

Uitspraak: 28 november 2019

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE EINDHOVEN**

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 13 september 2018 binnengekomen klacht van:

[A], klaagster

en

[B], klager

wonende te [C]

hierna tezamen te noemen: klagers

gemachtigde Y.P.J. Drost te Hengelo

tegen:

[D]

anesthesioloog

werkzaam te [E]

verweerder

gemachtigde: mr. O.L. Nunes te Utrecht

**1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvulling daarop
- het verweerschrift en de aanvulling daarop
- de brief ontvangen op 26 februari 2019 van de gemachtigde van klagers
- de CD-rom ontvangen op 8 maart 2019 van de gemachtigde van verweerder
- de brief ontvangen op 14 juni 2019 van de gemachtigde van klagers
- de brief met bijlagen ontvangen op 22 augustus 2019 van de gemachtigde van verweerder

## 18149-10

- de brief met bijlagen ontvangen op 6 september 2019 van de gemachtigde van verweerder
- de fax ontvangen op 12 september 2019 van de gemachtigde van klagers waarin een gedeelte van de klacht wordt ingetrokken
- de pleitnota's van beide gemachtigden.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek.

De klacht is op de openbare zitting van 13 september 2019 behandeld tezamen met de klacht tegen de kinderarts met zaaknummer 18149-11. Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

Klagers hebben tevens klachten ingediend tegen acht gynaecologen. Deze klachtzaken met zaaknummers 18149-1 tot en met 18149-8 zijn behandeld op de openbare zitting van 6 september 2019.

## **2. De feiten**

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Op 25 februari 2014 wordt klaagster bij een zwangerschap van 39 weken en 3 dagen opgenomen in het ziekenhuis waaraan verweerder als anesthesioloog verbonden is (hierna te noemen: het ziekenhuis). Op 28 februari 2014 raakt klaagster in partu. Om 22.49 uur kan klaagster terecht voor het plaatsen van een epiduraal katheter door een collega van verweerder. Daarover wordt op 1 maart 2014 om 00.36 uur in het medisch dossier vermeld (alle citaten zijn overgenomen inclusief eventuele taal- en/of typefouten):

“ *EDA [het epiduraal katheter] werkt goed, voelt geen contracties meer.*”

Op 1 maart 2014 om 13.14 uur is met behulp van een sectio de dochter van klagers (hierna te noemen: de dochter) geboren. Verweerder was als anesthesioloog betrokken bij de sectio.

In het medisch dossier van klaagster is voorts vermeld:

“ *14:00 (...) Med. rap: Secundaire sectio in verband met niet vorderende uitdrijving met hoogstaand caput na langdurige inleiding in verband met PE. Sectio moeizaam verlopen. Gemakkelijk bloedende subcutis. Uitgebreide pre-peritoneale vaten. Ontwikkeling kind iets moeizaam. Kindje heeft een slechte start, AS 1/5/7. Is door de kinderartsen gereanimeerd. Verdenking foetale verbloeding bij velamenteuze insertie van de navelstreng, waarbij tijdens de sectio bij het openen van de vliezen door de navelstreng heen is gesneden. Kindje Hb 5,2 post sectio. Goed herstel. Krijgt transfusie.*

*Uterusatonie na geboorte kind, met ruim bloedverlies. TBV 2000 mL. Drain achtergelaten bij het litteken in verband met gemakkelijk bloedende subcutis.*

*(...)*

*15:44 (...) Med. rap.: Gebeld door recovery ivm stand fundus 4 cm boven de navel en helder vochtverlies op het matje (mogelijk urine).*

*O/Bleke, iets klammige vrouw, moe.*

*Pols 88/min.*

*FH 8 cm boven de navel, matig gecontraheerd.*

*Bij duwen 550 mL aan stolsels uit uterus geduwd.*

*Daarna een atone uterus ondanks syntocinon op stand 5.*

*C/Ruim bloedverlies bij atonie. TBV nu 2550 mL*

*B/i.o.m. [naam gynaecoloog]:*

*- Stop Syntocinon.*

*- Start Nalador 500 micogram in 1 uur; daarna 500 microgram in 6 uur.*

*(...)*

*21.00 (...) Post sectio bleek patiënte ruim te vloeien ten gevolge van een atonie, ondanks Nalador, waarop besloten werd tot het plaatsen van een Bakri-ballon onder algehele anesthesie. Hiermee kwam het bloedverlies normaal. Het totaal bloedverlies is 4000 mL.”*

*en:*

“ *13.14 Verpl. Rap.: Mw is per sectio bevallen van een dochter [naam dochter] tijdens de sectio had mw veel pijn  
2 keer gestopt maar mw wilde perse niet onder narcose  
kreeg 2 keer sufenta i.v. van [naam verweerder]  
[naam dochter] werd geboren en was erg bleek/wit  
op de tafel geen hartactie en geen ademhaling  
gestart met insuflation beademingen, dit werd overgenomen door [naam verweerder]  
ook meteen gestart met hartmassage  
[naam verweerder] heeft [naam dochter] geintubeerd en opdracht gegeven om  
naloxan oplossing voor [naam dochter] te halen  
na het intuberen kwam [naam dochter] met haar hartactie en ademhaling op gang, ze  
is nu zeker 6 min oud  
[naam kinderarts] is ondertussen ook gebeld.*

*bij aankomst [naam kinderarts] heeft [naam dochter] een goede hartactie, ademd ze zelfstandig maar is ze nog erg bleek, lipjes licht rose (...)*”

Door verweerder is, nadat hij op 3 maart 2014 voor de eerste keer vernam van de slechte toestand van de dochter en de overdracht van de dochter aan een ander ziekenhuis, een feitenrelaas opgesteld. In dit feitenrelaas is door hem het hiernavolgende - voor zover voor de behandeling van de klacht van belang - vermeld:

