

Uitspraak: 28 november 2019

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

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

[A], klagster

en

[B], klager

wonende te [C]

hierna tezamen te noemen: klagers

gemachtigde Y.P.J. Drost te Hengelo

tegen:

[D]

gynaecoloog

werkzaam te [E]

verweerder

gemachtigde: mr. O.L. Nunes te Utrecht

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

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

18149-4

- de ter zitting overgelegde pleitnota van de gemachtigde van verweerder.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek.

De klacht is ter openbare zitting van 6 september 2019 behandeld tezamen met de klachtzaken tegen zeven andere gynaecologen onder zaaknummers 18149-1 t/m 3 en 18149-5 t/m 8.

Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

Klagers hebben tevens klachten ingediend tegen de anesthesioloog en kinderarts. Deze klachtzaken met zaaknummers 18149-10 en 18149-11 zijn behandeld op de openbare terechtzitting van 13 september 2019.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klaagster is op 3 oktober 2013 bij een termijn van 18 weken en 5 dagen gezien op de polikliniek van het ziekenhuis waaraan verweerder als gynaecoloog is verbonden (hierna te noemen: het ziekenhuis), na verwijzing door de eerstelijns verloskundige vanwege toenemende oedemen aan handen, benen en voeten. Zij is toen gezien door een collega van verweerder.

Na het afnemen van de anamnese, lab- en lichamelijk onderzoek concludeerde de collega blijkens het medisch dossier van klaagster:

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

Bij een zwangerschap van 20 weken werd een structurele echo gemaakt. Daarbij is vermeld dat de placenta zich op de achterwand en zijwand rechts van de uterus bevindt. Op 14 november 2013 is, bij een zwangerschap van 24 weken en 5 dagen, een verloskundig echoscopisch onderzoek uitgevoerd. Daarop werd gezien dat de locatie van de placenta dorsaal met lateraal/ventrale lob was. De conclusie van de echo was: *“geen bijzonderheden”*. Op 18 november 2013 zag een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-1 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna gynaecoloog 1) klaagster voor het eerst op zijn poliklinisch spreekuur. Bij brief van dezelfde datum stelde gynaecoloog 1 - als hoofdbehandelaar van klaagster - bij een zwangerschap van 25 weken en 2 dagen aan de eerstelijns verloskundigenpraktijk voor om de begeleiding over te laten nemen door de tweede lijn. Redenen hiervoor waren dat het de eerste zwangerschap van klaagster was, zij inmiddels

18149-4

25 kilo was aangekomen en zij een wat “*geprikkelde*” tensie had. Klaagster heeft daarna diverse keren het poliklinische spreekuur bezocht, waarbij zij door collega’s van verweerder werd gezien.

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

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

Leven+, geen bloed/vochtverlies

ONDERZOEK: RR handmatig 140/80

RR automaat 129-157/66-91

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

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

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

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

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

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

ONDERZOEK: RR 140/80, P84

CTG: BHF 130, acc+, dec-, var+, toco irr contracties niet pijnlijk

C/normaal CTG (nog extra stukje CTG ingescand in Mosos O)

18149-4

IS: actief bloedverlies gezien, kleine stolselstje ook

TAE: mooi beweeglijk kind, normaal vruchtwater

LO: grote uitzetting, cbibi CONCLUSIE: actief bloedverlies met een goede foetale conditie medisch beleid: iom met [naam van een collega-gynaecoloog, tegen wie onder zaaknummer 18149-2 ook een klacht bij het college is ingediend; hierna: gynaecoloog 2]

- opname A6 ter observatie bloedverlies

- 2x dd CTG

- stolling wordt geprikt

- W+T

Opname volgens protocol: 024780 Vaginaal bloedverlies 2e helft zwangerschap

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

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

vaginaal/rectaal is. O/ RR 140/80. CTG optimaal. UZO: grote uitzetting, cbibi. IS: actief BV, klein stolseltje. TAE: kb+, nl vrw, groei p90. B/ opname ter obs, W + T"

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

"Geroepen wegens anamnestic fors helder rood bloedverlies bij toiletgang. Bij aankomst geen klachten. Geen actief bloedverlies. Voelt geen contracties.

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

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

CTG fraai

C/ wederom helder rood bloedverlies. Geen aanwijzingen voor (partiele) abruptio, praevia.

