

## Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2014.039

Beslissing in de zaak onder nummer C2014.039 van:

H., gynaecoloog, wonende te S., appellante, verweerster in eerste aanleg, gemachtigde:

mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht,

tegen

C., D., wonende te E., verweerders in hoger beroep, klagers in eerste aanleg, gemachtigde:

mr. L.G.J. Hendrix, advocaat te Amsterdam.

### 1. Verloop van de procedure

C. en D. – hierna gezamenlijk te noemen klagers, C. afzonderlijk te noemen: klagster – hebben op 30 november 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen H. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 17 december 2013, onder nummer 12/446, heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard, aan de arts de maatregel van berisping opgelegd en de klacht voor het overige afgewezen. Voorts heeft dat College publicatie van de beslissing gelast. De arts is van die beslissing – voor zover de klacht daarbij gegrond is verklaard – tijdig in hoger beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in hoger beroep ingediend en hebben daarbij tevens incidenteel beroep ingesteld. De arts heeft daarop een verweerschrift in incidenteel beroep ingediend. Het Centraal Tuchtcollege heeft van de arts nog nadere correspondentie ontvangen. De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaak C2014.066 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 9 december 2014, waar zijn verschenen klagers, bijgestaan door mr. Hendrix voornoemd, en de arts, bijgestaan door mr. Nunes voornoemd. De beide raadsleden hebben de standpunten van partijen toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

### 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

#### *"2. De feiten*

*Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan:*

- 2.1. Verweerster is als gynaecoloog verbonden geweest aan het F. te G. (verder: F.).*
- 2.2. Klagster, geboren op 30 mei 1981, was 37 weken zwanger van haar tweede kind toen de zorg na een ongecompliceerde zwangerschap door de verloskundige van de eerste lijn op medische indicatie vanwege een eerder doorgemaakte sectio caesarea werd overgedragen aan de tweede lijn van het F.*
- 2.3. Bij de eerste controleafpraak in het F. op 10 mei 2010 is met de behandelend gynaecoloog besloten te streven naar een vaginale bevalling, met zo nodig een chemische inleiding en een voorkeur voor epidurale pijnstilling. Als de bevalling niet zou vorderen, dan zou een keizersnede plaatsvinden. Door de gynaecoloog werd het geboortegewicht ingeschat op 4.000 gr.*
- 2.4. Op 3 juni 2010 tegen 10.00 uur is klagster in het ziekenhuis opgenomen en aan het cardiotocogram (verder: CTG) gelegd. Na onderzoek bleek dat de vliezen spontaan gebroken waren. Tegen 14.30 uur voelde klagster regelmatig contracties.*
- 2.5. Klagster is vanaf 15.00 uur begeleid door een zeer ervaren klinisch verloskundige. Deze was ruim 16 jaar als zodanig werkzaam en deed gemiddeld 150 tot 200 bevallingen per jaar.*
- 2.6. Om 17.00 uur is de dienst van verweerster begonnen, waarbij zij kennis heeft genomen van de voorgeschiedenis van klagster ("29 jaar oud, gravida 2, para 1. Zwangerschapsduur 40 5/7<sup>e</sup> week. Eerste bevalling door middel van sectio caesarea vanwege niet vorderende ontsluiting").*
- 2.7. Klagster heeft tegen 17.30 uur aan de verpleegkundige gemeld dat de pijnstilling niet hielp en dat zij een sectio wilde. Op dat moment werd het CTG bradycard. De verpleegkundige heeft verweerster gebeld. Verweerster is gekomen en heeft het (uitwendig) CTG beoordeeld als normaal. Het CTG herstelde zich snel. Bij inwendig toucher had klagster 6 cm ontsluiting, de baarmoedermond was verstreken, geheel week en centraal. Verweerster heeft een schedelelektrode ingebracht voor inwendige CTG registratie. Klagster heeft een verzoek om pijnstilling via epiduraal gedaan, waarmee verweerster heeft ingestemd.*
- 2.8. Verweerster heeft klagster vervolgens om 18.15 uur gezien en getoucheerd. Klagster had 7 cm ontsluiting. De baarmoedermond was geheel verstreken, geheel week en geheel centraal.*

