

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2017/475

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 28 december 2017 binnengekomen klacht van:

A,

en

B,

beiden wonende te C,

k l a g e r s,

tegen

D,

gynaecoloog,

werkzaam te E

v e r w e e r d e r ,

gemachtigde: mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is op een openbare zitting van 17 april 2018 behandeld.

Klager en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde waren aanwezig. Klager heeft een pleitnotitie overgelegd die hij deels heeft voorgedragen. Op de niet voorgedragen stukken zal het college geen acht slaan in verband met de eisen van een goede procesorde.

2. De feiten

2.1 Op 13 augustus 2013 is klagster, met een zwangerschapsduur van 40 weken +5 dagen doorverwezen naar het F te E. Verweerder is als gynaecoloog verbonden aan het F.

2.2 Om 14.30 uur kwam klaagster aan op de verloskamer. Na onderzoek door een klinisch verloskundige heeft verweerder omstreeks 14.50 de vliezen gebroken. Dit is het enige contact geweest tussen klaagster en verweerder.

2.3 Om 17.45 uur voerde verweerder een spoedoperatie uit op de operatiekamer bij een andere patiënte.

2.4 Omstreeks 18.01 uur liet het CTG een basishartfrequentie (BFH) van 70 zien. Omstreeks 18.10 uur was de BFH gedaald naar 50 en was sprake van een bradycardie zonder herstel; toen nam de opvolgend klinisch verloskundige telefonisch contact op met verweerder. Verweerder is niet zelf aan de lijn gekomen, doch via de zogenoemde "omloop" heeft verweerder met de verloskundige gecommuniceerd. Op het voorstel van de verloskundige om een MBO te verrichten ging verweerder akkoord. Het MBO onderzoek mislukte echter tweemaal.

2.5 Omstreeks 18.17 uur heeft de verloskundige weer gebeld met de gynaecoloog, die haar telefonisch te woord kon staan (d.m.v. de telefoon aan het oor via de omloop). Na verkregen informatie van de verloskundige stelde verweerder voor dat klaagster zou stoppen met persen om te kijken of er herstel zou optreden en bij geen herstel binnen 5 minuten moest de verloskundige weer bellen. Direct daarna heeft verweerder de anesthesist geïnformeerd dat er mogelijk een (spoed)sectio zou plaatsvinden.

2.6 Omstreeks 18.24 uur is klaagster door tussenkomst van een andere klinisch verloskundige naar de OK gebracht voor een spoedsectio en aldaar rond 18.29 uur aangekomen. Na eerst enige pogingen voor een spinale anesthesie is bij klaagster om 18.43 uur gestart met een algehele narcose. De inmiddels in huis geroepen gynaecoloog G heeft de sectio verricht om 18.52 uur en om 18.54 uur werd H zonder hartactie geboren. Na 23 minuten reanimeren kreeg zij weer een hartslag. H en klaagster zijn vervolgens overgebracht naar het I te J. Op 14 augustus 2013 is H in de avond aldaar overleden.

2.7 Op 14 augustus 2013 is verweerder naar het I gegaan en heeft aldaar gesproken met klager en diens vader. Op 29 augustus 2013 heeft een tweede gesprek plaatsgevonden, dat ook is opgenomen en waarvan door klager een (uitvoerig) verslag is opge maakt.

2.8 Uit het (niet gedateerde) pathologisch verslag is de oorspronkelijke conclusie van 16 augustus 2013 dat er geen ontstekingsactiviteit is en geen verklaring voor de foetale nood. De placenta is in twee delen gescheurd met een gescheurd vat, waarvan aangenomen wordt dat dit postpartum is gebeurd. Na telefonisch overleg met de clinicus (kennelijk verweerder) waarbij kennelijk verteld is, dat sprake was van een sectio (en niet van een partus) luidt de conclusie dat de placentascheur geduid moet worden als een artefact bij het verwijderen van de placenta. "Klinisch was dit een beeld van een abrupte solutio."

2.9 Op 16 augustus 2013 heeft gynaecoloog G een melding van het dramatische incident gedaan bij de Raad van Bestuur van het F.

2.10 Na een aansprakelijkstelling van het F heeft een intern onderzoek aldaar plaatsgevonden, hetgeen geresulteerd heeft in een (vertrouwelijk) onderzoeksrapport van 17 november 2014. Dit rapport hebben klagers pas ontvangen in maart 2017. Het onderzoek is uitgevoerd door een chirurg-lid (van de commissie patiëntveiligheid), een intensivist en de secretaris van de commissie patiëntveiligheid. Tevens is de expertise gevraagd van een extern deskundige/gynaecoloog. In het onderzoeksrapport zijn verschillende aanbevelingen gedaan.

