

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2002/037 van: A., wonende te B., appellante, tegen C., gynaecoloog verbonden aan het D. te E., wonende te E., verweerder in hoger beroep, met rechtskundige bijstand van Mr. J.S.M. Brouwer, verbonden aan F. te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

Appellante – hierna te noemen klaagster – heeft op 12 december 2000 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen verweerder in beroep – hierna te noemen de gynaecoloog – een klacht ingediend. Bij beslissing van 18 december 2001, onder nummer G2000/82 heeft dat College de klacht in alle onderdelen ongegrond verklaard. Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De gynaecoloog heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. Klaagster heeft schriftelijk op het verweerschrift gereageerd en heeft tijdig voor de zitting nog enkele schriftelijke getuigenverklaringen en diverse stukken betreffende de door haar ingediende klacht bij de klachtencommissie van het D. te E., alsmede de uitspraak van die commissie, toegezonden.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal College van 22 oktober 2002, waar zijn verschenen klaagster en de gynaecoloog, bijgestaan door mw. mr. J.S.M. Brouwer. Voorts zijn als getuigen gehoord G. en H.

Klaagster heeft haar zaak bepleit aan de hand van een pleitnotitie, die zij heeft overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Voor de weergave van de in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer, alsmede de door het Regionaal Tuchtcollege aan zijn beslissing ten grondslag gelegde overwegingen, verwijst het Centraal College naar die beslissing.

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger

beroep gaat het Centraal College uit van de volgende feiten en omstandigheden.

Klaagster is op 7 augustus 2000 door haar huisarts naar de gynaecoloog verwezen voor de begeleiding van haar (eerste) bevalling. In de verwijfsbrief schrijft de huisarts: 'patiënte zelf voelt zeer veel voor een primaire sectio, gezien haar sociale situatie/belastbaarheid. Gaarne wil ik haar verzoek ondersteunen'.

Op 24 augustus 2000 vond het eerste poliklinische consult plaats. Een primaire sectio was op strikt somatische gronden niet geïndiceerd. Het consult heeft ongeveer een half uur geduurd en uitvoerig is besproken dat de gynaecoloog bereid was aan de angst voor een natuurlijke bevalling tegemoet te komen door zo gunstig mogelijke condities te scheppen, betreffende beperking van de duur van de bevalling (maximaal 12 uur) en de wijze van bevallen (geen tang of vacuümextractie) en optimale pijnonderdrukking (epiduraal), zodat een primaire sectio niet nodig zou zijn, waarbij klaagster als het tegen zou zitten alsnog middels een sectio zou kunnen bevallen. De gynaecoloog sprak met klaagster af dat zij over een en ander na zou denken en dat bij de volgende afspraak bepaald zou worden hoe de zorg verder inhoud zou worden gegeven.

Tijdens de volgende controle op 28 augustus 2000 heeft de gynaecoloog inwendig onderzoek verricht met het doel te bepalen of de bevalling nabij was en of het strakke schema waarover was gesproken ook uitgevoerd kon worden. Bij onderzoek bleek dat er sprake was van een inleidbare baarmoedermond, zodat de procedure zou kunnen worden aangevangen op een dag dat de gynaecoloog dienst had. Hij wilde de zorg in eigen handen houden zodat collegae niet met de speciale afspraken met klaagster zouden worden geconfronteerd. Over de uitvoering van een primaire sectio is tijdens dit consult niet meer gerept.

De baring zou worden opgewekt op 31 augustus 2000; pijnstilling zou, indien gewenst, worden toegediend, gezorgd zou worden voor een vlotte

voortgang, CTG-bewaking zou plaatsvinden en er zou geen vaginale kunstverlossing geschieden. Op de patiëntenkaart heeft de gynaecoloog een en ander als gemaakte afspraken vastgelegd.

Op 30 augustus 2000 is klaagster bij de gynaecoloog geweest omdat zij dacht dat de bevalling was begonnen, hetgeen niet het geval bleek te zijn.

Op 31 augustus 2000 is klaagster op de afgesproken tijd in het ziekenhuis verschenen om te worden ingeleid en is zij op natuurlijke wijze onder epiduraal anesthesie bevallen van een gezonde zoon, waarbij een episiotomie is gezet. De gynaecoloog heeft klaagster gehecht zonder extra pijnstilling. Na de bevalling manifesteerde zich een totaalruptuur. Klaagster is later daarvoor in België operatief geholpen.

Klaagster is thans onder behandeling van een psycholoog/psychotherapeut. Volgens haar therapeut lijkt sprake te zijn van een posttraumatische stressstoornis naar aanleiding van een traumatisch verlopen bevalling.

