

# Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2002/227 van F., gynaecoloog, wonende te H., appelllant, verweerder in eerste aanleg, raadsman mr. H.A.J. Stollenwerck, advocaat te Maastricht, tegen C. en D., beiden wonende te E., verweerders in hoger beroep, oorspronkelijk klagers, raadvrouw mr. J.C.J. van Craaikamp, advocaat te Utrecht.

## 1. Verloop van de procedure

C. en D. – hierna te noemen klagers – hebben op 22 maart 2001 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen appelllant – hierna te noemen de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 29 juli 2002, onder nummer 0133c heeft dat College de klacht gegrond verklaard en de arts ter zake de maatregel van waarschuwing opgelegd.

De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep tegelijk, doch niet gevoegd, met de zaak in beroep, onder nummer 2002/224 (CD./A.) behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 11 december 2003, waar zijn verschenen klagers, bijgestaan door mr. Van Craaikamp, en de arts, bijgestaan door mr. Stollenwerck.

Mr. Van Craaikamp heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnotitie, die zij aan het Centraal Tuchtcollege heeft overgelegd.

## 2. Beslissing in eerste aanleg

2.1. De in eerste aanleg ingediende klacht behelst – kort samengevat – het verwijt aan de arts dat hij is tekortgeschoten in de na de bevalling aan klaagster verleende gynaecologische zorg en dat hij geen adequate actie heeft ondernomen om haar lichamelijke toestand te verbeteren. Klaagster heeft gesteld dat het tekortschieten in de zorg ook daaruit blijkt dat niet tijdig de diagnose van een uterusruptuur is gesteld.

2.2. De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd.

2.3. Het Regionaal Tuchtcollege heeft in de bestreden beslissing de volgende feiten en omstandigheden vastgesteld: *“De klacht heeft betrekking op de behandeling door verweerder van klaagster D. tijdens en na haar tweede bevalling in de nacht van 2 op 3 april 1999. Klaagster is geboren op 5 januari 1970. Haar eerste zwangerschap was in januari 1996 in de 38ste week beëindigd door een sectio caesarea wegens een placenta praevia. Zij is tijdens de eerste bevalling begeleid door een associé van verweerder. Klaagster is tijdens haar tweede zwangerschap aanvankelijk begeleid door een verloskundige en vanaf februari 1999 door een associé van verweerder, die haar had meegedeeld dat een bevalling langs vaginale weg mogelijk was, maar dat wegens de sectio caesarea in haar voorgeschiedenis de bevalling wel zou moeten plaatsvinden in het ziekenhuis. De à terme datum was 30 maart 1999. Klaagster is op vrijdag 2 april 1999 te 19.45 uur met gebroken vliezen opgenomen in het G. te H.. Het vruchtwater was toen lichterhelder. Klaagster is vanaf haar opname begeleid door een verloskundige. De CTG-registratie toonde toen een foetale tachycardie van 160-190 per minuut. Te 23.00 uur heeft een andere verloskundige de dienst overgenomen. Vanaf dat tijdstip tot 01.16 uur is geen CTG-registratie uitgevoerd. Op zaterdag 3 april te 01.15 uur gaf klaagster hevige pijn aan. De verloskundige heeft te 01.20 uur een vaginaal toucher uitgevoerd. De ontsluiting bedroeg toen 4 cm en er liep vers meconiumhoudend vruchtwater af. De verloskundige heeft toen overleg gepleegd over de pijnstilling met de gynaecoloog-achterwacht. Daarbij heeft zij gezegd dat het vruchtwater meconiumhoudend was. Hij heeft haar gezegd de anesthesioloog te vragen epidurale pijnstilling te geven. De anesthesioloog heeft de rugpenik gegeven te 02.00 uur. De verloskundige heeft te 01.15 uur een scalpelektrode aangebracht en vanaf dat tijdstip is weer een CTG-registratie uitgevoerd. Te 02.00 uur bedroeg de frequentie van foetale hartactie ongeveer 160 per minuut. Te ongeveer*

