

Een zorgvuldige vroedvrouw is er twee waard

Op 13 september 2012 vond in Gent het congres “De verloskunde in beweging: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief” plaats.¹ De organisatie lag in de handen van de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Universiteit Gent, in samenwerking met Studipolis. Marlène Reyms, voorzitter van de BMA en dokter Elke Sleurs, lid van de werkgroep verloskunde van het VVOG, verzorgden het slotwoord. Op dit congres werd onder meer het resultaat gepresenteerd van een diepteanalyse van 64 cases inzake de aansprakelijkheid van de vroedvrouw, werkzaam als bediende in het ziekenhuis.² Dit impliceert dat enkel de aquiliaanse (niet de contractuele) en de strafrechtelijke aansprakelijkheid van de vroedvrouw aan bod komen.³

De vroedvrouw is op grond van het KB nr. 78 van 1967 een beoefenaar van een gezondheidszorgberoep.⁴ De vroedvrouw beoefent naast de arts de verloskunde, een tak binnen de geneeskunde. Het uitvoeringsbesluit van 1 februari 1991 geeft de uitoefening van het beroep van vroedvrouw een duidelijke wettelijke omkadering.⁵ De Wet van 13 december 2006 wijzigde het KB nr. 78 grondig en zorgde voor een duidelijke afbakening tussen handelingen die vallen onder de autonome bevoegdheid van de vroedvrouw en handelingen die zij mag stellen in een pathologische situatie onder de verantwoordelijkheid van de arts zoals: de opvang en de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, zwangerschappen en bevallingen met een verhoogd risico en pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren.⁶

De risico's op aansprakelijkheid blijken het grootst te zijn in vier domeinen: risicoscreening (het onderkennen van een pathologie), foetale monitoring (het alarmeren bij foetale nood), communicatie met de arts en informatie aan de patiënte (gezondheidsvoorlichting- en opvoeding, GVO). In de samenwerking tussen de vroedvrouw en de arts rijst de vraag naar wie de eindverantwoordelijkheid draagt. Stellen de rechters de vroedvrouw voor haar eigen daden verantwoordelijk/aansprakelijk of wordt de hete aardappel naar de arts (huisarts, gynaecoloog, pediater, anesthesist) doorgeschoven, daar hij/zij gezag en leiding uitoefent op de vroedvrouw. De aansprakelijkheid van de vroedvrouw bij risicoscreening en foetale monitoring zijn het onderwerp van deze bijdrage, die afgesloten wordt met enkele richtlijnen teneinde de kans op medische fouten en schade aan moeder/kind te reduceren.

¹ De proceedings van het congres zijn gebundeld in het boek: M. Eggermont, *Verloskunde in beweging: de relatie patiënt-zorgverlener in juridisch perspectief*, Brugge, die Keure, 2013, 135 p.

² Periode 1971 tot met 2007.

³ Respectievelijk art. 1382 BW of ten aanzien van het ziekenhuis/arts art. 1384, lid 3 BW. Strafrechtelijk betreffen het: art. 418-422 Sw. (onopzettelijke doding en onopzettelijke slagen en verwondingen) en art. 422bis-422quater (schuldig verzuim).

⁴ KB nr. 78 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, BS 14 november 1967, hierna KB nr. 78.

⁵ KB 1 februari 1991 betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, BS 6 april 1991, hierna KB 1991.

⁶ Wet 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, BS 22 december 2006.

1. Risicoscreening

De vroedvrouw is bevoegd om onder eigen verantwoordelijkheid het toezicht op zich te nemen van de zwangere vrouw bij wie een zwangerschap met verhoogd risico werd uitgesloten, om bevallingen te verrichten waarvan de evolutie zeer waarschijnlijk normaal zal verlopen, alsook om de begeleiding en verzorging van moeder en kind gedurende het normale postpartum waar te nemen. De normale zwangerschap en de normale bevalling zijn het geheel van fysiologische, mechanische en psychologische verschijnselen die leiden tot de spontane uitdrijving à terme vooreerst van de foetus in achterhoofdsligging en vervolgens van de placenta.