4. De klacht

De klacht valt in de navolgende onderdelen uiteen.

– Er is geen informed consent geweest voor een natuurlijke bevalling. De gynaecoloog heeft klaagster zonder toestemming op een wijze laten bevallen die zij niet wenste. Hij heeft klaagster overrompeld en overgehaald, maar niet overtuigd. Gelet op de beperkte psychische belastbaarheid van klaagster had verweerder in ieder geval een psychiater of psycholoog in consult dienen te roepen, hetgeen hij heeft nagelaten.

– De bevalling is ingeleid terwijl de bevalling al op natuurlijke wijze op gang was gekomen.

– Bij klaagster is een epiduraal gezet, die niet of onvoldoende werkte, waardoor klaagster onnodig veel pijn heeft geleden.

– De gynaecoloog heeft klaagster, ondanks zijn toezeggingen op dit punt, niet persoonlijk begeleid tijdens haar verblijf op de verloskamer.

– De gynaecoloog heeft klaagster zonder verdoving gehecht na de bevalling.

- De gynaecoloog heeft een ruptuur over het hoofd gezien na de bevalling.
- De gynaecoloog is te kort geschoten in de bejegening van klaagster.

5. Beoordeling van het hoger beroep

5.1. *Behandelovereenkomst en informed consent*

Tussen klaagster en de gynaecoloog is een geneeskundige behandelovereenkomst tot stand gekomen in de zin van art. 446 boek 7 van het Burgerlijk Wetboek (ook wel aangeduid als WGBO). Deze overeenkomst strekte er toe dat de gynaecoloog klaagsters bevalling zou begeleiden. In het kader van deze relatie tussen de gynaecoloog en klaagster hebben de consulten op 24 en 28 augustus 2000 plaatsgevonden. Tijdens het eerste consult is uitvoerig gesproken is over mogelijkheden van een zo weinig mogelijk belastende natuurlijke bevalling tegenover de door klaagster gewenste primaire sectio. Tijdens het tweede consult is over een sectio niet meer gesproken. De gynaecoloog verkeerde in de veronderstelling dat hij klaagster had overtuigd en werd daarin gesterkt door het gegeven dat klaagster op 30 augustus terugkwam en op 31 augustus kon worden ingeleid. Klaagster heeft op 28 augustus de kwestie niet meer aangesneden omdat zij, zoals zij achteraf heeft gesteld, zich overrompeld voelde en overgehaald. Overtuigd was zij niet en in haar beleving heeft zij niet ingestemd met een natuurlijke bevalling. Het uitgangspunt van de wettelijke regeling van de geneeskundige behandelovereenkomst is dat voor verrichtingen ter uitvoering van de overeenkomst de toestemming van de patiënt, na deugdelijke informatieverstrekking door de arts, vereist is (informed consent). Het aangaan van de overeenkomst betekent namelijk nog niet dat de patiënt bij voorbaat met alle in het kader van de behandelingsovereenkomst uit te voeren verrichtingen instemt.

In het onderhavige geval is door de gynaecoloog weliswaar ruimschoots voldaan aan zijn informatieplicht, maar de toestemming van de patiënte is enigszins lacuneus geweest, niet uitdrukkelijk gegeven en hooguit af te leiden uit het gegeven dat zij zich niet aan de verdere behandeling onttrok. Voor de klachtencommissie van het ziekenhuis was dit aanleiding om de klacht

van klaagster op dit punt gegrond te achten.

Het Centraal Tuchtcollege oordeelt hier anders over. Wanneer een behandelingsovereenkomst strekt tot de begeleiding van een bevalling is voor een bevalling langs de natuurlijke weg geen afzonderlijke uitdrukkelijke instemming vereist. Voor een sectio zou dat in beginsel wel het geval zijn geweest. Dat een voldragen zwangerschap zonder complicaties leidt tot vaginale uitdrijving van het kind is een natuurgegeven dat niet bepaald wordt door de inhoud van een overeenkomst. De wettelijke regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst noopt dus niet tot wensgeneeskunde op dit punt.

In het kader van een behandelovereenkomst kan na verkregen informed consent worden afgeweken van het natuurlijk verloop, maar dat is bij gebreke van informed consent van de zijde van de gynaecoloog ten aanzien van de door klaagster gewenste sectio niet gebeurd.

