



NIET -
ONTVANKELIJK

▶ **ONGEGROND/
AFGEWEZEN**

Zwanger na niertransplantatie

Een 26-jarige vrouw wordt zwanger. Ze onderging zes jaar eerder een niertransplantatie, gebruikt immunosuppressiva en heeft vaak urineweginfecties. Voor de zwangerschap staat ze onder controle bij een derdelijnscentrum, en de gynaecoloog uit deze tuchtzaak is haar hoofdbehandelaar. De bevalling wordt in de 36ste week opgewekt in verband met verslechterende nierfunctie van de moeder. Het kindje ontwikkelt een groep-B-streptokokken (GBS)-meningitis en -sepsis waarvoor het op de neonatale intensiverecare-unit (nicu) belandt. De moeder vindt dat bij haar GBS-diagnostiek had moeten worden ingezet, en wijst daarbij op de NVOG-richtlijn die daarover bestaat. Het regionaal tucht-

college (RTG) is het met haar eens en dat klinkt logisch: bij zo'n vrouw, met al die infecties én een vroege partus én immunosuppressiva neem je toch geen risico? De gynaecoloog gaat in beroep tegen de berisping die hij krijgt en het Centraal Tuchtcollege (CTG) geeft hem gelijk. Recidiverende urineweginfecties vormen – net als gebruik van immunosuppressiva – geen risicofactor voor GBS. De kweken die tijdens de zwangerschap plaatsvonden, toonden ook geen GBS-kolonisatie. Een vroeggeboorte is wél een risicofactor, maar daarbij gaat het om een spontane partus, geen ingeleide. Een spontane vroeggeboorte kan namelijk het gevolg zijn van een infectie. Saillant detail is

dat de richtlijn daarover geen uitsluitsel gaf, omdat er alleen over vroeggeboorte werd gesproken, zonder te vermelden of dat alleen over spontane of ook over ingeleide bevallingen ging. Het feit dat RTG en CTG op grond van dezelfde richtlijn uiteindelijk anders oordelen, laat zien hoe belangrijk het is dat richtlijnen helder geformuleerd zijn. Het CTG wijst de klacht dus af. Het benadrukt daarbij nogmaals dat de tuchtrechter niet oordeelt of het beter had gekund, maar alleen of iemand binnen de grenzen van een redelijk bekwaame beroepsuitoefening blijft.

Sophie Broersen, arts niet-praktiserend/
journalist
Antina de Jong, gezondheidsjurist

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 15 februari 2018

(De uitspraak is zeer sterk ingekort; de volledige tekst vindt u online.)

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.114 van N, gynaecoloog, werkzaam te E, appellant, verweerder in eerste aanleg, (...), tegen A en B, wonende te C, verweerders in hoger beroep.

01

Verloop van de procedure

A en B, hierna klagers, hebben op 18 december 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen N, hierna de arts, een klacht ingediend. Bij beslissing van 13 januari 2017, onder nummer 258/2014 heeft dat college de klachtonderdelen deels gegrond verklaard en de arts de maatregel van berisping opgelegd. De arts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in beroep ingediend. (...)

02

Beslissing in eerste aanleg

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

‘De feiten

(...) Klaagster, geboren in 1986, heeft in januari 2006 een niertransplantatie ondergaan waarna sprake was van lekkage van de ureter waarvoor diverse malen een nefrostomiekatheter werd aangelegd.

Op 28 juni 2006 werd klaagster gezien in het O in verband met controle na recidiverende urineweginfecties vanaf juni 2006. (...)

Klaagster besprak in 2011 in het O haar zwangerschapswens. (...)

Op 6 mei 2013 werd door F en verweerder een brief aan de huisarts verzonden, inhoudende, voor zover thans van belang:

“Patiënte was onder controle sinds 9 oktober 2012 en had als medische indicatie status na niertransplantatie wegen IgA nefropathie, pre-existente hypertensie en pre-existente proteïnurie.

*Relevante voorgeschiedenis (algemeen/obstretisch)
2006 niertransplantatie bij IgA nefropathie.*

Allergie(ën): cotrimoxazol, bactrimel, primperan.

Huidige graviditeit

G1, Po, à terme berekend op 21 mei 2013. Patiënte gebruikte immunosuppressiva.