De vroedvrouw heeft de “tools “ (wegen, bloeddruk, palpatie, foetale monitoring enz...) in handen om het normale verloop te bewaken en desgevallend risico's op een pathologie op te sporen.⁷ Constateert de vroedvrouw in gelijk welk stadium van de begeleiding enige tekenen van een pathologie, dan dient zij het consult in te winnen van een geneesheer of tot de transfer naar een ziekenhuis te beslissen.⁸ Eens de pathologie zich uit in complicaties, is de vroedvrouw verplicht “de nodige schikkingen te nemen” om deze verwickelingen “binnen de korst mogelijke tijd te verhelpen”.⁹ Eén van die schikkingen kan het inroepen van specialistische hulp zijn, zoals een gynaecoloog of een pediater. De vroedvrouw vervult dus een belangrijke rol in de risicoscreening, maar ze heeft ook een belangrijke schadebeperkingsplicht.

Uit de casestudy blijkt dat de deskundigheid van de vroedvrouw om de tekenen van een uterusruptuur en een voortijdige placentaloslating te herkennen op de helling komt te staan. Dat de gevolgen van deze twee complicaties zeer ernstig zijn, blijkt afdoende uit de outcome: van de negen onderzochte cases hebben slechts twee babies de complicatie overleefd (wel met honderd procent invaliditeit) en ook één moeder liet het leven. In het voorkomen van de complicatie zelf dragen vroedvrouw of arts weinig of geen verantwoordelijkheid. Het is echter het al dan niet adequaat reageren van de vroedvrouw en/of arts op het moment dat deze pathologie zich manifesteert, dat aanleiding geeft tot een aansprakelijkheidsvraagstuk.

1.1. Uterusruptuur

Een eerste case van januari 1991 inzake een uterusruptuur bestond uit twee strafzaken. In de eerste zaak werd de huisarts beschuldigd van onopzettelijke doding van moeder en kind. Het handelen van de gynaecoloog, de twee vroedvrouwen en (de organisatie binnen) het ziekenhuis was het onderwerp van de tweede strafzaak. Het hof van beroep van Brussel veroordeelde in 1995 enkel de huisarts voor onopzettelijke doding van moeder en kind, daar zij zowel “bij de opvolging van de zwangerschap én bij de bevalling heeft gehandeld met een onverantwoorde professionele lichtzinnigheid”. Dit laatste bestond uit het niet onderkennen van de obstetricale risicofactoren van deze zwangerschap en een inadequate leiding over de vroedvrouwen. De huisarts liet immers de vroedvrouwen bij de presenterende

⁷ Art. 4, § 2, 1°-7° KB 1991.

⁸ Art. 7 KB 1991.

⁹ Art. 1, § 2 KB 1991.

schouderdystocie, fundusdruk uitoefenen, hetgeen de rechtstreekse oorzaak was van de uterusruptuur. Het hof rekende de vroedvrouwen deze fout niet toe, omdat de huisarts de bevalling had geleid en dat de vroedvrouwen hadden gehandeld onder haar leiding en toezicht.¹⁰ Dit laatste vraagt om een kritische noot. Men kan zich de vraag stellen of het niet tot de zorgvuldigheid behoort van een vroedvrouw om een dergelijke handeling te weigeren, goed wetende wat de gevolgen van haar handelen kunnen zijn.

