



NIET  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Samenwerking had beter gemoeten

Het probleem met samenwerken is dat het meestal goed gaat. Meestal weet iedereen wel wat zijn rol is, wie er voor welke handeling verantwoordelijk is. Meestal gaat de overdracht goed. Meestal snapt iedereen wel of er grote spoed is geboden bij een operatie. Afspraken zijn ervoor om van meestal altijd te maken. In deze casus gaat het op een aantal punten in de samenwerking mis. Tegen beide betrokken gynaecologen wordt een tuchtklacht ingediend. Een vrouw die weeënstimulantia krijgt, kan op een gegeven moment de banden van het CTG-apparaat niet verdragen,

ze gaan af. Het duurt bijna twee uur voor de foetale hartslag weer wordt geregistreerd en dan blijkt dat er sprake is van foetale nood. De eerste gynaecoloog dacht dat de verpleging het zou regelen. Die deed dat blijkbaar niet. Deze gynaecoloog droeg – bij de wisseling van de wacht – de afwezigheid van registratie niet goed aan zijn collega over, waardoor die pas een uur later een schedelelektrode aanbracht. Hij op zijn beurt besloot tot een spoedsectio over te gaan, maar kwam te laat in actie, informeerde anesthesioloog en kinderarts niet tijdig, en was blijkbaar bij de verpleging niet dui-

delijk genoeg over de mate van spoed. Daardoor duurde het nog lang voordat de operatie plaatsvond.

Het verhaal loopt niet goed af, er wordt een meisje in zeer slechte conditie geboren en ze overlijdt. Beide artsen krijgen een waarschuwing. Goede samenwerking en overdracht; het zijn terugkerende thema's in deze rubriek, maar ze kunnen niet vaak genoeg onder de aandacht gebracht worden.

Op de website staat de zaak tegen de eerste gynaecoloog.

**Sophie Broersen**, arts/journalist  
**Diederik van Meersbergen**, jurist

### Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 7 februari 2013

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.040 van A, gynaecoloog, (...) appellant (...), tegen 1. E, 2. F, (...).

# 01

#### Verloop van de procedure

(...)

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd behandeld met de zaak C2012.041 (gynaecoloog H. tegen E. en F.) (...)

# 02

#### Beslissing in eerste aanleg

**2.1** De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

(...)

**2.2** Klaagster is op 19 juni 2010 in het ziekenhuis opgenomen wegens zwangerschapshypertensie met klachten. Het betreft haar tweede zwangerschap, via ivf-ICSI tot stand gekomen. Haar eerste zwangerschap eindigde in een miskraam. Zij wordt aanvankelijk begeleid door eerstelijnsverloskundigen, die haar

verwijzen in de 33ste week van haar zwangerschap vanwege zwangerschapshypertensie. Op 19 juni, bij een zwangerschapsduur van 36 weken en 3 dagen, wordt zij door gynaecoloog I opgenomen wegens een toename van de hypertensie met misselijkheid en braken. De behandeling bestaat uit antihypertensieve medicatie en bedrust. De maternale bewaking bestaat uit regelmatige controles van de bloeddruk en bloed- en urineonderzoek. De foetale bewaking vindt plaats met cardiotocografie (CTG). Op 20 en 21 juni wordt prostaglandinegel vaginaal ingebracht door de verantwoordelijk gynaecoloog I, om een vaginale baring te bevorderen bij een niet goed ingedaald hoofd bij 2 cm ontsluiting. Vanaf 21 juni 12.00 uur berust de verantwoordelijkheid voor het beleid afwisselend bij de gynaecologen H en A.

De indaling van het hoofd neemt niet toe en de ontsluiting is 3 cm na behandeling met prostaglandine. De klachten van klaagster worden erger op 22 juni. Daarom beslist A, in overleg met zijn collega H, de vliezen onder gecontroleerde omstandigheden te breken en de baring met een weeënstimulerend infuus op gang te brengen. Dit wordt om 12.30 uur uitgevoerd door H die de supervisie overneemt. Tijdens de inleiding worden de foetale harttonen uitwendig geregistreerd en er is een weeënband aangesloten, die de weeën echter niet goed registreert. Het infuus wordt volgens protocol opgehoogd. Vanaf 15.00 uur krijgt klaagster in toene-

mende mate moeite met het opvangen van de weeën die soms erg lang duren (tot drie minuten) en wordt onrustig. Zij raakt in paniek, het weeënstimulerend middel wordt vervolgens eerst verlaagd en daarna gestopt. Vanaf 15.17 uur is er geen continue uitwendige registratie meer van de foetale hartfrequentie.