Niet in partu. Goede maternale en foetale conditie.

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

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

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

Op 3 februari 2014 vond een poliklinische controle plaats door gynaecoloog 1. De conclusie van het verloskundig echoscopisch onderzoek was "positieve discongruentie".

18149-4

Op 6 februari 2014 (termijn 36 weken en 5 dagen) werd klaagster wederom op de triage van het ziekenhuis gezien vanwege bloedverlies thuis. In het ziekenhuis werd geen bloedverlies meer geconstateerd. Zij werd ter observatie opgenomen. De decursus vermeldt:

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

ONDERZOEK: RR 130/85 P 68 T 36.8

UO:3/4 nx cbibi, soepele buik

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

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

nu geen actief bloedverlies in maandverband

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

Opname volgens protocol: 024780 Vaginaal bloedverlies 2e helft zwangerschap

medisch beleid: iom dr. [naam collega-gynaecoloog, tegen wie onder zaaknummer 18149-3 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna: gynaecoloog 3]

- opname op A6 volgens protocol

- pte mag al mobiliseren

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

- geen waakinfuus

- arts ass A6 op de hoogte

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

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

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

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

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

“geen PE klachten

18149-4

*wat nu? pos. dys./veel oedeem
overleg RRS: niet te veel overtijd"*

Op 25 februari 2014 werd klaagster opnieuw in het ziekenhuis opgenomen door verweerder, die op dat moment de dienstdoende gynaecoloog was. De decursus vermeldt:

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

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

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

Allergie: geen, medicatie: geen

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

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

C/ normaal CTG

RR 135/100, 142/100

P:92, AHF 16

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

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

UO: zeer grote uitzetting, rug links, cvibi.

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

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

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

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

leven +, vbv +, vocht -.

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

EKR 35.

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

Om 10.25 uur werd in de decursus genoteerd:

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

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

Om 11.27 uur werd in de decursus genoteerd:

18149-4

medisch beleid: Overleg met DD [naam verweerder].

Opname A5 i.v.m. bloedverlies, oedemen en PE (alhier A5 voldoende plek en volgende dag inleiding), drie maal daags CTG controle, bij herhaling van bloedverlies eerder. Drie maal daags tensie controle, zn eerder bij tensie > 140/90. Inleiding staat gepland voor 26/02.

Uitleg over inleiding gegeven, inleiding middels prostin gezien bloedverlies. Dhr en Mw op de hoogte. Nu geen noodzaak tot start met medicatie. 48 uur post partum observatie.”

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

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

Opname A6.

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

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

“Medisch beleid iom dr [naam verweerder]:

- geen medicatie mbt RR

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

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

“Med.rap.: G1PO, D 39+4wkn

RvK: Inleiding PIH en verdenking PE

pte is gisteren opgenomen op A6

forse oedemen, 40 kg aangekomen

2x vaginaal bloedverlies

gisteren PIH en EKR 35

NB: placenta bilobata!!!”

Om 09.45 uur werd in het medisch dossier genoteerd:

“mw heeft redelijk geslapen

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

veegje bloedverlies

RR 130/95 mmHg (7.45 uur)

Lab: Hb 7,7, Tr: 166

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

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

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

18149-4

RR nu 140/95 mmHg

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

waaknaald ivm oplopende tensie

CTG handhaven

tensie over 1 uur handmatig overmeten”

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

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

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

Start labetalol 3x dd 100mg oraal

pte mag even douchen, over 1uur tensie overmeten en CTG weer aansluiten”

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

Op 27 februari 2014 (00.34 uur) verloor klaagster vaginaal helderrood bloed. De dienstdoende gynaecoloog was een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-8 ook een klacht bij het college is ingediend; hierna: gynaecoloog 8). Het CTG werd aangesloten. Om 01.55 uur was bij het vaginaal toucher sprake van helderrood bloedverlies. In de verpleegkundige notities is om 02.54 uur vermeld:

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

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

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

Om 13.27 uur vermeldt de decursus:

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

B/2 mg prostin

Over 3 uur herbeoordelen.”