2.11 Verweerder is in september 2015 met pensioen gegaan.

3. De klacht en het standpunt van klagers

3.1 Klagers hebben vijf klachtonderdelen geformuleerd, die samengevat luiden:

- 1) op 13 augustus 2013 is aan klagers en H alle te verwachten zorg onthouden, tengevolge waarvan zij is overleden;
- 2) de verleende zorg voldeed niet aan de professionele eisen;
- 3) verweerder heeft het overlijden van H niet gemeld bij het bestuur en/of IGZ;
- 4) verweerder heeft in het nagesprek op 29 augustus 2013 een volstrekt onjuist beeld gegeven van zijn handelen;
- 5) verweerder is nimmer op zoek gegaan naar de waarheid omtrent het overlijden van H, om hiervan te leren.

3.2 Klagers achten verweerder hoofdverantwoordelijk voor het overlijden van H, ook al hebben ook andere zorgverleners verwijtbaar gehandeld. Verweerder is hoofdverantwoordelijk geweest en heeft totaal geen initiatief genomen, niet gehandeld en veel te lang afgewacht.

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 beoordeling

5.1 Het college stelt voorop dat het geen oordeel kan geven over de vraag of H is overleden als gevolg van het handelen dan wel nalaten van verweerder. Het handelen van verweerder staat centraal in deze beoordeling, hetgeen tevens betekent dat het beleid van het F niet door het college kan en zal worden getoetst. Voor zover het handelen van verweerder ook heeft plaatsgevonden binnen de organisatiestructuur van het ziekenhuis, in het bijzonder de afdeling(en) waarbij verweerder als gynaecoloog was betrokken, zal het college deze organisatiestructuur wel meenemen in de beslissing. Daarbij slaat het college ook acht op de bevindingen van het onderzoeksrapport van 17 november 2014.

5.2 Het college hecht er ook aan op te merken dat de beoordeling van deze zaak plaats zal vinden naar de stand van de situatie van 13 augustus 2013 toen de (dramatische) afloop nog niet bekend was.

5.3 Het college zal de klachtonderdelen 1 en 2 gezamenlijk bespreken nu deze nauw met elkaar samenhangen. Verweerder heeft erkend dat zijn handelen op 13 augustus 2013 omstreeks 18.10 en 18.17 uur niet aan de daaraan te stellen maatstaven

heeft voldaan. Zo had hij niet (zonder meer) het voorstel van de verloskundige een MBO te verrichten moeten overnemen zonder zich (meer) te verdiepen in de klinische situatie van klaagster. Ook volgens de extern deskundige gynaecoloog die betrokken was bij het intern onderzoeksrapport, was het (laten) verrichten van een MBO in die klinische situatie niet juist, waarbij het college zich aansluit. Er was sprake van een noodsituatie die tot direct handelen had moeten leiden, namelijk het bevorderen van de geboorte van H. Dat verweerder de urgentie van de (klinische) situatie heeft gemist kan hem tuchtrechtelijk aangerekend worden.

Toen de verloskundige verweerder weer belde omstreeks 18.17 uur had hij ook door-tastender moeten optreden, zo erkent ook verweerder, en niet 5 minuten speling moeten geven voor verbetering. In feite had hij de klinisch verloskundige moeten instrueren direct met klaagster naar beneden (naar de OK) te komen, zodat hij een keizersnede had kunnen verrichten. Dit standpunt wordt ook onderschreven door de commissie van het intern onderzoeksrapport, waarbij het college zich aansluit. Ook hier heeft verweerder de urgentie gemist en had hij de regie moeten nemen en klaagster zelf moeten onderzoeken. Ter zitting heeft verweerder verklaard dat het 5 minuten lopen was van de OK naar klaagster en dat het mogelijk was geweest om (even) uit zijn operatie te lopen. Door dit na te laten heeft verweerder een kans gemist om zichzelf een volledig klinisch beeld te vormen van klaagster en de nog ongebooren H.

De klachtonderdelen 1 en 2 zijn derhalve gegrond.

5.4 Ten overvloede merkt het college op dat het de bevindingen van het intern onderzoeksrapport ook onderschrijft over de organisatie van het F wat betreft de 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid voor spoedoperaties en waaruit aanbeveling 2 is voortgekomen: ook de sectie gynaecologie draagt verantwoordelijkheid voor oplossing van de knelpunten bij spoedoperaties op het terrein van de gynaecologie (waaronder spoedsectio's). Deze verantwoordelijkheid draagt verweerder tezamen met zijn collegae gynaecologie en rust niet alleen op zijn schouders. Voorts is de vertraging in behandeling ook deels te wijten geweest aan de anesthesieproblemen, waarvoor verweerder wellicht ook meer regie had kunnen nemen door aan te dringen op algehele anesthesie gezien de spoed en het meerdere keren mislukken van de spinaal anesthesie.