Terwijl in de eerste case de uterusruptuur zich voordeed tijdens de bevalling zelf onder toezicht van een arts, deed deze complicatie zich in de tweede case voor tijdens de arbeid, onder supervisie van de vroedvrouw. Het betreft een strafzaak van juli 1991, waarvan de verdeling in de burgerlijke aansprakelijkheid tussen de vroedvrouw en de gynaecoloog vermoedelijk pas in 2013 definitief zal beslecht worden, wat betreft de schade aan de baby.¹¹ Na de vernietiging op burgerlijk gebied van het arrest van het hof van beroep van Gent die beide beklaagden de vrijspraak verleende (na een veroordeling van de gynaecoloog in eerste aanleg), door het Hof van Cassatie in december 1998, achtte het hof van beroep te Brussel bij arrest van 4 november 2004 zowel de vroedvrouw als de gynaecoloog burgerlijk aansprakelijk voor de zware hersenschade van het kind. Voor de schade aan de moeder weerhield het hof enkel de aansprakelijkheid van de gynaecoloog. Het hof was van oordeel dat de gynaecoloog zelf de toestand van zijn (risico)patiënte had moeten onderzoeken bij opname en de evolutie zelf had moeten opvolgen, zodat hij meteen een sectio kon uitvoeren nog vóór de uterusruptuur optrad. De fout van de vroedvrouw betrof het “onnodig talmen” alvorens de gynaecoloog te verwittigen. De vroedvrouw riep immers een collega ter consult en controleerde de dalende harttonen met een nieuwe monitor, alvorens de gynaecoloog te verwittigen van de dalende foetale harttonen, de niet vorderende arbeid, de harde buik en de hoge pijn bij de moeder. Hierdoor ging kostbare tijd verloren en manifesteerde zich de hersenschade. De gynaecoloog had de vroedvrouw ook gevraagd om de patiënte continu bij te staan, hetgeen wees op de noodzaak van een “snelle reactie” bij enige tekenen van abnormaliteit.¹² Na

¹⁰ Brussel 8 februari 1995, *T.Gez.* 1996-97, 264, noot R. HEYLEN. De patiënte liet zich voor haar derde zwangerschap midden 1990 (in 1985 vaginaal bevallen en in 1987 via sectio) begeleiden door de huisarts, ze wilde geen mannelijke gynaecoloog. Risicofactoren bij deze zwangerschap waren: geen gekende medische voorgeschiedenis onder meer verloop vorige bevallingen en type bloedgroep, een sectiolitteken dat het risico op een uterusruptuur vergroot, chronische bloedarmoede en geen kennis van de grootte van het hoofdje in verhouding met het bekken, daar de laatste echografie dateerde van vier maanden vóór de bevalling. De gynaecoloog van het ziekenhuis voerde uiteindelijk de vaginale bevalling uit, niet via sectio daar het hoofdje te ver was ingedaald, maar het bloedverlies was te massaal, waardoor baby en moeder overleden zijn.

¹¹ Rb. Gent 25 maart 2010, AR 09/1348/A, onuitg.: verhouding aansprakelijkheid 50-50. Hangende voor Gent, 2010/AR/1864.

¹² Corr. Gent 11 oktober 1995, Notitiennr. GE.46.90.3502/91, onuitg. Hervormd door Gent 27 juni 1996, Arrestnr. 80594, onuitg. Vernietigd door Cass. 15 december 1998, Nr. P.96.1206.N, onuitg. Brussel 4 november 2004, Arrestnr. 1061, onuitg. De patiënte liet haar voor de tweede zwangerschap in 1991 opvolgen door de gynaecoloog. De eerste bevalling was via een sectio gebeurd omwille van een stuitligging. Risicofactoren voor deze bevalling waren: het uteruslitteken, eerste keer arbeid en een vernauwd bekken. Daar de gynaecoloog nog van thuis moest komen, duurde het enige tijd vooraleer de baby via sectio geboren werd. Het opgebouwde zuurstoftekort leidde tot honderd procent invaliditeit van het kind.

de verwerping van een nieuwe cassatievoorziening ingesteld door de gynaecoloog en de vroedvrouw werd dit arrest definitief.¹³

1.2. Placentaloslating

In het kader van een placentaloslating zijn de navolgende cases te vermelden. Het hoger beroep op burgerlijk gebied van de ouders van een in maart 1984 overleden baby, leidde voor het hof van beroep te Luik tot het aansprakelijk stellen van de gynaecoloog. Zijn fout was het niet instellen van een continue monitoring bij een premature arbeid en na verontrustende berichten van de vroedvrouw inzake het CTG-patroon. De continue monitoring zou het stellen van de diagnose, een atypische (zonder duidelijke symptomen) placentaloslating, mogelijk gemaakt hebben. Er was dus sprake van het verlies van een kans. Er kon geen vaststaand causaal verband met het overlijden van de baby vastgesteld worden.

