

Signalen betreffende professionele normen voor gynaecologen; een selectie van tuchtzaken tegen gynaecologen tussen 2004 en 2010

P.C. Schut en A. Tingen

Inleiding

Eerder verschenen onderzoek van Van Leusden et al. liet in de tweede helft van de periode 1992-2003 een daling zien in het aantal bij tuchtcolleges ingediende klachten tegen gynaecologen. Wel bleek er sprake van een toename ten opzichte van de periode 1980-1992 in het aantal gegrond verklaarde klachten.¹ Recente gegevens ontbraken echter en daarom leek het zinvol opnieuw een analyse uit te voeren van het aantal klachten waar gynaecologen bij betrokken waren in de periode van 2004-2010.

Tuchtrechtspraak

Het tuchtrecht is ingesteld om de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bewaken en te bevorderen.² Het tuchtcollege oordeelt of de arts de normen, vastgelegd in artikel 47 lid 1 Wet BIG heeft overtreden. De beslissing bestaat ofwel uit het niet-ontvankelijk verklaren van klager/klaagster, ofwel uit het afwijzen van de klacht, ofwel uit het gegrond verklaren van een klacht en het opleggen van een maatregel. De uitspraak wordt in eerste instantie door een Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg (verder te noemen RTG) gedaan, waarna klager of verweerder eventueel in beroep kan gaan bij het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (verder te noemen CTG).

Inventarisatie

Er is een inventarisatie gemaakt van de uitspraken vanaf 1 januari 2004 tot en met juli 2010. Het raadplegen van diverse juridische bronnen leverde in totaal 85 (van de in totaal 112) uitspraken op die betrekking hadden op gynaecologen.³ Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat tot januari 2010 een be-

perkter aantal van de uitspraken werd gepubliceerd. Sinds 1 januari 2010 worden alle uitspraken vermeld op de website van de overheid (www.tuchtrecht.overheid.nl). In 37 gevallen werd een maatregel opgelegd. De verdeling van de maatregelen is zichtbaar in tabel 1.

Om binnen de gevonden uitspraken een ordening aan te brengen, werd de rubricering van Van Leusden et al. gebruikt.⁴ Bij de analyse van de tuchtzaken kwam naar voren dat een klacht vrijwel altijd uit verschillende klachtonderdelen bestond, waardoor de klacht in meer dan één categorie van bovengenoemde indeling viel. In tabel 2 is het aantal klachten per rubriek zichtbaar.

Selectie

Een selectie van 29 uitspraken van het CTG is nader geanalyseerd. Gekozen is voor de zaken die in de categorie 'Behandeling en begeleiding zwangerschap, bevalling en nazorg' vielen, omdat een relatief groot aantal klachten in deze rubriek viel. Binnen deze zaken is gekozen voor tuchtzaken die door het CTG waren behandeld, vanwege het feit dat het CTG binnen het tuchtrecht voor de gezondheidszorg de hoogste instantie is, hetgeen zijn uitspraken gezaghebbender maakt dan die van het RTG.

Analyse

Algemeen

In 22 van de 29 tuchtzaken is het kind voor, tijdens of enkele dagen na de bevalling overleden. De oorzaak van het overlijden is niet in al deze gevallen verwijtbaar handelen van de gynaecoloog geweest.

Tabel 1. Opgelegde maatregelen door RTG en CTG in periode januari 2004 - juli 2010.

Maatregel	Aantal maal opgelegd
Waarschuwing	27 (31,8%)
Berisping	9 (10,6%)
Geldboete	0
Schorsing inschrijving register	0
Gedeeltelijke ontzegging	0
Doorhaling inschrijving register	1 (1,2%)

Tabel 2. Aantal klachten/klachtonderdelen van bij RTG en CTG ingediende klachten in periode januari 2004 - juli 2010, per rubriek.