“ *Tussen 12.10 en 12.15 werd telefonisch aan mij een sectio caesara aangemeld door de d.d. arts-assistent Verloskunde en Gynaecologie.*  
*Er was direct een OK team en een anesthesiemedewerker beschikbaar en patient is na klaarzetten van de OK naar de recovery besteld. Tussen melding en start van de sectio is geen tijdverlies opgetreden.*  
*Verstreckte medische informatie: sectio op maternale indicatie, patient had reeds de hele nacht een epiduraalcatheter [naam collega anesthesioloog], de moeder was hypertensief geweest en vertoonde symptomen van een zwangerschapstoxicose (forse vochtretentie in het verloop van de zwangerschap, gewichtstoename van 40 kilo). ASA score moeder: 3E (toxicose, hypertensie)*  
*Rond 12.34 arriveerde patient op de recovery. Zij was lichamenlijk erg moe en rusteloos, maar was mentaal volkomen helder en coöperatief. Zij gaf aan, dat de epiduraalcatheter de hele nacht pijnverlichting had gegeven, maar dat zij voornamelijk last had van haar heupen.*  
*Haar echtgenoot was gedurende de hele procedure op de OK aanwezig. Om 12.40 waas patient gepositioneerd op de OK tafel, in left lateral tilt.*  
*Om 12.41 gestart met het gefractioneerd optoppen van de epiduraalcatheter, met als doel deze voor chirurgische anesthesie te gebruiken bij de sectio. Gynaecoloog en arts-assistent gynaecologie waren in de onmiddellijke nabijheid aanwezig (wasruimte OK 10).*  
*Tot 13.04 met bolussen van 5 ml per keer, tot 3 maal toe met een interval van 5 minuten bupivacaine 0,5% in de epiduraalcatheter gespoten. Hierop trad geen tensiedaling op: patient bleef haemodynamisch stabiel met alleen infusie van NaCl 0.9%. Saturatie, met een neusslang met O2 optimaal.*  
*Vanaf 13.04: poetsen en afdekken van de patient, nadat het epidruale blok met een scherpe kochterklem was getest.*

*Patient was vanaf de huidincisie rustig en coöperatief en vroeg om wat water voor haar droge lippen. Anesthesie bij incisie van huid en subcutis bevredigend voor een epidurale techniek.*

*Vanaf het naar lateraal trekken van de rechte buikspieren gaf patient meer pijn aan.*

*Hierop heb ik 100 mg lidocaine 2% via de epiduraal gegeven als top up dosering.*

*Bij het openen van het peritoneum pariëtale ondervond patient heftige pijn, waarop de gynaecoloog de operatie kortdurend onderbrak. Wij hebben patient gezegd, dat wij haar alsnog algemene anesthesie gingen geven (alles lag reeds klaar), maar patient wilde dit niet.*

*Vervolgens heb ik patient 2 maal, met een interval van ongeveer 45 seconden, 5 microgram sufente i.v. en daarna 5 ml = 25 mg Ketanest i.v. toegediend. Hierop was de pijnstilling goed, patient enigszins gesedeerd maar wel aanspreekbaar. Zij ademde rustig, was goed geoxygeneerd en bleef haemodynamisch stabiel.*

*Kort daarna, rond 13.14, werd het foetale hoofd ontwikkeld, hetgeen met enige moeite gepaard ging, maar niet ongebruikelijk lang duurde. Geboren werd een volledig slap kind (meisje), met een Apgar score van 0 en een opvallend bleke gelaatskleur.*

*Het kind werd naar de reanimatiecommode naast OK 10 gebracht, waar de arts-assistent Kindergeneeskunde aanwezig was en het kind onmiddellijk volgens de gebruikelijke methode op de kap is gaan beademen. Ik ben direkt, binnen 20 seconden naar die ruimte gegaan en heb, na enige kapbeademingen besloten, het kind endotracheaal te intuberen met een tube 2.0.*

*Bij het begin van de intubatie was de Apgar score nog nul, maar zodra de tube langs de stembanden was, kreeg het kind pharynxreflexen en trad er auscultatoir enige, extreem langzame hartactie op.*

*Omdat de tube een te kleine diameter voor de luchtweg, heb ik deze verwisseld voor een grotere tube, 3.0. Deze tubewisseling ging gepaard met meer pharynxreflexen en een langzaam sneller worden hartactie. Het kind opende op een bepaald moment ook beide ogen.*

*Na enkele minuten (zie verslag kinderarts) waren de hartactie en de ventilatie adequaat en heb ik het kind overgedragen aan collega [naam kinderarts], Kinderarts, die door haar arts-assistent was gewaarschuwd.*

*Het kind heeft geen intraveneuze medicatie van mij ontvangen.*

*Ik heb mijn zorg verder beperkt tot de moeder. De kinderarts heeft het kind in een couveuse meegenomen naar de afdeling Neonatologie.*

*Het sluiten van de buikwond bij de moeder is zonder grote problemen verlopen, behoudens het aanwezig zijn van een grote, hypotone uterus, waarvoor een Syntocinon fluxuspomp werd gestart. Patient blijft haemodynamisch stabiel.*

*De moeder is na de sectio voor bewaking op de recovery gebleven, in verband met anamnese van hypertensie, blijvend overmatig vaginaal bloedverlies en een fundusstand 4 vingers boven de navel.*

*Toen het vaginaal bloedverlies toe bleef nemen en het Hb om 16.42 gedaald was naar 4,1 mmol per liter (patient bleef stabiel) is de Gynaecoloog gewaarschuwd.*

*Besloten werd tot inspectie onder anesthesie en het inbrengen van een intrauteriene ballon. Patient kreeg vanaf 16.50 uur langzaam 3 packed cells toegediend.*

*De ingreep is om 18.05 gestart, in mijn aanwezigheid, onder leiding van Collega [naam collega anesthesioloog], die de dienst van mij om 18.00 uur had overgenomen.*

*(...)*

*Bij dit verslag horen de uit PDMS Centricity verkregen meetgegevens.”*

De dochter is op de kinderafdeling van het ziekenhuis opgenomen. In de ochtend van 2 maart 2014 zijn klagster en de dochter overgeplaatst naar een ziekenhuis met een Neonatale Intensive Care Unit (NICU) (hierna te noemen: het tweede ziekenhuis). De dochter is aldaar op de NICU opgenomen. In een brief van 27 maart 2014 schreven de kinderarts-neonatoloog en de verpleegkundig specialist neonatologie in opleiding van het tweede ziekenhuis, aan de kinderarts van het (eerste) ziekenhuis:

“ **Anamnese**

*(...)*

*Er werd een dochter geboren, [naam dochter]. Zij kwam bleek, slap en niet ademend, zonder hartactie ter wereld. Er werden 3x5 insufflatie beademingen gegeven. Er was geen verbetering van de hartactie waarop werd gestart met hartmassage. [Naam dochter] werd 3 minuten post partum geïntubeerd, 5 minuten post partum was de hartactie > 60 slagen per minuut en ademde [naam dochter] spontaan waarop ze gedetubeerd is. Apgarscores waren 1, 5 en 7 na respectievelijk 1, 5 en 10 minuten. [naam dochter] werd met CPAP ondersteuning naar de couveuse afdeling getransporteerd. Het geboortegewicht bedroeg 4070 gram (p90).*