*02.20 uur ontstond een verandering in het CTG-patroon. Er was toen een afname van de variabiliteit van de foetale hartactie met late deceleraties en soms zelf diepe deceleraties. De verloskundige heeft in het baringsverslag te 02.45 uur vermeld: ‘cortonen: late deceleraties?’ Te omstreeks 03.00 uur kreeg klaagster weer hevige pijn, vooral boven in de buik. De verloskundige heeft toen overleg gepleegd met de anesthesioloog, die opdracht gaf een bolus te geven van 5 cc Naropin en de Naropin-dosering via de pomp te verhogen tot 10 cc per uur. Te 04.00 uur constateerde de verloskundige dat de reeds diepe deceleraties nog dieper waren geworden. Klaagster was toen ook erg misselijk. De verloskundige heeft toen een vaginaal toucher verricht, waarbij zij constateerde dat de ontsluiting 8 à 9 cm bedroeg en dat het hoofd was ingedaald tot het niveau H2. Zij heeft daarop telefonisch contact gezocht met de gynaecoloog-achterwacht en hem gevraagd naar het ziekenhuis te komen. De gynaecoloog-achterwacht heeft te 04.45 uur een vaginaal toucher uitgevoerd. Er was toen sprake van volkomen ontsluiting met een stand van het hoofd, die wegens moulage niet kon worden beoordeeld. Hij heeft daarop onmiddellijk een spoedvacuüm extractie uitgevoerd vanaf H2 tot H3 met uitwendige expressie. Te 04.49 uur is een zoon geboren in slechte algemene toestand. Hij is onmiddellijk overgedragen aan de kinderarts. Het geboortegewicht was 4000 gr. De apgarscore bedroeg na een, respectievelijk vijf en tien minuten 0/0/4. Het kindje is op 3 april overleden. De gynaecoloog-achterwacht heeft klaagster gezien te 08.00 uur. Zij was toen wat ‘shockerig’. De bloeddruk bedroeg toen 90/40 mmHg en de polsfrequentie was 110 per minuut. Het Hb was 5,4 mmol/l en het Ht 0,26. De gynaecoloog-achterwacht heeft klaagster onderzocht. De uterus was rechts boven de navel iets drukpijnlijk, maar er was geen drukpijn boven de symfysis. Klaagster vloeyde normaal. De gynaecoloog-achterwacht concludeerde dat er geen tekenen waren die wezen op het bestaan van*

een uterusruptuur. Teneinde een intra-abdominale bloeding uit te sluiten, heeft de gynaecoloog achterwacht na een uur weer het hemoglobinegehalte laten bepalen. Dit was toen gestegen naar 5,8 mmol/l. De gynaecoloog-achterwacht heeft toen opdracht gegeven twee packed cells toe te dienen, waarna het hemoglobinegehalte steeg tot 7,5 mmol/l aan het einde van de middag. In de loop van zaterdag 3 april varieerde de algehele toestand van klaagster van zeer matig tot redelijk. De polsfrequentie varieerde van 116 tot 131. De bloeddruk was instabiel, maar over het algemeen laag. De hoogst gemeten waarde, te 21.20 uur, bedroeg 106/67 mmHg. Op zondag 4 april, Eerste Paasdag, had klaagster last van erge pijn in de bovenbuik. Die dag was haar algemene klinische toestand matig tot redelijk. De gynaecoloog-achterwacht heeft klaagster onderzocht, maar vond daarbij geen duidelijke afwijkingen. Het hemoglobinegehalte bedroeg 7,1 mmol/l; het Ht was 0,35. De lichaamstemperatuur was normaal. De polsfrequentie bleef hoog. De bloeddruk is geleidelijk gestegen en bedroeg in de loop van de avond 129/65 mmHg.

Maandag 5 april 1999 is het beeld niet wezenlijk veranderd. De buik was nog erg bol en klaagster gaf veel pijn aan. De polsfrequentie bleef hoog. Er was sprake van riekende lochia, waarvoor de gynaecoloog-achterwacht Augmentin en Ergometrine heeft voorgeschreven. De gynaecoloog-achterwacht heeft klaagster voor de laatste maal gezien op dinsdagmorgen 6 april kort voor de mondelinge overdracht na het paasweekeinde in het teamoverleg met de toen aanwezige gynaecologen, arts-assistenten en verloskundigen te 08.30 uur. De gynaecoloog-achterwacht vond bij zijn onderzoek een bolle en gevoelige buik. De uterus stond twee vingers onder de navel en er was een spaarzame peristaltiek. Hij heeft opdracht gegeven voor een buikoverzichtsfoto en voor laboratoriumonderzoek. De buikoverzichtsfoto toonde vochtspiegels in de dikke darm en de dunne darm en gaf het beeld van een ileus. Uit het laboratoriumonderzoek bleek dat de BSE was opgelopen tot 117 mm/uur. Klaagster is te omstreeks 17.00 uur onderzocht door een arts-assistent in opleiding tot gynaecoloog. Zij had toen een zeer bolle buik en drukpijn; er was geen loslaatpijn. Er was sprake van spaarzame, hoog klin-

