

Passief optreden niet-geregistreerde gynaecoloog

Een tuchtzaak die ieder van u, ook al bent u geen gynaecoloog, weer eens wakker mag schudden. Over wat de dramatische gevolgen kunnen zijn van een te afwachtende, te laconieke houding als de situatie zich daar volstrekt niet toe leent.

In onderstaande tuchtzaak sloft de gynaecoloog die niet de moeite heeft genomen zich in het BIG-register te laten herregistreren, steeds achter de feiten aan. Terwijl hij bij een vrouw die een tweeling verwachtte de diagnose pre-eclampsie eigenlijk al in het hoofd heeft, stelt hij de bevalling nodeloos uit. Hij behandelt haar hoge bloeddruk post partum inadeguaat en als hij haar na een insult op de IC laat opnemen en daarmee tevens zijn hoofdbehandelaarschap denkt over te dragen, doet hij dat zonder de dienstdoende IC-internist te door-dringen van de ernst van de situatie. Slechts op aanraden van de verpleging belt hij die collega, die - niet gealarmeerd - rustig thuis blijft. Anderhalve dag nadat zij een gezonde tweeling op de wereld heeft gezet, overlijdt de patiënte aan de gevolgen



van een progressief hersenoedeem. Het ziekenhuis en de beroepsaansprakelijkheidsverzekering erkennen de aansprakelijkheid voor de gevolgen van het overlijden van de patiënte en het ziekenhuis scherpt de bestaande behandelprotocollen aan. Volkomen in lijn met wat bij multitherapie anno nu nodig is, moet

de IC-behandeling door de intensivist meer in overleg met de oorspronkelijk behandelend specialist plaatsvinden.

Het regionaal tuchtcollege ten slotte legt de gynaecoloog, die nog steeds vindt dat hij juist gehandeld heeft, de maatregel van berisping op. Hopelijk leert u meer van deze casus.

B.V.M. CRUL, arts
MR. W.P. RIJKSEN

De volledige tekst van onderstaande uitspraak staat op onze site: www.medischcontact.nl. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.



Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle d.d. 30 november 2006

Beslissing d.d. 30 november 2006 naar aanleiding van de op 6 februari 2006 ingekomen klacht van A, wonende te B, klager tegen C, arts, werkzaam te B, gemachtigde mr. R. Greijdanus, juridisch medewerker DAS Rechtsbijstand te Amsterdam, verweerder.

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klager heeft een klaagschrift ingediend.

Verweerder heeft een verweerschrift ingediend voorzien van bijlagen.

(...)

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken waaronder het medische dossier dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager is de vader van D (hierna: patiënte), die op 12 oktober 2006 is overleden nadat zij post partum een eclampsie en tevens een HELLP-syndroom ontwikkelde.

Nadat patiënte in 1998 is bevallen van een zoon na een ongecompliceerde zwangerschap en partus, verwachtte zij van haar huidige partner een tweeling. Vanaf 17 mei 2005 (16 weken zwangerschap) hebben regelmatig poliklinische zwangerschapscontroles door verweerder, werkzaam als gynaecoloog, plaatsgevonden.

Tijdens de zwangerschap is op 20 april en op 13 juli 2005 bloedonderzoek verricht. Vroeg in de zwangerschap had patiënte een lage bloeddruk (120/55 bij 16 weken).

Bij de controle op 6 september 2005 (32 weken) is patiënte gezien door een collega van verweerder. Deze constateerde een spoor eiwit in de urine. De bloeddruk bedroeg 135/78. Voorts noteerde verweerder collega veel oedeem en een dubbelzijdig carpaletunnelsyndroom.

De daaropvolgende controles zijn weer door verweerder uitgevoerd. In de loop van deze controles bedroeg de bloeddruk op 14 september 2005 (33 weken) 146/85, op 21 september 2005 (34 weken) 144/83 en op 28 september 2005 (35 weken) 153/87. Op 21 september 2005 is er een spoor eiwit in de urine geconstateerd. Bij overige controles was het urineonderzoek negatief op albumen.

Bij de laatste poliklinische controle op 5 oktober 2005 (36 weken) constateerde verweerder een bloeddruk van 163/91 en bleek uit urineonderzoek dat sprake was van albuminurie. Verweerder stelde de diagnose pre-eclampsie. Er was 1-2 cm ontsluiting. Verweerder sprak met patiënte af dat de bevalling, voor zover nodig, op 10 oktober 2005 zou worden ingeleid.

