

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.363

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.363 van:

A., oogarts, wonende te B., appellant in het principaal hoger beroep, verweerder in het incidenteel hoger beroep, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde: mr. M.E.M. Vermeij, advocaat te Haarlem,

tegen

Inspectie voor de Gezondheidszorg, werkgebied P., gevestigd te B., verweester in het principaal hoger beroep, appellante in het incidenteel hoger beroep, klaagster in eerste aanleg, gemachtigden: X. en Y., beiden Inspecteur voor de Gezondheidszorg.

1. Verloop van de procedure

De inspectie voor de gezondheidszorg, werkgebied P. - hierna klaagster - heeft bij brief van 14 september 2011, ingekomen op 15 september 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A. - hierna de oogarts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 22 mei 2012, onder nummer 11/346 heeft dat College:

- de klachtonderdelen 2 en 7 ongegrond verklaard en de klachtonderdelen 1, 3 tot en met 6 en 8 gegrond verklaard;

- de doorhaling bevolen van de inschrijving van de oogarts in het BIG-register;

- bij wijze van voorlopige voorziening de schorsing van deze inschrijving opgelegd met onmiddellijke ingang; en

- bepaald dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden. De oogarts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend en is van de gedeeltelijke afwijzing van de klacht in incidenteel beroep gekomen.

De oogarts heeft een verweerschrift in incidenteel beroep ingediend. Klaagster heeft twee deskundigenrapportages overgelegd, opgesteld door Q. respectievelijk J., beiden oogarts.

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2012.361 en C2012.362 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 16 april 2013, waar zijn verschenen klaagster in de persoon van haar gemachtigden X. en Y., en de oogarts bijgestaan door mr. Vermeij. X. en mr. Vermeij hebben de standpunten van partijen toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

Als deskundigen zijn van de zijde van klaagster gehoord Q. (oogarts/refractiechirurg) en van de zijde van de oogarts, de heer R. (kwaliteitsadviseur kwaliteitsmanagementsystemen) en de heer S. (certificatiedeskundige).

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Verweerder is als oogarts verbonden aan de Stichting E./F. (hierna: F.). Tevens is verweerder bestuurder van F..

2.2 Verweerder heeft bij T. (hierna: patiënt T.) in mei 2004 ICARE voorste oogkamerlenzen geïmplanteerd.

2.3 Patiënt T. heeft op 16 augustus 2010 bij klaagster een melding over verweerder gedaan. Patiënt T. stelt daarin dat zij vanaf oktober 2009 merkte dat het zicht in haar rechteroog veel slechter was dan het zicht in haar linkeroog. Verweerder heeft in maart 2010 de lens in haar rechteroog verwijderd, maar het zicht in dat oog is zeer beperkt gebleven.

2.4 Bij U. (hierna: patiënt U.) heeft verweerder achtereenvolgens op 30 augustus 2004 en op 1 september 2004 ICARE voorste oogkamerlenzen geïmplanteerd.

2.5 Patiënt U. heeft op 10 juni 2009 bij klaagster een melding over verweerder gedaan. Patiënt U. stelt daarin dat als gevolg van de door verweerder uitgevoerde lensimplantatie er grote schade aan haar ogen is ontstaan en dat zij hoornvliestransplantaties heeft moeten ondergaan.

2.6 V. (hierna: Patiënt V.) heeft op 3 december 2007 haar ogen laten laseren door verweerder.

2.7 Bij e-mail van 26 oktober 2008 heeft Patiënt V. bij klaagster een melding over verweerder gedaan. Zij klaagt daarin dat haar ogen voor de operatie -7 waren en dat haar rechteroog na de operatie door verweerder van -7 naar +11 is gegaan en haar linkeroog van -7 naar +5.

2.8 W. (hierna: Patiënt W.) heeft op 2 februari 2008 eveneens een laserbehandeling aan beide ogen door verweerder ondergaan.

2.9 Namens Patiënt W. is bij brief van 10 december 2009 bij klaagster een melding over verweerder gedaan. Daarin wordt gesteld dat verweerder bij het laseren van zijn ogen teveel hoornvliesweefsel heeft weg gelaserd waardoor een hobbelig hoornvlies is ontstaan.