kende peristaltiek en hypertympanie. De uterusstand was niet palpabel. Met name de onderbuik was drukgevoelig. De bloeddruk in de avond van 6 april bedroeg 96/50 mmHg. De lichaamstemperatuur was 37,9 °C en de polsfrequentie 128 per minuut. Klaagster verloor die avond uit de vagina oud bloed.

Op woensdag 7 april is klaagster gezien door de toen dienstdoende gynaecoloog. De buik was toen soepel en minder bol. Er was geen loslaatpijn en de drukpijn was aanmerkelijk verminderd. Er was spaarzame peristaltiek en klaagster produceerde enige brijige ontlasting. De dienstdoende gynaecoloog heeft een computertomografisch onderzoek aangevraagd van de onderbuik, dat echter eerst op donderdag 8 april kon worden uitgevoerd.

Daarom heeft hij een echografisch onderzoek verricht, waarbij een normale uterus werd gezien liggend onder de navel met een streepvormig cavum uteri. De darmen waren flink verwijd en gevuld met gas/lucht. Duidelijke afwijkingen werden niet waargenomen. De dienstdoende gynaecoloog heeft ook laboratoriumonderzoek laten verrichten. De uitslagen werden eerst bekend op donderdag 9 april. Er was toen sprake van een BSE van 115 mm/uur, de CRP bedroeg 384 mg/l en het aantal leukocyten was 12,4. De temperatuur op woensdag 7 april schommelde rond de 38 °C. De polsfrequentie was 132 tot 136 per minuut. Te 18.00 uur werd een lichaamstemperatuur gemeten van 39,2 °C.

Op donderdag 8 april leek de patiënte in wat betere toestand te verkeren. De lichaamstemperatuur was gedaald tot 37,4 °C. De polsfrequentie varieerde van 130 tot 140 per minuut. Klaagster is die dag gezien door verweerder, die toen dienstdoende gynaecoloog was. Hij vond drukpijn rechtsonder in de buik en in beide flanken. De linkerzijde van klaagster was rood/blauw verkleurd. Er was geen tot spaarzame peristaltiek. De buik was minder bol en soepel. Verweerder concludeerde dat er mogelijk sprake was van een groot hematoom dat langs vaginale weg werd afgevoerd en dat het ileusbeeld kon verklaren. Hij heeft opdracht gegeven het laboratoriumonderzoek te herhalen en heeft de internist in medebehandeling geroepen voor regeling van de vocht- en waterhuishouding. Deze heeft de patiënte gezien in de middag van donderdag 8 april. Hij constateerde

een hypokaliëmie en heeft klaagster KCI intraveneus gegeven.

Het computertomografisch onderzoek is uitgevoerd in de middag van donderdag 8 april. De op 7 april dienstdoende gynaecoloog was daarbij aanwezig. De radioloog heeft hem na het onderzoek medegedeeld dat rekening moest worden gehouden met een uterusruptuur. Het verslag van de radioloog d.d. 12 augustus 1999 van dit onderzoek luidt als volgt:

“Een verklaring voor de verschijnselen kan zijn dat er een ruptuur van de uterus is opgetreden voor of tijdens de vacuümextractie. Het is mogelijk dat daardoor een opening naar de parametria is ontstaan met daardoor een toegangsweg voor retroperitoneale lucht. Een andere mogelijke verklaring voor de aanwezige retroperitoneale lucht is gasvorming bij een infectie, eveneens mogelijk ontstaan na ruptuur. Het vrije vocht in de buik past bij een ruptuur van de uterus. De bevindingen zijn u ter kennis gebracht direct in aansluiting aan het onderzoek.”