5.5 De klachtonderdelen 3 en 5 zal het college eveneens gezamenlijk bespreken. Uit het intern onderzoeksrapport is gebleken dat gynaecoloog G, die de spoedsectio heeft verricht, op 16 augustus 2013 per brief aan de Raad van Bestuur van het F melding heeft gedaan van de perinatale sterfte van H. Uit die melding bleek toen niet dat er mogelijk sprake zou kunnen zijn van tekortkomingen in het zorgproces waardoor H is overleden. Er is geen (tuchtrechtelijke) regel dat de melding (ook) gedaan zou moeten worden door de dienstdoende (hoofd)behandelaar, hier verweerder. Het ligt ook niet op de weg van verweerder om zelf melding te doen aan IGZ, nu dit in de eerste plaats de verantwoordelijkheid is van het bestuur van het ziekenhuis. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat het overlijden van H ook diepe impact heeft gehad op de afdeling en dat zij deze zaak weldegelijk besproken hebben. Een en ander volgt ook uit het intern onderzoeksrapport (pag. 11), namelijk dat naar aanleiding van het overlijden van H door de groep gynaecologen zelf, op initiatief van verweerder (in het rapport aangeduid als "gynaecoloog B"), een spoed classificatie voor de sectio caesarea is vastgesteld waarin drie verschillende codes voor de ernst/spoed zijn beschreven. Ter zitting heeft verweerder hierover verklaard dat H onder code 1 zou zijn gevallen, namelijk acute foetale nood, waarbij de ingreep zo snel mogelijk moet gebeuren onder algehele anesthesie en met beperkte time-out en niet wassen.

Concluderend oordeelt het college dat de klachtonderdelen 3 en 5 niet slagen.

5.6 Dan tot slot nog klachtonderdeel 4. De verslaglegging van het gesprek op 29 augustus 2013 waarbij klager, diens vader en verweerder aanwezig waren is door klager uitgewerkt aan de hand van een geluidsopname. Deze geluidsopname heeft klager gemaakt voor zijn echtgenote, klaagster, die niet bij het gesprek aanwezig wilde/kon zijn en ook voor zichzelf om het nogmaals te kunnen beluisteren. Dit heeft klager niet gemeld aan verweerder, hetgeen niet netjes is jegens verweerder, die ter zitting hierover verklaarde dat als hij dat had geweten, hij wellicht zijn woorden anders had gekozen. Dat de verslaglegging een woordelijke weergave is van het gesprek is betwist door (de advocaat van) verweerder, zodat het college niet kan vaststellen wat er toen precies door verweerder is gezegd. Als de weergave van het gesprek wel conform de bandopname is, waarvan het college veronderstellenderwijs uitgaat, dan heeft klager wel een punt als verweerder in het gesprek verklaart dat hij meekijkt op papier, “(want) die hartslag registratie die is ook op de OK en we hebben voortdurend contact” en dat hij zijn collega G zelf heeft gebeld, omdat vast staat dat de CTG niet aanstond toen verweerder opereerde en dat collega G niet door hem is gebeld. De overige tekstonderdelen kan ook een kwestie van interpretatie zijn als verweerder spreekt over het feit dat hij voortdurend contact heeft gehad met de verloskundige (zo kan hij dat beleefd hebben), dat de verloskundige volgens hem goed heeft gehandeld en dat zij de goede informatie heeft gegeven (hetgeen achteraf niet juist is, maar hetgeen toen niet de kennis was van verweerder) en dat hij het beleid heeft bepaald (dat achteraf gezien niet een adequaat beleid is geweest). Al met al oordeelt het college dat met deze verslaglegging weliswaar verweerder op onderdelen een te positief beeld heeft willen schetsen van zijn betrokkenheid, maar het college ziet hierin nog geen kennelijk leugenachtige verklaring over het gebeuren dan wel dat verweerder “een volstrekt onjuist beeld” heeft geschetst.

Dat betekent dat klachtonderdeel 4 niet slaagt.

5.7 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klagers en H had behoren te betrachten.

Verweerder kan een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt doordat hij op twee momenten, te weten om 18.10 en 18.17 uur, niet de verantwoordelijkheid/regie heeft genomen en ervoor te zorgen dat H eerder/sneller geboren had kunnen worden. Verweerder heeft zich niet voldoende ingespannen om zelf het klinisch beeld van klaagster (en H) te bepalen en alleen af te gaan op hetgeen hij van de klinisch verloskundige vernam terwijl hij aan het opereren was. Dit valt hem ernstig aan te rekenen, waarvoor een zwaardere maatregel op zijn plaats is. Het feit dat verweerder niet eerder met het tuchtrecht in aanraking is gekomen en een maatregel heeft opgelegd gekregen, is in deze zaak geen verzachtende omstandigheid.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen 1 en 2 gegrond;
- verklaart de overige klachtonderdelen ongegrond;
- legt op de maatregel van berisping.

Aldus beslist door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

dr. A.J. Goverde, dr. H.H. de Haan en drs. J.C. van der Molen, leden-arts,

mr. drs. M.P. Sombroek-van Doorm, lid-jurist,

bijgestaan door mr. S.S. van Gijn, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 22 mei 2018 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. secretaris

w.g. voorzitter