2.10 Patiënt V. heeft tevens een klacht over verweerder bij F. ingediend. Door tussenkomst van klaagster is die klacht voorgelegd aan de klachtencommissie van de Nederlandse Vereniging van Extramuraal Oogartsen (hierna: de NVEO). Op 20 september 2010 heeft de klachtencommissie van de NVEO op die klachten beslist en twee van drie door Patiënt V. ingediende klachten gegrond verklaard. De klachtencommissie heeft daartoe het volgende, voor zover hier van belang, geoordeeld:

“• In het patiëntendossier ontbreken gegevens die er volgens de commissieleden wel in zouden moeten staan, namelijk het resultaat van corneatopografische metingen. De Commissie concludeert dat deze metingen niet zijn uitgevoerd. Op basis van de door A. aangeleverde gegevens is het verschil tussen de beoogde en de gerealiseerde ablatiedikte onverklaarbaar. Op basis van de pc-uitdraai van de gegevens van voor en na de behandeling van de patiënt, kan gesteld worden dat A. zijn beoogde laserablatie juist heeft ingevoerd. Maar tegelijkertijd moet gesteld worden dat er veel te veel weefsel post-ok blijkt te zijn weggehaald, hetgeen de postoperatieve status kan verklaren. Dit onderdeel is derhalve gegrond.

• Incidenteel kan complicatie na een Lasek-behandeling die klaagster heeft gehad ontstaan. De Visus 1.0 ODS, de dikte van de cornea en de K-waarden die in de normale range vallen pleiten tegen het bestaan van corneapathologie. De consensus van de beroepsvereniging (Nederlands Gezelschap voor Refractiechirurgie) schrijft voor dat bij de Lasek behandeling cornea topografische metingen uitgevoerd moeten worden.

Als dit was gebeurd, zou met zekerheid vastgesteld kunnen worden of de lasek-behandeling wel of niet mogelijk is. De corneatopografie heeft niet plaatsgevonden, dit onderdeel van de klacht is gegrond. ”

2.11 Klaagster heeft de klachten van voormelde patiënten voorgelegd aan Q., op dat moment voorzitter van het Nederlands Gezelschap voor Refractie Chirurgie (NGRC). In een in augustus 2010 afgerond rapport is door Q. het volgende, voor zover hier van belang, overwogen en geconcludeerd:

“II. 1. Casus 1.

(..)(Patiënt V.)

PhotoRefractive Keratectomy (PRK) laserbehandeling ODS wegens myopie in 2007

(...)

Conclusie casus 1.

1. Onduidelijke registratie van de patiënten gegevens met tegenstrijdige notaties tijdens hetzelfde consult.
2. Volgens de intakegegevens was patiënt geschikt voor een PRK.
3. De behandeling was ongecompliceerd en werd verricht met Nd:YAG laser die een golflengte heeft van 213 dit in tegenstelling tot de excimer laser, die een golflengte heeft van 193 nm. De excimerlaser is de internationale standaard om een PRK uit te voeren.
4. Onduidelijk is of de gegevens die ingevoerd zijn in de laser correct waren en of de laser getest is van tevoren en wat de status van het onderhoud was.
5. De nazorg is niet helmaal duidelijk, wel is patiënt regelmatig gezien en werd medicatie gegeven.
6. Het resultaat is een irregulair hoog astigmatisme met een forse over correctie, veroorzaakt door waarschijnlijk littekenvorming. Dit is een serieuze complicatie die lastig te verhelpen is een forse verstoring van het lichtinval geeft.
7. Er wordt summier gegevens genoteerd in het excelbestand
8. Informed consent voldoet niet aan de eisen.

II. 2 Casus 2.

(..)(Patiënt W.)

PRK behandeling ODS wegens myopie

(...)

Conclusie casus 2.

1. Onduidelijke registratie van de patiënten gegevens met tegenstrijdige notaties tijdens hetzelfde consult.
2. Volgens de intakegegevens is het niet helemaal uit te maken of patiënt geschikt was voor een PRK vanwege het ontbreken van de corneatopografie.
3. De behandeling was ongecompliceerd en werd verricht met Nd:YAG laser die een golflengte heeft van 213 dit in tegenstelling tot de excimerlaser, die een golflengte heeft van 193 nm. De excimerlaser is de internationale standaard om een PRK uit te voeren.
4. Onduidelijk is of de gegevens die ingevoerd zijn in de laser correct zijn en of de laser getest is van tevoren en wat de status van het onderhoud is.
5. De nazorg is kort, tot 1 maand terwijl het genezingsproces nog niet afgelopen was.
6. Het resultaat is een hoog astigmatisme met een forse over correctie en een zeer lage visus in beide ogen, veroorzaakt door waarschijnlijk litteken-vorming.
7. Er wordt zeer summier gegevens genoteerd in het excelbestand
8. Informed consent voldoet niet aan de eisen.

11.3 Casus 3.

(..) (Patiënt U.)