Prenatale diagnostiek

Geen afwijkingen.

Partus

Patiënte is bij 36w6d bevallen nadat besloten werd op maternale indicatie (verslechtering van haar nierfunctie) haar prematuur in te leiden. Begin baring: inleiding dmv prostaglandines en spontane vliesscheur. Pijnstilling: lokale anesthesie (epiduraal). Episiotomie: medio-laterale episiotomie, Labiumruptuur: beiderzijds, Vaginawandruptuur: links. Totaal bloedverlies 250 ml.

Kind

Meisje, hulp bij baring: geen, 2423 g. (p20-50), apgarscores 7/7, Ph?BE (arterieel) 7,13/-13,0, ph?BE (vveneus) 7,20/-12,0. Kinderarts: opname neonatologie in verband met prematuriteit, later gecompliceerd door een GBS-meningitis/sepsis. Zij blijft opgenomen op de nicu wegens iv antibiotica en beademing.

Hierover ontvangt u separaat bericht van de afdeling Neonatologie.

Post partum

Ongecompliceerd

Een introïtus/anus kweek toonde GBS-kolonisatie bij patiënte.

Ontslag

-Patiënte werd op 2 mei 2013 uit ons ziekenhuis ontslagen (...)

-G blijft opgenomen op de afdeling neonatologie/nicu. (...)

Advies voor de volgende graviditeit

-Prenatale diagnostiek wegens medicatiegebruik.

-Prenatale zorg en partij in 3e lijn wegens status na niertransplantatie.

-Obligat antibiotische behandeling gericht tegen GBS bij iedere partus.”

(...)

3 Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers verwijten verweerder, zakelijk weergegeven, dat hij – als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de begeleiding van klaagsters zwangerschap – onzorgvuldig heeft gehandeld en in strijd met de NVOG-richtlijn Preventie van neonatale groep-B-streptokokkenziekte (GBS-ziekte) versie 2.0 uit 2008 (hierna: de richtlijn GBS-ziekte): (...)

4 Het standpunt van verweerder

Verweerder voert, zakelijk weergegeven, aan dat er gelet op de feiten geen redenen waren om, conform de richtlijn GBS-ziekte en de daarbij behorende beslisboom, tijdens de zwangerschap van klaagster over te gaan tot GBS-diagnostiek. De richtlijn handelt over een spontane vroeggeboorte en niet over een kunstmatig opgewekte vroeggeboorte. (...)

5 De overwegingen van het college

(...)

5.2 Verweerder is betrokken geweest bij de behandeling van

klaagster vanaf de twintigste week van haar zwangerschap, als derdelijngynaecoloog-perinatoloog, vanwege de complexe medische gezondheidssituatie van klaagster. Verweerder was hoofdbehandelaar. Klaagster was zwanger na een niertransplantatie in 2006, waarvoor zij immunosuppressiva gebruikte; zij had frequent recidiverende urineweginfecties.

Bij de intake van klaagster, in de achtste week van de zwangerschap, zijn de recidiverende urineweginfecties van klaagster mondeling aan de orde geweest. Van verweerder als derdelijngynaecoloog en hoofdbehandelaar mag – in dat licht – verwacht worden dat hij de informatie van de voorgeschiedenis van klaagster bij het destijds behandelend medisch centrum had opgevraagd. Verweerder had de medische risico's die klaagsters zwangerschap met zich bracht in kaart moeten brengen voor een zorgvuldige begeleiding van klaagster. Verweerder heeft kennisgenomen van een brief van 13 december 2011. Daarmee had hij niet mogen volstaan. Immers, deze brief betrof alleen de opname in verband met een urineweginfectie waarvoor opname had plaatsgevonden, terwijl bekend was dat klaagster recidiverende urineweginfecties had. Deze urineweginfecties, een aantal van 26 urineweginfecties in een periode van drie jaar wordt genoemd in de stukken, kunnen door bacteriën zijn veroorzaakt die van invloed hadden kunnen zijn op de begeleiding van klaagster tijdens de zwangerschap. Nu verweerder heeft nagelaten uitgebreidere medische informatie omtrent de voorgeschiedenis van klaagster op te vragen, heeft verweerder zichzelf de kans ontnomen om nader onderzoek te doen naar de aanwezigheid van GBS-kolonisatie en andere relevante bacteriën bij de recidiverende urineweginfecties.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij overleg heeft gevoerd met de nefroloog en dat in dat overleg de begeleiding van klaagster en het bevallingsplan zijn besproken. Van dit overleg is geen verslag gemaakt. Een kinderarts/neonatoloog was volgens verweerder niet aanwezig bij dit overleg. Het ontbreken van een gestructureerd multidisciplinair overleg met alle relevante disciplines heeft geleid tot het voorbij laten gaan van de mogelijkheid geattendeerd te worden op de mogelijke infectierisico's voor klaagster en haar kind. Het is verweerder te verwijten dat hij een dergelijk overleg niet heeft geïnitieerd.