*Navelstreng PH: 7.27*

*(...)*

***MRI cerebrum:***

*04-03: uitgesproken diffuus oedeem van de grote hersenen corticaal-subcorticaal met sterk verlaagde diffusiewaarden (0,3-0,4) en licht verlaagde diffusiewaarden in centrale witte stof (1,0-1,2). Tevens in Corpus Callosum en Cortico-spinale banen. Putamen en Thalami beiderzijds deels verlaagde diffusie. Zeer slanke ventrikels.*  
Conclusie: *beeld passend bij hypoxie-ischemie en epilepsie.*

(...)

**Diagnose:**

*Ernstige hypoxisch-ischemische encefalopathie met epilepsie door perinataal bloedverlies.”*

In het tweede ziekenhuis heeft tweemaal een moreel beraad plaatsgevonden. Als casusomschrijving is daarbij vermeld:

“ *Ernstige asfyxie tgv bloedverlies tijdens sectio. Sterk convulsief. Oedeem witte stof, verdwenen (sub)corticale aftekening, infarcering, beschadiging cortex”.*

In overleg met de ouders is besloten af te zien van verdere behandeling van de dochter. Op 11 maart 2014 is de dochter thuis overleden.

Naar aanleiding van een interne melding van de zaak als mogelijke calamiteit, heeft op 11 maart 2014 een multidisciplinair overleg in het ziekenhuis plaatsgevonden.

Daarbij waren onder meer verweerder, twee gynaecologen en de kinderarts aanwezig.

Geconcludeerd werd dat geen sprake was van een calamiteit (in de zin van de tot dan toe geldende Kwaliteitswet Zorginstellingen, thans: Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg) en dat geen de melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (thans: Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd, hierna: Inspectie) behoefde te worden gedaan.

De huisarts van klagers heeft op 4 april 2014 het volgende in de status genoteerd (bijlage 11 bij het klaagschrift):

“ *Nav het 2 uur duren de gesprek op het [naam ziekenhuis], waar ik uit leg heb gekregen als huisarts over wat zich rond de sectio afspeelde, heb ik het voorstel overgebracht dat ouders het verslag van de evaluatie bijeenkomst van alle betrokkenen bij de sectio, onder supervisie van de arts voor patient veiligheid, te r inzage krijgen, dit in aanwezigheid van een door hun aan t e wijzen onafhankelijke deskundige (gynaecoloog)”*

Op 15 juli 2014 heeft een van de gynaecologen namens de vakgroep gynaecologie/verloskunde de Inspectie op de hoogte gesteld van het beloop van de gebeurtenissen. De brief aan de Inspectie is gedateerd op 6 juni 2014. Desgevraagd heeft de Raad van Bestuur van het ziekenhuis de Inspectie laten weten dat niet werd voldaan aan de definitie van calamiteit in de zin van de wet. Per brief van 29 september 2014 heeft de Inspectie het ziekenhuis verzocht onderzoek te doen naar het verloskundig traject. De hoofdbehandelaar heeft de huisarts van klagers geïnformeerd dat er een SIRE-onderzoek ging plaatsvinden. Het onderzoek resulteerde in het SIRE-rapport van 11 maart 2015. Onder meer verweerder, drie gynaecologen en de kinderarts zijn in het kader van dit onderzoek geïnterviewd. Het rapport is, desgevraagd, op 20 juni 2016 aan klagers gezonden. Een kopie is aan hun huisarts gestuurd.

### **3. Het standpunt van klagers en de klacht**

Verweerder wordt, na wijziging van de klacht, verweten dat:

- a. hij een onvolledige en onjuiste overdracht aan de andere artsen heeft gedaan en de casus van klaagster onvoldoende onderling met de andere artsen heeft besproken en onvoldoende (onderlinge en zelf-)reflectie heeft;
- b. hij niet op adequate en juiste wijze het medisch dossier van klaagster en de dochter heeft bijgehouden;
- c. hij de Inspectie onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd;
- d. hij in strijd heeft gehandeld met de GOMA door niet (direct volledige) openheid van zaken te geven na de geboorte van de dochter en lange tijd te ontkennen dat medisch verwijtbare fouten zijn gemaakt;
- e. het heeft ontbroken aan (voldoende) nazorg na de bevalling tot aan de overplaatsing van klaagster en de dochter naar het andere ziekenhuis;
- f. hij jegens klagers niet voldaan heeft aan zijn informatieverplichting over de gezondheidstoestand van hun dochter;
- g. hij heeft gehandeld en nagelaten in strijd met de zorg die hij diende te betrachten omdat hij na de ‘pincetproef’ met een ‘scherpe kocherklem’ en de reactie van klaagster daarop had kunnen of moeten weten dat de epidurale analgesie (mogelijk) niet goed werkte. Hij had daarom de operatie niet mogen laten aanvangen en met klaagster moeten bespreken dat de epidurale analgesie mogelijk onvoldoende zou kunnen werken, wat de gevolgen daarvan zouden zijn en welke alternatieven er waren, althans hij had moeten verifiëren of dit alles met klaagster was besproken;



- h. hij bij de endotracheale intubatie van de dochter ten onrechte eerst een tube 2.0 gebruikte en pas later een tube 3.0 waardoor kostbare tijd verloren is gegaan bij het reanimatieproces;
- i. de operatiekamer niet op orde was.

Klagers hebben voorts verzocht om, bij (geheel of gedeeltelijke) gegrondverklaring van de ingediende tuchtklachten met oplegging van een maatregel, in de beslissing op te nemen dat de kosten die zij in verband met de behandeling van de klachten redelijkerwijs hebben moeten maken door verweerder worden vergoed.

#### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klachtonderdelen weersproken. Op dit verweer zal, voor zover relevant, in het hiernavolgende worden teruggekomen.

#### **5. De overwegingen van het college**

Het college heeft er begrip voor dat het overlijden van hun dochter voor klagers zeer aangrijpend is geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, moeten worden beoordeeld of verweerder bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klagers klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep terzake als norm was aanvaard.