Implantatie van een kamerhoekgesteunde voorste oogkamerlens (ICARE-lens) ODS voor myopie.

(...)

Conclusie casus 3.

1. Onduidelijke en onvolledige registratie van de patiënten gegevens en beleid met tegenstrijdige notaties tijdens hetzelfde consult in de verschillende versies. Het vermoeden rijst dat het dossier achteraf is veranderd en of aangevuld tussen 2009 en 2010.
 2. Er zijn 3 belangrijke criteria voor het includeren van een patiënt voor een lens-implantatie:
 - a. Voldoende ruimte in de voorste oogkamer, die is weliswaar gemeten maar of het voldoende is, is niet duidelijk.
 - b. Endotheelceldichtheid van > 2000 cellen/mm², niet verricht.
 - c. Normale intraoculaire oogdruk, niet verricht.
- Op basis van deze gegevens voldoet patiënt niet aan de eisen.
3. De operatie verliep ongecompliceerd, maar het implanteren van een kamerhoek gesteunde lens voor refractiechirurgie blijft een omstreden techniek. In Nederland is de standaard de Artisan iris gefixeerde lens en in mindere mate de achterste oogkamer lens, de ICL.
 4. De nazorg is kort, na 4 maanden wordt geen controleafspraak meer gemaakt en er werd op geen enkel moment een intraoculaire druk gemeten.
 5. Na 2 jaar ontstond een ernstige corneadecompensatie waarvoor een corneatransplantatie beiderzijds werd verricht gecombineerd met een cataractextractie.

(...) Conclusie

Wat betreft de laserbehandeling

Sinds het ontwikkelen van de 193 nm excimer laser in 1988, is dit de internationale standaard voor het laseren van de cornea, er zijn meerdere lange termijn studies gepubliceerd, met de langste follow-up periode van 12 jaar. De 213 nm Nd:YAG solid state laser die hier werd gebruikt is niet zo uitgebreid onderzocht als de excimer laser. Over de 193-nm excimerlaser zijn 5690 publicaties verschenen, waarvan 453 reviews en 673 over haze. Dit in tegenstelling tot 19 publicaties over de 213 nm solid state Nd:YAG laser, met een maximale follow-up van 1 jaar. Ook liet een onderzoek in vitro zien dat 213 nanometer cytotoxischer en mutagener is dan de 193-nm excimer laser.

Ook het verplicht onderwijsboek voor oogartsen in opleiding uitgegeven door de American Academy of Ophthalmology over refractiechirurgie rept met geen woord over de 213 nm laser als instrument om de cornea te laseren.

Het ontwikkelen van ernstige haze die visuele beperkingen geeft is zeldzaam met de excimer laser, over de Nd:YAG laser is daarover minder bekend. Er zijn verscheidene excimerlasers FDA approved, de solidstate laser is dat niet.

De gevraagde gegevens over het onderhoud van de laser en wat er daadwerkelijk is ingevoerd in de laser ontbreken.

Wat betreft de kamerhoek gesteunde voorste oogkamerlens.

De kamerhoek gesteunde lenzen hebben in het verleden al voor veel endotheel compensaties en ander complicaties gezorgd. Vandaar dat het NGRC in de consensus, die door alle refractiechirurgen is goedgekeurd, de kamerhoek gesteunde lenzen afraadt en af heeft geraden, ook in 2004.

Het is daarom ook opmerkelijk dat deze wel door A. gebruikt werd. Het is bekend dat de problemen met dit soort lenzen pas na 3 jaar ontstaan. In 2006 werd al een waarschuwing gegeven over mogelijke endotheelcompensatie bij deze lens en in 2007 werd de ICARE lens, samen met nog 2 andere kamerhoek gesteunde lenzen van de

markt gehaald door de Franse Oogheeskundig Gezelschap. Ook werd geadviseerd om de patiënten in ieder geval iedere 6 maanden te controleren en bij een celverlies van 20% of een endotheelceldichtheid van <1500 cellen/mm² de lens te verwijderen. Was A. toen in 2007 hiervan op de hoogte en zo ja heeft hij dan de patiënt, en waarschijnlijk ook anderen, opgeroepen voor een meting?

Om het verloop van het endotheelcelverlies te kunnen meten moet er pre- en postoperatief een endotheelceltelling gedaan worden, dit staat ook in de consensus. Deze metingen zijn nooit verricht door A..

Het NGRC heeft altijd de mening gehad om geen kamerhoek gesteunde lenzen te implanteren vanwege het grote risico op endotheelschade en andere complicaties. De Artisan lens en de ICL zijn de enige 2 lenzen die FDA approved zijn en hebben een trackrecord van vele jaren. (...)