Gelet op het voorgaande is klachtonderdeel 1 gegrond.

5.3 (...) Gelet op de achteruitgaande nierfunctie en oplopende bloeddruk bij klaagster heeft verweerder besloten tot het inleiden van de bevalling bij een zwangerschap van 36 weken en één dag. Het inleiden zou plaatsvinden bij een zwangerschap van 36 weken en drie dagen.

De richtlijn GBS-ziekte schrijft voor dat bij een vroeggeboorte vóór 37 weken GBS-diagnostiek moet worden ingezet. In de beoorde-

ling van deze klacht is de vraag gerezen of de richtlijn ook geldend is bij een ingeleide bevalling. De richtlijn schrijft niet over een onderscheid tussen een spontane vroeggeboorte of een ingeleide bevalling die leidt tot een geboorte vóór 37 weken. Bij een letterlijk volgen van de richtlijntekst zou een indicatie voor GBS-diagnostiek hebben bestaan.

Indien de richtlijn niet van toepassing zou zijn op een ingeleide bevalling voor de 37 weken is het aan de behandelend arts om een risicoafweging te maken; uit de stukken blijkt niet dat dat gebeurd is. Gelet op aspecten als het gebruik van immunosuppressiva, de frequente urineweginfecties en de te verwachten vroeggeboorte bestonden naar de mening van het college voldoende redenen GBS-diagnostiek te verrichten. Een richtlijn gaat, zo is hierin expliciet besproken, uit van de gemiddelde patiënt en stelt minimumzorgvragen vast. Dat de richtlijn geen uitlatingen doet over zwangeren die een niertransplantatie hebben ondergaan, immunosuppressiva gebruiken en frequent urineweginfecties hebben, kan derhalve niet leiden tot de conclusie dat er geen GBS-diagnostiek had hoeven te worden ingezet.

(...) Deze klachtonderdelen zijn gegrond. (...)

5.5 Dat pas een dag na de bevalling een GBS-introïtuskweek bij klaagster is afgenomen kan verweerder, die niet betrokken was bij de bevalling en de geboorte van klaagsters dochter, evenmin worden verweten. Het zesde klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

5.6 Het college hecht eraan om ten overvloede in navolgende zin te overwegen over de richtlijn GBS-ziekte. De richtlijn van 2008, die na vijf jaar niet is verlengd en waarvan op dit moment een herziening in conceptfase is, is niet eenduidig wat betreft de terminologie betreffende vroeggeboorte en de geldende en te hanteren termijn betreffende langdurig gebroken vliezen.

Onvoldoende duidelijk is, nu de richtlijn enkel spreekt van “vroeggeboorte” en hierbij niet vermeld staat of dit moet gaan om een spontane vroeggeboorte, of de richtlijn ook van toepassing is op ingeleide bevallingen voor de 37ste week. In de richtlijn wordt voorts gesproken over langdurig gebroken vliezen waarbij in de richtlijn in de tekst een termijn van 18 uren wordt vermeld. In de daaronder geschreven tekst in de richtlijn wordt vervolgens opgemerkt dat in Nederland een termijn van ten minste 24 uren in de verloskunde wordt gehanteerd. In de aanbevelingen wordt geadviseerd om het beleid van de richtlijn zoals weergegeven in de beslisboom te handhaven. In de beslisboom wordt gesproken over ‘langdurig gebroken vliezen (>18 uur)’. De verschillende termijnen die in de tekst van de richtlijn en in de aanbevelingen worden genoemd, lijken met elkaar in tegenspraak te zijn en scheppen daarmee onduidelijkheid. Een richtlijn dient duidelijke handvatten te bieden wat betreft terminologie en termijnen, waarbij de termijnen op dezelfde wijze in de praktijk dienen te worden gehanteerd in de diverse disciplines.