Om 17.30 uur vermeldt de decursus:

18149-4

“NB: Dhr maakt een gespannen en bezorgde indruk, wil er niet over praten. Na het VT alleen met mw gesproken. Gevraagd of dhr alles wel begrijpt. Mw. geeft aan dat dhr het Nederlands nu niet goed kan volgen. Aangegeven dat we dhr ook graag willen begeleiden dus ook alle uitleg willen geven die hij nodig heeft. Mw vertelt dat dhr zich afvraagt waarom er geen keizersnede gedaan gaat worden. Info gegeven over dat sectie ook nadelen heeft voor kraambed en volgende zwangerschap. Ook uitleg gegeven over waarom start vochtbalans. Afhankelijk avond/nacht en conditie moeder en kind zal morgen verder beleid besproken worden. Mw zal dit alles met meneer terug koppelen. Als mw verduidelijking nodig heeft komt ze er op terug bij mij.”

Om 20.20 uur staat er:

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

Gynaecoloog 8 sprak met klagers over het beloop en beleid. Zij rapporteerde om 22.15 uur in de decursus:

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

CTG optimaal

RR 125/80, vochtbalans heden 450 ml positief.

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

B: proberen te slapen met PCM 100 mg en Normison 20 mg indien wakker dan CTG en RR 28/2 ochtend toxlab cito

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

Vanaf de ochtendoverdracht op 28 februari 2014 tot en met de ochtendoverdracht op 1 maart 2014 is een collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18148-6 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna gynaecoloog 6) de dienstdoende gynaecoloog. Tijdens de ochtendoverdracht van 28 februari 2014 werd besloten dat het een rustdag zou worden. Om 16.38 uur werd het CTG als normaal beoordeeld. In de avond lijkt klaagster in partu te komen. De decursus vermeldt om 21.15 uur:

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

18149-4

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

Op 1 maart 2014 om 00.36 uur noteerde de arts-assistent onder meer in de decursus:

“V: gebroken (...) VT: 3 cm, AROM, veel helder vruchtwater, SE plaatsen niet gelukt”

Het CTG werd om 00.40 uur en 01.22 uur beoordeeld als suboptimaal. Om 01.58 uur vermeldt de decursus:

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

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

B/ dkt [naam gynaecoloog 6] op de hoogte gebracht van bloedverlies en abnormaal CTG. SE plaatsen wederom niet gelukt.”

Gynaecoloog 6 noteerde om 02.11 uur in de decursus:

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

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

CTG: goede variabiliteit geen acceleraties. Tgv pethidine?

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

nu weer goed herstel. nu bhf 140??

C/ geen reden voor interventie

syntho verder ophogen, expectatief”

Om 03.47 uur werd in de decursus genoteerd:

“VT 4 cm, verstreken, SE geplaatst CTG: iom dkt [naam gynaecoloog 6] normaal CTG, dus varen op STAN.

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

Om 04.44 uur werd door de arts-assistent genoteerd:

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

Om 05.39 uur staat er:

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

18149-4

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

Om 06.28 uur staat er:

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

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

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

Tijdens de ochtendoverdracht is de situatie van klagerster besproken. Hiervan is geen dossieraantekening gemaakt. Gynaecoloog 1, gynaecoloog 6 en de collega-gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer 18149-7 ook een klacht bij het tuchtcollege is ingediend; hierna: gynaecoloog 7) die na de ochtendoverdracht de dienstdoende gynaecoloog was, waren daarbij aanwezig. Er werd besloten een microbloedonderzoek (hierna: MBO) te laten uitvoeren.

Om 10.40 uur werd in de decursus genoteerd:

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

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

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

Aanhoudend helderrood bloedverlies, + stolsels

VT: VO, CH2+

MBO afgenomen, vlotte afname, uitslag pH 7,31

Dkt [naam gynaecoloog 7] geïnformeerd

STAN goede registratie, geen events

B/start actief persen”

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

18149-4

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

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

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

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

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

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

18149-4

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

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

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

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

In een brief van 27 maart 2014 van het tweede ziekenhuis aan de kinderarts van het (eerste) ziekenhuis schreven de kinderarts-neonatoloog en verpleegkundig specialist neonatologie i.o: (pag. 211-213 van het medisch dossier)

“Er werd een dochter geboren, [naam dochter]. Zij kwam bleek, slap en niet ademend, zonder hartactie ter wereld. Er werden 3x5 insufflatie beademingen gegeven. Er was geen verbetering van de hartactie waarop werd gestart met hartmassage. [naam dochter] werd 3 minuten post partum geïntubeerd, 5 minuten post partum was de hartactie > 60 slagen per minuut en ademde [naam dochter] spontaan waarop ze gedetubeerd is. Apgarscores waren 1, 5 en 7 na respectievelijk 1, 5 en 10 minuten. [naam dochter] werd met CPAP ondersteuning naar de couveuse afdeling getransporteerd. Het geboortegewicht bedroeg 4070 gram (p90). Navelstreng PH: 7.27

(...)