- Zij is daarna naar de verkoeverkamer gebracht voor het epiduraal.*
- 2.9. *Klaagster is om 20.00 uur gezien door de verloskundige die constateerde dat klaagster volledige ontsluiting had en dat het epiduraal goed werkte. Klaagster voelde geen pijn maar had wel iets drukgevoel, waarna het epiduraal is verhoogd.*
- 2.10. *De verloskundige is van 20.15 uur tot 21.13 uur bezig geweest met assistentie bij de bevalling van een andere patiënte. Tussentijds, om 21.00 uur, heeft de verloskundige klaagster gezien en omdat zij verwachtte dat klaagster vaginaal zou bevallen heeft zij het epiduraal stopgezet.*
- 2.11. *Verweerster was van circa 22.00 – 22.45 uur met een andere patiënte op de operatiekamer.*
- 2.12. *De verloskundige heeft klaagster om 22.00 uur gezien en heeft het CTG als goed beoordeeld. Zij heeft vervolgens verweerster opgebeld over klaagster vanwege de afwezigheid van persdrang bij onvoldoende weeënactiviteit.*
- 2.13. *In het Partusverslag staat onder andere genoteerd:  
"20:07: O:VO. V: gebroken, kleurloos. I: CH2-. A: achterhoofd. (...) Mevr. en meneer uitleg gegeven dat we met een epiduraal wachten met persen als het caput diep is ingedaald, 21.00 u weer beoordelen (...) CTG:goed. CAD iets bloederig.  
21:00: V: gebroken, kleurloos. VT voor de indaling van het caput CH2, epiduraal stopgezet, wachten op reflectoire persdrang. CTG: goed.  
22:00: V: gebroken, kleurloos. 22 uur iets drukgevoel VT idem, iom H. besloten bij te stimuleren met syntocinon om persweeën te maken, CTG goed."*
- 2.14. *De verpleegkundige heeft het infuus syntocinon om 22.05 uur gestart op stand 1.2 ml/u. Daarna is het door haar verhoogd: om 22.10 uur naar stand 2.4 ml/u en om 22.20 uur naar stand 3.6 ml/u. Zij heeft het infuus vanaf 22.45 uur opgehoogd van 4.8 ml/u naar 6 ml/u en om 22.55 uur naar 7.2 ml/u omdat de persweeën matig waren.*
- 2.15. *Om 22.45 uur heeft de verloskundige klaagster weer gezien en heeft geconstateerd dat het caput wat dieper was komen te liggen (C H3) waarna zij met klaagster is begonnen met persen.*
- 2.16. *Om 23.10 uur werd het CTG opnieuw bradycard. De verloskundige heeft verweerster geroepen en heeft het infuus met syntocinon uitgezet. Zij schatte in dat de bevalling vaginaal via een kunstverlossing mogelijk zou zijn.*
- 2.17. *Verweerster is tegen 23.15 uur op de verloskamer gekomen en heeft klaagster beoordeeld. Zij heeft de handgrepen van Leopold toegepast en heeft het CTG, ook op papier, bekeken. Verweerster heeft inwendig onderzoek gedaan en heeft een volkomen ontsluiting met het caput voorbij Hodge 3 in achterhoofdsligging geconstateerd. Verweerster heeft geoordeeld dat vaginale bevalling mogelijk is. Zij heeft het syntocinon infuus weer aangezet en heeft vervolgens geprobeerd met de vacuümpomp een tractie te doen. Omdat de cup sliste heeft verweerster die eraf gehaald en deze opnieuw, meer naar achteren geplaatst. Ze heeft daarna een proeftractie gedaan, waarbij het caput niet volgde. Bij herhaalde palpatie voelde verweerster oogkassen achter de symfyse en heeft om 23.30 uur besloten tot een secundaire sectio. Rond 23.40 uur is klaagster van de verloskamer vertrokken naar de OK. Bij dat vertrek is de CTG registratie afgekoppeld en is aan klaagster geen weeënremmend middel toegediend.*
- 2.18. *Voorafgaand aan de sectio bij klaagster is het epiduraal opgehoogd en om 0.07 uur is de sectio gestart. Bij de sectio bleken ernstige verklevingen en er was veel littekenweefsel, waardoor het moeilijk was om de anatomie te herkennen. Om 00.18 uur is de dochter van klagers, genaamd: I., levenloos geboren met Apgar scores 0, 0 en 0 na respectievelijk 5, 10, 15 minuten. Haar geboortegewicht was 4.230 gram. Reanimatie is na 20 minuten gestaakt.*
- 2.19. *Het was een zeer gecompliceerde sectio door veel intra-abdominale adhaesies met veel bloedverlies, met ruptuur van de vaginawand en een ruptuur van de blaas. Direct na de geboorte is bij klaagster onder volledige narcose een hersteloperatie van het letsel uitgevoerd. In verband daarmee heeft verweerster een collega gynaecoloog in huis gebeld om te assisteren.*
- 2.20. *Bij pathologisch anatomisch onderzoek is gebleken dat het kind van klagers is overleden als gevolg van acuut zuurstofgebrek.*
- 2.21. *Het bestuur van het F. heeft na het overlijden van het kind aan J., gynaecoloog en emeritus hoogleraar klinische Obstetrie, opdracht gegeven onderzoek te doen naar de gang van zaken rond de bevalling. Uit het rapport van J. volgt – voor zover van belang – dat het CTG tot 21.50 uur normaal is. Hij schrijft: "Vanaf 21.50 uur is er een periode met sterk wisselende hartslag variabiliteit en een niet meer goed te herkennen basisfrequentie. De betekenis van dergelijke registratie is niet duidelijk maar waakzaamheid t.a.v. de foetale conditie is geboden. Dit hartslagpatroon gaat na circa 20 minuten over in een duidelijk afwijkend patroon waarbij de basisfrequentie niet meer is te herkennen en de variabiliteit duidelijk is afgenomen. Dit hartslagpatroon is duidelijk afwijkend en wijst op een verslechtering van de conditie van het kind. Tussen 21.50 uur en 22.55 uur is de weeënactiviteit niet te beoordelen vanwege onvoldoende registratie en vanaf 22.55 uur is deze wel weer te beoordelen, het aantal weeën duidelijk teveel, circa 9 per 10 minuten. (...) Vanaf 23.10 uur is er een CTG dat*

wijst op een zeer slechte conditie van het kind en is een snelle bevalling vereist. (...)”

2.22. In 2009 is er een calamiteit bij een bevalling in het F. geweest naar aanleiding waarvan aanbevelingen en werkafspraken zijn gemaakt. Het ziekenhuis heeft ook de onderhavige zaak ook als calamiteit gemeld bij de IGZ die een onderzoek heeft ingesteld en over haar bevinden heeft gerapporteerd.

2.23. Klagers hebben op 7 april 2011 bij de politie K. aangifte gedaan tegen verweerster en het dienstdoende personeel van dood door schuld van hun dochter en zwaar lichamelijk letsel van klaagster, waarna een opsporingsonderzoek is ingesteld. Verweerster is daarna als verdachte aangemerkt. In dat kader heeft een onderzoek door een onafhankelijk deskundige, te weten L. plaatsgevonden.

2.24. L. heeft geconstateerd dat van 21:23 tot 21:49 uur de registratie van de contracties onvolledige is. De basisfrequentie is verschoven naar 160 slagen per minuut, met duidelijk afnemende variabiliteit en deceleraties met “overshoot”. Dit beeld is volgens hem progressief en verdacht voor afname van de foetale conditie. Hij schrijft:  
“21:49 tot 22:22 uur.

Er zijn geen goede registraties van de weeënactiviteit, terwijl bijstimulatie plaatsvindt met Syntocinon. De basislijn is nauwelijks of niet meer te herkennen, er is geen duidelijke variabiliteit en de hartfrequentie “springt” van hoog naar laag. Acceleraties zijn niet herkenbaar, het CTG is duidelijk abnormaal. Op basis van dit patroon is niets te zeggen over de foetale conditie. (...)

22.22 tot 23:13 uur:

Nauwelijks registratie van de weeën te zien, waar dit mogelijk is, is er een hoge frequentie: overstimulatie. De basislijn lijkt verschoven te zijn naar 110 slagen per minuut, er ontwikkelt zich een monotoon golvend patroon met deceleraties en soms weer een hartfrequentie richting 140 slagen per minuut. Acceleraties zijn nog steeds niet herkenbaar. De variabiliteit is uiteindelijk bijna algeheel verdwenen. Het patroon is omineus en monotoon! (...) Het CTG wordt nooit structureel beoordeeld (hoeveelheid contracties, basisfrequentie, variabiliteit, acceleraties, deceleraties en conclusie)”.

### 3. De klacht en het standpunt van klagers:

De klacht houdt, zakelijk weergegeven, in dat verweerster:

1. als (eind)verantwoordelijk gynaecoloog niet zelf poolshoogte is komen nemen, toen zij om 22.00 uur werd gebeld door de verloskundige in verband met een niet vorderende uitdrijving na een periode van twee uren volledige ontsluiting en uitblijvende persdrang,
2. tot het uitvoeren van een vacuümextractie heeft besloten terwijl er al twijfel bestond over de ligging van I. (voorhoofdsligging),
3. toen de vacuümextractie was mislukt en het CTG inmiddels ernstige deceleraties vertoonde, niet tot een (super)speedsectio heeft besloten,
4. in afwachting van de sectio geen weeënremmende medicijnen aan klaagster heeft toegediend.