Vanwege toenemend drukgevoel en de onrust onderzoekt H haar om 15.55 uur en vindt bij vaginaal toucher een ontsluiting van 8 cm.

Om 16.00 uur neemt verpleegkundige J de zorg van haar collega van de dagdienst over. A neemt de supervisie weer over om 16.15 uur. Er heeft geen, althans geen traceerbare, overdracht plaatsgevonden tussen H en A. De verpleegkundige vermeldt om 16.38 uur dat er een wee per vier minuten is en de harttonen van het kind goed zijn.

A onderzoekt klaagster om 17.02 uur en plaatst een schedelelektrode ter registratie van de foetale harttonen. Er is bijna volledige ontsluiting. Het infuus wordt weer opgestart omdat er weeënzwakte is ontstaan.

Vanaf 17.11 uur zijn er ernstige deceleraties te zien op het CTG, die kunnen wijzen op foetale nood. Om 17.16 uur neemt A foetaal bloed af voor een microbloedonderzoek (MBO) om de conditie van het kind te beoordelen. Wegens te weinig bloed mislukt dit MBO. Om 17.41 uur herhaalt hij het MBO. Er is dan volledige ontsluiting. Gezien de inmiddels waarneembare vrijwel continue bradycardie (trage hartactie) wacht A de uitslag van het tweede MBO niet af en besluit tot een vacuümextractie (VE). De kleine fontanel bevindt zich in de bekkenas en de indaling van het hoofd is gevorderd tot “bekkenmidden”. Om 18.04 uur, na het mislukken van de VE, besluit A tot een spoedsectio. Inmiddels was ook bekend geworden dat ook het tweede MBO was mislukt. Vanaf het begin van de VE tot aan de sectio is er geen gedocumenteerde foetale bewaking. Om 18.33 uur wordt baby K geboren. Zij heeft een zeer slechte conditie (apgarscore 0/0) en wordt door de kinderarts gereanimeerd. De direct gemeten arteriële navelstreng-pH bedraagt 7.19. K wordt na deze reanimatie overgeplaatst naar het L, waar ze op 24 juni 2010 is overleden. Er heeft geen obductie plaatsgevonden.”

(...)

**2.3** Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

‘(...)

6.2 Over de CTG’s

Het is niet duidelijk vastgelegd wie van het behandelteam verantwoordelijk is voor de CTG-registratie en beoordeling daarvan. Het college moet er bij gebreke van gegevens die op het tegendeel wijzen van uitgaan dat dit de hoofdbehandelaar in de desbetreffende

periode is. Maar dat zou op schrift moeten staan. En dat geldt vanzelfsprekend ook als de verantwoordelijkheid bij een of meer anderen zou zijn gelegd. Daarmee heeft de maatschap gynaecologie naar het oordeel van het college geen adequate systematische uitvoering en documentatie van deze foetale gegevens gerealiseerd, zoals voorgeschreven in de richtlijn Foetale bewaking (2003) van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Inmiddels is dit punt door de maatschap verwerkt conform de richtlijn.

6.3 Bewaking van het kind

(...)

Verweerder is op 22 juni 2010 na 16.15 uur weer verantwoordelijk voor de behandeling van klaagster. Indien al moet worden aangenomen dat H zijn dienst aan verweerder heeft overgedragen, geldt dat hij door deze niet op de hoogte is gebracht dat er vanaf 15.17 uur geen continue foetale bewaking meer plaatsvindt. In de periode van 16.15 uur tot 17.02 uur waarin verweerder verantwoordelijk is, gebeurt dit nog steeds niet. Er wordt wel intermitterend geluisterd volgens de verpleegkundige, maar volgens het CTG is dit volstrekt inadequaat. Volgens de NVOG-richtlijn Foetale bewaking is bij een inleiding continue registratie noodzakelijk. Door onvoldoende maatregelen te treffen voor een goede realisatie van deze richtlijnvoorschriften heeft verweerder als (ook) medeverantwoordelijk maatschapslid naar het oordeel van het college niet gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening.