Categorie	Aantal klachtonderdelen
1. Behandeling	
- Onderzoek en beoordeling situatie	46
- Diagnosestelling	20
- Voorschrijven medicijnen	6
- Behandelingsmethode	17
- Fouten, complicaties, risico's, achterblijven materiaal	24
- Behandeling en begeleiding zwangerschap, bevalling en nazorg	51
2. Patiëntrechtelijke aspecten	
- Plicht tot hulpverlening	2
- Informatie	25
- Toestemming	5
- Begeleiding en nazorg	6
- Bejegening en communicatie	24
- Verslaglegging, inzage en/of afgifte medische gegevens	12
- Beroepsgeheim	1
3. Organisatorische aspecten	
- Verhouding tot andere behandelaars	21
- Verhouding tot ziekenhuisorganisatie	6

Overigens spreekt het tuchtcollege zich in principe niet uit over de causaliteit, dus over het feit of het overlijden van het kind een rechtstreeks gevolg van handelen of nalaten van de gynaecoloog is geweest. Ter illustratie zal een aantal tuchtzaken kort worden besproken.

Behandeling en begeleiding zwangerschap

Casus 1

Een gynaecoloog verwees een patiënte met diabetes gravidarum voor behandeling naar een internist. De patiënte kreeg dieetmaatregelen en leerde hoe ze insuline moest spuiten. Ondanks deze behandeling bleven de glucosewaarden te hoog en bovendien schommelden de waarden. Dit viel de gynaecoloog op tijdens een controleafspraak en hij nam contact op met de internist. Bij een zwangerschapsduur van ruim 38 weken bleek er sprake van een intra-uteriene vruchtdood.

De patiënte verweet de gynaecoloog dat hij te weinig zorg had besteed aan een scherpere instelling van de glucosewaarden. Ook zou de patiënte de gynaecoloog twee maal verzocht hebben de bevalling voor de uiterekende datum in te leiden, waar de gynaecoloog niet op in zou zijn gegaan.

Het CTG oordeelde dat de behandeling van de bloedglucosewaarden de verantwoordelijkheid van de internist was en dat de gynaecoloog voldoende zorgvuldig was geweest door de internist te attenderen op de niet goed gereguleerde glucosewaarden. Wat betreft de wens van patiënte om de bevalling eerder in te leiden oordeelde het College dat hiervoor, vol-

gens de toen geldende maatstaven, geen aanleiding was. Ook was niet vast komen te staan dat patiënte hierop had aangedrongen. Het beroep werd derhalve verworpen.⁵

Casus 2

Een patiënte had in het verleden vanwege endocarditis een aortaklepperving en mitraliskleplastiek ondergaan en gebruikte hierom sindsdien Marcumar. Toen de patiënte aangaf dat zij wilde proberen zwanger te worden werd dit middel door de gynaecoloog, in overleg met de cardioloog, omgezet in fraxiparine 0,6 ml twee maal daags subcutaan. Ook had de gynaecoloog patiënte voor een eenmalig consult ter kennismaking naar de cardioloog verwezen. Toen patiënte vanwege een reguliere controleafspraak bij de gynaecoloog kwam, had zij een hypotensie (70/50mm Hg) en klachten van moeheid en kortademigheid. De gynaecoloog duidde dit als een 'mid-pregnancydip' en liet patiënte naar huis gaan. Dezelfde avond werd patiënte via de Spoedeisende Hulp opgenomen en bleek zij een kleptrombose te hebben. Uiteindelijk zijn zowel patiënte als het ongeboren kind overleden.

De klagers, nabestaanden van de patiënte, verweten de gynaecoloog dat hij patiënt niet had geïnstrueerd heparine te injecteren, dan wel dit ten onrechte gedelegeerd had. Ook had hij de stollingsstatus van patiënte moeten controleren en waren de klachten en de extreem lage bloeddruk van patiënte volgens hen niet serieus genomen.

Het CTG oordeelde dat de gynaecoloog juist had ge-

handeld door de antistolling in overleg met de cardioloog om te zetten, een kennismakingsconsult met een cardioloog te plannen en opdracht te geven patiënte te leren injecteren. Omdat de gynaecoloog als hoofdbehandelaar van patiënte de alarmsignalen had gemist en haar toen deze signalen zich voordeden, niet naar een cardioloog had verwezen, legde het CTG een waarschuwing op.⁶

Behandeling en begeleiding bevalling

Casus 3

Een zwangere patiënte, die minder leven voelde en langer dan 24 uur gebroken vliezen had, werd ingeleid. In het ziekenhuis hadden ten behoeve van alle afdelingen één (onervaren) arts-assistent en één co-assistent dienst, en op de afdeling verloskunde had een verloskundig verpleegkundige dienst. De dienstdoende gynaecoloog was naar huis gegaan.