MRI cerebrum:

04-03: uitgesproken diffuus oedeem van de grote hersenen corticaal-subcorticaal met sterk verlaagde diffusiewaarden (0,3-0,4) en licht verlaagde diffusiewaarden in de centrale witte

18149-4

stof (1,0-1,2). Tevens in Corpus Callosum en Cortico-spinale banen. Putamen en Thalami beiderzijds deels verlaagde diffusie. Zeer slanke ventrikels.

Conclusie: beeld passend bij hypoxie-ischemie en epilepsie.

(...)

Diagnose:

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

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

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

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

Naar aanleiding van een interne melding van het beloop van de bevalling als mogelijke calamiteit bij de medisch specialist patiëntveiligheid van het ziekenhuis, heeft op 11 maart 2014 een multidisciplinair overleg plaatsgevonden. Daarbij waren onder meer gynaecoloog 1, gynaecoloog 7, de anesthesioloog en de kinderarts aanwezig. Gynaecoloog 6 was wegens vakantie afwezig. Geconcludeerd werd dat geen sprake was van een calamiteit (in de zin van de tot dan toe geldende Kwaliteitswet Zorginstellingen, thans: Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg) en dat geen melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (thans: Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, hierna: Inspectie) behoefde te worden gedaan.

Op 15 juli 2014 heeft gynaecoloog 8 namens de vakgroep gynaecologie/verloskunde de Inspectie op de hoogte gesteld van het beloop van de gebeurtenissen. De brief aan de Inspectie is gedateerd op 6 juni 2014. Desgevraagd heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis de Inspectie laten weten dat niet werd voldaan aan de definitie van calamiteit in de zin van de wet. Per brief van 29 september 2014 heeft de Inspectie het ziekenhuis verzocht onderzoek te doen naar het verloskundig traject. Gynaecoloog 1 heeft als hoofdbehandelaar de huisarts van klagers geïnformeerd dat er een SIRE-onderzoek ging plaatsvinden. Het onderzoek resulteerde in het SIRE-rapport van 11 maart 2015. Onder meer gynaecoloog 1, gynaecoloog 6, gynaecoloog 7, de anesthesioloog en de kinderarts zijn in het kader van dit

onderzoek geïnterviewd. Het rapport is, desgevraagd, op 20 juni 2016 aan klagers gezonden. Een kopie is aan hun huisarts gestuurd.

3. Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers verwijten verweerder dat hij:

- a. klaagsters klachten en zorgen en de problemen bij hun dochter tijdens de klinische behandeling niet serieus heeft genomen;
- b. niet, althans onvoldoende, heeft voldaan aan zijn informatieplicht (zie ook artikel 7:448 BW), aangezien hij:
 - klaagster niet op zorgvuldige wijze heeft geïnformeerd over de onderzoeken, de uitslagen daarvan en de behandelingen die zij en de dochter ondergingen en wat de mogelijke opties waren, ook met betrekking tot vervolgonderzoeken;
 - klaagster de diagnose placenta bilobata niet heeft meegedeeld;
 - niet, althans onvoldoende, de mogelijke oorzaken van klaagsters vaginaal bloedverlies heeft besproken;
 - klaagster voor de bevalling niet, althans onvoldoende, heeft gewezen op de mogelijke complicaties voor moeder en dochter;
 - klaagster niet in staat heeft gesteld een weloverwogen besluit te nemen over (voorgestelde) onderzoeken en behandeling voor moeder en dochter, waaronder de wijze van bevallen;
 - klaagster niet, althans niet voldoende heeft geïnformeerd wie de leiding of de eindverantwoordelijkheid had;
 - de huisarts, althans de eerstelijns zorg waaronder ook de verloskundige niet heeft geïnformeerd;
- c. onvoldoende onderzoek en diagnostiek heeft verricht en een al met al te afwachtend en onjuist beleid heeft gevoerd, aangezien hij:
 - geen, althans onvoldoende, differentiaal diagnostiek heeft verricht;
 - geen nader echoscopisch onderzoek door middel van een kleurendoppler met pulsed dopplertechniek heeft verricht naar de oorzaak van klaagsters vaginaal bloedverlies en geen nader onderzoek heeft verricht naar het verloop van de verbindende vaten tussen de placentadelen, al dan niet laag in utero, en de bevindingen onvoldoende onderling heeft geëvalueerd;

