

Uitspraak: 13 juni 2022

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE 'S-HERTOGENBOSCH**

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

[A] en [B]

woonachtig te [C]

klagers

gemachtigde mr. M.A. Smits te Nijmegen

tegen:

[D]

gynaecoloog

werkzaam te Utrecht

verweerster

gemachtigde mr. J.C.C. Leemans te Amsterdam

1. Samenvatting van de beslissing

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

2. Het verloop van de procedure

H2021/3331

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen
- het verweerschrift met bijlagen en de aanvulling daarop, ontvangen op 1 april 2022
- de CTG-registratie van 7 november 2015
- de pleitnotitie van de gemachtigde van klagers en van de gemachtigde van verweerster, die tijdens de zitting zijn overhandigd.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek.

De klacht is ter openbare zitting van 13 april 2022 behandeld, gelijktijdig met de klachten tegen de bij de tijdens de zwangerschap betrokken gynaecoloog (H2021/3330) en tegen de betrokken ANIOS (H2021/3332). Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

3. De feiten

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

3.2 Op 14 oktober 2015 hadden klagers een voorlichtingsgesprek met een intakeverpleegkundige. Aansluitend daarop hadden zij een counselgesprek met een gynaecoloog (tegen wie onder zaaknummer H2021/3330 een klacht is ingediend, hierna: ‘de collega-gynaecoloog’), die echoscopisch onderzoek bij klaagster verrichtte en daarbij geen bijzonderheden zag. In het medisch dossier van klaagster heeft de collega-gynaecoloog die dag het volgende genoteerd (alle citaten zijn inclusief typ- en taalfouten):

“Mi litteken uterus

[initialen collega-gynaecoloog] 14/10 B/ proefbaring na counseling

14/10 overname 1^e lijn [plaatsnaam] ivm sc CIG ia

wil laagdrempelig pijnstilling”.

3.3 De volgende poliklinische controle bij de collega-gynaecoloog was op 28 oktober 2015. De collega-gynaecoloog maakte een controle-echo en constateerde daarbij geen bijzonderheden.

H2021/3331

3.4 Op 5 november 2015 zag verweerster klaagster voor het eerst op het poliklinisch spreekuur. Verweerster, tevens hoofdbehandelaar, maakte een echo, waarop zij geen bijzonderheden constateerde.

3.5 Op 6 november 2015 (bij een zwangerschap van 39 weken + 5 dagen) werd klaagster rond 9.00 uur op de triage van het ziekenhuis gezien omdat zij regelmatige buikpijn had. Klaagster werd lichamelijk onderzocht en er werd een cardiotocogram-registratie (CTG, hartslagregistratie van de baby) gemaakt. Na de onderzoeken bleek dat klaagster geen ontsluiting had. Klaagster werd niet in partu verklaard en mocht rond 16.00 uur weer naar huis. Bij thuiskomst rond 17.15 uur braken klaagsters vliezen. Klagers zijn toen weer naar het ziekenhuis gegaan, waar klaagster rond 19.00 uur in de kraamsuite werd opgenomen. In het medisch dossier is genoteerd dat klaagster vaginaal wilde bevallen. Om 19.30 uur werd de CTG-registratie gestart.

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

3.7 Tussen 20.41 en 21.00 uur was sprake van bradycardie (daling van de hartslagfrequentie van de baby) en werd een daling van de bloeddruk bij klaagster (RR 140/87) gezien. Klaagster werd een paar minuten op ellebogen en knieën, ‘all fours-positie’, gezet, waarna de bloeddruk bijtrok. Om 20.53 uur werd de hartactie van de baby weer als normaal beoordeeld. De tocografie (weeënregistratie) gaf 3 weeën per 10 minuten aan. Het CTG was weer normaal en vertoonde ook om 22.07 uur geen bijzonderheden. Op dat moment werd er een ‘event stijging’ van 0,06 op de STAN-registratie gezien, die door de avondverloskundige als insignificant werd beoordeeld. Klaagster had bij de beoordeling om

H2021/3331

22.15 uur 5 centimeter ontsluiting, was pijnvrij en wilde graag slapen. Het CTG was normaal.