Algemene conclusie

1. in deze drie patiënten zijn beiderzijds ernstige complicaties ontstaan
2. slordige en onvolledige statusvoering, met achteraf veranderingen van gegevens
3. casus 2 voldoet niet aan de inclusiecriteria
4. casus 3 voldoet niet aan de inclusiecriteria
5. geen gebruik maken van standaard laser voor de PRK
6. geen gebruik maken van standaard type lensimplantatie
7. Informed Consent voldoet niet aan de eisen
8. de gevraagde complicatieregistratie ontbreekt
9. het gevraagde onderhoudsrapport van de laser ontbreekt.
10. Geen ZKN keurmerk en geen certificering NOG refractiechirurg.

Naar mijn mening is hier niet de "state of the art" gehandeld."

2.12 In februari 2011 (lees: 2012) heeft Q. een rapportage afgerond en voor zover hier van belang, het volgende geconcludeerd:

"(...)(**Casus 2.**)

(.) (Patiënt T.) vrouw, thans 44 jaar.

Implantatie van een kamerhoekgesteunde voorste oogkamerlens (ICARE-lens) ODS voor myopie.

Klacht patiënt:

Langdurig slecht zicht aan het rechter oog zonder vooruitzicht op herstel.

(...)

Conclusie casus 2.

1. Onvolledige status, met alleen notatie wat er in 2010, 4 jaar postoperatief, is gezien en gedaan.
2. Er zijn 3 belangrijke criteria voor het includeren van een patiënt
 - a. Ruimte in de voorste oogkamer.
 - b. Endotheelceldichtheid van > 2000 cellen/mm².
 - c. Intraoculaire oogdruk.

Op basis van de ontbrekende gegevens is het volledig onduidelijk of patiënte voldeed aan de criteria in 2004.

3. Ontbreken van OK verslag voor beide ogen van het implanteren van de ICARE Lens.
4. Ontbreken van postoperatieve controles ten tijde van de initiële behandeling.
5. De gegevens van metingen ten tijde van de klachten van patiënte zijn niet te vergelijken met de gegevens daarvoor. De visus wat suboptimaal: 0.8, na het verwijderen van de lens was het 0.8, wat daarna geleidelijk verminderde tot 0.5. De vraag rijst: hoe zag de macula eruit voordat de lens werd verwijderd? Hoe zag de cornea eruit voordat de lens werd verwijderd? Is het macula oedeem ontstaan na de

verwijdering van de lens of was deze pre-existent? Was er cornea oedeem aanwezig? Chronisch cornea oedeem kan ook macula oedeem veroorzaken en dan zou er preoperatief maatregelen getroffen moeten worden om de macula extra te beschermen.

6. Wat betreft de behandeling met Acular en FML, gezien de verslechtering rijst de vraag of dhr. A. heeft overwogen om nog andere medicatie te gebruiken. sterkere steroiddruppels, Diamox oraal, prednison oraal of zelfs intravitreale medicatie.

2.13 Op 27 juli 2011 heeft J., oogarts, een geneeskundig rapport opgesteld met betrekking tot de klachten van Patiënt W. Dat rapport vermeldt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Deel B: Vaststelling van het feitelijke handelen en vergelijking met de professionele standaard

6. Wilt u gedetailleerd beschrijven van welke feitelijke gegevens u uitgaat bij de beantwoording van de volgende vragen.

Voor mijn oordeelsvorming baseer ik me enerzijds op het mij ter beschikking gestelde dossier en anderzijds op het verhaal van betrokkene.

7. Wilt u de professionele standaard in deze beschrijven zoals die volgens u geldig was ten tijde dat deze kwestie zich afspeelde

Ten tijde van de behandeling vigeerde de Consensus Refractiechirurgie, zoals opgesteld door de leden van de Refractiewerkgroep (NGRC) van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap. Deze Consensus wordt beschouwd als de veldnorm en is in goede overeenstemming met internationale ontwikkelingen.

8. Bestaat er een discrepantie tussen de gevolgde handelwijze enerzijds, zoals onder deze omstandigheden is aangewezen volgens de professionele standaard zoals die geldt, en anderzijds de gedocumenteerde wijze van handelen?

De Consensus Refractiechirurgie van het NGRC spreekt zich uit over de pre operatieve en post-operatieve handelwijzen en over de voorwaarden waaraan

iemand moet voldoen om voor een bepaalde behandeling in aanmerking te komen.