In een andere case werden bij arrest van 23 november 2010 van het hof van beroep te Brussel de behandelende gynaecoloog en het ziekenhuis in solidum aansprakelijk gesteld, omdat de gynaecoloog van wacht (uitvoeringsagent van het ziekenhuis) niet adequaat had gereageerd op de tekenen van een placentaloslating in oktober 1989, ondanks de zeer verontrustende berichten van de vroedvrouw inzake de foetale toestand. De gynaecoloog van wacht had meteen een echo moeten uitvoeren ter confirmatie van de placentaloslating. De behandelend gynaecoloog was weliswaar verwittigd van de opname van haar patiënte en de mogelijkheid van een placentaloslating, maar correspondeerde niet met haar collega en de vroedvrouwen over de verdere evolutie, waardoor ook zij geen echo liet uitvoeren en de diagnose te laat werd gesteld.¹⁴

Het weze duidelijk dat bij de aanwezigheid van risicofactoren zoals een uteruslitteken, bloedverlies, premature arbeid enz.. de leiding over de arbeid onder de autonome bevoegdheid van de vroedvrouw uitgesloten was. Bovenvermelde cases leidden onvermijdelijk naar de conclusie dat de vroedvrouw een belangrijke “alarbelfunctie” te vervullen heeft.

2. Foetale monitoring

Het beluisteren van de foetale harttonen met een hoorbuis, een doptone, een CTG- of een Stanmonitor en het signaleren van onregelmatigheden is een medische handeling voorbehouden aan de vroedvrouw, maar het diagnosticeren van de onderliggende problematiek is een medische handeling voorbehouden

¹³ Cass. 26 april 2005, Nr. P.04.1614.N/1, onuitg.

¹⁴ Rb. Nijvel 3 maart 2006, onuitg. Hervormd door Brussel 23 november 2010, *RGAR* 2011, nr. 14716. De patiënte kwam in oktober 1989 's nachts het verloskwartier binnen met een beginnende arbeid. Na controle van de foetale harttonen door de vroedvrouw bleek er al foetale nood te bestaan, die verder aanhield. De gynaecoloog van wacht (slechts 1 maand gediplomeerd) besloot tot een passief beleid en ging pas over tot sectio samen met de opgeroepen behandelende gynaecoloog in de vroege ochtend, na het zien van bloed bij het breken van de vliezen. De baby werd levenloos geboren. De behandelende gynaecoloog werd voor negentig procent gevrijwaard door het ziekenhuis, daar de gynaecoloog van wacht als uitvoeringsagent van het ziekenhuis, de werkelijke begeleiding van de patiënte op zich had genomen.

aan de geneesheer.¹⁵ De vroedvrouw moet dus te zorgen voor een adequate captatie van de harttonen (foetale, niet maternale harttonen) en de registratie (schriftelijk of elektronisch) ervan en moet een arts ter consult te roepen bij afwijkingen. Vervolgens behoort het de arts toe om in functie van het tracé een diagnose te stellen van een bepaalde pathologie en medisch te interveniëren. Het is en blijft een uitdaging voor de betrokken zorgverleners om correct, telkens volgens de huidige stand van de wetenschap, een foetale monitoring te analyseren en *post hoc* kan dit een evidentere opdracht lijken dan op het cruciale moment zelf. Het hoeft dan ook geen betoog dat in de rechtspraak afdoende cases voorkomen waarbij een schadegeval zijn oorsprong vond in de (foute) beoordeling van het ritme van de foetale harttonen door de vroedvrouw en/of arts.

2.1. Strafrechtelijke aansprakelijkheid van de vroedvrouw

In 1986 veroordeelde het Luikse hof van beroep de vroedvrouw en de gynaecoloog voor de onopzettelijke doding van een tweeling, geboren in januari 1981. De vroedvrouw had te lang gewacht om een gynaecoloog over de slechte harttonen en een verontrustende echo te verwittigen.¹⁶ Bij het onnodig talmen van de gynaecoloog van wacht, diende de vroedvrouw de gynaecoloog aanwezig in het ziekenhuis te hebben verwittigd.¹⁷ Dit arrest gaf aanleiding tot belangrijke cassatierechtspraak voor de aansprakelijkheid van vroedvrouwen en gynaecologen. Het Hof van Cassatie week in 1987 af van de traditionele regel in het burgerlijk recht, met name dat de persoonlijkheid slechts begint bij de geboorte, in de veronderstelling dat de foetus levend en levensvatbaar geboren wordt. Het Hof van Cassatie besliste dat de criteria van het burgerlijk recht vreemd zijn aan deze strafrechtelijke materie en dat de strafwet bescherming verleent aan een foetus die betrokken is in het geboorteproces, maar nog geen leven buiten de baarmoeder heeft gekend. Volgens vaststaande rechtspraak betekent “in het geboorteproces” tijdens de bevalling.¹⁸ In een schadegeval is het dus cruciaal om te weten wanneer de arbeid is begonnen, teneinde te oordelen of de ongeboren foetus door het strafrecht beschermd wordt of niet.