#### **Klachtonderdeel a**

*Het doen van een onvolledige en onjuiste overdracht aan de andere artsen en het onvoldoende onderling met de andere artsen bespreken van de casus van klaagster en het hebben van onvoldoende (onderlinge en zelf-)reflectie.*

Klagers verwijten verweerder dat hij de slechte werking van de analgesie in de middag na de bevalling niet met klaagster heeft besproken. De dienst van verweerder eindigde op 1 maart 2014 om 18.00 uur en hij is op dat moment naar huis gegaan. Hij had er, door middel van de overdracht, voor moeten zorgen dat de opvolgend anesthesioloog met klaagster de werking van de analgesie zou bespreken.

Verweerder weerspreekt dat sprake was van onvoldoende reflectie en een onvolledige overdracht. De overdracht was volgens het SIRE-rapport (pag. 22) adequaat. Daarnaast heeft

## 18149-10

hij zorggedragen voor een bespreking met de huisarts over de gebeurtenissen en was hij betrokken bij de totstandkoming van het SIRE-rapport.

Het college overweegt als volgt.

Niet in geschil is dat tijdens de sectio tweemaal een time-out is ingelast vanwege (extreme) pijnklachten van klaagster. Naar aanleiding daarvan heeft verweerder de anesthesie aangepast, hetgeen wordt bevestigd door het (door de computer tijdens de operatie opgemaakte) operatieverslag.

Het college is van oordeel dat de time-outs en het naar aanleiding daarvan gewijzigde beleid voor verweerder aanleiding bood om het verloop van de anesthesie gedurende de operatie nadien met klaagster te bespreken. Verweerder heeft dit nagelaten. Dit valt hem, gelet op de feiten en omstandigheden van dit geval, echter niet tuchtrechtelijk te verwijten. Vrij snel na de sectio - om 14.00 uur - (zie onder 2. De feiten) bleek dat bij klaagster een nabloeding optrad. Zij werd daarvoor direct behandeld door de dienstdoende gynaecoloog en verweerder was hierbij betrokken. Op dat moment was er derhalve voor verweerder geen gelegenheid het verloop van de sectio met klaagster te bespreken. Ook later in de middag was de algehele toestand van klaagster (zie onder 2. De feiten) niet zodanig dat verweerder dit gesprek met klaagster kon voeren. Voor verweerder bestond op dat moment ook nog de mogelijkheid om in de ochtend na de sectio met klaagster te spreken, maar door de overplaatsing van klaagster en de dochter naar het andere ziekenhuis, is hem die mogelijkheid komen te ontvallen. In zoverre is het klachtonderdeel ongegrond.

Ook het verwijt dat aan de zijde van verweerder sprake was van onvoldoende (zelf)reflectie treft geen doel. Verweerder heeft, zo staat als onbestreden vast, een bijdrage geleverd aan de nabespreking op 11 maart 2014, is betrokken geweest bij het opstellen van de notitie die aan de Inspectie is verstrekt en heeft meegewerkt aan het SIRE-rapport. Daarnaast heeft op zijn initiatief op 1 april 2014 een uitgebreide bespreking met de huisarts van klagers (waarbij ook twee gynaecologen en de kinderarts waren betrokken) plaatsgevonden. Hierdoor heeft verweerder blijk gegeven van voldoende (onderlinge en zelf-)reflectie. Ook in zoverre is het klachtonderdeel ongegrond.

### Klachtonderdeel b

*Het niet op adequate en juiste wijze bijhouden van het medisch dossier van klaagster en de dochter.*

## 18149-10

Klagers verwijten verweerder dat hij in strijd met het bepaalde in art. 7:454 BW in het operatieverslag niets, althans te weinig heeft opgenomen over de hevige pijn die klaagster tijdens de sectio ervaarde. Hierdoor werd de bevalling vertraagd en bemoeilijkt. Verder ontbreekt in het operatieverslag de tijd die gepaard ging met het wisselen van tube 2.0 naar tube 3.0.

Verweerder weerspreekt dat hij het medisch dossier niet op adequate en juiste wijze heeft bijgehouden. Verder heeft hij, nadat hij op 3 maart 2014 op de hoogte was gebracht van de slechte gezondheidstoestand van de dochter, direct een feitenrelaas opgesteld. De redenen voor het opstellen van dit feitenrelaas waren i) het voorkomen van mogelijk latere omissies in de verslaglegging en ii) de onverwacht slechte toestand van de dochter nu hij aan het einde van zijn dienst had gehoord dat de gezondheid van de dochter, nadat aan haar een bloedtransfusie was toegediend, bevredigend was.

Het college overweegt als volgt.

Artikel 7:454 lid 1 BW bepaalt als volgt:

*“ De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.”*

Het feit dat de epidurale anesthesie bij klaagster niet goed (genoeg) werkte, is naar het oordeel van het college een gegeven dat, mede met het oog op een goede hulpverlening aan klaagster in de toekomst, in het medisch dossier van klaagster diende te worden genoteerd.

Het medisch dossier van klaagster omvat het operatieverslag. Dit verslag bevat geen informatie over de tweemaal ingelaste time-out vanwege de pijnklachten van klaagster. In het (directe) operatieverslag (een uitdraai van de computer die de operatie “volgde”) is daarentegen wel de interventie door verweerder na het inlassen van de time-out, het (extra) toedienen van lidocaïne (na de eerste time-out) en Sufenta en Ketanest (na de tweede time-out), vermeld.

Voorts heeft verweerder op 3 maart 2014, derhalve op de dag dat de dienst van verweerder weer aanving en nadat hij kennis had gekregen van de gezondheidstoestand van de dochter, een aanvullend verslag opgesteld. Dit verslag moet worden beschouwd als de in art. 7:454 lid 1 BW bedoelde “andere stukken” en maakt als zodanig deel uit van het medisch dossier. De inhoud van dit aanvullende verslag sluit aan bij de verklaringen van klaagster en de

## 18149-10

technische gegevens van de operatie zoals die in het (deels door de computer die de operatie “volgde” opgestelde) operatieverslag zijn opgenomen.

