

uitspraak tuchtcollege

Irritatie tussen hulpverleners schaadt patiënt

Veiligheid in de zorg is niet te vangen in protocollen; het zit ook in hoe we met elkaar omgaan. Het helpt niet om al te geïrriteerd te reageren op een vraag en te laten blijken dat je te druk bent om je met de 'nonsens' van anderen bezig te houden. Elke schakel moet juist aan de bel durven trekken als hij of zij denkt dat er iets mis is. Lees er de KNMG-gedragsregels maar op na.

In deze casus leidt een irritatie tussen een gynaecoloog en een verloskundige tot diepe ellende. De verloskundige zet haar vraagtekens bij de combinatie van een uteruslitteken, epiduraal en bijstimuleren. De gynaecoloog zet haar vervolgens in het bijzijn van anderen op haar plaats. De verloskundige durft daarop niet meer te bellen met deze gynaecoloog, laat de patiënte ook nog alleen en uiteindelijk wordt te laat ingezien dat er iets helemaal mis is: een uterusruptuur. Het bij de spoedsectie geboren kind overlijdt twee dagen later.

Hoe hoog de emoties en irritaties ook oplopen, hulpverleners moeten zich in de eerste plaats bekommeren om hun patiënte. Het tuchtcollege concludeert terecht dat de verloskundige meer waarde had moeten hechten aan de belangen van patiënte en haar ongeboren kind dan aan de verhouding met haar leidinggevende. Ze komt er genadig van af met een waarschuwing. De gynaecoloog wordt – in een aparte tuchtzaak – berispt.

Sophie Broersen, arts
prof. mr. Aart Hendriks, jurist

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 7 juni 2011

(ingekort door redactie MC)

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de (...) klacht van A en B, in hun hoedanigheid van senior inspecteur, respectievelijk inspecteur voor de volksgezondheidszorg te C, klagers, tegen D, verloskundige, destijds werkzaam te F, verweerster, (...).

1. Het verloop van de procedure
(...)

2. De feiten
(...)

2.1 Verweerster is als klinisch verloskundige verbonden geweest aan het J te F, verder het ziekenhuis.

2.2 De klacht heeft betrekking op de bevalling van mevrouw I, verder te noemen patiënte, op 5 maart 2009.*

2.3 Een eerdere zwangerschap van patiënte was gecompliceerd geweest door diabetes gravidarum, een

primaire weeënzwakte en een matig CTG, uitmondend in een spoedsectie. Uiteindelijk werd een gezonde zoon geboren.

2.4 Bij deze tweede zwangerschap van patiënte zijn op de polikliniek alle risico's ingeschat en onderkend en met de ouders besproken door de behandelend gynaecoloog, K (...). De à terme datum was 15 maart 2009.

2.5 Op 4 maart 2009 zijn bij patiënte om 7.00 uur de weeën begonnen. (...)

2.6 Op 5 maart 2009 (...) om 1.00 uur heeft patiënte zich (...) gemeld in het ziekenhuis met krachtigere contracties. Zij is (...) naar huis gestuurd zonder een gynaecoloog te spreken, hoewel zij daarom wel had verzocht.

2.7 Om 6.25 uur is er telefonisch contact geweest (...), waarna patiënte naar het ziekenhuis is gegaan. Om 6.45 uur is zij aangesloten aan het CTG-apparaat. Om 10.30 uur (...) is 4 cm ontsluiting geconstateerd.

2.8 Om 13.00 uur is bij patiënte een epiduraal ingebracht (...).

2.9 Om 13.30 uur heeft de gynaecoloog (die vanaf 9.00 uur dienst had) voor de eerste keer patiënte bezocht en is een proefbaring en bijstimulatie besproken.

2.10 De dienstdoende verloskundige heeft om 14.00 uur de vliezen van patiënte gebroken en meconiumhoudend vruchtwater geconstateerd. Na overleg met de gynaecoloog heeft de verloskundige opdracht gegeven om bij te stimuleren met oxytocine.