Toen de gynaecoloog het ziekenhuis had verlaten, ontstonden er afwijkingen op het cardiotocogram. Er waren tekenen aanwezig van overstimulatie. De gynaecoloog heeft drie maal telefonisch contact gehad met het ziekenhuis, waarbij geen bijzonderheden werden gemeld.

Later trad een bradycardie op bij het kind, waarop de gynaecoloog is gewaarschuwd. Zij gaf opdracht een weeënremmer toe te dienen en is direct naar het ziekenhuis gegaan. Terwijl de voorbereidingen voor een spoedsectio werden getroffen, heeft zij nog tevergeefs geprobeerd een vacuümextractie te verrichten. Vervolgens is het kind door middel van een sectio in slechte conditie geboren en een dag later overleden.

Klaagster stelde zich op het standpunt dat de gynaecoloog waterdichte afspraken had moeten maken met de verpleging, arts-assistent en de co-assistent. Zij zou teveel aan de arts-assistent hebben overgelaten. Verder had de gynaecoloog in het telefonisch contact met de arts-assistent expliciet moeten informeren naar het cardiotocogram. Klaagster verweet de gynaecoloog dat zij onvoldoende zorg had verleend.

Het oordeel van het CTG luidde dat de gynaecoloog niet verantwoordelijk kon worden gehouden voor de personele bezetting. Zij had hiermee echter wel rekening moeten houden, evenals met het feit dat de arts-assistent onervaren was en er sprake was van een risicovolle bevalling. De gynaecoloog had voor vertrek uit het ziekenhuis duidelijke, en bij voorkeur, schriftelijke instructies moeten opstellen ten aanzien van het beleid. Ook had zij in de telefonische contacten met zowel de verpleegkundige als de arts-assistent moeten informeren naar het cardiotocogram en naar het ziekenhuis moeten gaan om zich op de hoogte te stellen van de situatie van de patiënte. Het CTG handhaafde de maatregel van waarschuwing.⁷

Nazorg

Casus 4

In deze casus ging het om een patiënte met een sectio in de voorgeschiedenis die was ingeleid. Toen patiënte al hevig in partu was, was de arts-assistent door de kraamverzorgster gewaarschuwd en werd vanwege een bradycardie een spoedsectio verricht. Er bleek sprake van een uterusruptuur, het kind werd in slechte conditie geboren en overleed tien dagen later.

In een nagesprek noemde de gynaecoloog het risico op een uterusruptuur en legde uit dat dit risico zo klein was, dat zij het niet nodig had geacht patiënte hierover in te lichten. De gynaecoloog moest tijdens dit nagesprek eerder weg. Klagers verweten de gynaecoloog onder meer dat zij in het nagesprek onjuiste informatie had verstrekt en dit gesprek voortijdig had afgebroken.

Het CTG oordeelde dat het ongepast was dat de gynaecoloog het nagesprek had afgebroken vanwege een miscommunicatie bij het plannen van de afspraak, maar oordeelde dat dit niet tuchtrechtelijk verwijtbaar was.

Het percentage dat de gynaecoloog in het nagesprek noemde als risico voor een uterusruptuur was onjuist en lager dan in werkelijkheid voor patiënte gold. Dit was naar het oordeel van het CTG wel tuchtrechtelijk verwijtbaar. Het CTG legde de gynaecoloog een waarschuwing op.⁸

Leerpunten

Uit bovengenoemde en overige casus kan een aantal leerpunten worden gedestilleerd. Ter illustratie volgen hier enkele leerpunten uit bovengenoemde casuïstiek:

- Na verwijzing naar een andere specialist voor behandeling van een aandoening optredend tijdens de zwangerschap binnen het deskundigheidsgebied van deze specialist, is deze verantwoordelijk voor het beleid met betrekking tot deze aandoening.
- Een superviserend gynaecoloog moet rekening houden met de personele bezetting en met de ervaring van de arts-assistent.
- Bij een risicovolle bevalling moet de gynaecoloog navraag doen naar het cardiotocogram.

Uit alle leerpunten afkomstig uit de geanalyseerde tuchtzaken volgde een aantal aanbevelingen om te handelen conform de professionele standaard, welke zijn geformuleerd in de vorm van do's en don'ts.