Uit dit aanvullende verslag blijkt dat klaagster “heftige pijn” ondervond en dat sprake is geweest van een tweetal (kortdurende) time-outs, hetgeen in overeenstemming is met de verklaringen van klaagster hierover. In zoverre treft het klachtonderdeel derhalve geen doel. In dit aanvullend verslag is ook de tubewisseling vermeld. Daarbij is het tijdsverloop niet aangetekend. Gelet op het feit dat met het verwisselen van een tube slechts zeer weinig tijd gemoeid ging (volgens verweerder ging het om enkele seconden, volgens klagers om 30 seconden) en gesteld noch gebleken is dat dit in dit geval anders is geweest, kan het niet vermelden van die tijdsduur verweerder niet tuchtrechtelijk worden verweten.

Het klachtonderdeel is daarom ongegrond.

### Klachtonderdeel c

*Te laat en geantedateerd melden van een calamiteit aan de Inspectie en het onjuist en onvolledig informeren van de Inspectie.*

Ten tijde van het handelen van verweerder was de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi) van kracht. In die wet was destijds de wettelijke meldplicht inzake calamiteiten neergelegd. Artikel 4a van die wet verplichtte de zorgaanbieder tot onverwijlde melding bij de Inspectie van iedere calamiteit die in de instelling had plaatsgevonden. Onder zorgaanbieder werd verstaan (art. 1 sub 1c Kzi): 1) de natuurlijke persoon of rechtspersoon, die een instelling in stand houdt en 2) de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen. Onder instelling werd verstaan een organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg (art. 1 sub 1b Kzi), waarbij echter een maatschap binnen een ziekenhuis was uitgesloten (art. 1 sub 3 Kzi). Nu verweerder niet als zorgaanbieder in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen kan worden aangemerkt, rustte op hem geen wettelijke meldplicht.

Verweerder wordt ook verweten dat hij de Inspectie onjuist en onvolledig heeft geïnformeerd. Klagers hebben dit verwijt onderbouwd door te stellen dat de onvoldoende werking van de epidurale analgesie een calamiteit is die aan de Inspectie had moeten worden vermeld. Hierdoor werd de bevalling bemoeilijkt en vertraagd. In de rapportage aan de Inspectie valt daar evenwel niets over te lezen.

## 18149-10

Het college stelt vast dat in de “Notitie gemaakt op basis van het verslag dat werd opgesteld naar aanleiding van de nabespreking casus dochter S”, opgesteld op 18 augustus 2014, het hiernavolgende is vermeld:

“ *Moeder werd in alle rust naar de OK gebracht. Zij had een epiduraal catheter. Het bleek dat die op dat moment niet meer functioneel was. Zij had veel pijn en veel stress. De epiduraal is “opgetopt” (extra pijnstilling via de catheter. Dit duurde ongeveer 20 minuten. Bij testen van het block, voorafgaand aan de incisie, bleek dat goed te zijn. Bij het spreiden van de spieren en bij het aanraken van het peritoneum schreeuwde de moeder onverwacht van de pijn. Een 1<sup>e</sup> time-out werd gehanteerd. De moeder gaf aan perse geen volledige anesthesie te willen hebben. Even later werd een 2<sup>e</sup> time-out gedaan vanwege pijnklachten. Ze wilde opnieuw geen narcose. Sufenta en Ketanest werd gegeven, hetgeen nog steeds geen goede pijnstilling gaf echter onder druk van de moeder om toch verder te gaan met de operatie kon uiteindelijk het kind geboren worden.*

*De tijd tussen incisie en tijd geboorte was 10 minuten.”*

Uit deze notitie, die is opgesteld ten behoeve van de melding aan de Inspectie, volgt dat, anders dan klagers stellen, wél het niet werken van de epidurale analgesie is vermeld. Hierdoor mist dit klachtonderdeel feitelijke grondslag. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

### Klachtonderdeel d

*In strijd handelen met de GOMA door niet (direct volledige) openheid van zaken te geven na de geboorte van de dochter en lange tijd te ontkennen dat medisch verwijtbare fouten zijn gemaakt.*

Klagers hebben dit verwijt onderbouwd door te stellen dat verweerder na de geboorte en het overlijden van hun dochter ruim een jaar en acht maanden heeft ontkend dat hij medisch verwijtbare fouten had gemaakt. Voorts stellen klagers dat verweerder niet, laat staan adequaat, gereageerd heeft op de emotionele aspecten en de klachten van klagers. Zij stellen dat verweerder voortdurend heeft ontkend dat er ook maar iets mis was gegaan rondom de behandeling van klaagster tijdens haar zwangerschap en bij en na de bevalling.

Verweerder heeft betwist dat hij, kort gezegd, in strijd met de GOMA heeft gehandeld. Hij heeft hiertoe gesteld dat hij:

- op 28 maart 2014 is benaderd door de huisarts van klagers om meer gedetailleerde informatie te verstrekken. Op zijn initiatief heeft toen op 1 april 2014 een uitgebreide

bespreking met de huisarts plaatsgevonden waarbij, naast verweerder, ook de hoofdbehandelaar, de gynaecoloog die de sectio uitvoerde en de kinderarts betrokken waren;

- hierna, samen met zijn collega-zorgverleners, contact heeft gezocht met klagers om informatie te verstrekken over de reanimatie omdat klagers er ten onrechte van uitgingen dat hun dochter was gereanimeerd door een verpleegkundige.

Voorts heeft hij betwist dat hij gedurende langere tijd medische fouten heeft ontkend. Verder heeft hij zich steeds gehouden aan de door de specialist patiëntenveiligheid van het ziekenhuis ingezette aanpak, ten behoeve van de specialist patiëntenveiligheid een aanvullend verslag over het verloop van de sectio opgesteld, actief meegewerkt aan het SIRE-onderzoek en hij was aanwezig bij de vergadering waar het definitieve SIRE-rapport werd vastgesteld.

Het college overweegt als volgt.

De ‘Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid’ (GOMA, versie 2012) bevat aanbevelingen betreffende het handelen van degenen die betrokken zijn bij de afwikkeling van de gevolgen voor een patiënt van een incident in de gezondheidszorg. De aanbevelingen beogen openheid over incidenten te bevorderen.

De GOMA is van toepassing op zorgaanbieders, te weten (pagina 10): *“Met ‘zorgaanbieder’ wordt bedoeld op zowel de verantwoordelijke zorginstelling als op de betrokken individuele beroepsbeoefenaren.”*

Verweerder is aldus gebonden aan de GOMA.

Een incident wordt in de GOMA omschreven als *“Een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of (nog) kan leiden.”* Het college interpreteert deze omschrijving zo dat de gang van zaken rondom de bevalling en de onverwachte slechte start van klagers dochter als incident dient te worden aangemerkt.