2.11 Verweerster is om 15.00 uur begonnen met haar dienst in het ziekenhuis.

2.12 Verweerster heeft rond die tijd tegenover de gynaecoloog haar bezorgdheid geuit over het ingezette beleid (over de combinatie van een uteruslitteken, epiduraal en bijstimuleren; zij stelde de vraag, hoe lang het nog verantwoord was om door te gaan). De gynaecoloog heeft toen geantwoord dat, als zij dacht dit niet aan te kunnen, zij niet geschikt was voor tweedelijnsverloskunde, of woorden van gelijke strekking. Dit incident heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een verpleegkundige en een coassistent. Tussen verweerster en de desbetreffende gynaecoloog had zich niet lang daarvoor een incident voorgedaan bij een soortgelijke bevalling.

2.13 Om 16.45 uur heeft de gynaecoloog patiënte voor de tweede maal gezien.

2.14 Verweerster en gynaecoloog hebben om 16.45 uur bij patiënte een druklijn geplaatst.

2.15 De gynaecoloog is om 17.10 uur naar huis gegaan. Hij had thuis de mogelijkheid het EPD (elektronisch patiëntendossier) te lezen, maar geen mogelijkheid om het CTG te zien. In het EPD staat om 18.15 uur vermeld dat de ontsluiting 6-7 cm is. De gynaecoloog heeft dat als gunstig

/selectie_van_de_inspectie

Dood door diabetische voet

Zaaknummer : RTC Zwolle 119/08, uitspraak 14 januari 2010
Specialisme : huisarts
Uitspraak : waarschuwing
Klager : nabestaande van patiënt

Relevantie volgens de inspectie: Een patiënt met een diabetische voet met wondjes vraagt om een actief en traceerbaar beleid. De huisarts had dus proactiever moeten zijn. Het is niet voldoende om alleen maar op signalen van de thuiszorg te reageren bij een probleem dat in potentie ernstig is. Bovendien moet je in een dergelijk geval een plan hebben dat voor de betrokkenen inzichtelijk is. Dat de huisarts zo'n plan niet kon laten zien, liet het tuchtcollege ook meewegen in haar oordeel.

Feiten: Patiënt woonde in een asielzoekerscentrum (AZC) en was bij de arts bekend met onder meer een eerder doorgemaakte CVA en met diabetes mellitus type II. In april 2007 bezocht de arts patiënt en stelde open, droge wondjes tussen de tenen vast. Hij schreef miconazolcrème voor en adviseerde de thuiszorg zorgvuldig controles uit te voeren.

In januari 2008 was er nog geen verbetering, waarop de arts miconazol in poedervorm en aquagel voorschreef en met de thuiszorg afsprak hem te waarschuwen als er geen verandering optrad. Twee weken later stelde de arts vast dat de toestand van de wonden verder was verslechterd en verwees hij patiënt naar een vaatchirurg.

In maart volgden enkele operaties waarbij achtereenvolgens een teen, een voet en een gedeelte van het onderbeen werden geamputeerd. Op 21 april overleed de patiënt.

Overwegingen tuchtcollege: De arts had, bij het zien van de wondjes in april 2007 veel meer gealarmeerd moeten zijn. Hij had er in zo'n geval – ook gezien de algehele gezondheidstoestand van patiënt – op aan moeten sturen de wondjes zo snel mogelijk dicht te krijgen, juist om complicaties te voorkomen en om de vinger aan de pols te houden. De arts heeft nauwelijks bijgehouden wat hij precies heeft gedaan met patiënt en wat zijn beleid was. Het college begrijpt dat de situatie gecompliceerd was. De arts hield regelmatig spreekuur in het AZC en belde na afloop zijn bevindingen door naar de verpleegkundige daar. Die maakte daar aantekening van in het dossier van de patiënt, zonder dat de arts dat controleerde. Toch blijft de arts verantwoordelijk voor de gebrekkige verslaglegging, en daarmee voor de onduidelijkheden over zijn beleid en de resultaten van zijn inspanningen.