Verweerder heeft de uitslag van het computertomografisch onderzoek eerst vernomen bij de ochtendbespreking van vrijdag 9 april. Op die dag bleek de toestand van klaagster sterk achteruit te zijn gegaan. Enige dagen eerder was een vaginakweek ingezet, waarin op 9 april Morganelle werd aangetoond, die niet gevoelig was voor Augmentin, dat tot dan toe als antibioticum werd gegeven, en op vrijdag 9 april is vervangen door Pipcil. Het hemoglobinegehalte was gedaald tot 5,8 mmol/l. De op vrijdag 9 april dienstdoende gynaecoloog heeft overlegd met de intensivist en met de chirurg en klaagster overgeplaatst naar de afdeling Medium Care. Er was sprake van een tachypneu en een hoge polsfrequentie alsmede van een metabole acidose. De dienstdoende gynaecoloog heeft met de chirurg afgesproken dat het computertomografisch onderzoek zou worden herhaald op 10 april en dat het beleid zou worden heroverwogen bij de intensive carebespreking van die dag. In de nacht van vrijdag 9 op zaterdag 10 april verslechterde de toestand van klaagster. Het hemoglobinegehalte daalde tot 4,4 mmol/l. Het voorgenomen computertomografisch onderzoek is niet uitgevoerd wegens de conditie van klaagster. In overleg met de chirurg is besloten wegens het beeld van een peritonitis, waarschijnlijk op basis van abcedering, tot een laparotomie. In het

G. was toen geen intensive care-bed beschikbaar en de patiënte is daarom op zaterdag 10 april overgeplaatst naar het I. te J.. Daar is nog diezelfde dag een laparotomie uitgevoerd, waarbij uitgebreide intra-abdominale en retroperitoneale abcessen met name in de psosasregio werden gedraineerd en een uterusruptuur werd gevonden. Op 11 april onderging zij een relaparotomie, waarbij necrotisch materiaal werd verwijderd en abcessen werden ontlast. Op 12 april is opnieuw een relaparotomie uitgevoerd, waarbij een abdominale uterusextirpatie plaatsvond.”

2.4. Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“Bij de beoordeling van deze klacht stelt het College voorop dat een uterusruptuur na een vaginaal verlopen bevalling moeilijk is te diagnosticeren. De gynaecoloog die de bevalling had begeleid heeft op 3 april gezien de lage bloeddruk, het lage hemoglobinegehalte en de snelle pols wel rekening gehouden met de mogelijkheid van een uterusruptuur, maar heeft die mogelijkheid na onderzoek verworpen, omdat er geen sprake was van een drukpijn boven de symfyse en de drukpijnlijkheid van de uterus boven de navel verklaarbaar was door de bij de vacuümextractie uitgevoerde expressie. Voorts is het hemoglobinegehalte in de morgen van zaterdag 3 april in de tijd van een uur eerst gestegen van 5,4 naar 5,8 en, nadat het bloed was getransfundeerd, verder gestegen tot 7,5 mmol/l, zodat abdominaal bloedverlies toen weinig waarschijnlijk was. Op zondag 4 april en maandag 5 april is het beeld niet verbeterd, maar ook niet duidelijk verslechterd en er waren ook toen geen signalen die wezen op een mogelijke uterusruptuur. Het College acht dan ook niet verwijtbaar dat aanvankelijk een conservatief en expectatief beleid is gevoerd. Verweerder heeft aangevoerd dat hij dienstdoend gynaecoloog was van donderdag 8 april vanaf 08.00 uur tot vrijdagmorgen 9 april 08.00 uur en dat hij daarvoor bij de controles of bij de behandeling van klaagster niet betrokken is geweest. Zijn verweer houdt voorts in dat de toestand van klaagster bij de ochtendvisite op donderdag 8 april duidelijk verbeterd was, dat hij toen een retroperitoneale bloeding met een (reactieve) subileus met koorts waarschijnlijk achtte, maar dat hij toen gezien de verbetering in de toe-

stand een operatie niet geïndiceerd achtte en het raadzaam achtte de CT-scan van die middag af te wachten.