Drie gynaecologen, één ziekenhuisdirecteur en één vroedvrouw zijn de dans ontsprongen, gelet op deze cassatierechtspraak. Het hof van beroep te Gent vernietigde de veroordeling van een gynaecoloog en een

¹⁵ Art. 2, § 1, lid 2 KB nr. 78.

¹⁶ “Te lang wachten” is een feitenkwestie waarbij de rechter het handelen van de beklagde toetst aan het handelen van een normaal zorgvuldige vroedvrouw, geplaatst in gelijkaardige omstandigheden.

¹⁷ Luik 25 juni 1986, *JL* 1986, 674. De patiënte werd met beginnende arbeid opgenomen voor de bevalling van haar tweeling in januari 1981. Naarmate de arbeid vorderde, werden de harttonen van de tweeling verontrustender. De gynaecoloog van wacht liet een echo uitvoeren “om de vroedvrouw gerust te stellen” en bekommerde zich niet om het resultaat. Na een tweede dringende oproep van de vroedvrouw vertrok de gynaecoloog pas één uur later thuis, na zijn consultaties en hechtte hij nog het perineum van een net bevallen patiënte, vooraleer hij de moeder “in nood” bezocht. Eén baby overleed in utero en de andere baby overleed de dag na de geboorte. De gynaecoloog werd naast onopzettelijke doding tevens veroordeeld voor schuldig verzuim ten aanzien van de moeder en haar babies.

¹⁸ Cass. 11 februari 1987, *VI. T.Gez.* 1987, 41, noot J.J. ANDRÉ.

ziekenhuisdirecteur in eerste aanleg, daar er onvoldoende was aangetoond dat op het moment van het overlijden van de foetus in januari 1990, de arbeid al was begonnen.¹⁹

Het overlijden van een lid van een drieling in augustus 1995, nog vóór de geplande sectio leidde tot de buitenvervolginstelling van de vroedvrouw en de gynaecoloog. De strafrechtelijke bescherming van de foetus startte pas bij het begin van de arbeid en de foetus was voordien overleden.²⁰ Daar de gerechtsdeskundigen er niet in slaagden om met zekerheid te bepalen of de foetus gestorven was vóór de start van de arbeid, verleende het hof van beroep te Luik de vrijspraak.²¹

In een tweede strafzaak bevond de correctionele rechtbank van Eupen in 1994 de vroedvrouw en de gynaecoloog schuldig aan het veroorzaken van een zware handicap ten aanzien van een pasgeborene wegens de onderschatting van diens foetale nood. De rechtbank achtte op burgerlijk gebied de vroedvrouw voor 75 procent aansprakelijk en de gynaecoloog voor 25 procent.²²

Na een strafrechtelijke vrijspraak in eerste aanleg veroordeelde het hof van beroep te Brussel in 2005 de vroedvrouw en de gynaecoloog voor het onopzettelijk doden van een baby in september 1993. De vroedvrouw informeerde de gynaecoloog niet over het licht meconiaal vruchtwater en de slechte harttonen na het plaatsen van een epidurale anesthesie. De vroedvrouw interpreteerde verkeerdelijk de harttonen als normaal. Ook de fouten van de gynaecoloog lagen aan de basis van de schade, namelijk geen continue monitoring bij een risicopatiënte, het foutief medicamenteus stimuleren van de arbeid en het niet meteen ter plaatse komen na verontrustende berichten van de vroedvrouw. Dit heeft geleid tot het laattijdig uitvoeren van een sectio, waardoor het zuurstoftekort onoverkomelijk was.²³