Volgens het dossier voldeden alle parameters bij betrokkene aan de mogelijkheid tot een dergelijke behandeling, waarbij ik met name de dikte van de cornea bedoel.

Deze dikte werd door de behandelaar voor de ingreep bepaald op voldoende dikte en op de dag van behandeling zou er volgens het dossier slechts 85 mu zijn verwijderd.

Dit kan ik niet in overeenstemming met de nadien tot twee keer toe vastgestelde meting in drie onafhankelijke centra, waar in alle gevallen sprake is van een verdunning van ruim 300 mu! De enige verklaring is dat ofwel voor de ingreep veel dunner is geweest dan de vastgelegde 644 resp. 647 mu, ofwel dat er meer is verwijderd en er na de ingreep op

2 februari 2008 geen sprake kan zijn geweest van een dikte van 567 resp. 576 mu.

De conclusie kan dan ook alleen maar zijn dat hetzij op een te dunne cornea is gelaserd (en dus de pre-operatieve gegevens niet juist zijn) ofwel dat er teveel cornea weefsel is verwijderd (en dus de post-operatieve meting van 2 februari 2008 niet klopt).

Met “een grote mate van onwetendheid” (zoals oogarts A.

aangeeft in zijn brief aan mr. de Boer van 28 augustus 2008) kan dit niet terzijde worden geschoven. In ieder geval is dit deel van de behandeling niet volgens het in de Consensus Refractiechirurgie omschreven beleid.

Naar aanleiding van mijn eerdere concept rapportage merkt de medisch adviseur van WAA nog op dat er mogelijk ook een verdunning van de cornea zou kunnen zijn opgetreden als gevolg van de postoperatieve ontsteking. Theoretisch bestaat die mogelijkheid

bij een zeer heftige ontsteking. Daarvan kan hier geen sprake zijn geweest, getuige het verhaal van betrokkene en de notities in het dossier.

Daarnaast is de Consensus ook duidelijk over het benoemen van nadelige gevolgen en risico's. Dat lijkt onvoldoende te zijn geweest in de optiek van betrokkene. Het dossier bevat weliswaar een lijst van complicaties, die schriftelijk aan geïnteresseerden worden meegegeven. Dat impliceert dat zij daarvan kennis dienen te nemen — hetgeen in dit geval niet is gebeurd door betrokkene — maar dit ontslaat de behandelaar er niet van zich te vergewissen of hiervan voldoende kennis is genomen en mogelijk zelfs van een behandeling af te zien, als duidelijk is dat degene die de behandeling moet ondergaan zich onvoldoende heeft voorbereid op mogelijke gevolgen. Mijns inziens is dit een essentieel onderdeel van een uiterst electieve ingreep zoals de onderhavige; daarbij ligt verantwoordelijkheid bij beide partijen en

ook daarover is de Consensus weliswaar niet zo apodictisch als hier gesteld, maar laat desalniettemin weinig twijfel bestaan over het feit dat behandelaar en over en weer begrijpt. Dit lijkt hier niet het geval te zijn geweest.

Tenslotte lijkt er in het verhaal van betrokkene geen sprake te zijn geweest van goede post-operatieve aandacht en zorg.

9. Indien u van mening bent dat er een discrepantie bestaat tussen de professionele standaard en de gedocumenteerde handelswijze, is deze discrepantie naar uw mening te verdedigen m.a. w. zijn er omstandigheden van welke aard dan ook, die een dergelijke discrepante handelswijze kunnen rechtvaardigen? Witt u bij het antwoord op deze vraag zo nodig literatuur vermelden en uitvoerig expliciet toelichten?

Zie hierboven; er is geen alternatief voor handelswijze op de punten, die door betrokkene als onvoldoende worden beschouwd. Ik heb ook geen verklaring voor het verschil in dikte meting van de cornea.

10. Indien er sprake is van een complicatie:

- onder welke omstandigheden treedt een dergelijke complicatie op? was er sprake van dergelijke omstandigheden?

- welke voorzorgsmaatregelen worden geadviseerd bij dergelijke omstandigheden?

- zijn deze maatregelen bezwaarlijk?

- blijkt uit het operatieverslag dat deze maatregelen zijn genomen?