### 4. Het standpunt van verweerster Tjong

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden en voert, zakelijk weergegeven aan, dat zij bij de bevalling van klaagster niet onzorgvuldig heeft gehandeld. Zij bestrijdt tevens de rapportage van de deskundigen.

Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

### 5. De overwegingen van het college

5.1. De klacht ziet op het handelen van verweerster als gynaecoloog tijdens de bevalling in het F. in de avond en nacht van 3 op 4 juni 2010. Bij die bevalling is het kind van klagers levenloos ter wereld gekomen. De klachtonderdelen zullen vanwege de onderlinge samenhang gezamenlijk worden behandeld.

5.2. Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als (wettelijke) norm of standaard was aanvaard. Voor die beoordeling zijn relevant de professionele normen zoals neergelegd in de ten tijde van het handelen geldende richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG-richtlijnen), alsmede de werkafspraken tussen klinisch werkzame verloskundigen en gynaecologen in het F. (genaamd: “Goede gewoontes op de verloskamers”).

5.3. Als vaststaand kan worden aangenomen dat het met klagers afgesproken beleid was om te streven naar een vaginale bevalling met zo nodig chemische inleiding en epidurale pijnstilling, alsmede een sectio bij langdurige baring. Blijkens de in het F. geldende werkafspraken wordt een belangrijk deel van de begeleiding van vrouwen die aldaar bevallen uitgevoerd door klinisch werkzame verloskundigen, onder eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog. Behoudens een aantal indicaties is de gynaecoloog niet aanwezig bij de feitelijke partus. De verloskundige moet toezien op een adequate registratie van de hartactie en van de weeënactiviteit door middel van het CTG. Bij ernstige CTG-afwijkingen of andere (spoedeisende)

problematiek dient de verloskundige de gynaecoloog daarvan op de hoogte te stellen. Ook moet de verloskundige de gynaecoloog op de hoogte houden van het verloop van de baring en deze raadplegen over de beleidsbeslissingen ter zake de bevalling, zoals pijnstilling en weeënstimulatie.

- 5.4. Conform de geldende werkafspraken is verweerster tegen 17.30 uur bij klaagster geroepen toen het CTG bradycard was. Het CTG herstelde zich snel. Ook heeft zij klaagster om 18.15 uur zelf beoordeeld waarbij zij constateerde dat de ontsluiting vorderde. Verder is klaagster regelmatig gezien en beoordeeld door de verloskundige. Het beleid was om conform de gemaakte afspraak te streven naar een vaginale bevalling. Klagers verwijten verweerster dat zij om 22.00 uur niet naar klaagster toe is gegaan om haar persoonlijk te beoordelen. Het college is van oordeel dat dit verweerster niet tuchtrechtelijk kan worden verweten. Klaagster werd tijdens de bevalling begeleid door een zeer ervaren klinisch verloskundige en door een (obstetrie)verpleegkundige. Verweerster is na 18.15 uur niet door de verloskundige op de hoogte gesteld van bijzonderheden. De verloskundige heeft met verweerster om 22.00 uur telefonisch overlegd over het feit dat klaagster vanaf 20.00 uur volledige ontsluiting had, dat het epiduraal om 21.00 uur was stopgezet en dat klaagster geen persweeën en onvoldoende persdrang had. Naar verweerster betoogt zijn op dat moment de relevante feiten voor de beoordeling van het beleid besproken en beoordeeld, waaronder het CTG voor de inschatting van de foetale conditie van het kind. Dat vindt ook steun in het partusverslag, waarin om 22.00 uur door de verloskundige is genoteerd dat het CTG goed was. Zoals overwogen moet de verloskundige deskundig worden geacht ten aanzien van de (juiste) beoordeling van het CTG, zodat verweerster mocht afgaan op wat haar daarover werd medegedeeld. Aangenomen moet worden dat er om 22.00 uur geen contra-indicaties bij verweerster bekend waren die maakten dat het ingezette beleid, vaginale baring, bijgesteld diende te worden en dat niet kon worden volstaan met bijstimuleren. Het enkele tijdsverloop van twee uren vanaf volledige ontsluiting is daarvoor onvoldoende. Dat bij klaagster, zoals zij betoogt, sprake was van een verhoogd risico maakt dit alles niet anders nu dat risico met name een uterusruptuur betrof.
- 5.5. Weliswaar kan achteraf aan de hand van de deskundigenrapporten worden vastgesteld dat het CTG vanaf 21.50 uur niet door de verloskundige als goed had mogen beoordeeld en dat het beter was geweest als verweerster klaagster toen zelf had gezien, maar de toetsing van het handelen van verweerster dient plaats te vinden in het licht van wat in de beroepsgroep als norm of standaard was aanvaard. Dat is begeleiding door de klinisch verloskundige, behoudens bijzondere omstandigheden, onder eindverantwoordelijkheid van de gynaecoloog, met duidelijke afspraken omtrent overleg. Dat het handelen mogelijk beter had gekund kan verweerster dan ook tuchtrechtelijk niet worden verweten.
- 5.6. Wat verweerster wel tuchtrechtelijk verweten kan worden, is dat zij zelf ook tekort is geschoten in een professionele beoordeling van het CTG toen zij tegen 23.15 uur bij klaagster werd geroepen. Het CTG was bradycard en herstelde niet, en de weeënregistratie was inadequaat. Verweerster was op dat moment verantwoordelijk voor de inschatting van de foetale conditie van het kind en van klaagster. Naar verweerster ter zitting wel heeft erkend heeft zij het uitdrijvings-CTG niet goed beoordeeld en niet lang genoeg teruggekeken. Had verweerster dat wel gedaan, dan had zij kunnen zien dat het CTG, zoals de deskundigen hebben vastgesteld, al langere tijd (vanaf 21.50 uur) een afwijkend patroon had, dat wees op een verslechtering van de conditie van het kind, en vanaf 22.30 uur een sterk afwijkend patroon dat wijst op een zeer slechte conditie. Verweerster had dan ook kunnen zien dat er sprake was van slechte registratie van de weeën en van, voor zover wel te beoordelen, overstimulatie. Verweerster heeft alleen de CTG registratie vanaf circa 23.05 uur bekeken en heeft onjuist geoordeeld dat er geen obstetrische noodsituatie was. De beslissing van verweerster om na het mislukken van de vacuümextractie niet de indicatie te stellen voor een superspoedsectio, is gebaseerd op dat onjuiste oordeel. Dat heeft geleid tot een te groot tijdsverloop gegeven de zeer slechte foetale conditie. Het verwijt van klagers dat verweerster is overgegaan tot een vacuümextractie terwijl er bij haar twijfel bestond over de ligging van het kind, vindt evenwel geen steun in de feiten, immers het caput was met een indaling voorbij H3 bij een ligging met het achterhoofd achter, met de grootste diameter de bekkeningang gepasseerd. Dat bij het dieper komen van het foetale hoofd in achterhoofdsligging, waarbij het foetale achterhoofd zich aan de dorsale kant van de barende presenteert, de oogkassen achter de symfyse gevoeld worden is logisch, maar dat maakt het niet opeens een voorhoofdsligging. Het is verweerster evenmin tuchtrechtelijk aan te rekenen dat zij geen weeënremmend middel heeft toegediend. Alhoewel acute weeënremming in vergelijkbare omstandigheden wordt toegepast is de werkzaamheid niet ondubbelzinnig aangetoond en wordt het gebruik niet nadrukkelijk geadviseerd in landelijke richtlijnen. Verweerster heeft ter zitting verklaard dat zij na de vacuümextractie verder geen tijd wilde verliezen met het klaarmaken van medicatie.
- 5.7. Alles overziende komt het college tot de conclusie dat klachtonderdeel drie gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klagers had behoren te betrachten. Een en ander klemmt te meer nu met klagers als beleid was afgesproken dat tot een sectio zou