In een vierde strafprocedure werd de vroedvrouw, na een veroordeling in eerste aanleg voor onopzettelijke doding van een baby in november 2002 wegens het niet melden van het pathologische tracé aan de gynaecoloog, vrijgesproken. Het hof van Brussel was van oordeel dat de interpretatie van het foetaal welbevinden door de vroedvrouw gebrekkig was, maar dat dit geen professionele fout was (*contra* vigerende rechtspraak). Ze had immers voldoende contact gehouden met de gynaecoloog, die de situatie niet van dichtbij opvolgde. Deze laatste diende een electieve sectio uit te voeren gelet op het risico van

¹⁹ Corr. Dendermonde 16 januari 1995, onuitg. Hervormd door Gent 26 maart 1997, *AJT* 1997-98, 463, noot C. COUDRON.

²⁰ Rk. Brugge 1 december 2004, *T.Gez.* 2005-06, 408, noot N. COLETTE-BASECOZ.

²¹ Luik 10 januari 2008, *JLMB* 2008, 1421.

²² Corr. Eupen 10 oktober 1994, *JLMB* 1995, 606. De patiënte werd rond middernacht in april 1992 opgenomen met contracties. Hoewel de harttonen pathologisch waren, stelde de vroedvrouw pas om twee uur aan de patiënte voor op de linkerszij te liggen en het zuurstofmasker op te zetten. Om drie uur verwittigde ze de gynaecoloog van wacht van de verdere degradatie, maar deze stelde geen interventie voor. Het was uiteindelijk de anesthesist die toevallig in het ziekenhuis aanwezig was voor een andere patiënte, die om vijf uur de behandelende en de gynaecoloog van wacht en de pediater verwittigde. De baby werd geboren via sectio, maar leed zwaar zuurstoftekort.

²³ Corr. Leuven 19 november 2002, Notitiën. LE.46.99.45/97, onuitg. Hervormd door Brussel 2 maart 2005, AR 12V2003, onuitg. Cass. 13 september 2005, Nr. P.05.513, onuitg. Het betrof een patiënte van 36 jaar die op doorverwijzing van een zelfstandige vroedvrouw werd ingeleid op 42 weken en 4 dagen. De RX net voor de inleiding genomen voorspelde een zware baby en de echo gaf een kleine placenta en weinig vruchtwater aan. De foetale nood werd niet tijdig ontdekt.

foeto-pelvische disproportie. Zij mocht eventueel een proefarbeid hebben overwogen, op voorwaarde van een zeer strikte opvolging (en dus niet de begeleiding volledig overlaten aan de vroedvrouw).²⁴

2.2. Burgerlijke aansprakelijkheid van de vroedvrouw

Strafrechtelijk gezien staat de vroedvrouw steeds terecht voor haar eigen daden. De vraag stelt zich of in burgerlijke procedures of in de afhandeling van de burgerlijke belangen bij strafzaken, de volledige aansprakelijkheid niet bij de arts (huisarts, gynaecoloog, anesthesist, pediater) terecht komt. Bestaat er een juridische verhouding tussen de vroedvrouw en de arts bij hun samenwerking, waarbij de vroedvrouw de arts assisteert? Bij extracontractuele vorderingen kan de occasionele aanstellersaansprakelijkheid van de arts betrokken zijn. Er is een band van ondergeschiktheid aanwezig van zodra de aansteller de juridische of feitelijke mogelijkheid heeft om gezag en toezicht op zijn "ondergeschikte" uit te oefenen. Er hoeft dus geen sprake te zijn van effectief gezag. De ondergeschikte kan ook een zekere vrijheid behouden in zijn/haar handelen, zelfs in volledige onafhankelijkheid de opdracht realiseren.²⁵ Het is de feitelijke gezagsverhouding die van doorslaggevende aard is, los van enige arbeidsovereenkomst of aanstelling.²⁶ Bij contractuele vorderingen komt de hoedanigheid van de vroedvrouw als uitvoeringsagente van de arts om de hoek kijken. Een uitvoeringsagent of een hulppersoon is een persoon die door een ander wordt ingeschakeld om diens contractuele verbintenissen volledig of gedeeltelijk uit te voeren.²⁷ Binnen de verloskunde zou dit betekenen dat een arts die een behandelingsovereenkomst heeft afgesloten met zijn patiënte, een beroep doet op een vroedvrouw voor de uitvoering van deze overeenkomst.