- klaagsters vaginaal bloedverlies tijdens de verschillende opnames niet heeft geobjectiveerd;
 - geen bloedtest (bv. de Kleihauer Betke test) heeft gedaan om te bepalen of het vaginaal bloedverlies van moederlijke of kinderlijke oorsprong is;
 - de NVOG-richtlijn “Bloedverlies in de tweede helft zwangerschap” niet heeft nageleefd en de diagnose vasa previa, die ten onrechte ook niet differentiaal diagnostisch is overwogen, heeft gemist;
- d. een onvolledige en onjuiste overdracht aan de andere (kinder)artsen heeft gedaan en de casus van klaagster onvoldoende onderling heeft besproken en onvoldoende (onderlinge en zelf-)reflectie heeft;
- e. de geheimhoudingsverplichting heeft geschonden;
- f. geen juiste uitvoering heeft gegeven aan het hoofdbehandelaarschap;
- g. in strijd met artikel 38 Wet BIG aan een klinische verloskundige een opdracht tot het verrichten van een in artikel 36 Wet BIG beschreven handeling heeft gegeven;
- h. niet, althans onvoldoende heeft voldaan aan zijn dossierplicht, aangezien:
- hij op niet adequate en juiste wijze het medisch dossier van klaagster en de dochter heeft bijgehouden en daarin tegenstrijdigheden heeft opgenomen;
 - het medisch dossier geen blijk geeft van het toezicht op de klinisch verloskundige door een arts;
- i. de praktijkorganisatie onvoldoende op orde had aangezien hij:
- geen, althans een onvoldoende, werkplan had;
 - twee ANIOS/AIOS gelijktijdig dienst heeft laten doen in de nacht voorafgaande aan de bevalling;
 - de operatiekamer niet op orde had;
- j. te laat en geanteteerd een calamiteit aan de Inspectie heeft gemeld en de Inspectie onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd;
- k. in strijd heeft gehandeld met de GOMA door niet (direct volledige) openheid van zaken te geven na de geboorte van de dochter en lange tijd te ontkennen dat medisch verwijtbare fouten zijn gemaakt;
- l. in strijd heeft gehandeld met de NVOG-richtlijn “Inductie van de baring”, omdat hij de baring ten onrechte kunstmatig op gang heeft gebracht door middel van prostaglandinen en de consequenties en de mogelijke tijdsduur daarvan niet met klaagster heeft besproken.

18149-4

Klagers hebben voorts verzocht om, bij (geheel of gedeeltelijke) gegrondverklaring van de ingediende tuchtklachten met oplegging van een maatregel, in de beslissing op te nemen dat de kosten die zij in verband met de behandeling van de klachten redelijkerwijs hebben moeten maken door verweerder worden vergoed.

4. Het standpunt van verweerder

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

5. De overwegingen van het college

Het college heeft er begrip voor dat het overlijden van hun dochter voor klagers zeer aangrijpend is geweest. Dat doet er niet aan af dat het tuchtcollege het beroepsmatig handelen van verweerder zakelijk dient te beoordelen. Bij deze tuchtrechtelijke beoordeling gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar dient te worden beoordeeld of verweerder als gynaecoloog heeft gehandeld zoals van een redelijk handelend en redelijk bekwaam gynaecoloog in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Voorts staat bij deze tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van verweerder alleen het persoonlijk handelen van verweerder centraal.

Persoonlijke betrokkenheid verweerder

Verweerder is als dienstdoend gynaecoloog bij de behandeling van klaagster enkel betrokken geweest bij haar opname op 25 en 26 februari 2014 (zie onder 2. De feiten). Bij gebreke van persoonlijke betrokkenheid bij de klachtonderdelen e, f, j en k missen deze klachten feitelijke grondslag. De in deze klachtonderdelen vervatte verwijten treffen verweerder namelijk niet rechtstreeks. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

Klachtonderdeel a

Het eerste klachtonderdeel – en wat betreft klagers ook het belangrijkste klachtonderdeel – kort en zakelijk weergegeven inhoudende dat klaagsters zorgen en de problemen bij de dochter tijdens de klinische behandeling door verweerder niet serieus zijn genomen, is door

klagers nader geconcretiseerd in de klachtonderdelen b en c. Klachtonderdeel a heeft daarom geen zelfstandige betekenis en behoeft om die reden geen bespreking.