Verweerder is vervolgens bij aankomst op de verloskamer geconfronteerd met een inadequate foetale bewaking en brengt derhalve direct een schedelelektrode om 17.02 uur aan. Al na twee minuten is er een bradycardie tot 100 gedurende vijf minuten en vervolgens ontstaan ernstige brede deceleraties. Dit kan een teken zijn van foetale nood en de beslissing tot het doen van een MBO oordeelt het college als juist. Na het tweede mislukte MBO wordt een vacuüm verricht. Het hoofd blijkt ingedaald tot ‘middenbekken’, waaruit het college begrijpt dat dit vlak equivalent is met indaling tot Hodge 3 (H3). Een vacuümextractie vanuit deze positie is mogelijk, maar risicovol gezien de tekenen van de al aanwezige foetale nood, waarbij het niet bekend is hoe ernstig die is. Door de eerdere gebrekkige registratie en de mislukte MBO’s is dit in deze omstandigheden niet meer goed in te schatten. Verweerder had direct voor een sectio kunnen kiezen. De keus van vacuümextractie oordeelt het college niet verwijtbaar, omdat verweerder de inschatting maakte dat het een vlotte vacuümextractie zou worden. Dat er na de indicatie tot een spoedsectio geen foetale bewaking meer plaatsvindt, oordeelt het college als niet relevant. Er is al genoeg reden om aan te zetten tot een spoed.

6.4 Voorzorgsmaatregelen en communicatie

Het college is echter wel van oordeel dat verweerder voorzorgsmaatregelen in acht had moeten nemen voorafgaand aan de vacuümextractie en had moeten zorgen voor goede communicatie binnen het behandelteam. Aan deze voorzorgsmaatregelen en goede communicatie ontbrak het echter.

Ten eerste had verweerder voorafgaand aan de vacuüm de kinderarts moeten laten oproepen, vanwege tekenen van ernstige foetale nood op het CTG. Ten tweede had hij er rekening mee moeten houden dat er een risico was op het niet slagen van de vacuümextractie omdat het hoofd pas tot H3 was ingedaald. In een dergelijke situatie van foetale nood, dient voorafgaand aan de vacuümextractie te zijn gewaarborgd dat bij het niet slagen van de baring via de vaginale weg deze direct op de operatiekamer kan worden geconverteerd naar een sectio.

Het operatiepersoneel en de anesthesioloog dienen in ieder geval stand-by te zijn. Er kan ook voor worden gekozen een dergelijke kunstverlossing op de operatiekamer te verrichten. Het college is van oordeel dat verweerder een ernstige inschattingsfout heeft gemaakt door deze voorzorgsmaatregelen niet te treffen en dat hij daardoor niet heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening.

Ten derde heeft verweerder, naar het oordeel van het college, in de voorbereidingsfase van de spoedsectio de rol van regievoerder op het communicatieve vlak onvoldoende vervuld. Dat er achteraf onduidelijkheden bestonden bij de ondersteunende verpleegkundige over de mate van spoedeisendheid van de sectio vindt, naast een eigen professionele verpleegkundige inschattingsfout, zijn oorzaak in een gebrekkige communicatie tussen verweerder en de verpleegkundige over die spoedeisendheid. Door het ontbreken van duidelijke communicatie, behandelafpraak en proactief beleid om meer tempo te maken in een dergelijke precaire situatie is het interval tussen het besluit tot spoedsectio en de uitvoering daarvan niet bekort. Ook op dit punt is verweerder een verwijt te maken. Jegens klaagster en haar ongeborn kind is door dit gebrek onvoldoende zorg betracht.

## 6.5 Conclusie

Het voorgaande brengt mee dat de klacht doel treft ten aanzien van de zorg van de foetale bewaking gedurende de periode van 16.15 tot 17.02 uur waarin verweerder verantwoordelijk was en de klacht treft doel ten aanzien van de zorg voor het realiseren van een spoedsectio.

(...)

## 7. Slotsom

De klacht is gegrond.