Verweerder heeft daarbij nog opgemerkt dat er tot op dat moment geen sprake was van een bij een abcederende infectie passende koorts en dat hij daarom meende dat er nog geen indicatie was voor een drainerende buikoperatie.

Het College verwerpt het verweer dat de verantwoordelijkheid van verweerder beperkt is tot de aan klaagster tijdens zijn dienst op donderdag 8 april gegeven behandeling. Het verwijst daarbij naar de organisatie van de diensten binnen de maatschap en de wijze waarop de verantwoordelijkheden waren geregeld en verdeeld. De organisatie van de diensten was geregeld in dier voege dat op werkdagen een dagdienst bestond van 08.00 uur tot 17.00 uur en avond- en nachtdiensten van 17.00 uur tot 08.00 uur van de daaropvolgende dag. De dagdiensten van maandag tot en met donderdag werden buiten de vakanties verdeeld op vaste wijze in dier voege dat de gynaecoloog-achterwacht op maandag dienst had en een van de drie andere leden van de maatschap telkens volgens een vaste indeling dienst had op dinsdag, woensdag of donderdag. De avond- en nachtdiensten van maandag tot en met donderdag werden bij toerbeurt verdeeld tussen de vier

gynaecologen-maatschapsleden, bij voorkeur aansluitend op de dagdienst. De dienst van vrijdagmorgen 08.00 uur tot maandag 08.00 uur werd bij toerbeurt waargenomen door een van de maatschaps-leden. De dienstdoend gynaecoloog van de dagdienst was verantwoordelijk voor de acute problematiek, liep visites en was eerste aanspreekpunt voor de arts-assistenten in opleiding tot gynaecoloog die zorgdroegen voor de dagelijkse continuïteit op de afdeling Verloskunde en Gynaecologie en ook bij toerbeurt avond-, nacht- en weekenddiensten verrichtten. Iedere dag vond er voorafgaand aan de visite van 08.30 uur tot 09.00 uur een ochtendbespreking plaats, waarbij aanwezig waren de gynaecologen-maatschapsleden, de arts-assistenten, de kinderartsen en de dienstdoend verloskundige. Bij dit overleg werden alle patiënten besproken en werd overleg gepleegd over het te voeren beleid. In de periode tussen de bevalling van klaagster en haar overplaatsing naar het I. heeft ieder van de

vier maatschapsleden een dagdienst verricht, waarbij hij de verantwoordelijkheid droeg voor de opgenomen patiënten onder wie klaagster en hebben zij allen dagelijks deelgenomen aan het ochtendoverleg waarbij het beleid bepaald werd, met uitzondering van 6 april toen wellicht een van de maatschaps-leden, die tevens stafvoorzitter was, niet bij dat ochtendoverleg aanwezig is geweest. Ieder van de maatschapsleden is derhalve betrokken geweest bij de bepaling van het ten aanzien van klaagster te voeren beleid en ook ieder van hen heeft tenminste op een dag van die week aan het beleid uitvoering en invulling gegeven. Daaruit volgt naar het oordeel van het College dat ook ieder maatschapslid tuchtrechtelijk verantwoordelijk is voor het ten aanzien van klaagster bepaalde beleid en volgens dat beleid de aan haar gegeven behandeling.

Zoals hierboven reeds overwogen was het aanvankelijk gevoerde expectatief en conservatief beleid naar het oordeel van het College verantwoord, maar vanaf maandag is die situatie geleidelijk veranderd. Op maandag 5 april bleek dat er sprake was van riekende lochia, hetgeen betekent dat zich ergens geïnfecteerd bloed bevond en op dinsdag 7 (moet zijn 6, CTG) april was er een ileus. Het klinisch beeld van klaagster was steeds niet goed. Zij had een bolle buik, veel pijn, er was veel bloedverlies, zij was steeds zeer zwak en vanaf donderdag 8 april was ook een hematoom in de linkerzijde zichtbaar. Ook de laboratoriumwaarden werden langzamerhand verontrustend afwijkend. Op woensdag 7 april bedroeg de CRP 384 mg/l. De BSE was steeds te hoog en daarnaast was er sprake van een geleidelijke daling van het hemoglobinegehalte van 7.0 mmol/l op woensdag 7 april naar 5,6 op vrijdag 9 april, welke daling er op wees dat er sprake was van een bloeding. Verweerder en de andere maatschapsleden hebben in de dagen na dinsdag 6 april niet gezocht naar een verklaring voor het ileusbeeld en de oorzaak van de bloeding, doch zij hebben zich toen beperkt tot het observeren van de patiënte en de ontwikkeling van het beeld. Het is naar het oordeel van het College niet verwijtbaar dat toen niet de diagnose uterusruptuur is gesteld. Wel hadden verweerder en de andere leden van de maatschap zich toen niet mogen beperken tot observatie en de toediening van antibiotica,