Klachtonderdeel b

In dit klachtonderdeel, toegespitst op de persoonlijke betrokkenheid van verweerder, wordt verweerder verweten dat hij i) klaagster niet heeft geïnformeerd over de onderzoeken en uitslagen betreffende het vaginaal bloedverlies en ook niet heeft geïnformeerd over de mogelijke oorzaken van het bloedverlies en ii) de diagnose placenta bilobata niet heeft meegedeeld. Deze complicatie zou verweerder aan klaagster hebben moeten meedelen en door dat na te laten heeft hij haar niet in staat gesteld weloverwogen een besluit te nemen over de voorgestelde onderzoeken, behandelingen en de wijze van bevallen.

Verweerder merkt op dat zijn betrokkenheid bij de behandeling en begeleiding van klaagster zich beperkt tot 25 februari 2014 toen hij door de dienstdoende klinisch verloskundige over klaagster werd geïnformeerd. Op basis van de medische gegevens (diagnose pre-eclampsie bij een patiënte à terme) en het overleg met de klinisch verloskundige besloot verweerder dat er een indicatie voor opname was en dat de volgende dag zou kunnen worden gestart met het inleiden van de bevalling. Gelet op het vaginale bloedverlies werd aan het opvolgende team het advies gegeven de inleiding door middel van Prostin te doen.

Voorts stelt verweerder dat hij niet betrokken was bij de echo d.d. 1 februari 2014 waarbij de placenta bilobata is vastgesteld, zodat dat verwijt feitelijke grondslag mist.

Het college overweegt als volgt.

Ad i: het niet informeren over de onderzoeken betreffende het bloedverlies

Vaststaat dat verweerder klaagster op 25 februari 2014 zelf niet heeft gezien. Klaagster meldde zich toen voor de derde keer op de triage van het ziekenhuis vanwege bloedverlies. Zij is daar gezien door de klinisch verloskundige en zoals uit het medisch dossier blijkt, heeft deze onderzoek verricht, zoals uitwendig onderzoek van de buik, hemodynamische controle van klaagster, CTG-onderzoek naar de conditie van het kind, abdominaal echografisch onderzoek, inwendig onderzoek ('in speculo') en een vaginaal toucher. Wat betreft het bloedverlies vermeldt de decursus *“Alhier een klein beetje helder vbv (college: vaginaal bloedverlies) in verband, thuis doordrenkt en broek ook nat.”* Naar aanleiding van het inwendig onderzoek ('in speculo') noteerde de klinisch verloskundige: *“opnieuw actief bloedverlies, kleine stolselfjes, helder, cervix normaal uiterlijk”* en bij conclusie: *“goede foetale conditie. Pre-eclampsie. Flinke oedemen. Bloedverlies e.c.i. (college: lees: oorzaak*

onbekend)". Het verwijt dat klaagster niet is geïnformeerd over de mogelijke oorzaak van het bloedverlies is niet terecht. Ondanks het verrichte onderzoek is de oorzaak immers niet komen vast te staan. Ook het verwijt dat het bloedverlies niet, althans onvoldoende, is geobjectiveerd treft geen doel. In 2014 was het binnen de beroepsgroep niet gebruikelijk het bloedverlies te meten doch werd volstaan met vermeldingen in de decursus als weinig, gering of veel. Zoals verweerder terecht opmerkt, is bij klaagster het bloedverlies ook gemeten door controle van het Hb. Nadat in de decursus om 10.25 uur is vermeld dat er opnieuw sprake was van helder rood bloedverlies, volgt uit de notitie van 11.27 uur dat de klinisch verloskundige contact heeft opgenomen met verweerder en dat deze heeft besloten dat klaagster moest worden opgenomen in verband met het bloedverlies, oedemen en pre-eclampsie. Ook staat in het dossier dat verweerder besloot dat de bevalling de volgende dag zou worden ingeleid. Voorts volgt uit het dossier dat daarover uitleg is gegeven (zie onder 2. Feiten).