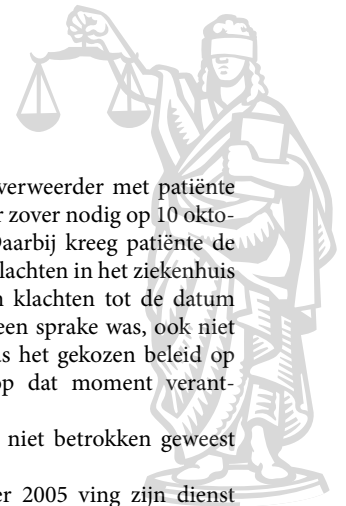
Op 10 oktober 2005 meldde patiënte zich vroeg in de ochtend in het ziekenhuis, omdat zij spontaan in partu was geraakt. Om 7.28 uur bedroeg haar bloeddruk 170/110. Patiënte is even na 9.30 uur diezelfde ochtend zonder complicaties bevallen van een gezonde zoon en dochter. De bevalling werd begeleid door een collega van verweerder.

Op grond van de verhoogde bloeddruk van 170/110 tijdens de bevalling en de nadien optredende hoofdpijn werd na de bevalling om omstreeks 11.00 uur bloedonderzoek verricht, wat met uitzondering van een licht verlaagd trombocytenghalte (117) en een verhoogd alkalisch fosfatasegehalte (744) geen bijzonderheden liet zien.

Om 12.30 uur nam verweerder de dienst van zijn collega over. Hij bezocht patiënte die zich op dat moment goed voelde.

Om 14.00 uur voelde patiënte zich niet goed. Zij klaagde over hoofdpijn en was zweterig. De bloeddruk was 169/97. In opdracht van verweerder is toen 10 mg Stesolid rectaal toegediend.

Om 15.00 uur werd opnieuw bloedonderzoek verricht. De uitslag daarvan was nagenoeg onveranderd ten opzichte van de



uitslag van het bloedonderzoek van 11.00 uur, behoudens licht gestegen leverfuncties.

Om 16.00 uur was sprake van een verslechterde situatie. Verweerder bezocht patiënte. Er was sprake van algemeen onwelbevinden. Patiënte was misselijk, moest braken en had bovenbuikklasten. Er was sprake van een lichte hyperreflexie en de bloeddruk bedroeg 170/95. In verband hiermee sloot verweerder patiënte, onder de werkdiaagnose pre-eclampsie, aan op een magnesiumsulfaat- en Ketensin-infuus.

Volgens de automatische bloeddrukmeting bedroeg de bloeddruk na aansluiting op het infuus in het begin \pm 200/130 en later \pm 180/110.

Omstreeks 19.20 uur kreeg patiënte een insult. De bloeddruk bedroeg 170/95. Verweerder werd telefonisch geïnformeerd en liet 10 mg diazepam rectaal geven. Nadat verweerder binnen enkele minuten was gearriveerd en onderzoek had verricht, gaf hij een extra bolus magnesiumsulfaat en verdubbelde hij de onderhoudsdosis.

Verweerder heeft patiënte vervolgens voor overplaatsing naar de intensive care (IC) aangemeld bij de IC-voorwacht (de dienstdoende cardioloog). Bij de overdracht heeft verweerder de diagnose meegedeeld en besproken dat ondanks therapie geen verlaging van de hoge bloeddruk had plaatsgevonden. Ten aanzien van de bloeddruk werd tussen verweerder en de dienstdoende IC-voorwacht geen streefwaarde afgesproken. Op instigatie van de verpleegkundigen heeft verweerder tevens de IC-achterwacht (internist) telefonisch ingelicht. De internist is niet naar het ziekenhuis gekomen.

Bij aankomst op de IC was patiënte erg onrustig. Haar bloeddruk bleef aldoor hoog.

Om 23.00 uur heeft verweerder patiënte op de IC bezocht en zich op de hoogte laten stellen van haar toestand. Er was nog steeds sprake van een hoge bloeddruk en de internist was nog niet langs geweest. Verweerder heeft klager rond 23.00 uur geruststellend toegesproken. Verweerder heeft vervolgens het ziekenhuis verlaten en bleef telefonisch beschikbaar.

In de daaropvolgende nacht bleef de bloeddruk van patiënte stabiel te hoog en verslechterden de bloeuitslagen sterk. In de loop van de nacht werd patiënte bovendien zuurstofbehoefstig en kreeg zij van het verpleegkundig personeel zuurstof toegediend. Geleidelijk ging patiënte neurologisch achteruit en werd zij minder wekbaar.