3.8 Rond 22.30 uur droeg de arts-assistent gynaecologie haar avonddienst over aan de arts-assistent niet in opleiding tot specialist (tegen wie een klacht is ingediend onder zaaknummer H2021/3332, hierna: 'de ANIOS') die de nachtdienst deed. Om 22.42 uur werd het CTG als normaal beoordeeld. De toco gaf 3 weeën per 10 minuten aan. De avondverpleegkundige gaf het STAN-event om 23.17 uur door aan de avondverloskundige. Hierna heeft de avondverpleegkundige haar dienst aan de nachtverpleegkundige (tegen wie een klacht is ingediend onder nummer H2021/3334, hierna 'de verpleegkundige') overgedragen. Het CTG was om 23.20 uur normaal, de toco gaf 3 weeën per 10 minuten. Ook om 23.56 uur was het CTG normaal en gaf de toco 3 weeën per 10 minuten aan, waarna de avondverloskundige haar dienst overdroeg aan de nachtverloskundige (tegen wie een klacht is ingediend onder nummer H2021/3333, hierna 'de verloskundige').

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

3.10 Tussen 01.22 en 01.27 uur toonde het CTG abnormale afwijkingen, met enkele gecompliceerde deceleraties. Klaagster had pijn in haar blaas(streek), waarna zij op haar zij werd gelegd. Bij de controle om 01.33 uur normaliseerde het CTG. De toco gaf 3 weeën per 10 minuten aan. Er waren geen STAN-events. Bij de beoordeling om 01.44 uur door de verloskundige was het CTG normaal. Klaagster had geen last meer van haar blaas. Om 02.15 uur had klaagster 7-8 cm ontsluiting. De toco registreerde vanaf dat moment geen weeën-activiteit meer. De verloskundige heeft de toco meerdere keren opnieuw geplaatst en geijkt, zonder resultaat. Het CTG was suboptimaal. De verloskundige heeft dit met de ANIOS besproken. Omdat het CTG inmiddels weer genormaliseerd was, besloten de verloskundige

en de ANIOS dat het op dat moment niet nodig was om verweerster hierover te bellen.

3.11 Om 02.55 uur heeft de verloskundige de toco weer geijkt. Het CTG liet enkele deceleraties zien, die daarna herstelden. In overleg met de ANIOS heeft de verloskundige de bij-stimulatie niet opgehoogd. Om 03.03 uur werd een diepe deceleratie gezien, die niet herstelde. Bij inwendig onderzoek constateerde de verloskundige nog geen volledige ontsluiting. Klaagster is om 03.05 uur weer in 'all fours-positie' gezet. De verloskundige gaf de verpleegkundige hierna de opdracht de ANIOS te bellen om te komen. De ANIOS, die het CTG had gezien, was al onderweg naar de kamer van klaagster.

3.12 Bij aankomst om 03.06 uur, heeft de ANIOS de bij-stimulatie gestopt en is zij gestart met weeënremmende medicatie, waarna klaagster moest braken. Daarna heeft de ANIOS verweerster gebeld en gevraagd direct te komen in verband met de persisterende bradycardie met frequenties tussen de 80 tot 100 slagen per minuut, met uitschieters naar 60. Verweerster kwam direct naar het ziekenhuis voor een spoedkeizersnede (code 2). De ANIOS heeft vervolgens klagers om 03.11 uur op de hoogte gebracht van de acute verslechtering van het CTG en de noodzaak van een spoedkeizersnede.

3.13 Kort daarna waren er drie STAN-events: om 03.13 uur 0,06, om 03.21 uur 0,09 en om 03.24 uur 0,11. Vanwege het zeer slechte CTG en de significante STAN-events, besloten de ANIOS en de verloskundige om 03.23 uur dat sprake was van foetale nood en hebben zij sein gegeven voor een superspoedkeizersnede (code 1).