maar hadden zij beeldvormende diagnostiek moeten verrichten en het onmiskenbaar aanwezige hematoom, dat hoogstwaarschijnlijk geïnfecteerd was, moeten draineren. Zeker toen op donderdag 8 april de zeer hoge CRP-waarde van woensdag 7 april bekend werd, was een meer voortvarend beleid dan tot dan toe was gevoerd, aangewezen. Bij het ochtend-overleg van vrijdag 9 april was de uitslag bekend van de in de middag van 8 april gemaakte CT-scan, die zeer omineus was. Het is naar het oordeel van het College onbegrijpelijk dat toen niet onmiddellijk tot drainage is overgegaan, maar dat men ook toen nog gekozen heeft voor een expectatief beleid, zij het met een meer intensieve bewaking. Samenvattend is het College van oordeel dat, hoewel niet aan verweerder kan worden aangerekend dat de diagnose uterusruptuur niet reeds in het G. is gesteld, hij wel is tekortgeschoten door te lang vast te houden aan een expectatief beleid. Het moge zo zijn dat op donderdag 8 april het klinisch beeld enigszins verbeterd was, anderszijds is op die dag de zeer hoge CRP-waarde van het op woensdag 7 april afgenomen bloed bekend geworden en was er de voortgaande daling van het hemoglobinegehalte, die een voldoende indicatie vormde een drainerende operatie uit te voeren. De klacht is derhalve gegrond.”

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Nu daartegen geen grieven zijn geuit gaat het Centraal Tuchtcollege voor de beoordeling van het hoger beroep uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege.

### 4. Procedure in hoger beroep

4.1. Kern van de klacht in beroep is dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte heeft overwogen, dat uit het feit, dat ieder van de maatschapsleden betrokken is geweest bij de bepaling van het ten aanzien van klagster te voeren beleid en ook ieder van hen ten minste ook één dag van die week aan het beleid uitvoering en invulling heeft gegeven, naar het oordeel van het College volgt, dat ook ieder maatschapslid tuchtrechtelijk verantwoordelijk is voor het ten aanzien van klagster bepaalde beleid en voor

de volgens dat beleid aan haar gegeven behandeling.

Volgens de arts introduceert het Regionaal Tuchtcollege aldus een collectieve verantwoordelijkheid voor het beleid en behandeling van een patiënt. Uit de feitelijke weergave van de feiten door het Regionaal Tuchtcollege blijkt nu juist, aldus de arts, dat er maar één conclusie mogelijk is, namelijk dat iedere, afzonderlijke dienstdoende, gynaecoloog tijdens zijn 24-uurs dienst afzonderlijk verantwoordelijk is voor het gevoerde beleid tijdens uitsluitend die 24 uur. De arts wijst er op dat het medisch tuchtrecht ziet op persoonlijk handelen/nalaten van de hulpverlener. Hem/haar moet een persoonlijk verwijt worden gemaakt. De arts is op geen enkele wijze betrokken geweest bij de bevalling van klagster. Het gaat hem te ver te stellen dat door het voeren van ochtend-overdrachtbesprekingen alle artsen gezamenlijk voor alle besproken patiënten verantwoordelijk zijn.

De visie van het Regionaal Tuchtcollege leidt ertoe dat elk maatschapslid – als die ook maar iets te maken heeft gehad met de behandeling van de patiënt – volledig tuchtrechtelijk verantwoordelijk wordt voor het uit te voeren beleid en dat is tuchtrechtelijk gezien volmaakt onaanvaardbaar, volgens de arts. Naar de mening van de arts is op zijn medisch beleid in de gegeven omstandigheden helemaal niets aan te merken. Waar klagster op 8 april 1999 leek op te knappen was er geen enkele aanleiding om die dag tot een ingrijpende drainage over te gaan. Toen bij het ochtendoverleg van vrijdag 9 april 1999 de verdenking van een uterusruptuur met abcesvorming bekend was, heeft de arts geadviseerd direct een chirurg in consult te roepen.