De GOMA (o.a. pagina 7) gaat uit van contact en samenwerking tussen betrokken partijen (waaronder dus ook de patiënt en/of zijn belangenbehartiger) bij de behandeling van de zaak. Uit het bovenstaande maakt het college op dat verweerder zich heeft ingespannen om contact met klagers te krijgen en dat hij hen op 1 april 2014, door tussenkomst van de huisarts, heeft geïnformeerd over het incident. Gebleken is echter dat klagers directe communicatie met verweerder over het incident niet op prijs stelden. Het college kan dit aan verweerder gemaakte verwijt daarom niet goed plaatsen.

## 18149-10

Dat verweerder overigens het maken van medisch verwijtbare fouten zou hebben ontkend, is uit de stukken niet gebleken. Verweerder heeft meegewerkt aan onderzoek naar het incident. Voor het college is niet duidelijk geworden wat klagers precies nog meer van verweerder verwachtten op dit punt. Het college is op grond van het bovenstaande van oordeel dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

### Klachtonderdeel e

*Het heeft ontbroken aan (voldoende) nazorg na de bevalling tot aan de overplaatsing van klaagster en de dochter naar het andere ziekenhuis.*

Klagers hebben dit verwijt onderbouwd door te stellen dat verweerder heeft nagelaten met klaagster te spreken over de voor haar traumatische gebeurtenissen tijdens de sectio.

Verweerder heeft betoogd dat hij de eerste vijf minuten van de reanimatie van de dochter voor zijn rekening heeft genomen en daarna de zorg voor de dochter heeft overgedragen aan de kinderarts. Na de sectio heeft verweerder samen met de gynaecoloog nazorg geboden aan klaagster. Om 18.00 uur heeft verweerder zijn dienst overgedragen aan de opvolgend anesthesioloog. Bij die overdracht heeft hij de actuele toestand van klaagster, het verloop van de sectio en de reanimatie van de dochter besproken.

Het college overweegt als volgt.

Voor wat betreft het verwijt dat verweerder het verloop van de sectio niet met klaagster heeft besproken, verwijst het college naar zijn overwegingen ten aanzien van klachtonderdeel a. In zoverre is ook dit klachtonderdeel ongegrond.

Voor zover het klachtonderdeel ook betrekking heeft op de feitelijke nazorg aan klaagster en de dochter, is het klachtonderdeel ook ongegrond.

Verweerder was als anesthesioloog niet verantwoordelijk voor de nazorg aan de dochter. Die verantwoordelijkheid rustte op de kinderarts. Aan verweerder kan daarom tuchtrechtelijk geen persoonlijk verwijt worden gemaakt voor zover die nazorg niet zou voldoen aan de eisen die daaraan moeten worden gesteld.

De nazorg die aan klaagster is verleend, voldoet aan hetgeen van een redelijk bekwaam en redelijk handelend anesthesioloog in vergelijkbare omstandigheden mocht worden verwacht.

Na de reanimatie van de dochter heeft verweerder zich onmiddellijk tot klaagster gewend (sprake was van twee liter bloedverlies). Vervolgens is klaagster op de 24 uurs-recovery opgenomen vanwege hypotonie van de uterus en overmatig postoperatief bloedverlies.

Klaagster werd daar voortdurend bewaakt. Naar aanleiding van het postoperatieve beloop (zie

## 18149-10

onder 2. De feiten) is door verweerder de gynaecoloog gewaarschuwd en is, in overleg met de dienstdoende gynaecoloog, tot een tweede operatie besloten waarbij een intra-uteriene ballon zou worden geplaatst. Die ingreep ving aan om 18.05 uur. De dienst van verweerder was, na de overdracht aan de opvolgend anesthesioloog, reeds geëindigd om 18.00 uur. Daarmee eindigde de persoonlijke betrokkenheid van verweerder bij klaagster.

Het klachtonderdeel is ongegrond.

### Klachtonderdeel f

*Verweerder niet heeft voldaan aan zijn informatieverplichting over de gezondheidstoestand van hun dochter.*

Klagers stellen dat nu verweerder het eerste kwartier betrokken was bij de reanimatie van de dochter, het ook tot zijn verantwoordelijkheid behoorde om het verloop van de reanimatie (goed) met klagers te bespreken.

Verweerder stelt dat hij de eerste vijf minuten van de reanimatie voor zijn rekening heeft genomen. Daarna heeft de kinderarts de reanimatie en verdere behandeling van de dochter overgenomen. Na overname van de zorg voor de dochter, was het de taak van deze kinderarts om zorg te dragen voor informatieverstrekking aan de ouders.

Het college overweegt als volgt.

Het staat vast dat de reanimatie van de dochter is gestart door verweerder. Na aankomst van de kinderarts heeft verweerder de zorg voor de dochter aan de kinderarts overgedragen. Hij is vervolgens naar de ruimte gegaan alwaar klaagster zich nog bevond en heeft daar de gynaecoloog verder geassisteerd bij de zorgverlening aan klaagster.

Het behoort in de onderlinge relatie tussen een anesthesioloog en een kinderarts en gelet op de aard van een ieders specialisme en hun competentie tot de taak, verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de kinderarts - die als hoofdbehandelaar van de dochter moet worden beschouwd - om met klagers, in hun hoedanigheid van ouders van de dochter, de gezondheidstoestand van hun dochter alsook het verloop van de reanimatie en eventuele andere gepleegde interventies, te bespreken. Dat verweerder dit niet heeft gedaan kan hem daarom niet worden verweten. Het klachtonderdeel is ongegrond.



Klachtonderdeel g

*Verweerder heeft gehandeld en nagelaten in strijd met de zorg die hij diende te betrachten omdat hij na de ‘pincetproef’ met een ‘scherpe kocherklem’ en de reactie van klaagster daarop had kunnen of moeten weten dat de epidurale analgesie (mogelijk) niet goed werkte.*

Klagers onderbouwen dit verwijt door te stellen dat verweerder de operatie niet had mogen laten aanvagen. Hij had met klaagster moeten bespreken dat de epidurale analgesie mogelijk onvoldoende zou kunnen werken omdat dit in de nacht voorafgaande aan de sectio al bekend was, omdat zij nog steeds pijnlijke weeën voelde. Verweerder had met klaagster moeten bespreken wat de gevolgen van de mogelijk onvoldoende werkende epidurale analgesie zouden zijn en welke alternatieven er waren. Hij had althans moeten verifiëren of dit allemaal met klaagster was besproken. Pijnbestrijding is niet met klaagster besproken. Het naast het bed leggen van de patiëntenfolder “Bestrijden van pijn tijdens de bevalling” nadat op 28 februari 2014 tot het geven van een ruggenprik was besloten, is niet de juiste wijze van communiceren.