3.14 Om 03.24 uur was de operatiekamer gereed. Verweerster was al op de operatiekamer gearriveerd en had het (terminale) CTG bekeken. Vanwege de slechte conditie van de baby zijn verweerster en de ANIOS direct en zonder time out-procedure begonnen met de keizersnede. Bij het openen van de buikwand was tussen de spierlagen een bloedstolsel zichtbaar. De baarmoederwand bleek te zijn gescheurd. Een hand en een schouder van de baby lagen in de buik. Doordat het hoofd hoog lag, was sprake van moeizame ontwikkeling daarvan. Om 03.38 uur is [E], de zoon van klagers, (hierna: 'de zoon') geboren. De placenta lag los en kwam direct na de geboorte.

3.15 De zoon had een zeer slechte start en werd direct door verweerster overgedragen aan de kinderarts, die hem heeft gereanimeerd en geïntubeerd. De keizersnede verliep verder

ongecompliceerd. In het medisch dossier is onder andere het volgende genoteerd: “*Apgar score 0/0/4. Navelstrenggassen pHA6.60 BE-24.5 pHv6.71 Be-23.0, TBV 400 cc*”.

Om 04.30 uur is de zoon vanwege perinatale asfyxie (zuurstoftekort tijdens de bevalling) op de neonatologie afdeling van het ziekenhuis opgenomen.

3.16 Om 05.00 uur hebben klagers gesproken met verweerster en de verloskundige. Verweerster heeft klagers uitgelegd dat de baarmoeder gescheurd was, waardoor de zoon gedeeltelijk in de buik lag en dat hij geen zuurstof had gekregen doordat ook de placenta had losgelaten. Klagers hebben daarbij aangegeven dat zij het niet eens waren met een (in eerste instantie) vaginale baring na een eerdere keizersnede. In overleg met klagers werd besloten om de zoon vanwege de perinatale asfyxie over te plaatsen naar een ander ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) (hierna: ‘het tweede ziekenhuis’). De zoon en klaagster zijn diezelfde nacht overgeplaatst naar dat tweede ziekenhuis.

3.17 Op 9 november 2015 heeft de dienstdoende arts-assistent gynaecologie contact opgenomen met de behandelaren in het tweede ziekenhuis. De zoon had een zeer slechte prognose. Op de MRI werden veel afwijkingen gezien, passend bij acute asfyxie. Ook had de zoon last van convulsies. Die dag hebben klagers, in overleg met de behandelaren in het tweede ziekenhuis, besloten af te zien van verdere behandeling van hun zoon. Om 20.15 uur is de zoon overleden.

3.18 Op 12 november 2015 is het beloop van de bevalling als ‘complicatie perinatale sterfte’ bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis gemeld. Naar aanleiding daarvan heeft het bestuur op 13 november 2015 de Calamiteiten Onderzoeksgroep (COG) van het ziekenhuis opdracht gegeven de gebeurtenissen te onderzoeken. De COG is vervolgens een calamiteiten-/Prisma-onderzoek gestart. Diezelfde dag is het beloop als mogelijke calamiteit bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, hierna: ‘de inspectie’) gemeld. Op 27 november 2015 heeft de collega-gynaecoloog klagers een brief gestuurd om zijn medeleven te tonen. Samen met de verpleegkundige heeft verweerster klagers een kaartje gestuurd, die door klagers werd geretourneerd. In het kader van het onderzoek door de COG zijn onder anderen klagers, verweerster, de collega-gynaecoloog, de ANIOS, de verloskundige en de verpleegkundige geïnterviewd. Daarnaast heeft extern deskundigenonderzoek plaatsgevonden. Op 13 januari 2016 heeft de collega-gynaecoloog een nagesprek gehad met klagers. De definitieve rapportage van het calamiteiten-/Prisma-

onderzoek was op 22 februari 2016 gereed.