De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak. Zie voor alle feiten, het volledige commentaar van de Inspectie én de overwegingen van het tuchtcollege:



www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie

beoordeeld. Tevens wordt in het EDP een duidelijke omschrijving gegeven van het CTG dat een diepe deceleratie met late component, herstel tot 180 sl/min en daarna moeilijk te beoordelen basislijn laat zien. Ook het reeds bekende feit dat het vruchtwater meconiumhoudend was, is hier zichtbaar. Hij heeft geen contact opgenomen met verweerster.

2.16 Verweerster heeft om 18.15 uur patiënte opnieuw getouchéerd. De ontsluiting was dus 6-7 cm en bij het verrichten van het VT liet het CTG diepe deceleraties zien. Verweerster heeft daarop voor de tweede maal de stand van de epiduraalpomp opgehoogd. De aard van de pijn bij patiënte was inmiddels veranderd.

2.17 Tussen 19.30 uur en 20.10 uur is niemand bij patiënte op de verloskamer geweest. Verweerster had ook de zorg voor een andere patiënte op de afdeling met een HELLP-syndroom.

2.18 Om 20.10 uur is de coassistente bij patiënte gekomen en heeft zij opgemerkt dat het CTG was verslechterd. Zij heeft onmiddellijk verweerster geïnformeerd waarna de gynaecoloog is gebeld. De gynaecoloog is om 20.30 uur gekomen en heeft tot een spoedsectie besloten.

2.19 Bij de spoedsectie is een uterusruptuur geconstateerd met een dehiscentie (openscheuren) van het oude litteken. Het kind bevond zich met hoofd en schouders in de buikholte en de placenta lag los. Het meisje, L, is om 21.01 uur geboren en was in zeer slechte toestand.

2.20 L is gereanimeerd en beademd overgeplaatst naar het M met de diagnose perinatale asfyxie.

2.21 Op 7 maart 2009 is vanwege de infauste prognose de behandeling stopgezet.

2.22 L is in bijzijn van de ouders op 7 maart 2009 overleden.
(...)

2.25 Op 26 april 2009 heeft de raad van bestuur van het ziekenhuis na overleg met IGZ melding gemaakt van deze calamiteit aan IGZ. Het ziekenhuis heeft N om een rapportage gevraagd (...).

3. De klacht en het standpunt van IGZ

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster:

1. (...) niet de beslissing heeft genomen de gynaecoloog te informeren toen het CTG verslechterde en de pijn veranderde, maar zich heeft laten leiden door hetgeen vlak daarvoor tussen hen was voorgevallen en op een vorige ervaring met deze gynaecoloog gebaseerde verwachting;
2. haar professionele verantwoordelijkheid niet heeft genomen door beleid uit te voeren waar ze niet achter kon staan;
3. terwijl zij de regie had over de bevalling, toegestaan heeft dat patiënte enige tijd zonder observatie en/of CTG alleen is gelaten, hoewel zij zich zorgen maakte over het gevoerde beleid en het CTG.

4. Het standpunt van verweerster

Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel maakt verweerster zichzelf het verwijt dat zij rond 18.00 uur de gynaecoloog niet heeft gebeld. Zij was door zijn eerdere reactie ervan overtuigd dat hij niet naar haar zou luisteren en dat het voor het verloop van de avond geen verschil zou maken.

Verweerster voert met betrekking tot het klachtonderdeel onder 2. aan dat het niet aan haar was om het beleid te bepalen, maar dat zij erop mocht vertrouwen dat de gynaecoloog, die de eindverantwoordelijke was, de situatie juist zou inschatten.