Verweerder heeft aangevoerd dat zijn voorganger het epidurale blok had geplaatst en het zelf had getest en dat de overdracht hem geen aanleiding gaf om te denken dat het blok niet goed zou zijn gezet. Het informed consent en de uitleg over pijnbestrijding wordt door de verloskundige die de pijnbestrijding bij de anesthesioloog aanvraagt, gedaan.

De sectio vond plaats op maternale indicatie. Verweerder heeft klaagster iedere keer als hij een pijnprikkel toediende gevraagd of zij pijn had. Daarbij had hij zowel oogcontact met het werkgebied als met klaagster. Klaagster gaf aan dat zij pijn had in haar bovenbeen/heup, maar verweerder kon dit niet verklaren. Verweerder heeft toen lidocaïne, een sneller werkend middel, gegeven via de epiduraal. Daarna is twee keer sufentanil intraveneus toegediend. In de tussentijd waren er twee korte time-outs. Iedere keer gaf klaagster pijn aan. Er was nog een derde optie: verweerder heeft twee keer duidelijk gezegd dat klaagster volledige anesthesie nodig had, maar dit weigerde zij pertinent. Er was vervolgens geen tijd meer om te counselen over voor- en nadelen van algehele anesthesie, want er moest iets gebeuren. De vierde en laatste optie was het toedienen van een dosis Ketanest. Dat heeft geholpen; klaagster was hierdoor licht gesedeerd en pijnvrij.

Het college overweegt als volgt.

Uit het medisch dossier blijkt niet dat pijnbestrijding door de verloskundige (hetgeen volgens verweerder de gebruikelijke werkwijze in het ziekenhuis is) of door de voorganger van

## 18149-10

verweerder toen deze het epiduraal katheter voor de pijnbestrijding tijdens de weeën plaatste, met klaagster is besproken. Dit wordt bevestigd door het feit dat in de SURPASS-Checklist het punt “Anesthesie technieken en alternatieven zijn besproken” niet is afgevinkt.

Voor zover zou komen vast te staan dat aan klaagster op 28 februari 2014 door een zorgverlener, niet zijnde verweerder, kort na het nemen van het besluit tot het plaatsen van een ruggenprik, een folder zou zijn verstrekt over pijnbestrijding, is dit naar het oordeel van het college, met inachtneming van het bepaalde in art. 7:448 BW, geen gepaste wijze om klaagster te informeren over pijnbestrijding.

Het college kan derhalve niet vaststellen dat pijnbestrijding met klaagster is besproken.

Verder blijkt uit het medisch dossier dat de epiduraal katheter mogelijk niet goed werkte (om 03.47 is vermeld “*Voelt de contracties weer door de epiduraal heen. Ligt te puffen in bed*” terwijl om 00.36 nog is vermeld “*EDA werkt goed, voelt geen contracties meer*”). Hieruit volgt dat de vragen die moeten worden beantwoord zijn of verweerder kan worden verweten dat hij i) desondanks niet met klaagster heeft besproken dat de epidurale analgesie mogelijk niet goed zou werken (of heeft geverifieerd of dit reeds met haar was besproken) en ii) alsnog de mogelijkheden van pijnbestrijding met haar had moeten bespreken.

De omstandigheid dat sprake was van een sectio op maternale indicatie betekende, mede in het licht bezien van de fase waarin zich de bevalling bevond en de algehele toestand (de pijn waarmee zij werd geconfronteerd, de lange duur van de bevalling - die reeds was ingeleid op 26 februari 2014 en de lichamelijke uitputting -) van klaagster op dat moment, dat geen gelegenheid (meer) aanwezig was voor verweerder om de werking van de epidurale analgesie en andere mogelijkheden van pijnbestrijding met klaagster te bespreken en verificatie of dit al eerder was gebeurd zou, gelet op de inhoud van het dossier waarin gegevens over het verstrekken van informatie over pijnbestrijding ontbraken en met inachtneming van het standpunt van klaagster dat zij niet was geïnformeerd, niet zinvol zijn geweest. Het feit dat het geven van informatie over pijnbestrijding en/of de werking van de epidurale analgesie niet eerder is gebeurd, althans het college kan niet vaststellen dat dit wel is geschied, valt daarom zeer betreuren maar kan verweerder - ook al had hij hier via de SURPASS-checklist van op de hoogte kunnen zijn - niet tuchtrechtelijk worden verweten nu dit reeds in een eerder stadium op een daartoe geschikt(er) moment (conform het in het ziekenhuis vigerende beleid) door zijn voorganger (voor wat betreft de werking van het epiduraal katheter) en/of verloskundige (voor wat betreft pijnbestrijding tijdens de bevalling in het algemeen) had moeten geschieden. In zoverre faalt de klacht.

## 18149-10

Voor zover de klacht betrekking heeft op het geven van onvoldoende pijnbestrijding tijdens de sectio, faalt ook in dit opzicht de klacht. Verweerder heeft de pijnstilling via het epiduraal katheter direct bij aanvang van de sectio opgevoerd alsook tweemaal tussentijds, toen klaagster aangaf veel pijn te hebben. Omdat klaagster om haar moverende redenen afzag van de door verweerder tweemaal tijdens de sectio voorgestelde algehele anesthesie - hetgeen vooraf niet (door kennisneming van het medisch dossier van klaagster) voorzienbaar had kunnen zijn voor verweerder omdat hij niet kon noch behoefde te verwachten dat ook toediening van de lidocaïne en sufentanil via het epiduraal katheter tijdens de sectio ook niet het gewenste resultaat zou kunnen hebben, en door haar rugligging en de stand van waarin de operatie zich bevond klaagster ook niet meer op haar zij kon worden gedraaid - restte hem niets meer dan de toediening van Ketanest. Daarmee heeft verweerder gehandeld zoals van een redelijk handelend en redelijk bekwaam anesthesioloog mocht worden verwacht. Het klachtonderdeel is ongegrond.