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

4. De klacht

4.1 Klagers verwijten verweerster:

- 1) dat zij bij het consult op 5 november 2015 onvoldoende nagevraagd heeft of klagers wel voldoende waren voorgelicht over de risico's van een vaginale bevalling;
- 2) haar rol van supervisor in de nacht van 6 op 7 november 2015 onvoldoende heeft afgestemd op het feit dat de arts-assistent de nachtdienst voor de eerste keer volledig zelfstandig draaide;
- 3) dat zij onvoldoende proactief is geweest in het op- en navragen van relevante informatie en dat zij alleen achteraf een CTG-beoordeling heeft gedaan, waardoor zij niet alle informatie had om adequaat te kunnen anticiperen op het risico van een zich realiserende uterusruptuur;
- 4) dat zij in de nacht van 6 op 7 november 2015 ten onrechte niet al eerder polshoogte is gaan nemen bij klaagster op de verloskamer;
- 5) het geven op afstand van een akkoord voor bij-stimulatie van de weeën;
- 6) dat zij onprofessioneel gedrag heeft vertoond doordat zij klagers inadequaat heeft bejegend.

4.2 Daarnaast zijn er verwijten van organisatorische aard:

- A. er is sprake van een onvoldoende inwerkprogramma of onderwijs om mogelijk gecompliceerde CTG's en risico's te laten herkennen door arts-assistenten en/of klinisch of tweedelijns verloskundigen;
- B. het COG-rapport stelt vast, dat de afspraak om de achterwacht te bellen ontoereikend is;
- C. er waren geen afspraken over hoe lang een suboptimaal CTG-beeld alsmede suboptimale registratie van uterus-activiteit geaccepteerd mogen worden voordat de directe beoordelaars geacht werden de achterwacht te bellen;

- D. Er is onvoldoende scoringssystematiek vastgelegd conform de onaangepaste FIGO-classificatie voor het beschrijven van een CTG om een beginnende ruptuur te herkennen;
- E. er was geen afspraak om differentiaal diagnoses te maken of dito overwegingen van de op zich wel gevonden afwijkingen in combinatie met feiten als geen tot slechte weeën-registratie, een niet-normaal CTG en dat er gestript was;
- F. het nachtelijke scenario is niet getest, zodat vermijdbare vertragingen er vooraf uit georganiseerd hadden kunnen worden;
- G. Er is geen duidelijke informatie over de gewenste of maximale duur van een vaginale bevalling en wanneer die tijdsduur start. Er ontbrak ook schriftelijke of digitaal makkelijk toegankelijk informatiemateriaal van dit ziekenhuis;
- H. het was mogelijk om het digitale dossier achteraf te veranderen;
- I. het is onaanvaardbaar met het oog op een zo'n objectief mogelijk proces van waarheidsvinding dat een volledig dossier vertraagd en in delen aan klagers werd toegestuurd;
- J. er behoorde een norm te zijn dat het niet is toegestaan om met iemand anders inloggegevens het dossier te wijzigen zonder dat dit kenbaar is.

5. Het standpunt van verweerster

5.1 Ten aanzien van klachtonderdeel 1 heeft verweerster gesteld dat door de notitie van de collega-gynaecoloog '*proefbaring na counseling*' in het medisch dossier van klaagster (zie hiervoor onder 3.2.) voor haar duidelijk was beschreven dat de aandachtspunten bekend waren, dat klaagster was geïnformeerd en dat er beleid met haar was afgesproken. Het was gangbaar beleid naast de betreffende notitie de verschillende onderwerpen niet in detail te noteren.

5.2 Omdat klaagster was geïnformeerd door de collega-gynaecoloog en er met haar beleid was afgesproken, bestond er voor verweerster geen noodzaak een en ander opnieuw met klaagster te bespreken of te controleren of de collega-gynaecoloog klaagster voldoende had geïnformeerd.

5.3 Met betrekking tot de klachtonderdelen 2, 3 en 4 heeft verweerster aangevoerd dat voorwaarde voor supervisie op afstand is dat de supervisor goed benaderbaar en bereikbaar is voor overleg. Verweerster is laagdrempelig benaderbaar en komt laagdrempelig vanuit huis

naar het ziekenhuis. Als het nodig is, kan verweerster in vijftien minuten in het ziekenhuis zijn.