Gedurende de nacht heeft klager met geen enkele specialist gesproken. Klager heeft de verpleegkundigen wel gevraagd naar de uitslagen, waarop de verpleegkundigen opmerkten dat bepaalde waarden veel te hoog waren.

Op 11 oktober 2005 om 8.00 uur heeft verweerder zijn dienst overgedragen aan een collega. Patiënte was toen comateus. De neuroloog werd ingeschakeld en er werd een CT-scan gemaakt, waarbij geen aanwijzingen waren voor intracerebrale bloedingen maar mogelijk wel voor hersenoedeem.

Bij dreigende respiratoire insufficiëntie is om 11.00 uur besloten patiënte over te plaatsen naar de IC van het E, alwaar patiënte op 12 oktober om 00.08 uur is overleden als gevolg van een progressief hersenoedeem.

Verweerder heeft de partner van patiënte een brief geschreven.

Op 1 december 2005 heeft overleg plaatsgevonden met mw. F en G, beiden verbonden aan het E, verweerder, zijn collega, de betrokken verpleegkundigen, de huisarts en de bij de IC betrokken specialisten.

Op verzoek van het ziekenhuis heeft prof. dr. G.H.A. Visser op 12 juli 2006 een onafhankelijk deskundigenrapport uitgebracht.

Het ziekenhuis en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar hebben aansprakelijkheid voor de gevolgen van het overlijden van patiënte erkend.

De bestaande behandelprotocollen zijn aangescherpt in die zin dat eerder met antihypertensiva wordt gestart en bij multitherapie op de IC-behandeling door de intensivist meer in overleg met de behandelend gynaecoloog plaatsvindt.

3. DE KLACHT

De ingediende klacht behelst, zakelijk weergegeven, het verwijt aan verweerder dat hij is tekortgeschoten in de tijdens de laatste weken van de zwangerschap en na de bevalling verleende gynaecologische zorg aan de dochter van klager.

4. HET VERWEER

Het verweer komt er, zakelijk weergegeven, op neer dat verweerder de zorg heeft verleend die van hem in de gehele duur van zijn betrokkenheid mocht worden verwacht.

Ten aanzien van de periode tot 5 oktober 2005 heeft verweerder aangevoerd dat lege artis is gehandeld. Verweerder betwist dat patiënte klachten heeft geuit zoals door klager zijn beschreven. Van die klachten is bij de controles ook niets gebleken. Er was geen aanleiding om vaker bloed te prikken en de bloeddruk bleef binnen de toegestane waarden. Het spoor eiwit dat de collega van verweerder op 6 september 2005 constateerde was minder dan 0,3 gr/l en derhalve geen albuminurie. Ook bij daaropvolgende controles is daarvan geen sprake geweest.

Op 5 oktober 2005 constateerde verweerder een hoge bloeddruk en albuminurie. Nu verder geen sprake was van klachten, was er geen aanleiding voor een acute

opname en sprak verweerder met patiënte af de bevalling voor zover nodig op 10 oktober in te leiden. Daarbij kreeg patiënte de instructie zich bij klachten in het ziekenhuis te melden. Nu van klachten tot de datum van de bevalling geen sprake was, ook niet via de huisarts, was het gekozen beleid op 5 oktober 2005 op dat moment verantwoord.

Verweerder is niet betrokken geweest bij de bevalling.

Op 10 oktober 2005 ving zijn dienst eerst om 12.30 uur aan. Aansluitend aan de bevalling was van een bijzondere situatie geen sprake. De toestand van patiënte om 14.00 uur gaf geen reden tot een andere therapie dan is ingesteld en om 16.00 uur heeft verweerder de therapie ingesteld die op dat moment aangewezen was.

Ten aanzien van de betrokkenheid van verweerder bij de behandeling op de IC stelt verweerder zich op het standpunt dat hij vanaf het moment van overplaatsing geen hoofdverantwoordelijkheid meer droeg voor de behandeling. Daargelaten dat zijn betrokkenheid formeel niet vereist was, heeft verweerder wel degelijk betrokkenheid getoond bij de behandeling. Hij heeft zich steeds van het beloop op de hoogte laten houden en contact met de familie behouden.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Er is reden om in het bijzonder stil te staan bij de registratie van verweerder. (...)

Weliswaar vormt dit geen onderdeel van de klacht, maar het gegeven dat verweerder, hoewel als zodanig werkzaam, niet is geregistreerd als gynaecoloog, zal als na te melden meewegen bij de beoordeling van de op te leggen maatregel.