4.2. Klagers hebben gemotiveerd verweer gevoerd. Volgens klagers heeft het Regionaal Tuchtcollege terecht overwogen dat ieder lid van de maatschap, waartoe de arts behoort, individueel verantwoordelijk gehouden moet worden voor het ten aanzien van klagster bepaalde beleid en de volgens dat beleid aan haar gegeven behandeling.

#### Beoordeling van het beroep

4.3. Zoals ook door het Regionaal Tuchtcollege in de bestreden beslissing

is overwogen, is – en was ook in de relevante periode – de organisatie van de diensten binnen de maatschap waartoe de arts behoort (hier beschreven voor zover dat voor deze zaak van belang is) zo ingericht dat op werkdagen een dagdienst bestaat van 08.00 uur tot 17.00 uur en avond- en nachtdiensten van 17.00 uur tot 08.00 uur van de daaropvolgende dag. Telkens heeft één lid van de maatschap de dagdienst en zo mogelijk aansluitend de nachtdienst. De dienstdoende gynaecoloog van de dag is verantwoordelijk voor de acute problematiek, loopt visites en is eerste aanspreekpunt voor de arts-assistenten in opleiding tot gynaecoloog, die zorgdragen voor de dagelijkse continuïteit op de afdeling Verloskunde en Gynaecologie en ook bij toerbeurt avond-, nacht- en weekenddiensten verrichten. Verder is het zo dat iedere dag voorafgaand aan de visite van 08.30 uur tot 09.00 uur een ochtendbespreking plaatsvindt, waar alle patiënten worden besproken en overleg wordt gepleegd over het te voeren beleid. De arts heeft dagelijks deelgenomen aan het ochtendoverleg waarbij het beleid ten aanzien van klagster is bepaald en was op donderdag 8 april zowel overdag als aansluitend gedurende de avond en nacht de dienstdoende gynaecoloog.

4.4. Wanneer een maatschap van artsen, zoals het geval is binnen de maatschap waarvan de arts deel uit maakt, de praktijkvoering inricht op de hiervoor omschreven wijze, waarbij niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en de gezamenlijke ochtendbesprekingen, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt, in dit geval klagster, gevoerde beleid.

4.5. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft dit wisselend draaien van diensten en daarmee gepaard gaande wisselend zien en beoordelen van klagster tot gevolg gehad dat het aanvankelijk gevoerde expectatief en conservatief beleid ten onrechte niet tijdig is bijgesteld. Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel

---

dat ook de arts daarmee tekort is geschoten in de zorg ten opzichte van klaagster. Deze tekortkoming dient hem tuchtrechtelijk te worden verweten.

4.6. Bovendien rekent het Centraal Tuchtcollege de arts aan dat hij op donderdag 8 april, toen hij de dienstdoend arts was, naar huis is gegaan zonder de uitslag van de CT-scan af te wachten. Zoals het Regionaal College heeft overwogen mag het dan wel zo zijn dat het klinisch beeld van patiënte op donderdag 8 april enigszins verbeterd was, doch de uitslag van de CT-scan had alle aanleiding moeten geven om niet langer vast te houden aan het conservatief en expectatief beleid. Dit betekent dat de arts ook op dit punt tekortgeschoten is in de zorg jegens klaagster.

Het Centraal Tuchtcollege is alles overziende met het Regionaal Tuchtcollege van oordeel dat de maatregel van waarschuwing passend is. Dit betekent dat het beroep wordt verworpen.

4.7. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden bekendgemaakt.

## **5. Beslissing**

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheids-recht en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

*Deze beslissing is gegeven in Raadkamer door: mr. K.E. Mollema, voorzitter; mr. M.M.A. Gerritzen-Gunst, mr. H.S. Pruiksmā, leden-juristen; H.J. Dalewijk, prof. dr. G.H.A. Visser, leden-beroepsgegoten; mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 4 maart 2004 door mr. K.E. Mollema, in tegenwoordigheid van de secretaris.*