5.4 De ANIOS was bevoegd en bekwaam om CTG's te beoordelen en de nachtdienst te doen. Zij was ook geschoold in het mondeling overbrengen van het CTG-patroon. Er bestond voor verweerster tijdens de telefonische contacten geen twijfel over het CTG-patroon. Het beoordelen van een CTG blijft ondanks gestandaardiseerde afspraken echter een moeilijk diagnosticum, ook voor het getrainde oog. Verweerster heeft niet actief het CTG beoordeeld of navraag gedaan. Natuurlijk had verweerster deze calamiteit willen voorkomen door op het achteraf bezien, juiste moment het CTG te bekijken en het, achteraf bezien, juiste beleid in te stellen. Logistiek is dit heel moeilijk in te richten. Het CTG is daarnaast niet het middel om de garantie te geven dat er een gezond kind geboren wordt en zegt achteraf vaak meer dan op het moment zelf. Verweerster weet niet hoe zij de supervisie anders had moeten inrichten zodat de bevalling niet deze verschrikkelijke uitkomst had gehad.

5.5 Ook de verloskundige was bevoegd en bekwaam om de nachtdienst te doen. De verloskundige was zelfs zeer ervaren. Gezien al deze omstandigheden, was er geen aanleiding eerder naar klagster toe te gaan.

5.6 Ten aanzien van klachtonderdeel 5 heeft verweerster het volgende verweer gevoerd. Een litteken in de baarmoeder is geen contra-indicatie voor bij-stimulatie. Volgens de Richtlijn van de NVOG 'Zwangerschap en bevalling na een voorgaande keizersnede' van 4 juni 2010 (hierna 'de NVOG-richtlijn') moet bij-stimulatie bij een eerdere keizersnede weloverwogen worden toegepast. Bij-stimulatie is geïndiceerd wanneer de weeën onvoldoende sterk of frequent zijn. Bij klagster was dit laatste het geval, waardoor de ontsluiting stagneerde. Dit is door de ANIOS met verweerster besproken om 00.15 uur. Omdat het CTG op dat moment normaal was, is besloten tot bij-stimulatie. Daarbij is besproken dat het een voorwaarde was dat de conditie van de baby goed zou blijven.

5.7 Met betrekking tot klachtonderdeel 6 stelt verweerster dat zij tijdens het nagesprek, na de uitgebreide blijk van medeleven van de collega-gynaecoloog, in korte bewoordingen heeft bevestigd dat het hele team het vreselijk vond wat klagers was overkomen. Daarna is overgegaan op de vragen die bij klagers leefden. Verweerster heeft tijdens het gesprek ontkend dat zij na de keizersnede op de kamer van klagster zou hebben gezegd dat klagster

zelf voor een vaginale bevalling had gekozen. Wel heeft verweerster op de vraag van klagers hoe dit had kunnen gebeuren, geantwoord dat dit een bekende complicatie was bij een bevalling na een eerdere keizersnede en gezegd dat dit toch bij de counseling was besproken. Destijds maakte zij uit de reactie van klagers op dat zij hiervan niet op de hoogte waren en dat heeft zij ook zo in het dossier genoteerd. Verweerster betreurt het dat haar woorden anders zijn overgekomen dan zij het heeft bedoeld. Verweerster heeft klagers hiervoor haar excuses gemaakt. Verweerster kan zich het afscheid na het gesprek niet meer herinneren; het was een uiterst stressvol en uitputtend gesprek geweest voor iedereen. Mogelijk heeft zij zich versproken door ‘succes ermee’ te zeggen terwijl het haar intentie was om ‘sterkte ermee’ te zeggen.

5.8 Verweerster heeft in de periode daarna nog telefonisch contact met klaagster gezocht, juist omdat ook verweerster zeer was aangedaan door wat er was gebeurd. Bij het tweede gesprek heeft klaagster echter aangegeven geen contact meer met verweerster te willen hebben, wat verweerster heeft gerespecteerd.