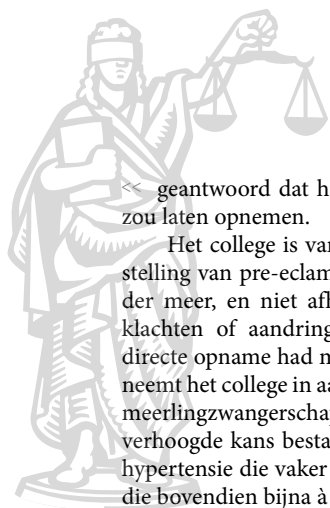
5.2 (...)

5.3 Allereerst zal worden beoordeeld of verweerder ten aanzien van de controles in de perinatale periode een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt.

Het college is van oordeel dat verweerder met betrekking tot de controles tot en met 28 september 2005 niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. (...)

Het College oordeelt anders met betrekking tot de laatste poliklinische controle op 5 oktober 2005.

Hoewel verweerder een pre-eclampsie diagnosticerde, sprak hij met patiënte af de bevalling eerst, en slechts voor zover nodig, op 10 oktober in te leiden. Hij zag geen aanleiding voor een acute opname, omdat van verdere klachten geen sprake was. Ter zitting heeft verweerder nog verklaard dat patiënte hem heeft gevraagd wat er zou gebeuren als zij niet op 10 oktober ingeleid wilde worden, waarop verweerder heeft >>



geantwoord dat hij haar dan direct wel zou laten opnemen.

Het college is van oordeel dat de vaststelling van pre-eclampsie in dit geval zonder meer, en niet afhankelijk van verdere klachten of aandringen van patiënte, tot directe opname had moeten leiden. Daarbij neemt het college in aanmerking dat het een meerlingzwangerschap betrof, waarbij een verhoogde kans bestaat op zwangerschapshypertensie die vaker ernstig van aard is en die bovendien bijna à terme was. Daarnaast ging het hier weliswaar om de tweede zwangerschap van patiënte, maar zij verwachtte de tweeling van een andere partner, zodat deze zwangerschap bij de bepaling van het risico op zwangerschapshypertensie aange-merkt diende te worden als ware het haar eerste zwangerschap. Het college merkt verder nog op dat patiënte wel veel oedeem, met de daarmee gepaard gaande klachten, had.

Dat op 5 oktober 2005 geen bloedonderzoek is verricht, acht het college onzorgvuldig. Daartoe bestond aanleiding, zeker met het oog op het door verweerder ingezette beleid.

5.4 (...)

5.5 Ten aanzien van het handelen en nalaten van verweerder na de bevalling tot en met de overplaatsing naar de IC op 10 oktober 2005 overweegt het college het volgende.

In het dossier wordt voor het eerst melding gemaakt van onwelbevinden van patiënte om 14.00 uur. De voorgeschiedenis van patiënte in combinatie met de klachten van hoofdpijn, zweterigheid en een hoge bloeddruk hadden voor verweerder aanleiding moeten zijn patiënte te zien. Niet vast is komen te staan of verweerder patiënte al dan niet heeft bezocht. In elk geval is op dat moment in opdracht van verweerder medicatie toegediend.

Om 16.00 uur was sprake van een verslechtering van de toestand van patiënte. Verweerder zag patiënte toen zeker. Hij stelde de juiste werkdiagnose en zette de juiste therapie in, zij het dat de oplaaddosis van het magnesiumsulfaat niet conform de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) was. Mogelijk had - in overleg met de internist - beter een agressievere antihypertensivum dan Ketensin kunnen worden ingezet. Dat dit toen niet is gebeurd acht het college echter niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

Wel acht het college het onzorgvuldig dat verweerder zich in de daaropvolgende periode kennelijk niet op de hoogte heeft gehouden van de toestand van patiënte. In die periode was de bloeddruk onverminderd zo hoog dat dit verweerder aanleiding had moeten geven tot een agressievere anti-

hypertensie therapie dan wel tot het inschakelen van een internist.

Omstreeks 19.20 uur kreeg patiënte een insult. Verweerder heeft het insult bestreden met 10 mg diazepam rectaal en een extra bolus magnesiumsulfaat. Voorts hoogde hij de Ketensin op en plaatste hij patiënte over naar de IC. De overdracht vond plaats tussen verweerder en de IC-voorwacht. Na aandringen van de verpleegkundigen heeft verweerder tevens de IC-achterwacht ingelicht.