Het college pleit voor een eenduidige GBS-richtlijn voor alle betrokken disciplines.

5.7 Nu de klachtonderdelen, zoals hiervoor overwogen, deels gegrond zijn, zal het college een maatregel opleggen. Verweerder heeft onvoldoende informatie opgevraagd en zijn werkwijze wat betreft het multidisciplinair overleg is als onder de maat beoordeeld, hetgeen hem, als hoofdbehandelaar en derdelijngynaecoloog-perinatoloog, in grote mate wordt verweten. Daarnaast is van een zorgvuldige risico-inventarisatie bij de zwangerschapsbegeleiding van klaagster niet gebleken. Dat verweerder ter zitting heeft aangegeven thans eerder en vroeger GBS-diagnostiek in te zetten overtuigt het college niet geheel, nu verweerder tegelijkertijd aangeeft nog geen lokaal (ziekenhuis)protocol te hebben opgesteld. Het college is er dan ook niet van overtuigd dat verweerder de aan zijn specialistische functie als hoofdbehandelaar en derdelijngynaecoloog verbonden verantwoordelijkheid heeft genomen om juist in gevallen zoals dat van klaagster zijn specialistische kennis en kunde ten volle in te zetten. Het college is gelet op het voorgaande van oordeel dat een berisping op zijn plaats is. (...)

03

Vaststaande feiten en omstandigheden

(...)

04

Beoordeling van het beroep

4.1 De arts is in beroep gekomen (...). Hij heeft (kort gezegd) aangevoerd dat hij heeft gehandeld volgens de richtlijn GBS-ziekte en dat onder meer ten onrechte door het regionaal tuchtcollege tot uitgangspunt is genomen dat urineweginfecties en een in het verleden doorgemaakte GBS-besmetting als risicofactoren gelden voor GBS. (...)

4.3 Het college wenst ook in beroep nog eens te benadrukken 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 norm of standaard was aanvaard. (...)

4.5 Verder is het Centraal Tuchtcollege gebleken dat bij klaagster niet sprake is geweest van 26 urineweginfecties in de periode van drie jaar voorafgaand aan de zwangerschap, zoals in eerste aanleg is aangenomen, maar van 26 urinekweeken. Daarbij zijn niet steeds infecties vastgesteld. Tijdens de zwangerschap heeft driemaal urineonderzoek plaatsgevonden waarbij evenmin van GBS-kolonisatie is gebleken. Bovendien zijn (frequent voorkomende) urineweginfecties volgens de toen vigerende richtlijn en de daarbij behorende beslisboom geen risicofactor voor GBS. Ook benoemt deze richtlijn niet het gebruik van immunosuppressiva als risico voor GBS-infectie. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van oordeel dat de arts niet kan worden verweten dat hij heeft nagelaten

meer onderzoek te verrichten naar de medische voorgeschiedenis van klaagster dan hij heeft gedaan. (...)

De beslisboom geeft aan dat vroeggeboorte (eerder dan 37 weken) en langdurig gebroken vliezen risicofactoren voor GBS-ziekte zijn. De vraag of de duur van de gebroken vliezen (meer dan 18 uur, zoals de beslisboom aangeeft, dan wel meer dan 24 uur, zoals vermeld in de toelichting bij de richtlijn) voor de arts aanleiding had moeten zijn voor het inzetten van GBS-diagnostiek, kan in beroep onbesproken blijven. Uit wat klagers in hun verweerschrift in beroep daarover hebben opgemerkt, volgt dat klagers de arts geen zelfstandig verwijt maken van het feit dat geen GBS-diagnostiek is ingezet na 18 uur, maar dat hun verwijt is gebaseerd op het – hiervoor al besproken en verworpen – verwijt dat hij voorafgaand aan de bevalling onvoldoende onderzoek heeft gedaan.