Een foutieve handeling van de vroedvrouw in haar hoedanigheid van aangestelde of uitvoeringsagente impliceert doorgaans geen persoonlijke aansprakelijkheid, daar ze zich kan beroepen op de vrijstelling voorzien in artikel 18 van de Wet op de arbeidsovereenkomsten of artikel 2 van de Wet van 2003 op het overheidspersoneel.²⁸ Deze vrijstelling houdt in dat de vroedvrouw behoudens een zware fout, opzet of een gewoonlijk voorkomende lichte fout, niet persoonlijk aansprakelijk kan gesteld worden. Een zware fout

²⁴ Corr. Brussel 30 juni 2009, Notitienr. BR.46.L2.838.556/02, onuitg. Hervormd door Brussel, 5 april 2011, Griffiennr. 2009BC980, onuitg. Cass. 19 oktober 2011, Nr. P.11.849.F, onuitg. De patiënte werd in november 2002 na ruim 41 weken zwangerschap met een beginnende arbeid opgenomen. Voordien was nog een RX van het bekken genomen die het risico op een foeto-pelvische disproportie deed vermoeden. De vroedvrouw verwittigde de gynaecoloog niet van vier onregelmatigheden in het foetale hartritme. De baby werd met een ventouse levensloos geboren, na een zware schouderdystocie.

²⁵ H. VANDENBERGHE, "Aansprakelijkheid van de aansteller", *TPR*, 2011, 575-578.

²⁶ Cass. 3 januari 2002, *T. Gez.* 2003-04, 24.

²⁷ I. CLAEYS, "Samenhangende overeenkomsten en aansprakelijkheid naar Belgisch Recht" in J.M. SMITS en S. STIJNS (eds.) *Inhoud en werking van de overeenkomst naar Belgisch en Nederlands recht*, Antwerpen, Intersentia, 2005, 412.

²⁸ Wet 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, *BS* 22 augustus 1978. Wet 10 februari 2003 betreffende de aansprakelijkheid van en voor personeelsleden in dienst van openbare rechtspersonen, *BS* 27 februari 2003.

kan een schending zijn van een algemene gedragsnorm, maar vloeit niet automatisch voort uit een misdrijf. De zware fout houdt een zeer onvoorzichtige, onvergeeflijke gedraging in.²⁹

In een eerste case oordeelde de rechter te Gent zowel in eerste aanleg als in hoger beroep dat de vroedvrouw in september 1990 te laat de onregelmatigheden in het CTG-patroon had gemeld aan de gynaecoloog. Daar er een band van ondergeschiktheid was tussen de gynaecoloog en de vroedvrouw, handelde de vroedvrouw op het ogenblik van de bevalling uitsluitend onder “leiding, gezag en toezicht van de gynaecoloog”. Dit leidde dan ook tot de burgerlijke aansprakelijkheid van de gynaecoloog als gelegenheidsaansteller in eerste aanleg. Maar daar er volgens het hof van beroep te Gent te veel twijfel bestond over het oorzakelijk verband tussen de fout van de vroedvrouw en de schade *in concreto*, hervormde het hof het vonnis van de eerste rechter.³⁰

In een vergelijkbaar schadegeval van augustus 1997 heeft de burgerlijke rechter te Gent de vroedvrouw als een uitvoeringsagente/hulp persoon van de gynaecoloog bestempeld, daar er sprake was van een contractuele vordering van de ouders van het slachtoffer. De gynaecoloog diende volledig in te staan voor de fout van de vroedvrouw, met name het incorrect en niet mededelen van onregelmatigheden in het foetaal hartritme, met hersenschade voor de baby tot gevolg. De rechter oordeelde dat de interpretatie van het CTG-patroon waarvoor de arts op de vroedvrouw een beroep deed, een medische handeling was, die deel uitmaakte van de behandelingsovereenkomst tussen patiënte en gynaecoloog. Het ziekenhuis diende wel de gynaecoloog voor twintig procent te vrijwaren, daar zij diende in te staan voor de aanstelling van competent vroedkundig personeel en zij niet beschikte over een gedragscode voor de vroedvrouwen betreffende het toezicht op CTG-monitoring.³¹

Vanaf 1 januari 2007 heeft de wetgever de beoordelingsmarge van de rechter inzake de juridische verhouding arts-vroedvrouw in pathologische situaties sterk beperkt. Het meewerken als vroedvrouw in

²⁹ H. VANDENBERGHE, “Aansprakelijkheid van de aansteller”, *TPR*, 2011, afl. 2, 600.