Thans rest nog de vraag of de gynaecoloog een tuchtrechtelijk verwijt treft dat hij niet heeft ingestemd met een primaire sectio. Dit is niet het geval. Het waren psychosociale factoren die pleiten voor een sectio. De gynaecoloog heeft kennisgenomen van de gevoelens en angsten van klaagster en daarin onvoldoende indicatie gevonden voor een primaire sectio. Ook zonder een psychiater of psycholoog in consult te roepen kan een gynaecoloog na zorgvuldig onderzoek tot een verantwoorde afweging komen en er is geen indicatie dat de gynaecoloog op dit punt in enig opzicht is te kort geschoten. Mede gelet op de door de gynaecoloog geschapen waarborgen voor een zo weinig mogelijk belastende natuurlijke bevalling, heeft hij een alleszins verantwoord beleid gevoerd.

Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

5.2. *De overige klachten*

De gynaecoloog heeft op goede gronden en in het kader van de voorgenomen zo weinig mogelijk belastende wijze van bevallen klaagster ingeleid. In hoeverre de bevalling al enigszins op gang was gekomen doet daarbij niet terzake. De klacht is op dit punt niet gegrond.

Ook aangaande de pijnstilling treft de gynaecoloog geen verwijt. De anesthesioloog legde de epiduraalanesthesie

aan en er zijn geen aanwijzingen geweest dat deze niet goed werkte. Het is gebruikelijk de pomp bij volledige ontsluiting af te zetten. De verdoving werkt dan nog ongeveer een uur na. Een verpleegkundige heeft bovendien in overleg met de anesthesioloog een bolus gegeven, zodat de pijnstilling die klaagster kreeg optimaal geacht moet worden.

Dat de gynaecoloog niet gedurende de uitdrijving continu in de verloskamer aanwezig is geweest is niet verwijtbaar. Hij was op afstand beschikbaar en had zich ervan vergewist dat het samenspel tussen klaagster en de in verloskunde ervaren verpleegkundigen goed liep. Omdat klaagster moeite had met het laatste stuk van de uitdrijving heeft hij een door hem als klein omschreven knip gezet. Deze heeft hij gehecht zonder extra verdoving bij de nog resterende effecten van de epidurale analgesie. De knip was volgens de gynaecoloog zo klein dat het geven van een injectie ter verdoving meer pijn zou hebben veroorzaakt dan het hechten. Het Centraal Tuchtcollege acht dit in het licht van de epidurale anesthesie en de overige pijnstilling die klaagster toegediend had gekregen een verantwoord beleid.

Na de bevalling heeft zich bij klaagster een perineumruptuur gemanifesteerd die aanvankelijk niet is onderkend. Klaagster verwijt de gynaecoloog onvoldoende onderzoek te hebben verricht naar de conditie van de bekkenbodem, waardoor hij de ruptuur heeft gemist. Dit verwijt is niet terecht. Alleen zeer duidelijke defecten van de anale sfincters komen aan het licht bij een rectaal toucher na de bevalling (Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, Vol. 115, oktober 2002 p. 228 e.v.) zodat het alleszins aanneemelijk is dat de gynaecoloog geen bijzonderheden heeft aangetroffen.

Over de algehele bejegening van klaagster door de gynaecoloog moet enerzijds gezegd worden dat het te betreuren is dat de gynaecoloog klaagster kennelijk heeft misverstaan ten aanzien van de door hem veronderstelde instemming met het gevoerde beleid om klaagster onder zo gunstig mogelijke condities langs natuurlijke weg te laten bevallen, anderzijds dat hij zich ten eerste heeft ingespannen zo veel mogelijk tegemoet te komen aan klaagsters angsten. Voorzover er sprake is

geweest van miscommunicatie is dit echter niet in de eerste plaats aan de gynaecoloog te wijten, nu klaagster na het eerste consult zonder haar wens om een sectio te ondergaan opnieuw ter sprake te brengen is meegegaan in het door de gynaecoloog bepleite beleid.

De overige bejegeningklachten, die neerkomen op een wellicht te directieve en doortastende wijze van optreden van de gynaecoloog tijdens de bevaling, zijn door hem betwist en onvoldoende aannemelijk geworden. Ook dit klachtonderdeel moet worden afgewezen.

5.3. Slotsom

Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege evenals het Regionaal College in eerste aanleg de klacht in alle onderdelen ongegrond acht. Het beroep moet dus worden verworpen.

Gelet op het in rechtsoverweging 5.1. overwogene zal het Centraal College bepalen dat deze beslissing, om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal worden gepubliceerd op de voet van artikel 71 van de wet BIG.

6. 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 de redacties van het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in Raadkamer door: mr. R.A. Torrenga, voorzitter; mr. H.L.C. Hermans, mr. A.H.A. Scholten, leden-juristen; dr. R.A. Verweij, E.C.M. Plag, leden-beroepsgenoten; mr. H.J. Walter-Ebbenhout, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 17 december 2002, door mr. R.A. Torrenga, in tegenwoordigheid van de secretaris.