### Klachtonderdeel h

*Verweerder bij de endotracheale intubatie van de dochter ten onrechte eerst een tube 2.0 gebruikte en pas later een tube 3.0 waardoor kostbare tijd verloren is gegaan bij het reanimatieproces.*

Klagers onderbouwen dit verwijt door te stellen dat een tijdsduur van 30 seconden volgens de Richtlijn Reanimatie van pasgeborenen uit 2008 van de NVK een redelijke richtlijn is voor de tijdsduur voor de intubatieprocedure. Door het gebruik van de verkeerde tube is die tijdsduur overschreden.

Verweerder stelt dat de richtlijnen van de Nederlandse Reanimatieraad geen aanwijzing geven over de vraag welke maat tube bij neonatale reanimatie moet worden gebruikt. Verweerder heeft de tubemaat gebruikt die naar zijn overtuiging op de snelste manier zou leiden tot het ventileren van de longen van de dochter. Het was direct duidelijk dat de luchtweg van de dochter was geobstrueerd door bloederig slijm. Hij is daarom overgegaan tot het uitzuigen van de oropharynx met een dunne zuigsonde. Uitwendige massage en ventilatie na intubatie met tube 2.0 leidden tot een trage hartslag. Bij beademing hoorde verweerder uitgebreide vochtige ronchi, mogelijk als teken van een trachea-obstructie. Ook de thoraxexcursie achtte hij onvoldoende. Hierop heeft hij de tube verwisseld, met als doel een betere ontplooiing van de perifere luchtwegen mogelijk te maken. Deze tubewissel, inclusief het endotracheaal uitzuigen, heeft enkele seconden geduurd.

## 18149-10

Het college oordeelt als volgt.

Ter toetsing staat of verweerder 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 door klagers klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Bij de tuchtrechtelijke beoordeling van beroepsmatig handelen gaat het niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of verweerder binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven.

Gelet hierop is het van belang dat verweerder geen kinderanesthesioloog is en in de acute situatie die zich onverwacht voordeed, aan de assistent-kinderarts bijstand heeft verleend. Het handelen moet worden beoordeeld tegen de achtergrond van de vraag of een redelijk handelend anesthesioloog (niet zijnde kinderanesthesioloog) gelet op de gegeven omstandigheden de keuze voor een tube 2.0 had kunnen en mogen maken. Het antwoord op die vraag luidt naar het oordeel van het tuchtcollege bevestigend. Verweerder werd geconfronteerd met bloederig slijm in de mond-keelholte van de dochter en het was voor hem onmogelijk om direct de glottisspleet te zien. Het kiezen van een tubemaat 2.0 om de dochter zo snel mogelijk (kortdurend) te kunnen beademen is in die situatie voor verweerder, in zijn hoedanigheid van anesthesioloog, een veilige en daarmee te verantwoorden keuze geweest die hem tuchtrechtelijk niet kan worden verweten. Het inbrengen van die tube verliep, zo staat onbestreden vast, probleemloos, zodat snel met de beademing kon worden gestart. Nadat inmiddels bij de dochter een (trage) hartslag was bereikt door de reanimatie, heeft verweerder de tube verwisseld. Voor zover dit tot enige vertraging van de reanimatie zou hebben geleid, staat daartegenover dat door het snel en probleemloos inbrengen van tube 2.0 zeer snel met de beademing van de dochter kon worden gestart en die ook tot een hartslag bij de dochter heeft geleid. Gelet hierop is ook dit klachtonderdeel ongegrond.

### Klachtonderdeel i

*De operatiekamer was niet op orde.*

Het college begrijpt dit klachtonderdeel aldus dat de aanwezigheid van een tube 2.0 in de operatiekamer aan verweerder wordt verweten.

Dit klachtonderdeel treft geen doel. De richtlijn van de NVK “Reanimatie van pasgeborenen” uit 2008 vermeldt in hoofdstuk V (“Benodigheden voor neonatale reanimatie”, pag. 38) weliswaar slechts de aanwezigheid van endotracheale tubes 2.5, 3.0, 3.5 en 4.0 mm ID, maar

## **18149-10**

die opsomming is naar het oordeel van het college niet limitatief, het gaat immers om een opsomming van de minimaal vereiste benodigdheden voor een reanimatie van pasgeborenen. Dat betekent dat enkel de aanwezigheid van tubes met een andere maatvoering in de operatiekamer dan de in de richtlijn genoemde tubes niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Het college is van oordeel dat dit klachtonderdeel op grond van het bovenstaande ongegrond is.

Het vorenstaande leidt tot de slotsom dat alle klachtonderdelen ongegrond zijn. Het opleggen van een maatregel is derhalve niet aan de orde.

### **Kostenveroordeling**

Sinds 1 april 2019 is in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg opgenomen dat het college in geval van een geheel of gedeeltelijk gegronde klacht kan beslissen dat de aangeklaagde partij de kosten dient te vergoeden die de klagende partij in verband met de behandeling van de klacht redelijkerwijs heeft moeten maken. Daarvan is in casu, zoals uit het vorenstaande blijkt geen sprake, zodat om die reden het verzoek van klagers op dit punt dient te worden afgewezen. Daarnaast heeft het volgende, maar dit in algemene zin, te gelden. Op basis van intern beleid van de tuchtcolleges wordt van de mogelijkheid tot vergoeding van gemaakte kosten geen gebruik gemaakt als de klacht vóór 1 april 2019 is ingediend. Hiervoor is gekozen, omdat er geen overgangsrecht is bepaald en deze nieuwe regeling nadelig uitpakt voor de verwerende partij. Het is in strijd met het rechtzekerheidsbeginsel om de regeling dan ook toe te passen op klachten die zijn ingediend vóór de inwerkingtreding van de kostenveroordelingsregeling. Aangezien klagers hun klachten hebben ingediend vóór 1 april 2019 zal dit verzoek dan ook worden afgewezen.

## **6. De beslissing**

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond;
- wijst het verzoek tot veroordeling van verweerder in de kosten van deze procedure af.

Aldus beslist door P.P.M. van Reijssen als voorzitter, H.A.W. Vermeulen als lid-jurist, G.J. Scheffer, H.A. van Dijk en G.L. Bremer als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van C.W.M. Hillenaar als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 28 november 2019 door C.D.M. Lamers in aanwezigheid van de secretaris.

secretaris

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
  - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
  - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.
- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u €50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.