Het college is van oordeel dat enkel overplaatsing naar de IC, waarbij patiënte is aangemeld en haar klinisch beeld is besproken met de IC-voorwacht, in de gegeven omstandigheden onvoldoende was. De omstandigheid dat de bloeddruk ondanks de ingestelde therapie nog altijd sterk verhoogd was, noopte tot een actieve bemoeienis met de zorgverlening aan patiënte bij haar overplaatsing naar de IC, waarbij in elk geval de internist werd ingeschakeld. In plaats daarvan heeft verweerder zich afwachtend en onvoldoende voortvarend opgesteld. Deze houding, die wijst op een ernstige onderschatting van de ernst van de situatie van patiënte, kon verweerder zich, bij een ernstig ziektebeeld als de onderhavige eclampsie met daarbij een zich ontwikkelend HELLP-syndroom, niet veroorloven en acht het college tuchtrechtelijk verwijtbaar.

Het verweer dat bij overdracht van patiënte aan de IC de primaire verantwoordelijkheid voor de behandeling is overgedragen aan de intensivist en dat de IC-voorwacht volgens het geldende protocol de IC-achterwacht behoort in te schakelen indien de situatie daartoe aanleiding geeft, gaat naar het oordeel van het college niet op. De overgang van de primaire verantwoordelijkheid voor de behandeling van patiënte veronderstelt immers een adequate overdracht waarbij het klinische beeld, het gevoerde en het te voeren beleid wordt besproken. Hieraan heeft het nu juist ontbroken. Bovendien kon verweerder zich in deze omstandigheden niet verlaten op de volgens protocol geldende afspraak dat de IC-voorwacht de IC-achterwacht behoort in te schakelen indien de situatie daartoe aanleiding geeft, nu de situatie op het moment van overplaatsing reeds aanleiding gaf tot inschakeling van de internist.

Ook de omstandigheid dat verweerder niet op eigen initiatief maar slechts na aandringen van de verpleegkundigen contact heeft opgenomen met de IC-achterwacht wijst op een te passieve houding van verweerder. Uit de verklaring van verweerder ter zitting dat de IC-achterwacht zijn telefoontje voor kennisgeving aannam en lachend reageerde, blijkt naar het oordeel van het college dat verweerder de betreffende

IC-achterwacht onvoldoende opmerkzaam heeft gemaakt op de ernst van de situatie van patiënte, hoewel daartoe alle aanleiding was en verweerder daarvoor, als behandelend gynaecoloog bekend met de voorgeschiedenis van patiënte, de meest aangewezen persoon was.

Bovendien rekent het college verweerder zwaar aan dat hij patiënte om 23.00 uur nog heeft bezocht, constateerde dat haar bloeddruk nog steeds te hoog was en dat de internist nog niet langs geweest was, en desondanks zonder verdere actie te ondernemen het ziekenhuis heeft verlaten.

5.6 (...)

5.7 De conclusie uit het voorgaande is dat de klacht gegrond is. Verweerder heeft in de hierboven beschreven zin gehandeld in strijd met de zorg die hij als gynaecoloog ten opzichte van klagers dochter behoorde te betrachten.

5.8 Ten aanzien van de op te leggen maatregel overweegt het college het volgende.

De opeenstapeling van tekortkomingen van verweerder bij de gynaecologische zorgverlening aan patiënte acht het college ernstig verwijtbaar. Ter zitting is het college niet gebleken dat verweerder tot het inzicht is gekomen dat hij tekort is geschoten in zijn beroepsmatig handelen. Daar komt bij dat verweerder uitsluitend als arts en niet als gynaecoloog in het BIG-register is geregistreerd. Weliswaar heeft dit feit geen onderdeel kunnen vormen van het vooronderzoek, en is mede daardoor niet duidelijk geworden wat de achtergrond hiervan is, het college rekent verweerder deze onzorgvuldigheid wel aan. In het voordeel van verweerder laat het college wegen dat hij niet eerder in aanraking is geweest met de tuchtrechter en dat deze casus aanleiding is geweest voor nader overleg en onderzoek en voor aanpassing van de protocollen. Onder deze omstandigheden is het college van oordeel dat de oplegging van de maatregel van berisping nog passend is.

6. DE BESLISSING

Het College

berispt verweerder!

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, mr. A.L. Smit, lid-jurist, en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, dr. A. Huisman en J.M. Komen, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. drs. M. Willemsse, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 30 november 2006 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris. ■