4.6 De in de beslisboom genoemde vroeggeboorte betreft naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege – zoals algemeen binnen de beroepsgroep wordt aangenomen – een spontane vroeggeboorte, en niet een ingeleide bevalling, zoals bij klaagster. Spontane vroeggeboorte kan immers het gevolg zijn van een infectie. Ook op grond daarvan was er voor de arts dus geen reden om GBS-diagnostiek in te zetten.

4.7 Het regionaal tuchtcollege heeft ten slotte geoordeeld dat voor zover de richtlijn GBS-ziekte niet van toepassing zou zijn, het aan de behandelend arts is om een risicoafweging te maken. Daarbij noemt het college opnieuw de aspecten als het gebruik van immunosuppressiva, de frequente urineweginfecties en de te verwachten vroeggeboorte als voldoende redenen om GBS-diagnostiek te verrichten. Dit volgt het Centraal Tuchtcollege niet, gelet op hetgeen hiervoor onder 4.4 tot en met 4.7 is overwogen.

4.8 Op grond van het voorgaande komt het Centraal Tuchtcollege tot de conclusie dat de arts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het feit dat de gevolgen voor klagers ingrijpend zijn geweest, kan niet tot een ander oordeel leiden. (...)

05

Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep, hetgeen betekent dat aan de arts geen maatregel wordt opgelegd; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr. W.P.C.M. Bruinsma en mr. H. de Hek, leden-juristen, dr. J.C.M. van Huisseling en dr. G. Derksen-Lubsen, leden-beroepsgenoten, en mr. C.F. van Spanje-van Klaveren, secretaris. Uitgesproken ter openbare zitting van 15 februari 2018. ■

web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op medischcontact.nl/tuchtrecht. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie tuchtrecht.nl.

OPVALLENDE UITSPRAKEN

● Huisarts had spoedverwijzing moeten geven

Huisarts wordt ten aanzien van een consult over oogklachten onvoldoende onderzoek en onjuiste diagnose verweten, alsmede het niet geven van een spoedverwijzing. Na het constateren van een scheur in het netvlies door de oogarts wordt de huisarts tevens tekortschieten in de communicatie, onvoldoende zelfkritiek en empathie, en het ontbreken van een vervolgesprek verweten, evenals slecht praktijkmanagement. Het college stelt vast dat de huisarts de NHG-Standaard Visusklachten ten onrechte niet heeft gevolgd. Met 'mouches volantes/flitsen/flikkeringen' als symptomen en 'glasvochtbloeding' als diagnose in het dossier genoteerd, had spoedverwijzing in beginsel gemoeten. Wijze van communicatie tijdens telefoongesprek kan niet worden vastgesteld. Wel had verweerder zo snel mogelijk contact moeten opnemen met de patiënte over de hem via de echtgenoot van klaagster bereikte informatie en onrust. Geen blijk van persoonlijk verwijtbaar handelen ten aanzien van praktijkmanagement. De klacht wordt deels gegrond verklaard en gevolgd door een waarschuwing.

RTG Eindhoven, 1 maart 2018

● Bedrijfsarts schendt beroepsgeheim

Klacht tegen een bedrijfsarts die onder andere wordt verweten (medische) informatie te hebben gelekt naar de werkgever van klager over het feit dat klager in beroep was gegaan tegen het onderzoek van het centrum voor klinische arbeidsgeneeskunde. Het regionaal tuchtcollege verklaart dit klachtonderdeel gegrond. De bedrijfsarts had aan de werkgever van klager informatie verstrekt over de door klager tegen twee artsen ingediende tuchtklacht. De arts had deze informatie gekregen van een van deze artsen en heeft de informatie vervolgens gedeeld met een (HR-) medewerker van de werkgever van klager. De arts had volgens het tuchtcollege, ondanks het feit dat het geen medische informatie betrof, dienen te begrijpen dat deze informatie vertrouwelijk was en onder zijn geheimhoudingsverplichting viel. Hierbij verwijst het tuchtcollege onder andere naar de door de KNMG opgestelde Code gegevensverkeer en samenwerking bij arbeidsverzuim, die ook bij een bedrijfsgeneeskundige begeleiding geldt. Het tuchtcollege legt de bedrijfsarts een waarschuwing op.

RTG Eindhoven, 7 maart 2018

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op medischcontact.nl/recht. Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