*worden overgegaan als de baring niet zou vorderen. Hoewel de afloop van de bevalling en het overlijden van hun kind voor klagers, zoals uit het relaas van klaagster ter zitting volgt, buitengewoon tragisch is geweest, mag dat volgens geldende tuchtrechtspraak niet beslissend zijn voor de aard van de maatregel. Verweerster heeft de maatregel van waarschuwing bepleit, maar het tekortschieten van verweerster jegens klaagster en het kind is zodanig ernstig en laakbaar dat oplegging van na te melden maatregel daarvoor passend is. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt."*

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de navolgende feiten en omstandigheden:

- 3.1. De arts is als gynaecoloog verbonden geweest aan het F. te G. (hierna: F.).
- 3.2. Klaagster is op 8 februari 2008, na een zwangerschap van 41 weken en 6 dagen, in het F. bevallen van haar eerste kind, een dochter N. genaamd. De geboorte vond plaats door middel van een keizersnede wegens een niet vorderende ontsluiting en meconiumhoudend vruchtwater. N. woog bij haar geboorte 4.230 gram.
- 3.3. Klaagster was 37 weken zwanger van haar tweede kind toen de zorg na een ongecompliceerde zwangerschap door de verloskundige van de eerste lijn op medische indicatie vanwege de eerder doorgemaakte keizersnede werd overgedragen aan de tweede lijn van het F.
- 3.4. De mutatie van het 'Eerste consult verloskunde (nieuw)' van 10 mei 2010 vermeldt, voor zover van belang:  
'Obstetische anamnese section caesarea serotiniteit (...)  
Geschat gewicht kind 4000  
Beleid zwangerschap en partus vaginaal, i.p. expectatief tot 40 wk, daarna evt. C.I. Voorkeur epiduraal anaesthesie  
Kans uterusruptuur 1:100'
- 3.5. Op 3 juni 2010 tegen 10.00 uur is klaagster in het ziekenhuis opgenomen en aan het cardiogram (hierna: CTG) gelegd. Na onderzoek bleek dat de vliezen spontaan gebroken waren. Tegen 14.30 uur voelde klaagster regelmatig contracties.
- 3.6. Klaagster is vanaf 15.00 uur begeleid door een klinisch verloskundige. Deze was ruim 16 jaar als zodanig werkzaam en deed gemiddeld 150 tot 200 bevallingen per jaar.
- 3.7. Om 17.00 uur is de dienst van de arts begonnen, waarbij zij kennis heeft genomen van de voorgeschiedenis van klaagster ('29 jaar oud, gravida 2, para 1. Zwangerschapsduur 40 5/7<sup>e</sup> week. Eerste bevalling door middel van sectio caesarea vanwege niet vorderende ontsluiting').
- 3.8. Klaagster heeft tegen 17.30 uur aan de verpleegkundige gemeld dat de pijnstilling niet hielp en dat zij een sectio wilde. Op dat moment werd het CTG bradycard. De verpleegkundige heeft de arts gebeld. De arts is gekomen en heeft het (uitwendige) CTG beoordeeld als normaal. Het CTG herstelde zich snel. Bij inwendig toucher had klaagster 6 cm ontsluiting, de baarmoedermond was verstreken, geheel week en centraal. De arts heeft een schedelelektrode ingebracht voor uitwendige CTG registratie. Klaagster heeft een verzoek om pijnstilling epiduraal gedaan, waarmee de arts heeft ingestemd.
- 3.9. De arts heeft klaagster vervolgens om 18.15 uur gezien en getoucheerd. Klaagster had 7 cm ontsluiting. De baarmoedermond was geheel verstreken, geheel week en geheel centraal. Klaagster is naar de verkoeverkamer gebracht voor de epiduraal.
- 3.10. Klaagster is om 20.00 uur gezien door de verloskundige die constateerde dat klaagster volledige ontsluiting had en dat de epiduraal goed werkte. Klaagster voelde geen pijn maar had wel iets drukgevoel, waarna de epiduraal is verhoogd.
- 3.11. De verloskundige is van circa 20.15 uur tot circa 22.45 uur bezig geweest met verlenen van assistentie bij de bevalling van een andere patiënte. Tussentijds, om 21.00 uur, heeft de verloskundige klaagster gezien. Omdat zij gelet op het ingezette beleid ervan uitging, dat klaagster vaginaal zou bevallen heeft zij de epiduraal stopgezet. Zij heeft het CTG als 'goed' beoordeeld.
- 3.12. De arts bevond zich van circa 22.00 uur tot 22.45 uur met een andere patiënte op de operatiekamer.
- 3.13. De verloskundige heeft klaagster wederom gezien om 22.00 uur en heeft het CTG als 'goed' beoordeeld. Zij heeft vervolgens de arts gebeld over klaagster vanwege de afwezigheid van persdrang bij onvoldoende weeënactiviteit.
- 3.14. In het partusverslag staat onder meer genoteerd:  
'03-06-2010 20.07; O: VO.V: gebroken, kleurloos. I:CH2-.A: achterhoofd. Mevr heeft een epiduraal, werkt goed, voelt geen pijn wel iets druk, epiduraal staat op 6.0 ml/uur, verhoogd naar 8.0 ml/uur. Mevr en meneer uitleg gegeven dat we met een epiduraal wachten met persen als het caput diep is ingedaald, 21.00 uur weer beoordelen de indaling van het caput, CTG: goed. CAD iets bloederig.