Algemeen

Do's:

- Op de hoogte zijn van protocollen en richtlijnen en deze opvolgen
- Op de hoogte zijn van indicaties voor opname, aan-

vullend onderzoek, sectio's, inleiden en hiernaar handelen

- Zorgvuldig verslagleggen en overdragen
- Als supervisor zorg dragen voor een goede organisatie op de afdeling, waaronder het aanwezig zijn van protocollen

Diagnostiek

Do's:

- Alert zijn op alarmsignalen
- Voor een verslechterende klinische toestand van een patiënte een verklaring zoeken
- Een cardiotocogram zorgvuldig beoordelen

Risicovolle bevalling

Do's:

- Beleid bepalen en geschreven instructies voor verpleegkundigen achterlaten
- Als supervisor bij een moeizaam beloop op de afdeling blijven om in te grijpen
- Als supervisor navraag doen naar het cardiotocogram
- Vanaf het moment dat patiënte in partu is continu cardiotocografie afspreken

Don'ts:

- Bewaking van het beginstadium van de bevalling aan een kraamverzorgster overlaten

Samenwerking

Do's:

- Als supervisor rekening houden met personele bezetting en ervaring van arts-assistenten
- Als arts-assistent contact opnemen met de supervisor als deze een patiënte mede moet beoordelen
- Een deskundige specialist in consult vragen voor advies of behandeling van een aandoening die buiten het eigen deskundigheidsgebied valt

Don'ts:

- Een genuanceerde bevalling van een cardiotocogram aan de verpleegkundige overlaten

Discussie

Zoals eerder genoemd volgden bovenstaande aanbevelingen uit een selectie van alle casus. Dit in tegenstelling tot het onderzoek van Van Leusden et al.¹, waarbij alle tuchtzaken van een bepaalde periode in de analyse werden meegenomen. Wel is het zo dat de geselecteerde casus door het hoogste orgaan binnen het tuchtrecht zijn beoordeeld, waardoor het oordeel dat geveld is als maatstaf gehanteerd kan worden. Echter, door het beperkte aantal casus kunnen geen conclusies getrokken worden die een algemeen karakter dragen. Dit dient bij het lezen van bovenstaande adviezen in ogenschouw genomen te worden.

Een aantal zaken valt op bij het analyseren van de geselecteerde tuchtzaken. Ten eerste blijken er regelmatig verschillen te zijn in de beoordeling van een tuchtzaak door het RTG en het CTG. Hiermee wordt aangetoond dat het niet altijd eenvoudig is om te oordelen of de arts conform de professionele standaard gehandeld heeft. Als er richtlijnen, protocollen of gedragscodes aanwezig zijn, maakt dit beoordeling van het handelen eenduidiger. Als een arts zich niet aan de richtlijn of het protocol heeft gehouden, wordt hem dit verweten, tenzij er een goede reden was om ervan af te wijken.

Verder kwam als heikel punt in meerdere tuchtzaken naar voren dat beoordeling van een cardiotocogram aan de verpleegkundige was overgelaten. Het CTG was van mening dat beoordeling van een cardiotocogram een taak is van de arts. Het is van belang om bij het beoordelen van het cardiotocogram de taakverdeling niet uit het oog te verliezen. Gedetailleerde beoordeling van een cardiotocogram behoort inderdaad tot het deskundigheidsgebied van de arts. Het signaleren van afwijkingen op een cardiotocogram is echter wel een taak van de obstetrisch verpleegkundige en deze dient ook te bepalen hoe dringend de beoordeling van het cardiotocogram door de arts is.⁹

Daarnaast werd in een eerder beschreven oordeel van het CTG genoemd dat supervisoren rekening moeten houden met ervaring van de arts-assistent. Zij zijn nog niet klaar met hun opleiding en zullen, naar mate zij verder gevorderd zijn, steeds meer taken zelfstandig kunnen uitvoeren. Uit een tuchtzaak, die niet binnen de besproken selectie viel, bleek dat de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid voor handelingen die een arts-assistent verricht in het begin van de opleiding voornamelijk bij de supervisor ligt. Deze komt steeds meer bij de arts-assistent te liggen, tot aan het eind van de opleiding de arts-assistent volledig verantwoordelijk is voor zijn eigen doen en laten.¹⁰