5.9 Op de verweren die verweerster ten aanzien van de verwijten van organisatorische aard heeft gevoerd, zal hierna voor zover van belang worden ingegaan.

6. De overwegingen van het college

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

Toetsingskader van de klacht

6.2 Op grond van artikel 7:448 BW is de arts verplicht om de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk, in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt.

6.3 Op grond van artikel 7:454 BW is de arts verplicht om een medisch dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarin dient hij onder meer aantekening te houden van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de

uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is.

6.4 In de NVOG-richtlijn was (en is) onder ‘Counseling’ voorts het volgende bepaald:

“Vrouwen met een sectio in de voorgeschiedenis en een ongecompliceerde huidige zwangerschap zonder contra-indicaties voor een vaginale baring zouden voorgelicht moeten worden over de manier van bevallen. De risico's van een ‘trial of labour (TOL)’, inclusief de kans op een secundaire sectio, moeten worden afgewogen tegen de risico's van een electieve repeat sectio en moeten worden toegespitst op de situatie van de patiënt. Tevens kan besproken worden of patiënte in de toekomst nog meer kinderen wenst, gezien de toename van risico's bij meerdere sectio's in de voorgeschiedenis. Het begrip counseling houdt in dat beide opties open zijn. Angst voor een vaginale partus is echter een slechte reden voor een sectio, die immers ook niet zonder directe of toekomstige risico's is. Goede voorlichting door de arts is dus cruciaal. Duidelijke afspraken kunnen angst beperken. De beslissing moet gedocumenteerd worden en bij voorkeur voor een zwangerschapsduur van 37 weken. De volgende risico's worden afgewogen en besproken:

- a. kans op een geslaagde vaginale bevalling na een trial of labour*
- b. kans op een uterusruptuur*
- c. verhoogde kans op uterusruptuur als weeënstimulerende middelen worden gebruikt*
- d. een algemene discussie over risico's en voordelen van een sectio*
- e. informeren naar een eventuele wens tot een volgende zwangerschap en dit in de beslissing laten meewegen*
- f. risico op een placenta praevia en/of accreta in een volgende zwangerschap indien primaire sectio wordt overwogen*
- g. beleid als patiënte eerder in partu komt dan de geplande datum van een ERCS (opm. college: Electieve herhaalde keizersnede).”*

Beoordeling van de klacht

Klachtonderdeel 1.

6.5 Als vaststaand kan worden aangenomen dat onder de vermelding ‘proefbaring’ in de beroepsgroep van gynaecologen algemeen werd (en wordt) verstaan dat uitgangspunt is dat de patiënte vaginaal kan bevallen, mits de conditie van moeder en kind goed blijven en dit toelaten. Onder ‘na counseling’ werd (en wordt) door de beroepsgroep in het algemeen

H2021/3331

verstaan dat aan de patiënte die informatie is gegeven die voor haar en in haar situatie relevant is.

6.6 Na het consult op 14 oktober 2015 is door de collega-gynaecoloog ‘*proefbaring na counseling*’ in het medisch dossier van klaagster genoteerd. Gezien overweging 6.5 mocht verweerster er daardoor op vertrouwen dat de collega-gynaecoloog klaagster reeds had geïnformeerd en behoefde zij dit niet (nogmaals) te doen. Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

Klachtonderdelen 2, 3 en 4.

6.7 Ook deze klachtonderdelen zijn naar het oordeel van het college ongegrond. De ANIOS was bevoegd en bekwaam om CTG's te beoordelen en om zelfstandig nachtdiensten te doen. Niet alleen heeft verweerster gesteld dat er laagdrempelig contact met haar kon worden opgenomen, maar heeft de ANIOS ter zitting ook zelf verklaard dat zij dat ook daadwerkelijk zo ervaarde. Daarnaast was de betreffende nacht een ervaren verloskundige werkzaam. Het college is van oordeel dat verweerster de supervisie op basis deze omstandigheden niet anders vorm had dienen te geven.