- 03-06-2010 21.00: V: gebroken, kleurloos. VT voor de indaling van het caput CH2, epiduraal stopgezet, wachten op reflectore persdrang, CTG: goed.
- 03-06-2010 22.00: V: gebroken, kleurloos. 22.00 uur iets drukgevoel VT idem, iom H. besloten bij te stimuleren met syntocinon om persweeën te maken, CTG: goed.
- 3.15. De verpleegkundige heeft het infuus syntocinon om 22.05 uur gestart op stand 1.2 ml/u. Daarna is het door haar verhoogd: om 22.10 uur naar stand 2.4 ml/u en om 22.20 uur naar stand 3.6 ml/u. Zij heeft het infuus vanaf 22.45 uur opgehoogd van 4.8 ml/u naar 6 ml/u en om 22.55 uur naar 7.2 ml/u omdat de persweeën matig waren.
- 3.16. Om 22.45 uur heeft de verloskundige klaagster weer gezien en heeft geconstateerd dat het kind wat dieper was komen te liggen (C H3) waarna zij met klaagster is begonnen met persen.
- 3.17. Om 23.10 uur werd het CTG opnieuw bradycard. De verloskundige heeft toen de arts geroepen en heeft het infuus met syntocinon uitgezet. Zij schatte in dat de bevalling vaginaal via een kunstverlossing mogelijk zou zijn.
- 3.18. De arts is tegen 23.15 uur op de verloskamer gekomen en heeft klaagster beoordeeld. Zij heeft de handgrepen van Leopold toegepast en heeft het CTG, ook op papier, bekeken. De arts heeft inwendig onderzoek gedaan en heeft een volkomen ontsluiting met het caput voorbij Hodge 3 in achterhoofdsligging geconstateerd. De arts heeft geoordeeld dat vaginale bevalling mogelijk was. Zij heeft het syntocinon infuus weer aangezet en heeft vervolgens geprobeerd met de vacuümpomp een tractie te doen. Omdat de cup valse lucht aanzooft heeft de arts die eraf gehaald en deze opnieuw, meer naar achteren geplaatst. Ze heeft daarna een proeftractie gedaan, waarbij het caput niet volgde. Bij herhaalde palpatie voelde de arts oogkassen achter de symfyse en heeft om 23.30 uur besloten tot een secundaire sectio. Rond 23.40 uur is klaagster van de verloskamer naar de OK vervoerd. Toen is de CTG registratie afgekoppeld en is aan klaagster geen weeënremmend middel meer toegediend.
- 3.19. Voorafgaand aan de sectio bij klaagster is de epiduraal opgehoogd ('opgetopt') en op 4 juni 2010 om 0.07 uur is de sectio gestart. Het operatieverslag vermeldt onder meer het volgende: *'Incisie via het oude litteken. Zeer veel fibrose, oude adhaesies, anatomie lastig te herkennen. Uiteindelijke uterus geopend. Wat op blaas lijkt wordt afgeschoven met depper. Caput zeer lastig te ontwikkelen, vanuit diep in het bekken uit bekken geluxeerd. Om 00.18 uur meisje geboren in Aaaa, slap, bleek. (...). Aan de plaats van de cup bleek het een voorhoofdsligging.'*
- 3.20. Het was een zeer gecompliceerde sectio door veel intra-abdominale adhaesies met veel bloedverlies, met ruptuur van de vaginawand en een ruptuur van de blaas. Direct na de geboorte is bij klaagster onder volledige narcose een hersteloperatie van het letsel uitgevoerd. In verband daarmee heeft de arts een collega gynaecoloog in huis gehaald om te assisteren.
- 3.21. Bij pathologisch anatomisch onderzoek is gebleken dat het kind van klagers is overleden als gevolg van acuut zuurstofgebrek.
- 3.22. Het bestuur van het F. heeft na het overlijden van het kind aan J. (hierna: J.) gynaecoloog en emeritus hoogleraar klinische obstetrie, opdracht gegeven onderzoek te doen naar de gang van zaken rond de bevalling. Uit het rapport van J. volgt – voor zover hier van belang – dat het CTG tot 21.50 uur normaal is. J. schrijft: *'Vanaf 21.50 uur is er een periode met sterk wisselende hartslag variabiliteit en een niet meer goed te herkennen basisfrequentie. De betekenis van een dergelijke registratie is niet duidelijk maar waakzaamheid t.a.v. de foetale conditie is geboden. Dit hartslagpatroon gaat na circa 20 minuten over in een duidelijk afwijkend patroon waarbij de basisfrequentie niet meer is te herkennen en de variabiliteit duidelijk is afgenomen. Dit hartslagpatroon is duidelijk afwijkend en wijst op een verslechtering van de conditie van het kind. Tussen 21.50 uur en 22.55 uur is de weeënactiviteit niet te beoordelen vanwege onvoldoende registratie en vanaf 22.55 uur is deze wel weer te beoordelen, het aantal weeën duidelijk teveel, circa 9 per 10 minuten. We spreken dan van een hyperstimulatie. Teveel weeën zijn schadelijk voor het ongeboren kind omdat dit kan leiden tot zuurstoftekort. Vanaf 23.10 uur is er een CTG dat wijst op een zeer slechte conditie van het kind en is een snelle bevalling vereist. (...).'*
- 3.23. In 2009 is er een calamiteit bij een bevalling in het F. geweest naar aanleiding waarvan aanbevelingen en werkafspraken zijn gemaakt. Het F. heeft ook de onderhavige zaak als calamiteit gemeld bij de IGZ die een onderzoek heeft ingesteld en over haar bevindingen heeft gerapporteerd.
- 3.24. Klagers hebben op 7 april 2011 bij de politie K. aangifte gedaan tegen de arts en het dienstdoende personeel ter zake van dood door schuld van hun dochter en zwaar lichamelijk letsel van klaagster, waarna een opsporingsonderzoek is ingesteld. In dat kader heeft een onderzoek plaatsgevonden door een onafhankelijk deskundige, te weten L. (hierna: L.).
- 3.25. L. heeft geconstateerd dat van 21.23 uur tot 21.49 uur de registratie van de contracties onvoldoende is geweest. De basisfrequentie was verschoven naar 160 slagen per minuut, met duidelijk afnemende variabiliteit en deceleraties met 'overshoot'. Dit beeld was volgens L. progressief en verdacht voor afname van de foetale conditie. L. schrijft, voor zover van belang: *'21.49 tot 22.22 uur. Er zijn geen goede registraties van de weeënactiviteit, terwijl bijstimulatie plaatsvindt met*

Syntocinon. De basislijn is nauwelijks of niet meer te herkennen, er is geen duidelijke variabiliteit en de hartfrequentie “springt” van hoog naar laag. Acceleraties zijn niet herkenbaar, het CTG is duidelijk abnormaal. Op basis van dit patroon is niets te zeggen over de foetale conditie. (...) 22.22 tot 23.13 uur:

Nauwelijks registratie van de weeën te zien, waar dit mogelijk is, is er een hoge frequentie: overstimulatie. De basislijn lijkt verschoven te zijn naar 110 slagen per minuut, er ontwikkelt zich een monotoon golvend patroon met deceleraties en soms weer een hartfrequentie richting 140 slagen per minuut. Acceleraties zijn nog steeds niet herkenbaar. De variabiliteit is uiteindelijk bijna algeheel verdwenen. Het patroon is ominus en monotoon! (...) Het CTG wordt nooit structureel beoordeeld (hoeveelheid contracties, basisfrequentie, Variabiliteit, acceleraties, deceleraties en conclusie).’