Hiervoor gaf ik aan dat de behandeling niet lege artis is uitgevoerd voor wat betreft de dikte van de cornea; dat vormt de kern van de complicatie. Een te dunne cornea had volgens de consensus niet gelaserd mogen worden en van een voldoende dikke cornea mag niet teveel materiaal worden verwijderd. Welke van beide situaties hier de feitelijke is, is mij niet duidelijk. ”

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat:

1. verweerder patiënten niet in voldoende mate heeft voorgelicht over de behandeling, de mogelijke risico's en mogelijke alternatieven met betrekking tot hun hulpvraag en dat de ondertekening, van het document “F. gaat een overeenkomst met u aan” geen informed consent maar vooral een zakelijke overeenkomst is met elementen die de patiënt in zijn recht schaden;

2. verweerder een klachtenregeling heeft gehanteerd en met patiënten is omgegaan op een wijze die niet voldoet aan de vereisten van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector en dat verweerder patiënten eerder ontmoedigd en ontraden heeft te klagen dan zorg te dragen voor een laagdrempelige klachtenregeling;

3. verweerder bij de medische behandeling van de patiënten niet State of the art heeft gehandeld:

- in het geval van Patiënt V. zijn de instellingen van de laser en de controle testen van de laser voorafgaand aan de behandeling niet vastgelegd/bewaard, noch het bij de laser behorende periodieke service certificaat Nu er ernstige complicaties ontstonden bij Patiënt V. is niet uit te sluiten dat een niet juiste instelling hier debet aan is;

- de laserbehandeling van Patiënt W. is niet goed gegaan. Er is of teveel weggelaserd of er is op een te dunne cornea gelaserd;

- Patiënt U. kreeg lenzen die door de refractiechirurgen niet aanbevolen worden en werden. De lenzen waren te groot waardoor ernstige problemen en ernstige schade is ontstaan en bij de herstelpoging heeft verweerder onder een te lage anesthesie geprobeerd de lenzen te draaien;

- Patiënt T. heeft lenzen gekregen die door de refractiechirurgen niet aanbevolen worden en werden waardoor ernstige problemen en schade zijn ontstaan;

4. verweerder in de nazorg/postoperatieve zorg aan patiënten niet conform de consensus refractiechirurgie heeft gehandeld. De consensus schrijft voor bepaalde ingrepen eerdere controle voor dan door verweerder is gegeven. De nazorg bij complicaties voldeed niet. De complicaties werden niet goed vastgelegd en telefonische afspraken werden niet goed gedocumenteerd. Daarnaast had verweerder, nu de werkgroep refractiechirurgie deze lenzen ontraadde en wetende van de mogelijke problemen met de betreffende ICARE lenzen, de desbetreffende patiënten moeten informeren en oproepen voor controle;

5. de dossiervorming van verweerder niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen. De dossiers zijn niet volledig, bevatten soms medische gegevens van andere patiënten, bevatten tegenstrijdige bevindingen en waren niet goed of in voldoende mate begrijpelijk voor eventueel waarnemende behandelaars;

6. verweerder geen formele waarnemingsregeling had, terwijl hij zelf niet altijd bereikbaar was voor zijn patiënten en dat de continuïteit van de zorg daardoor in het geding is geweest;

7. verweerder niet communiceerde met patiënten toen zij klachten hadden en hem in verband daarmee benaderden;

8. verweerder de wettelijke eisen met betrekking tot de praktijkvoering niet heeft nageleefd; het kwaliteitsjaarverslag niet op tijd heeft verstrekt, en niet heeft samengewerkt met refractiechirurgen om de continuïteit van zorg te waarborgen; deze samenwerking hield ook in intervisie en complicatiebesprekingen als onderdeel van een kwaliteitsbewakend systeem; deskundigheid op het gebied van sterilisatie en infectiepreventie ontbreekt en het onderhoud van de apparatuur is niet of onvoldoende geborgd. Verweerder lijkt daarnaast zijn praktijk te hebben verlaten zonder dat de dossiers goed zijn overgedragen dan wel goed worden beheerd.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het College zal de klachtonderdelen die met elkaar verband houden voor zover mogelijk gezamenlijk behandelen.

De ernstigste verwijten betreffen de oogheekundige behandelingen van de hiervoor genoemde en beschreven vier patiënten die na de door verweerder uitgevoerde (ope-

ratieve) ingrepen, achtereenvolgens in mei 2004 (Patiënt T.), augustus/september 2004 (Patiënt U.), december 2007 (patiënt V.) en februari 2008 (Patiënt W.), met overwegend ernstige schade zijn achtergelaten. Het college is van oordeel dat verweerder onoordeelkundig heeft gehandeld. Daarbij baseert het zich allereerst op de onderzoeken en bevindingen van de deskundigen die hiervoor zijn aangehaald, en van wie een ter zitting een toelichting heeft gegeven. Het college neemt deze bevindingen over en maakt die tot de zijne.