6.8 Het voorgaande maakt tevens dat niet kan worden geoordeeld dat verweerster eerder naar klaagster had dienen te komen of pro-actiever had moeten zijn in het opvragen van informatie bij de ANIOS. Op de momenten dat het nodig was, is beleid bepaald in overleg met verweerster. Daarbij zijn steeds duidelijke afspraken gemaakt en zijn de voorwaarden voor het continueren van het afgesproken beleid besproken. Verweerster is steeds benaderd door de ANIOS voor overleg over cruciale beslissingen. Verweerster mocht er gezien de eerder geschetste omstandigheden op vertrouwen dat er contact met haar zou worden opgenomen of haar zou worden verzocht in huis te komen als dat nodig was.

Klachtonderdeel 5.

6.9 Op grond van de NVOG-richtlijn mag ook bij een eerdere sectio een weeënstimulerend middel worden toegediend, ondanks dat er dan een grotere kans is op een uterusruptuur.

6.10 Op het moment dat met verweerster werd overlegd over het al dan niet overgaan tot bij-stimulatie van de weeën, was noch op basis van de eerdere keizersnede, noch op andere

gronden een contra-indicatie voor bij-stimulatie aanwezig. Met de informatie waarover verweerster de beschikking had, mocht ze als beleid afspreken dat werd overgegaan tot bij-stimulatie, met de voorwaarde dat de conditie van de baby goed zou blijven. Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel 6.

6.11 Beide partijen hebben een andere weergave van wat er door verweerster is gezegd na de bevalling en bij de nabespreking. Het college heeft niet kunnen vaststellen wat er op die momenten daadwerkelijk is gezegd. Daarom is het niet mogelijk een klacht over deze gesprekken gegrond te verklaren. Dat berust niet op het uitgangspunt dat aan het woord van de ene partij meer geloof wordt gehecht dan aan het woord van de andere partij, maar op 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.

6.12 Ook ter zitting heeft verweerster nogmaals tegen klagers gezegd dat zij in ieder geval niet de intentie heeft gehad om klaagster met haar woorden te kwetsen en dat het haar spijt dat klagers niet genoeg steun van verweerster hebben ervaren tijdens en na de bevalling. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

De verwijten van organisatorische aard.

6.13 Een handelen of nalaten dient de zorgverlener persoonlijk te kunnen worden aangerekend om tuchtrechtelijk verwijtbaar te zijn. Niet gebleken is dat de verwijten van organisatorische aard verweerster persoonlijk kunnen worden aangerekend. Daar komt bij dat een groot deel van deze verwijten komt uit het COG-rapport. De COG beoordeelt een keten van zorghandelingen in het licht van de calamiteit die heeft plaatsgevonden. Het college beoordeelt individueel handelen van de aangeklaagde zorgverlener. Daarom alleen al kan het enkele feit dat het COG-rapport naar deze veronderstelde omissies verwijst, niet zonder meer leiden tot gegrondverklaring van een daarop betrekking hebbende tuchtklacht. Meer feiten, bijvoorbeeld over de rol van verweerster als lid van de maatschap of vakgroep bij (gebreken in) de perinatale zorg, zijn niet gesteld. Daarom acht het college deze klachten ongegrond.

6.14 Gezien het voorgaande zal het college alle klachtonderdelen en de verwijten van organisatorische aard ongegrond verklaren.

De kostenveroordeling

6.15 Sinds 1 april 2019 kan het college in geval van een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht met oplegging van een maatregel beslissen dat de aangeklaagde partij de kosten dient te vergoeden die de klagende partij in verband met de behandeling van de klacht redelijkerwijs heeft moeten maken. Omdat alle klachtonderdelen ongegrond zijn verklaard, moet om die reden het verzoek van klagers om een kostenveroordeling worden afgewezen.

7. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond;
- wijst het verzoek om kostenveroordeling af.

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

secretaris

voorzitter

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 's-Hertogenbosch. 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.