Naar het oordeel van het college valt dan ook niet in te zien dat verweerder niet heeft gehandeld als redelijk handelend en redelijk bekwaam gynaecoloog door klaagster in overeenstemming met het protocol te laten opnemen om het bloedverlies in de gaten te houden. Voorts heeft verweerder op goede gronden besloten tot de inleiding van de bevalling en uit het dossier blijkt dat klaagster daarover - door de klinisch verloskundige - is geïnformeerd.

Ad ii het niet meedelen diagnose placenta bilobata

Dat verweerder niet betrokken was bij het echografisch onderzoek (TAE) laat onverlet dat hij na zijn besluit tot inleiding klaagster had moeten informeren over mogelijk te verwachten complicaties vanwege bij klaagster geconstateerde afwijkingen.

Het is de vraag of de diagnose placenta bilobata een afwijking is, zoals klagers stellen, maar door verweerder gemotiveerd is betwist.

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

In het naar aanleiding van het op 14 november 2013 verrichte echoscopisch onderzoek gemaakte verslag (p. 207 medisch dossier) is genoteerd: "*Locatie placenta: dorsaal met*

18149-4

lat/ventrale lob". Hieruit leidt het college af dat bij klaagster sprake was van een placenta bilobata waarbij één lob van de placenta aan de rugzijde lag en de andere lob aan de voorzijde van de baarmoeder.

Uit het echoscopisch onderzoek, verricht op 1, 6 en 24 februari 2014, blijkt dat de placentalobben niet laag in de baarmoeder lagen, waardoor de kans op vasa previa zeer klein was. Ook was bij deze echoscopisch onderzoeken geen aanwijzing voor vasa previa gevonden. De velamenteuze insertie van de navelstreng werd bij de keizersnede vastgesteld. Een baby heeft circa 300 ml bloed bij de geboorte. Al bij gering foetaal bloedverlies zijn er gevolgen voor de foetale conditie. Dit kan zich uiten in het minder voelen van bewegingen van de baby of in een veranderd hartfrequentiepatroon op het CTG. Herhaald vaginaal bloedverlies in de zwangerschap is vrijwel nooit van foetale origine. Bij klaagster was sprake van herhaald vaginaal bloedverlies met flinke intervallen zonder dat dit effect had op de foetale conditie, zoals geobjectiveerd bij alle tijdens de opnames verrichte onderzoeken.

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

Anders dan klagers veronderstellen, is een placenta bilobata geen afwijking. Een placenta bilobata moet worden gezien als een variatie op een normaliter uit één geheel bestaande placenta. Nu uit de echoscopische onderzoeken bleek dat de placenta bilobata bij klaagster niet laag was gelegen, volgt uit de NVOG-richtlijn "Bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap" dat er geen sprake was van een risicofactor. Er was daarom geen aanleiding om klaagster daarover te informeren omdat het risico op vasa previa in dat geval zeer klein is. De geconstateerde placenta bilobata had daarom geen gevolgen voor het te volgen beleid. Een behandelaar dient er bovendien voor te waken een patiënt onnodig ongerust te maken. Door verweerder is gelet hierop niet in strijd met het bepaalde in art. 7:448 lid 2 BW gehandeld. De vermelding in het medisch dossier dat sprake is van een placenta bilobata is daarentegen niet overbodig; die vermelding moet worden gezien in het licht van de bevalling die, mede gelet op de teambehandeling in het ziekenhuis, door een ander dan degenen die een dergelijke vermelding in het dossier hebben aangebracht, kan worden begeleid. Deze gynaecoloog (of klinisch verloskundige) moet er namelijk op letten dat de volledige placenta wordt geboren.

18149-4

Naar het college aanneemt, heeft de klinisch verloskundige op 26 februari 2014 daarom in de decursus genoteerd: “NB: *placenta bilobata!!!*”

De conclusie is dan ook dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

Klachtonderdeel c

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

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel d

Dit klachtonderdeel bevat de klacht dat sprake is geweest van een onvoldoende overdracht. Nog afgezien van het feit dat dit klachtonderdeel ten aanzien van verweerder onvoldoende is geconcretiseerd, is namens verweerder de gebruikelijke wijze waarop in het ziekenhuis de overdracht plaats vindt toegelicht. Volgens deze toelichting vindt de overdracht door de week drie keer op een dag plaats en in het weekend twee keer. Tijdens die overdrachten worden op een groot scherm van iedere patiënt de relevante uitslagen en beeldvormend onderzoek (zoals een CTG) aan de opvolgende dienstdoende gynaecologen en verloskundigen getoond, toegelicht en besproken en wordt aan de hand daarvan het (vervolg)beleid bepaald. Het college acht het voorstelbaar dat tijdens de dienst van verweerder de overdrachten op deze wijze zijn verlopen. Aldus kan niet worden gezegd dat sprake is geweest van een onvolledige of onjuiste overdracht.