5.2 Allereerst wordt geconstateerd dat van besluitvorming door verweerder en van daaraan inherente afweging van de mogelijke alternatieven de noodzakelijke documentatie ontbreekt. Niet blijkt te zijn genoteerd welke mondeling op de verschillende patiënten toegesneden informatie is verstrekt over de mogelijke complicaties en (ernstige) risico's waarmee zij rekening zouden moeten houden. Dit ontbreken van een deugdelijke verslaglegging maakt het onmogelijk om de handelwijze van verweerder te toetsen en te beoordelen.

Bovendien ontbreekt documentatie van wat verweerder aan specifiek onderzoek heeft gedaan. Bijvoorbeeld ontbreken (meet)gegevens en andere data. Niet kan worden beoordeeld of verweerder bedoelde gegevens heeft vergaard, noch dat hij dit op juiste wijze heeft gedaan noch dat hij daarvan op juiste wijze gebruik heeft gemaakt. Ook in dit opzicht moet het ervoor worden gehouden dat verweerder niet op grond van verantwoord onderzoek de patiënten juist heeft voorgelicht, en aldus de ingrepen krachtens de vereiste toestemming heeft uitgevoerd.

5.3 Op grond hiervan moet worden voorbijgegaan aan de stelling van verweerder dat hij de patiënten wel naar behoren heeft onderzocht en voorgelicht, de risico's van de ingrepen met ieder persoonlijk wel heeft besproken, de voor- en nadelen wel heeft aangeduid, en dat zij - aldus goed geïnformeerd - de vereiste toestemming hebben gegeven. Het wordt er daarom tevens voor gehouden dat de informatie aan en de goed gefundeerde toestemming door de patiënten niet zijn gegeven.

5.4 Weliswaar wordt in de praktijk van verweerder al geruime tijd gebruik gemaakt van een website waarin informatie aan de belangstellenden voor een behandeling door verweerder wordt verschaft. Die informatie betreft voorlichting en adviezen over onder meer de ooglaserbehandeling, mogelijke complicaties daarna en welke extra behandelingen mogelijk zijn.

Het college ontleent deze wetenschap omtrent de specifieke werkwijze van voorlichting in verweeders praktijk mede aan de inhoud van een ter zitting in deze zaak ter sprake gekomen op 15 maart 2011 uitgesproken beslissing in een klachtzaak van een andere patiënt tegen verweerder. In die beslissing is, kort weergegeven en voor zover van belang, (ook) geconcludeerd dat verweerder de klager in die zaak onvoldoende had voorgelicht en het dossier onvoldoende had bijgehouden. Volgens het college was mondelinge informatie aan de patiënt vereist en mocht van de patiënt niet worden verwacht dat hij genoeg nam met een schriftelijke voorlichting.

Het college handhaaft deze uitspraak en neemt die over. Bovendien wordt hieraan toegevoegd dat, indien de behandeling een medisch niet noodzakelijke ingreep betreft (waarvan bij ooglaserbehandelingen sprake is), op de arts een verzwaarde informatieplicht rust.

5.5 De eerste conclusie is dus dat verweerder in verband met ontbrekende althans zeer magere dossiervorming, met het ontbreken van gedocumenteerd onderzoek, op grond van een gebrekkige indicatie, met niet gangbare laser apparatuur, waarvan de veiligheid en betrouwbaarheid, ten tijde van het gebruik, niet meer vast te stellen is, zonder deugdelijke informatie en aldus zonder verkregen gefundeerde toestemming

de betreffende ingrepen heeft uitgevoerd. De klachtonderdelen 1. (informed consent), 3. (medisch inhoudelijk en State of the art) en 5 (dossiervorming) zijn gegrond.

5.6 Ook in de nazorg heeft verweerder niet naar behoren gehandeld (klachtonderdeel 4). Mede gelet op de uitgebrachte rapportages betreffende drie van de vier genoemde patiënten (U., W. en T.) moet worden geoordeeld dat verweerder tekort is geschoten. Hij heeft na de betreffende ingreep na 4 maanden geen controleafspraak meer gemaakt, terwijl op geen enkel moment een intraoculaire druk is gemeten (Patiënt U.) respectievelijk de nazorg na 1 maand beëindigd toen het genezingsproces nog niet voltooid was (Patiënt W.), respectievelijk geen postoperatieve controles ten tijde van de initiële behandeling gedaan (Patiënt T.).