#### 4. Beoordeling van het hoger beroep

- 4.1. Klagers hebben zakelijk weergegeven de volgende vier klachten tegen de arts ingediend:
  - a. als (eind) verantwoordelijk gynaecoloog is de arts niet zelf poolhoogte komen nemen, toen zij om 22.00 uur werd gebeld door de verloskundige in verband met een niet vorderende uitdrijving na een periode van twee uren volledige ontsluiting en uitblijvende persdrang;
  - b. de arts heeft besloten tot een vacuümextractie terwijl er al twijfel bestond over de ligging van het kind (voorhoofdsligging);
  - c. toen de vacuümextractie was mislukt en het CTG inmiddels ernstige deceleraties vertoonde, heeft de arts niet besloten tot een superspoedsectio;
  - d. in afwachting van de sectio heeft de arts geen weeënremmende medicijnen aan klaagster toegediend.
- 4.2. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de in rov. 4.1 (c) genoemde klacht gegrond bevonden en de arts de maatregel van een berisping opgelegd. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond bevonden.
- 4.3. De arts is in principaal beroep gekomen van de gegrondbevinding van het in rov. 4.1 (c) genoemde klachtonderdeel. Het beroep strekt tot vernietiging van de beslissing in eerste aanleg en tot ongegrond verklaring van de klacht.
- 4.4. Klagers hebben in het principaal beroep verweer gevoerd. Zij hebben incidenteel beroep ingesteld van de in eerste aanleg ongegrond verklaarde klachtonderdelen als genoemd in rov. 4.1 (a), (b) en (d). Het incidenteel beroep strekt ertoe dat deze onderdelen alsnog gegrond worden verklaard. De arts heeft hiertegen verweer gevoerd met conclusie het incidenteel beroep te verwerpen.
- 4.5. Het voorgaande brengt mee dat de klacht in al haar vier onderdelen ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voorligt.
- 4.6. Naar de kern genomen wordt de arts met de vier klachtonderdelen, in onderling verband en samenhang beschouwd, verweten dat zij in de avond en nacht van 3 op 4 juni 2010 als verantwoordelijk gynaecoloog onvoldoende regie heeft gevoerd over (het verloop van) de bevalling van klaagster. Bij de beoordeling van de klachten stelt het Centraal Tuchtcollege het volgende voorop. Bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen gaat het er niet om of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard werd aanvaard. Daarbij zal in een geval als het onderhavige moeten worden geabstraheerd van de treurige omstandigheid dat het kind van klagers, I. is overleden.
- 4.7. Voorts dient bij de beoordeling van de klachten het navolgende tot uitgangspunt te worden genomen.
- 4.8. In de eerste lijn wordt door verloskundigen (en huisartsen) verloskundige zorg verleend aan vrouwen die een laag risico op problemen/complicaties hebben tijdens de zwangerschap en de bevalling. Deze verloskundige hulpverleners zijn opgeleid voor het begeleiden van een fysiologisch verlopende zwangerschap en bevalling en voor de risicoselectie: het selecteren van zwangere vrouwen die gespecialiseerde verloskundige hulp nodig hebben. Gynaecologen en verloskundigen zijn op grond van artikel 36 Wet BIG zelfstandig bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen. Artikel 31 Wet BIG bepaalt dat tot het gebied van deskundigheid van de verloskundige wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de verloskunst alsmede het verrichten van bij de maatregel te omschrijven andere handelingen, een en ander met inachtneming van de beperkingen bij de maatregel te stellen. Het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige 2008 (Besluit van 3 juli 2008, gewijzigd op 10 juni 2009 en 15 juli 2014, hierna: het Besluit) bevat de navolgende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige.
- 4.9. In artikel 5, lid 1 van het Besluit is bepaald:

*‘Tot het gebied van deskundigheid van de verloskundige wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de verloskunst en andere handelingen, gericht op een optimale uitkomst van de zwangerschap, het bevorderen en bewaken van het natuurlijke verloop van de zwangerschap, de bevalling en het kraambed, alsmede op het voorkomen van afwijkingen bij de vrouw of het kind, door het inschatten van het verloskundige risico bij een vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambed, het vertalen van het verloskundige risico in verloskundig beleid en het op basis daarvan verlenen van raad en bijstand, alsmede het daar waar nodig consulteren van dan wel verwijzen naar een arts.’*

In artikel 5, lid 2 van het Besluit is bepaald:

*‘Tot de handelingen op het gebied van de verloskunst, bedoeld in het eerste lid, behoren het:*

- a. *medisch begeleiden van de zwangerschap en de bevalling, van de geboorte van de placenta, van de eerste ontwikkelingen van het kind en van het herstel van de vrouw gedurende het kraambed;*
- b. *verrichten van vaginaal onderzoek zonder apparatuur dan wel met behulp van bij regeling van Onze Minister aan te wijzen apparatuur;*
- c. *opheffen van liggingsafwijkingen door uitwendige handgrepen;*
- d. *verrichten van amniotomie tijdens de bevalling.’*

In artikel 5, lid 3 van het Besluit is bepaald:

*‘Tot de andere handelingen, bedoeld in het eerste lid, behoren het:*

- a. *psychologisch begeleiden van de vrouw gedurende haar zwangerschap, bevalling en kraambed;*
  - b. *aan de vrouw of het kind voorschrijven dan wel voorschrijven en toedienen van bij regeling van Onze Minister aangewezen geneesmiddelen of hulpmiddelen;*
  - c. *verrichten van episiotomieën of het hechten van laesie van perineum of labium, al dan niet gepaard gaande met het toepassen van lokale anesthesie door middel van een injectie met bij regeling van Onze Minister aangewezen middelen;*
  - d. *ten behoeve van onderzoek bij de vrouw afnemen van bloed al dan niet door middel van een punctie;*
  - e. *ten behoeve van onderzoek bij de vrouw afnemen van materiaal van de cervix en vagina ten behoeve van een cytologisch preparaat of kweek;*
  - f. *ten behoeve van onderzoek bij het kind afnemen van bloed door middel van een punctie in de hiel;*
  - g. *bij de vrouw afnemen van urine door middel van catheterisatie;*
  - h. *verrichten of laten verrichten van laboratoriumonderzoek;*
  - i. *adviseren van de vrouw over haar levenswijze gedurende de zwangerschap;*
  - j. *geven van voedingsadviezen aan de vrouw of ten behoeve van het kind, waaronder het adviseren over borstvoeding;*
  - k. *geven van voorlichting aan en counsellen van de vrouw en, in voorkomende gevallen, haar partner over de mogelijkheden tot prenatale en neonatale screening alsmede prenatale diagnostiek;*
  - l. *stellen van de indicatie voor prenatale diagnostiek;*
  - m. *adviseren van de vrouw en, in voorkomende gevallen, haar partner met betrekking tot anticonceptie en gezinsplanning;*
  - n. *reanimeren van de pasgeborene;*
  - o. *optreden bij acute shock of fluxus postpartum, waaronder wordt begrepen het intraveneus inbrengen van een infuus en het door middel van een infuus dan wel door middel van een intraveneuze injectie toedienen van bij regeling van Onze Minister aangewezen geneesmiddelen.’*
- 4.10. De verloskundige die in de tweede lijn werkt, verlaat haar deskundigheidsgebied als bedoeld in het Besluit. In de tweede lijn verleent de verloskundige zorg aan vrouwen met een verhoogd risico op complicaties. Gynaecologen zijn hiervoor opgeleid en hebben specifieke deskundigheid op het gebied van de pathologische zwangerschap en bevalling. Zij verlenen medisch specialistische zorg met een team bestaande uit artsen al dan niet in opleiding tot gynaecoloog, klinisch verloskundigen, in de verloskunde gespecialiseerde verpleegkundigen en kraamverzorgenden.
- 4.11. In het eindrapport van de KNOV-NVOG Werkgroep Klinisch Verloskundigen van April 2010 (<http://www.nvog-documenten.nl/uploaded/docs/ALV605%20dd%2012-11-2010%20-%20bijlage%2014%201%20Eindrapport%20KNOV-NVOG%20Werkgroep%20Klinisch%20Verloskundigen.pdf>) wordt beschreven op welke wijze deze werkgroep duidelijkheid wenst te verschaffen over de (rechts)positie van de klinisch verloskundigen. De werkgroep heeft aan de besturen van de KNOV en NVOG een aantal aanbevelingen gedaan, onder meer ertoe strekkende de Minister te verzoeken om op basis van artikel 14 Wet BIG een nieuw specialistenregister in te stellen voor de klinisch verloskundige en voorts de opleiding tot klinisch verloskundige voor te bereiden.
- 4.12. De werkgroep heeft er in haar eindrapport op gewezen dat uitbreiding van het deskundigheidssterrein van klinisch verloskundigen mogelijk is met een aanvullende AMvB conform artikel 38 en 39 Wet BIG.

- 4.13. Op grond van artikel 38 Wet BIG is het aan degene die de bevoegdheid heeft tot het verrichten van een in artikel 36 en artikel 37 Wet BIG beschreven handeling verboden die handeling aan een ander op te dragen, *tenzij*:
- (a) in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en
  - (b) hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder (a) bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling.
- 4.14. De gynaecoloog – die zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van de in artikel 36 Wet BIG genoemde voorbehouden handelingen – kan aan de klinisch verloskundige opdracht geven tot het verrichten van handelingen die *niet* in het Besluit staan vermeld en waartoe de klinisch verloskundige derhalve *niet* zelfstandig bevoegd is, indien is voldaan aan de onder (a) en (b) genoemde voorwaarden. De klinisch verloskundige kan die voorbehouden handelingen waartoe deze niet zelfstandig bevoegd is, derhalve alleen verrichten in opdracht en onder toezicht van de gynaecoloog. De gynaecoloog moet daarbij als opdrachtgever/hoofdbehandelaar redelijkerwijs kunnen aannemen dat de opdrachtnemer, de klinisch verloskundige, voldoende bekwaam is de opgedragen handeling(en) naar behoren te verrichten. Bovendien moet de gynaecoloog toezicht houden op de uitvoering daarvan en bereikbaar zijn om eventueel te kunnen ingrijpen.
- 4.15. Door de arts is niet (voldoende) concreet onderbouwd aangevoerd dat zij, als hoofdbehandelaar, er redelijkerwijs van heeft mogen uitgaan dat de klinisch verloskundige over voldoende bekwaamheid beschikte tot het verrichten van de door haar uitgevoerde voorbehouden handelingen waartoe zij als klinisch verloskundige niet zelfstandig bevoegd was, zoals het beoordelen van het CTG en het toedienen van de Syntocinon. Derhalve kan niet worden vastgesteld dat is voldaan aan de in artikel 38 Wet BIG onder (b) bedoelde uitzondering op de hoofdregel.
- 4.16. Met betrekking tot het antwoord op de vraag of de arts als hoofdbehandelaar/opdrachtgever voldoende toezicht heeft gehouden op het verrichten van die handelingen door de klinisch verloskundige – de vraag derhalve of is voldaan aan de in artikel 36 Wet Big onder (a) bedoelde uitzondering op de hoofdregel – wordt als volgt overwogen.
- 4.17. De zorg voor klaagster is door de verloskundige van de eerste lijn op medische indicatie vanwege de eerder (in 2008) doorgemaakte keizersnede overgedragen aan de tweede lijn, van het F. Op 3 juni 2010 tegen 10.00 uur is klaagster in het ziekenhuis opgenomen en aan het CTG gelegd. Klaagster is vanaf 15.00 uur begeleid door een klinisch verloskundige. Om 17.00 uur is de dienst van de arts begonnen, waarbij zij kennis heeft genomen van de voorgeschiedenis van klaagster. Vanaf dat moment had de arts te gelden als de opdrachtgever van de klinisch verloskundige in de hiervoor bedoelde zin. Gesteld noch gebleken is dat er door de arts met de klinisch verloskundige meer dan globale werkafspraken zijn gemaakt ter zake van de uitvoering door de klinisch verloskundige van haar werkzaamheden die nacht, waaronder begrepen afspraken over de beoordeling van het CTG en de stimulering met Syntocinon in relatie tot het uitblijven van persdrang en persweeën.
- 4.18. De arts heeft in het aanvullend beroepschrift aangevoerd dat de samenwerking met de verloskundige goed was, maar zij heeft niet concreet geduid waaruit die samenwerking die avond dan precies heeft bestaan en welke concrete afspraken daaraan ten grondslag lagen. Ook de enkele omstandigheid dat de arts, zoals zij in het aanvullend beroepschrift aanvoert ‘voortdurend in het ziekenhuis aanwezig en beschikbaar voor vragen en overleg was’, volstaat in het licht van de in rov. 4.16 vermelde norm niet.
- 4.19. De arts heeft klaagster gezien om 17.30 uur (in verband met een bradycardie) en om 18.15 uur (in verband met herbeoordeling en het geven van een ruggeprik). De klinisch verloskundige is van circa 20.15 uur tot circa 22.45 uur bezig geweest met het verlenen van assistentie bij de bevalling van een andere patiënte en heeft klaagster tussendoor nog om 21.00 en 22.00 uur, gezien. De arts bevond zich van circa 22.00 uur tot 22.45 uur met een andere patiënte op de operatiekamer. Om 23.10 uur werd het CTG wederom bradycard, waarna de klinisch verloskundige de arts heeft geroepen en het infuus met Syntocinon heeft uitgezet. De arts is omstreeks 23.15 uur gearriveerd en heeft toen ook het CTG bekeken, het Syntocinon infuus weer aangezet, en geprobeerd met de vacuüm pomp een tractie te doen. Omdat de cup valse lucht aanzog heeft de arts die eraf gehaald en deze opnieuw geplaatst, waarna een proeftractie volgde. Rond 23.30 uur is besloten tot een secundaire sectio, rond 23.40 uur is klaagster vertrokken naar de OK bij gelegenheid waarvan de CTG registratie is afgekoppeld en geen weeënremmend middel is toegediend. De sectio is gestart op 4 juni 2010 om 00.07 uur. Daaraan voorafgaand is de epiduraal opgehoogd.
- 4.20. Klaagster was, naar de arts wist, een patiënte die eerder, in 2008, een keizersnee had doorgemaakt. Om die reden is zij opgenomen in het F. Nadat klaagster op 3 juni 2010 in het ziekenhuis is opgenomen is zij aan het CTG gelegd. Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat nadien, ook nadat de dienst van de arts is aangevangen, in het geheel geen sprake is geweest van structu-