Het college acht het onzorgvuldig handelen van verweerder, mede in onderling verband en in samenhang gezien, zodanig verwijtbaar dat een waarschuwing moet worden opgelegd. Daarmee kan echter worden volstaan, omdat het hier gaat om niet-professioneel functioneren in de vorm van ernstige inschattingsfouten, waarop nochtans geen stempel van laakbaarheid wordt gedrukt.

(...)

## 03

### Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

## 04

### Beoordeling van het hoger beroep

(...)

**4.5.** In de vijfde grief stelt de arts, zakelijk weergegeven, dat het regionaal tuchtcollege ten onrechte heeft overwogen dat de maatschap gynaecologie geen adequate systematische uitvoering en documentatie van de foetale gegevens (CTG-registratie) heeft gerealiseerd, zoals voorgeschreven in de richtlijn Foetale bewaking (2003) van het NVOG.

Wat betreft de CTG-registratie is het Centraal Tuchtcollege het eens met rechtsoverweging 6.2 van de aangevallen uitspraak. Dit echter met dien verstande dat vanaf 21 juni 12.00 uur beide gynaecologen, dus zowel H als A, afwisselend de verantwoordelijkheid droegen voor de CTG-registratie. Dat geen adequate systematische uitvoering en documentatie van deze gegevens is gerealiseerd, regardeert derhalve beide gynaecologen. In dit verband is de positie van de maatschap gynaecologie tuchtrechtelijk niet relevant. Voor zover rechtsoverweging 6.2 betrekking heeft op de maatschap gynaecologie neemt het Centraal Tuchtcollege deze overweging dan ook niet over.

**4.6** In grief 7 stelt de arts dat het regionaal tuchtcollege ten onrechte van oordeel is dat de arts door onvoldoende maatregelen te treffen voor een goede realisatie van de richtlijnvoorschriften als (ook) medeverantwoordelijk maatschapslid niet heeft gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening.

Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat deze grief slaagt en overweegt daartoe het volgende.

Beide genoemde gynaecologen zijn in de onderhavige zaak ieder afzonderlijk verantwoordelijk voor het eigen handelen en/of nalaten en kunnen tuchtrechtelijk niet verantwoordelijk worden gehouden voor het handelen of nalaten van een ander. Uit de zin in rechtsoverweging 6.3 luidende: 'Door onvoldoende maatregelen te treffen voor een goede realisatie van de richtlijnvoorschriften heeft verweerder als (ook) medeverantwoordelijk maatschapslid naar het oordeel van het college niet gehandeld binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening' neemt het Centraal Tuchtcollege de woorden 'als ook medeverantwoordelijk maatschapslid' niet over.

**4.7** In grief 6 stelt de arts dat het regionaal tuchtcollege er ten onrechte van uitgaat dat om 16.15 uur geen overdracht heeft plaatsgevonden. In grief 8 stelt de arts dat het regionaal tuchtcollege ten onrechte van oordeel is dat door de arts onvoldoende voorzorgsmaatregelen zijn getroffen en dat het aan goede communicatie ontbrak. Deze grieven hebben beide betrekking op het handelen van de arts in het ziekenhuis en lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

# PRAKTIJKPERIKEL

## EIGEN RISICO...

Een 76-jarige man, bekend met paranoïde schizofrenie en al jaren stabiel dankzij een maandelijks depot flufenazine, kreeg onlangs de rekening van de eigen bijdrage aan psychiatrische behandeling voor het jaar 2012. De regeling dat patiënten voor psychiatrische behandeling een eigen jaarlijkse bijdrage van 200 euro moesten betalen, los van het eigen ziekterisico, is onder grote druk van beroepsorganisaties in het jaar na invoering afgeschaft. Patiënten die in het jaar 2012 onder psychiatrische behandeling waren, krijgen de rekening echter in de loop van 2013.

Patiënt begrijpt de rekening niet, reageert boos en paranoïde op de ambulant verpleegkundige en weigert verdere toediening van het depot. In een kort tijdsbestek escaleert de situatie, wordt hij meer psychotisch en gedraagt hij zich dreigend tegen thuiszorgmedewerkers. Een rechterlijke machtiging wordt aangevraagd.

