdat de diagnose vasa praevia op goede gronden en na adequaat onderzoek is verworpen, bestond er geen indicatie voor een primaire keizersnede. Het verloop van de bevalling en de na de bevalling uitgevoerde onderzoeken tonen aan dat de diagnose vasa praevia terecht is verworpen en dat een vaginale baring verantwoord was.

Ad g: De verslaglegging van verweerster voldoet aan de daaraan gestelde eisen.

## **5. De overwegingen van het college**

Vooropgesteld wordt dat bij het antwoord op de vraag of verweerster tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld in de zin van artikel 47, eerste lid van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), het persoonlijk handelen van verweerster centraal staat. De specifieke klachtonderdelen zien op het handelen van verweerster als gynaecoloog-perinatoloog in het kader van haar contacten met klaagster op 26 mei, 3 juni en 22 juli 2016. Voor het beoordelen van de klachten over het handelen of nalaten tijdens deze contacten, is naar het oordeel van het college niet van belang of verweerster ook hoofdbehandelaarster van klaagster was.

Het college dient te beoordelen of verweerster bij haar beroepsmatig handelen als gynaecoloog-perinatoloog 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 binnen de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Wat dit laatste betreft, is de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie “Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap” van maart 2008 (hierna: de richtlijn) van belang. De verschillende klachtonderdelen, die er in de kern op neerkomen dat verweerster op 3 juni 2016 op onjuiste gronden de diagnose vasa praevia heeft verworpen, worden gezamenlijk besproken.

Vaststaat dat klaagster het spreekuur van verweerster op 3 juni 2016 heeft bezocht vanwege persisterende buikpijnklaachten zonder bloed- of vruchtwaterverlies. Aangezien verweerster vanwege deze klachten een TVE moest uitvoeren, heeft zij met klaagster afgesproken dat zij tevens de mogelijke aanwezigheid van vasa praevia zou onderzoeken. Dit getuigt naar het oordeel van het college van zorgvuldig handelen jegens klaagster, omdat aldus werd voorkomen dat klaagster in korte tijd twee TVE's zou moeten ondergaan. Verweerster wist ten tijde van het onderzoek op 3 juni 2016 dat er in het eerste ziekenhuis op 6 mei 2016 bij

klaagster vasa praevia was vastgesteld, maar dat deze diagnose op dezelfde dag door haar collega niet was bevestigd. Gelet op de bevindingen van haar collega – mogelijk voorliggende lus van de navelstreng of vasa praevia – was afgesproken het onderzoek naar vasa praevia te herhalen bij een zwangerschapsduur van 28-30 weken. De richtlijn schrijft niet voor op welk moment een herhaald onderzoek moet worden verricht.

Op pagina 8 van de richtlijn wordt door de werkgroep geadviseerd om “*indien de placenta in het tweede trimester laagliggend of praevia was met transvaginale echoscopie naar een eventuele vasa praevia (navelstrenginsertie) te kijken.*”. Naar het oordeel van het college heeft verweerster genoegzaam onderbouwd dat na vaststelling van een vermoeden van vasa praevia in het tweede trimester volgens medisch-wetenschappelijk onderzoek een zwangerschapsduur van 28-30 weken een geschikt moment is om te beoordelen of dit vermoeden kan worden bevestigd of verworpen. Klaagster was op 3 juni 2016 28 weken en 4 dagen zwanger en dus was dit een geschikt moment om het onderzoek te herhalen.

Het kan niet anders dan dat verweerster het onderzoek naar vasa praevia met een kleurendoppler heeft uitgevoerd. Dat is de gebruikelijke methode om dit onderzoek te doen, zoals ook blijkt uit de hiervoor genoemde richtlijn: “*antenatale diagnostiek naar vasa praevia is mogelijk m.b.v. echografie en kleurendoppler*”. Gelet op de vanzelfsprekendheid van het gebruik van een kleurendoppler bij dit onderzoek is het begrijpelijk dat verweerster dit niet expliciet in het medisch dossier heeft genoteerd.