rele beoordelingen door haarzelf van het CTG. Het dossier geeft er evenmin blijk van dat de resultaten van het CTG naar behoren door de arts zijn geïnterpreteerd, noch dat zij zich ervan heeft verzekerd dat het CTG door een ter zake kundige klinisch verloskundige structureel zou worden geïnterpreteerd. Uit de vaststaande feiten volgt dat de arts slechts op twee momenten, om 17.30 uur en om 23.15 uur, zelf het CTG heeft beoordeeld. Veelzeggend voor het gebrek aan een structurele beoordeling van het CTG is dat uit de rapporten van J. en L. blijkt dat die avond tussen circa 21.50 uur en 22.22 uur enerzijds geen goede registraties van de foetale conditie hebben plaatsgevonden, terwijl er anderzijds volgens het partusverslag in overleg met de arts wel bijstimulatie met Syntocinon heeft plaatsgevonden. Ook daarna heeft, tot 23.15 uur, geen deugdelijke controle van het CTG meer plaatsgevonden, hoewel volgens L. tussen 22.22 uur en 23.13 uur nauwelijks registratie van weeën te zien was en waar dit wel mogelijk was, was er sprake van een hoge frequentie: "overstimulatie, en het patroon 'omineus en monotoon (is) te noemen.'" Dat om 23.30 uur is besloten tot een sectio, was zonder meer terecht. Maar de omstandigheid dat de arts kort daarvoor, om 23.15 uur, de bijstimulering met Syntocinon weer is begonnen zonder eerst het CTG te beoordelen, vervolgens het CTG heeft afgekoppeld, geen weeënremmend middel heeft toegediend en klaagster niet met de hoogst mogelijke spoed voor een sectio heeft ingestuurd, duidt er op dat zij de situatie van klaagster en haar ongeborn kind ernstig heeft onderschat.

- 4.21. Op grond van hetgeen hiervoor in de rov. 4.15- 4.20 is overwogen, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de arts zich onvoldoende rekenschap heeft gegeven van de op haar als opdrachtgever rustende taak om in het ziekenhuis de regie te voeren rondom de bevalling van klaagster en daarbij naar behoren toezicht te houden op de uitvoering van de aan een verloskundige opgedragen handelingen rondom de bevalling van klaagster en haar ongeborn kind. Dat deze verloskundige – wellicht – als een ter zake kundige kan worden aangemerkt maakt dit niet anders. De arts had er in het bijzonder op moeten toezien dat de resultaten van het CTG structureel werden beoordeeld en geïnterpreteerd. Dat gebrek aan regievoering heeft er uiteindelijk toe geleid dat de slechte foetale conditie laat is onderkend en klaagster pas om 00.07 uur geopereerd is. In dat licht bezien slaagt het onder 4.1 (a) genoemde klachtonderdeel, in het voetspoor waarvan ook de klachtonderdelen (b), (c) en (d), in hun onderling verband en samenhang bezien, doel treffen. Daaraan verbindt het Centraal Tuchtcollege de conclusie dat de arts heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij had behoren te betrachten ten opzichte van klagers (artikel 47 lid 1 sub a. Wet BIG).
- 4.22. Gegrondbevinding van de vier klachtonderdelen in het licht van hetgeen hiervoor is overwogen impliceert dat niet kan worden volstaan met een gegronde verklaring zonder oplegging van een maatregel dan wel subsidiair een waarschuwing, zoals de arts heeft bepleit in de context van de tweede grief in het principaal beroep. Hetgeen de arts wordt verweten is zodanig ernstig dat naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege de maatregel van berisping aangewezen is.
- 4.23. Het principaal beroep faalt en het incidenteel beroep slaagt. Het Centraal Tuchtcollege zal in het incidenteel beroep de bestreden beslissing vernietigen voor zover daarbij de klachtonderdelen (a), (b) en (d) als in rov. 4.1 genoemd ongegrond zijn verklaard.
- 4.24. Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

## 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in het principale beroep:

verwerpt het beroep;

in het incidenteel beroep:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover de klachtonderdelen (a), (b) en (d) (als genoemd in rechtsoverweging 4.1) ongegrond zijn verklaard en opnieuw rechtdoende:

verklaart deze klachtonderdelen alsnog gegrond;

in het principale en het incidentele beroep:

bekrachtigt de bestreden beslissing voor het overige;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact, Tijdschrift voor Verloskundigen en het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, mr. J.P. Balkema en mr. R.A. van der Pol, leden-juristen en prof. dr. A. Franx en dr. J.C.M. van Huisseling, leden- beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 24 maart 2015.

*Voorzitter w.g.*

*Secretaris w.g.*