Dit klachtonderdeel is onvoldoende geconcretiseerd en is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel g

Met dit klachtonderdeel wordt verweerder verweten in strijd met artikel 38 Wet BIG aan een klinisch verloskundige een opdracht tot het verrichten van een in artikel 36 Wet BIG beschreven handeling te hebben gegeven. Klagers hebben in het klaagschrift naar voren gebracht dat dit klachtonderdeel concreet ziet op ‘het (zelfstandig) beoordelen van een CTG’ door een klinisch verloskundige. Voor zover door klagers nog andere handelingen zijn

18149-4

bedoeld, is niet duidelijk geworden welke handelingen dat zijn. Het college beperkt zich in de beoordeling dan ook tot de handeling ‘het (zelfstandig) beoordelen van een CTG’.

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

Het college overweegt als volgt.

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

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

Dit betekent dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

18149-4

Klachtonderdeel h

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

Klachtonderdeel i

Gelet op het feit dat de betrokkenheid van verweerder bij de behandeling van klaagster zich beperkt tot 25 en 26 februari 2014 (tot 8.00 uur) is van dit klachtonderdeel alleen het ontbreken van een werkplan van belang.

Niet duidelijk is wat is bedoeld met ‘werkplan’. Voor zover wordt bedoeld dat er geen sprake was van een uitgezet beleid betreffende de klachten van klaagster, blijkt uit het medisch dossier dat daarvan op 25 en 26 februari 2014 wel degelijk sprake was. Klaagster is namelijk volgens het protocol “Vaginaal bloedverlies in de tweede helft van de zwangerschap” opgenomen om tijdens die opname dat bloedverlies in de gaten te kunnen houden. Ook is tijdens die opname de conditie van de foetus door middel van regelmatige CTG-registratie in de gaten gehouden.

Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel l

In dit klachtonderdeel wordt verweerder kort gezegd verweten dat hij in strijd met NVOG-richtlijn “Inductie van de baring” de baring ten onrechte kunstmatig op gang heeft gebracht. Zoals hiervoor overwogen heeft verweerder heeft alleen op 25 februari 2014 besloten tot inleiding, maar is hij bij de inleiding zelf niet betrokken geweest.

Dit klachtonderdeel is ongegrond vanwege het ontbreken van een feitelijke grondslag.

Conclusie

Uit het voorgaande volgt dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn. Het opleggen van een maatregel is derhalve niet aan de orde.

Kostenveroordeling

Sinds 1 april 2019 is in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg opgenomen dat het college in geval van een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht kan beslissen dat de aangeklaagde partij de kosten dient te vergoeden die de klagende partij in verband met de behandeling van de klacht redelijkerwijs heeft moeten maken. Daarvan is in casu, zoals uit het vorenstaande blijkt geen sprake, zodat om die reden het verzoek van klagers op dit punt dient te worden afgewezen. Daarnaast heeft het volgende, maar dit in algemene zin, te gelden. Op basis van intern beleid van de tuchtcolleges wordt van de mogelijkheid tot vergoeding van gemaakte kosten geen gebruik gemaakt als de klacht vóór 1 april 2019 is ingediend. Hiervoor is gekozen, omdat er geen overgangsrecht is bepaald en deze nieuwe regeling nadelig uitpakt voor de verwerende partij. Het is in strijd met het rechtzekerheidsbeginsel om de regeling dan ook toe te passen op klachten die zijn ingediend vóór de inwerkingtreding van de kostenveroordelingsregeling. Aangezien klagers hun klachten hebben ingediend vóór 1 april 2019 zal dit verzoek dan ook worden afgewezen.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond;
- wijst het verzoek tot veroordeling van verweerder in de kosten van de procedure af.

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

secretaris

voorzitter

18149-4

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 Eindhoven. 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.