³⁰ Rb. Gent 13 december 2000, *Intercontact* 2007, afl. 1, 10. Hervormd door Gent 7 december 2006, *Intercontact* 2007, afl. 1, 10. De strafklacht tegen de gynaecoloog eindigde met een buitenvervolginstelling door de Raadkamer te Gent op 17 februari 1995. De patiënte werd in september 1990 opgenomen wegens beginnende arbeid. De vroedvrouw laat na de onregelmatigheden in het foetaal hartritme aan de gynaecoloog te melden. De baby werd naar de NICU getransfereerd wegens ernstig zuurstoftekort, waarna hij drie jaar later is overleden. De baby had ook congenitale afwijkingen (gespleten lip, subluxatie heup), waardoor de schade veroorzaakt door het zuurstoftekort moeilijk af te lijnen was. Dit doorbrak het causaal verband tussen de fout van de vroedvrouw en de schade.

³¹ Rb. Gent 14 april 2006, *T. Gez.* 2009-10, 141-151, noot T. VANSWEEVELT. De patiënte werd in augustus 1997 opgenomen met gebroken vliezen. De vroedvrouw interpreteerde de eerste onregelmatigheid foutief en liet na de tweede onregelmatigheid in het foetale hartritme te melden aan de gynaecoloog. Deze laatste zag bij zijn aankomst het volledige CTG-patroon niet na, waardoor hij een vertekend beeld had van de foetale toestand. De baby leed zwaar zuurstoftekort, met een invaliditeit van honderd procent tot gevolg. Het ziekenhuis diende wel de gynaecoloog voor twintig procent te vrijwaren, daar zij diende in te staan voor de aanstelling van competent personeel en zij niet beschikte over een gedragscode voor de vroedvrouwen betreffende het toezicht op CTG-monitoring.

deze situaties gebeurt volledig onder de verantwoordelijkheid van de arts.³² Bijgevolg zullen medische fouten begaan door de vroedvrouw in de assistentie bij pathologische situaties steeds de aansprakelijkheid van de arts met zich meebrengen. Anderzijds kan niet gesteld worden dat het handelen onder de “vleugels” van de arts een vrijgeleide kan zijn tot het schaden van moeder en/of kind. De vroedvrouw dient ten allen tijde het algemeen zorgvuldigheidsprincipe te respecteren.

Besluit

Het niet tijdig herkennen van foetale nood aan de hand van foetale monitoring blijkt de voornaamste oorzaak van aansprakelijkheid van de vroedvrouw te zijn. Bijgevolg is haar competentie om risico's en foetale nood op te sporen determinerend in de zorgverlening. Het samenwerken van de vroedvrouw met de arts onder de volgende richtlijnen kan een eerste stap zijn in het reduceren van het risico op aansprakelijkheid:

1. De betrokken zorgverleners moeten goed geïnformeerd zijn over elkaars bevoegdheden;
2. Competentie vereist bijscholing op wetenschappelijk gebied;
3. Interventies mogen pas ondernomen worden na kennisname van de anamnese of bij voorkeur het patiëntendossier;
4. Risicoselectie en foetale monitoring zijn van cruciaal belang;
5. Bij de aanwezigheid van risicofactoren en/of bepaalde pathologie moet er verhoogde waakzaamheid en adequate correspondentie tussen de betrokken zorgverleners zijn;
6. Alle activiteiten en correspondentie moeten vermeld worden in het patiëntendossier;
7. Het informeren/bevragen van de patiënt staat centraal in de zorgverlening;
8. Richtlijnen vragen impliceert het geven van richtlijnen en het opvolgen ervan.

³² Art. 21 octiesdecies, § 1, 2° KB nr. 78.