Ten aanzien van het derde klachtonderdeel erkent verweerster dat zij patiënte niet van 19.30 tot 20.00 uur alleen had mogen laten.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het eerste klachtonderdeel is gegrond. Het is niet te begrijpen dat verweerster, die rond 18.00 uur had bemerkt dat het CTG diepe decelerat

ties liet zien, de gynaecoloog daarvan niet direct op de hoogte heeft gesteld. Verweerster erkent dat zij dat had moeten doen. Door de gynaecoloog niet te informeren met de gedachte (...) dat hij toch niet zou luisteren, heeft verweerster haar professionele verantwoordelijkheid miskend. Zij wist dat het ongunstige CTG-informatie bevatte, of kon bevatten, die zij moest melden. De gynaecoloog was de verantwoordelijke, had met die informatie mogelijk zijn beleid om de vaginale baring af te wachten alsnog gewijzigd en was mogelijk naar het ziekenhuis gekomen om alsnog de sectio uit te voeren. Haar verwachting dat hij niet zou luisteren, was blijkbaar ingegeven door haar slechte ervaring met de gynaecoloog ruim twee uur eerder, toen deze haar – naar het lijkt ten onrechte – terechtwees over haar twijfel omtrent zijn beleid en haar ervaring enkele weken eerder waarop de gynaecoloog eveneens haar professioneel functioneren in een soortgelijke situatie had bekritiseerd. Het is onprofessioneel dat zij zich door die ongunstige verwachting over zijn reactie heeft laten leiden. Ze heeft daarmee zelf een verantwoordelijkheid genomen die ze niet kon dragen en tegelijkertijd de gynaecoloog informatie onthouden waarmee hij zijn verantwoordelijkheid had kunnen dragen. Hoe slecht de verhouding tussen haar als verloskundige en de gynaecoloog ook was, zij had aan de zorg voor en het belang van de patiënte en het ongeboren kind meer waarde moeten hechten dan aan haar onzekerheid of de gynaecoloog met haar informatie iets zou doen.

5.2 Verweerster vermoedde voorts (...) dat de informatie over het CTG van rond 18.00 uur voor het verdere verloop van de avond geen verschil zou maken. Daarmee heeft zij een verkeerde inschatting gemaakt. Zij kende de voorgeschiedenis van patiënte, waarover zij zelf haar twijfels al had geuit tegenover de gynaecoloog die zijn afwachende beleid voortzette. Zij mocht daarom niet aannemen dat de ernstig verslechterde

rende CTG slechts een incident was dat voor het verdere verloop van de baring geen betekenis had.

De conclusie is dat verweerster afstand had moeten nemen van het beleid dat de gynaecoloog voorstond. Hoewel de gynaecoloog de eindverantwoordelijkheid had, had zij in het slechte CTG van 18.00 uur aanleiding moeten vinden de gynaecoloog te informeren om hem daarmee in staat te stellen zijn beleid te heroverwegen.

5.3 Klachtonderdeel 2. miskent dat het niet verweerster maar de gynaecoloog is, die de eindverantwoordelijkheid had. Het gaat onder de gegeven omstandigheden te ver om van de verloskundige te verlangen dat zij zou weigeren om mee te werken aan uitvoering van het beleid van de gynaecoloog. Dit neemt niet weg dat, zoals hiervoor al is overwogen, de verloskundige haar professionele verantwoordelijkheid in het oog had dienen te houden en haar visie kenbaar had dienen te maken, waar nodig nog een keer extra en zeker gelet op de veranderde omstandigheden die steun leken te geven aan de juistheid van haar eerder ingenomen standpunt.

Het klachtonderdeel (...) is ongegrond.

5.4 Verweerster heeft gesteld dat zij gedurende zekere tijd haar zorg en aandacht tussen patiënte en een andere patiënte met een HELLP-syndroom moest verdelen. Dat zou verklaren dat verweerster enige tijd, te weten vanaf 19.30 uur tot (omstreeks) 20.10 uur, toen overigens niet zij maar de coassistente de sterke achteruitgang van het CTG ontdekte, patiënte niet heeft geobserveerd of laten observeren. (...), gaat dit verweer niet op. Ook hier moet worden benadrukt dat het verweerster is die verantwoordelijk is voor haar taken. Mocht de combinatie van haar taken op een onverwacht moment aan een verantwoorde hulpverlening in de weg zijn komen te staan, dan mocht van haar verwacht worden dat zij maatregelen zou nemen om de ontstane problemen zo effectief