Tot slot was er soms onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van verschillende specialisten in de behandeling van een zwangere patiënte. Ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar staan in de 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' kernpassages over het hoofdbehandelaarschap. Hierin staat onder andere dat de hoofdbehandelaar naast de zorg die hij ten opzichte van de patiënte moet betrachten, ook belast is met de regie van de behandeling door hemzelf en andere specialisten. Ook wordt vermeld dat van de hoofdbehandelaar verwacht mag worden dat hij alert is op aspecten die op andere vakgebieden liggen en zich tijdig laat informeren door specialisten op die vakgebieden.¹¹

Conclusie

Meer dan de helft van de klachten die van 2004 tot en met 2010 zijn gepubliceerd had betrekking op de begeleiding en behandeling tijdens zwangerschap, bevalling en de nazorg.

Van de 29 klachten die binnen deze categorie vielen en door het Centraal Tuchtcollege beoordeeld werden, ging een groot deel over de begeleiding en behandeling tijdens de bevalling. Uit de tuchtzaken volgde een aantal leerpunten, waaruit als conclusie een aantal do's en don'ts volgen, die ondersteuning kunnen bieden bij het handelen conform de professionele standaard.

Literatuur

1. van Leusden, M.B., H.A.M. Vervest & J.H. Hubben, *Uitkomsten van de tuchtrechtspraak over gynaecologen: vergelijkingen tussen 1980-1991 en 1992-2003*. Ned Tijdschr Geneeskd. 2006 150:1528-32.
2. *Jaarverslag Tuchtcolleges voor de gezondheidszorg 2009*.
3. Deze bronnen zijn: opmaatnieuw.sdu.nl, www.tuchtrecht.overheid.nl, www.overheid.nl/publicaties, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/uitspraken.
4. Heineman, M.E.F., J.H. Hubben, *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*. Reeks Gezondheidsrecht. Deel 2. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; 1994.
5. Centraal Tuchtcollege 01-04-2010, C2009/001
6. Centraal Tuchtcollege 19-03-2009, 2008/050
7. Centraal Tuchtcollege 20-02-2005, 2002/068
8. Centraal Tuchtcollege 22-06-2004, 2003/167
9. *Handleiding cardiocografie* die voor en door obstetrisch verpleegkundigen is opgesteld en door de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is goedgekeurd.
10. CTG 16-12-2004, 2004/035.
11. *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, NIP, NVZ, GGZ Nederland, NPCF. 26 januari 2010.

Samenvatting

Tussen 1 januari 2004 en 1 januari 2011 zijn in totaal 112 klachten tegen gynaecologen bij tuchtcolleges ingediend. Vergeleken met andere specialismen werd een relatief hoog percentage van deze klachten gegrond verklaard. Meer dan de helft van de gepubliceerde klachten had betrekking op behandeling en begeleiding tijdens zwangerschap en bevalling.

Naar aanleiding van een analyse van de uitspraken op dit gebied van het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (CTG), werden professionele normen voor gynaecologen geformuleerd. Voor deze subanalyse werd gekozen, omdat het Centraal Tuchtcollege de hoogste instantie binnen het tuchtrecht is. Wat betreft de aanbevelingen dient in aanmerking genomen te worden dat deze gebaseerd zijn op een beperkt aantal tuchtzaken en daarom geen algemene conclusies kunnen worden getrokken.

Trefwoorden

Tuchtrecht, gynaecologie, professionele normen, bevalling

Summary

All health care law cases concerning gynaecologists in the period between 2004 and 2010 were collected from various judicial sources, since recent research was not available. A relatively high percentage of these cases was considered legitimate. Most of the 85 published cases were related to treatment and care during pregnancy or delivery. A selection of these cases, judged by the national health law committee were studied and advices concerning professional behaviour following these judgments were formulated. Since these advices are based on a selection of cases, no general conclusions could be drawn.

Key words

Medical law, gynaecology, labour, professional standard

Auteurs

Drs. P.C. Schut, ANIOS Gynaecologie
Mr. A. Tingen, Universitair docent gezondheidsrecht, Julius Centrum, UMC Utrecht

Belangenverstrengeling

Geen gemelde (financiële) belangenverstrengeling