De kosten van crisisbeoordeling, RM-procedure en opname heb ik niet berekend.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

De arts is op 22 juni 2010 na (telefonische) overdracht om 16.15 uur door collega H weer verantwoordelijk voor klaagster. Vanaf 15.17 uur vindt geen foetale bewaking meer plaats en in de periode van 16.15 uur tot 17.02 uur gebeurt dit nog steeds niet. Nu het Centraal Tuchtcollege aannemelijk acht dat collega-gynaecoloog H bij de overdracht aan de arts geen melding heeft gemaakt van het ontbreken van een CTG-registratie, acht het Centraal Tuchtcollege het, anders dan het regionaal tuchtcollege, niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat de arts niet eerder de foetale bewaking heeft geregeld.

Wanneer de arts tot de ontdekking komt dat de foetale hartactie al gedurende bijna twee uur niet meer wordt geregistreerd, plaatst hij direct (rond 17.02 uur) een schedelelektrode bij de baby. Kort daarna (om 17.16 uur) neemt hij foetaal bloed af voor een microbloedonderzoek (MBO) omdat dan het hartactiepatroon (CTG) duidelijk afwijkend is. Helaas mislukt het MBO. Om 17.41 uur herhaalt de arts het MBO. In zoverre heeft de arts lege artis gehandeld. Vervolgens handelt de arts onder de invloed van druk van de aanstaande bevalling op een aantal momenten niet voldoende zorgvuldig.

- Zo verhoogt de arts, ondanks de ernstige foetale hartactiedeceleraties de oxytocinedosering van 15 naar 30 mE/min, waardoor de kans wordt vergroot dat de foetale nood van de baby verergert. In dit verband is van belang dat de arts niet is geïnformeerd omtrent de weeënincidentie. Door het ontbreken van de weeënregistratie weet hij zelfs niet of de ophoging van de dosis oxytocine wel noodzakelijk is.

- Dat hij de uitslag van het tweede microbloedonderzoek niet afwacht en gezien de aanhoudende aanwijzingen voor foetale nood tot een vacuümextractie beslist – en niet tot het verrichten van een keizersnede – acht het Centraal Tuchtcollege op zich niet onjuist, aangezien een vacuümextractie mogelijk kostbare tijdswinst oplevert. Echter, ten tijde van de vacuümextractie is het hoofdje van de baby slechts tot het ‘bekkenmidden’ (Hodge 3) ingedaald. Daarmee is twijfelachtig of wel een vlotte vacuümextractie zal kunnen plaatsvinden. Voorts is door de eerdere gebrekkige registratie en de mislukte MBO’s de aanwezige foetale nood niet meer goed in te schatten. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van mening dat hij op dat moment het ok-team en de kinderarts had dienen te waarschuwen met de mededeling dat mogelijk een spoedkeizersnede verricht zou moeten worden, dan wel ten aanzien van de kinderarts dat mogelijk op korte termijn een baby in mogelijk slechte conditie geboren zou kunnen worden. Dat heeft de arts echter niet gedaan.

- Na het mislukken van de vacuümextractie en voorbereiding op een keizersnede is de baby niet bewaakt. Dat is weliswaar te begrijpen in het licht van de maatregelen die moeten worden genomen om de baby zo snel mogelijk geboren te laten worden, maar het was beter geweest als men de conditie van de baby gedurende deze tijdspanne wel had bewaakt.

- En ten slotte wordt in het dossier niet vermeld of de (hoge) dosis oxytocine na de poging tot vacuümextractie wordt gestopt. Een weeënremmend middel wordt niet gegeven. Het Centraal Tucht-

college is van oordeel dat de arts – dit alles in onderling verband en in samenhang gezien – tuchtrechtelijk verwijtbaar tekort is geschoten in de zorg die hij jegens klaagster had behoren te betrachten. Het Centraal Tuchtcollege acht hiervoor de maatregel van waarschuwing passend en geboden.

(...)

## 05

### Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- verwerpt het beroep; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. H.C. Cusell en prof. mr. J.K.M. Gevers, leden-juristen, prof. dr. G.H.A. Visser en dr. J.C.M. van Huisseling, leden-beroepsge-noten, en mr. H.J. Lutgert, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 7 februari 2013.

#### web

De volledige tekst van deze uitspraak én de zaak tegen de andere gynaecoloog vindt u op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht).

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).