mogelijk het hoofd te bieden. Ter zitting is komen vast te staan dat deze mogelijkheden er wel waren. In dit geval had zij, bijvoorbeeld, de gynaecoloog terug kunnen roepen of de communicatie met de gynaecoloog over de zorg van de andere hoogrisicopatiënte over kunnen laten aan de verpleegkundige. Zij heeft dat niet gedaan en daarmee het niet te verwaarlozen risico genomen dat het CTG ongemerkt opnieuw zou verslechteren. Voor haar keuze bestaat geen rechtvaardiging en dat is haar te verwijten. Zoals hierboven is overwogen, geldt ook hier dat het de plicht van verweerster als verloskundige is om te voorkomen dat zij problemen over zich heen laat komen en in plaats daarvan gepaste maatregelen te nemen.

5.5 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (voor de onderdelen 1. en 3.) deels gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG jegens het ongeboren kind en de ouders had behoren te betrachten.

5.6 De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend. Verweerster heeft op verschillende

momenten niet de van haar als verloskundige te verwachten verantwoordelijkheid genomen maar de ontwikkelingen op verwijtbare wijze op hun beloop gelaten. Hoewel de gevolgen dramatisch zijn, mag dat volgens geldende tuchtrechtspraak niet beslissend zijn voor de aard van de maatregel. Een zwaardere maatregel zou gerechtvaardigd zijn, maar in de omstandigheid dat aan deze zaak reeds veel publiciteit is gegeven, met alle gevolgen van dien, ook voor verweerster, het feit dat zij tijdens het onderzoek door IGZ en tijdens de behandeling van de tuchtzaak in heeft gezien dat ze onjuist heeft gehandeld en het feit dat zij niet meer als verloskundige werkzaam is, wordt aanleiding gevonden om de maatregel te beperken tot die van waarschuwing.

(...)

5.8 Ten overvloede merkt het college op met verontrusting te hebben geconstateerd dat in de onderzoeksrapporten van N en de IGZ meerdere *substandard* factoren binnen de vakgroep Obstetrie van het betreffende ziekenhuis worden beschreven, die een rol gespeeld hebben bij het verloop van deze casus.

De door N geformuleerde aanbevelingen die, naar IGZ ter zitting heeft opgemerkt, inmiddels worden opgevolgd, worden met instemming door het college ondersteund.

6. De beslissing

Het regionaal tuchtcollege

- waarschuwt verweerster.

Bepaalt dat de beslissing (...) ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 12 april 2011 door mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, M.L.A. van Heijst en F.C.D. Buist, leden-verloskundigen, mr. S.S. van Gijn, secretaris, en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 7 juni 2011 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

* De data onder '2. De feiten' zijn gefingeerd, om herkenning te voorkomen.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl.

Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

praktijkperikel

Gekke Henkie

Met enige regelmaat krijgen we als huisartsen verzoeken om medische informatie van instanties die de patiënt bijstaan om financieel verhaal te halen bij een tegenpartij. Het is niet mijn grootste hobby om deze informatie te geven. De financiële vergoeding is dan een pleister op de wond voor de inspanning die ik moet verrichten. Ach, het hoort erbij, denk ik dan maar. Om voor mij nog onduidelijke redenen wordt de huisarts als eerste aangeschreven, in plaats van de medisch specialist.

Recent kreeg ik weer zo'n verzoek en de rekening moest aan de volgende items voldoen:

- de datum van de factuur
- het referentienummer van de aanvrager

- BTW-identificatienummer
 - naam en adres van de huisarts
 - naam en adres van hun opdrachtgever
 - datum waarop de informatie is verstrekt
 - de vergoeding per toegepast tarief
 - het toegepaste tarief voor de omzetbelasting
- Daaronder stond als waarschuwing: 'Onjuiste facturen worden niet in behandeling genomen en geretourneerd'.

U zult begrijpen dat er toch grenzen zijn. Ik heb alles in de portvrije retourenvelop gedaan met het verzoek eerst maar te betalen... Ik ben gekke Henkie niet.

/praktijkperikel