Verweerster heeft tijdens het door haar verrichte onderzoek op 3 juni 2016 geen bloedvaten voor het ostium noch in de omgeving van het ostium gezien. Er werden door haar namelijk geen kleuren (blauw en rood, hetgeen duidt op stromend bloed) waargenomen. Klaagster heeft tijdens de behandeling ter zitting bevestigd dat zij op het beeldscherm heeft meegekeken en dat ook zij – anders dan in het eerste ziekenhuis – toen geen kleuren heeft gezien. Anders dan klaagster veronderstelt, betekent het feit dat geen kleuren (blauw en rood) werden gezien niet dat de TVE niet met een kleurendoppler werd uitgevoerd, maar dat er geen vasa praevia werden gezien. Naar het oordeel van het college heeft verweerster vervolgens terecht de diagnose vasa praevia verworpen en in het dossier genoteerd. De vermelding in het dossier “*geen vasa praevia*” is kort en bondig, maar voldoende. Dit is immers de informatie die voor opvolgende behandelaars van belang is. Daarom kan niet worden gezegd dat de dossiervorming slordig was.

Anders dan klagers stellen, volgt uit genoemde richtlijn niet dat het onderzoek nog een keer moet worden herhaald of dat één negatief resultaat onvoldoende is om de diagnose definitief te verwerpen. Dat de diagnose vasa praevia door verweerster terecht is verworpen, wordt

voorts bevestigd door het verloop van de bevalling en de resultaten van de na de bevalling verrichte onderzoeken. Zo was het vruchtwater bij het breken van de vliezen helder en was er dus op dat moment geen sprake van een gescheurd bloedvat. Daarnaast blijkt uit het operatieverslag dat er tijdens de keizersnede door de operateurs geen vasa praevia zijn gezien en ook niet bij inspectie van de placenta na de geboorte. Bovendien staat in het - aangevulde - verslag van de patholoog van 22 december 2017:

*“AANVULLEND VERSLAG 19-12-2017: n.a.v. telefonisch overleg met gynaecoloog: vasa praevia kan macroscopisch worden gezien doordat we bloedvaten zien lopen in de vliezen. Dat was hier niet het geval.”*

Klagers hebben bezwaar gemaakt tegen het gebruik van het aanvullend verslag. Het college verwerpt dit bezwaar. Weliswaar was het beter geweest als deze opmerking al vanaf het begin in het verslag had gestaan, maar nu uit het aangepaste pathologisch verslag duidelijk blijkt dat het een aanvulling betreft, die op verzoek van de gynaecoloog is toegevoegd, is er geen aanleiding om deze aanvulling buiten beschouwing te laten. Het college gaat ervan uit dat deze aanvulling in overeenstemming is met het destijds door de patholoog verrichte onderzoek.

Het college concludeert op grond van het bovenstaande dat verweerster op 3 november 2016 gelet op de stand van de wetenschap van dat moment en gelet op hetgeen toen binnen de beroepsgroep als norm was aanvaard, op juiste en deugdelijke gronden de diagnose vasa praevia heeft verworpen. Zij heeft tijdens alle consulten gehandeld zoals van een redelijk handelend en redelijk zorgvuldig gynaecoloog-perinatoloog mocht worden verwacht en haar kan dan ook geen nalatigheid in haar diagnostiek noch in haar medisch handelen worden verweten.

Hoezeer ook het college beseft dat het overlijden van [G] voor klagers zeer traumatisch is geweest, doet dat er niet aan af dat verweerster dienaangaande geen verwijt valt te maken.

De conclusie op grond van het bovenstaande is dat de klachtonderdelen ongegrond zijn.



**6. De beslissing**

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. H.A.W. Vermeulen als voorzitter, mr. J.W. van Rijkom als lid-jurist, dr. G.L. Bremer, C.I.M. Aalders en dr. A.L.M. Mulder als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. M. van der Hart als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 20 juni 2018 in aanwezigheid van de secretaris.