5.7 Klaagster heeft voor het tweede klachtonderdeel verwezen naar een afschrift van de website van verweerders praktijk waarin het indienen van een klacht wordt besproken (bijlage 21). Verweerder stelt te zijner verdediging dat hij een persoonlijke opvatting heeft over de wijze waarop patiënten kunnen bijdragen aan verbeteringen in de zorg. Het college beperkt zich voor de beoordeling tot de volgende fragmenten:

“...Klagen is in Nederland een nationale sport geworden. Ongeveer 15 jaar geleden werd het door de overheid als een nationale waan geïntroduceerd. (het) is onbegrijpelijk dat een overheid ... er toe overgaat **klagen te stimuleren middels een klachtenwet**. Door deze actie vergroot zij uw overlijdensrisico. Een wonderlijke gang van zaken. De afhandeling van elke ingediende klacht, hoe onzinnig ook, kost geld.

Anders dan klaagster oordeelt het college dit klachtonderdeel niet gegrond. Het behoort tot de vrije meningsuiting van verweerder om zijn ideeën omtrent de volgens hem bestaande klachtcultuur te ventileren. Hoezeer men mogelijk verschillend kan oordelen over de noodzaak en wenselijkheid om belangstellende (toekomstige) patiënten op de hoogte te brengen van de persoonlijke visie van verweerder als oogarts en zijn scepsis over de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, verweerder is vrij zich daarover kritisch over uit te laten. Klaagster heeft zich beperkt tot de verwijzing naar de (huidige) tekst op de website. Klaagster heeft niet gesteld dat verweerder zich bedient van andere uitingen of voorwaarden van verweerder aan patiënten om aan de klachtenregeling deel te nemen die wél ongepast en belastend zijn.

5.8 Klaagster verwijt verweerder terecht het ontbreken van een formele waarnemingsregeling (klachtonderdeel 6). Verweerder heeft zich verweerd met de stelling dat hij altijd – al dan niet via zijn verpleegkundige assistente gedurende 6 dagen per week – op zijn minst telefonisch te bereiken is. Nog afgezien van het feit dat zijn opgave niet gelijk staat aan een volledige, en zeker niet volledige visuele bereikbaarheid, wordt zijn stelling ook gelogenstrafd door het vaststaande gegeven dat hij althans in het verleden ook voor langere periodes zijn werkzaamheden had in I. waardoor hij niet goed bereikbaar bleek, ook niet via zijn secretaresse. De conclusie is dat hij door geen goede regeling te treffen tekort is geschoten in de continuïteit van de zorg voor zijn patiënten. Dit klachtonderdeel is gegrond.

5.9 Voor klachtonderdeel 7 wordt overwogen dat klaagster niet met voldoende feiten heeft toegelicht dat verweerder niet meer communiceert met de patiënt die klachten heeft. Voor zover dit klachtonderdeel betrekking heeft op de wijze waarop verweerder met patiënten communiceert over het fenomeen “klagen” wordt verwezen naar hetgeen hiervoor onder 5.7 met betrekking tot het tweede klachtonderdeel is overwogen. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.10 Het klachtonderdeel aangaande de praktijkvoering (onderdeel 8) is ondanks de betwisting van verweerder gegrond. De toelichting van klaagster op dit onderdeel wordt door de feiten in het dossier – met name de rapportages van Q. - ondersteund. Waar

dit onderdeel betrekking heeft op de gebrekkige of ontbrekende samenwerking van verweerder met collega-oogartsen, is het onderdeel ook in zoverre gegrond.

5.11 Voor de maatregel wordt het volgende overwogen:

Verweerder heeft in verschillende opzichten tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld tegenover patiënten. Het betreft niet alleen de 4 patiënten, waarover hiervoor is geschreven maar ook patiënten die in afzonderlijke procedures, naar geconcludeerd is terecht, hun beklag over verweerder hebben gedaan en in welke procedure vandaag eveneens uitspraak wordt gedaan. Tenslotte wordt in aanmerking genomen dat aan verweerder eerder voor een vergelijkbaar feit een maatregel is opgelegd.

5.12 Na al het voorgaande kan het college niet anders concluderen dan dat verweerder structureel en op verschillende essentiële terreinen tekort is geschoten in de individuele gezondheidszorg voor zijn patiënten. Alleen oplegging van de zwaarste maatregel is hier passend. Daarvoor geldt tevens dat bij de behandeling van de verschillende klachtzaken niet is gebleken dat verweerder tot het inzicht is gekomen dat hij herhaaldelijk ernstig tekort is geschoten, meer in het bijzonder dat zijn (in bepaalde gevallen medisch niet noodzakelijke) werkzaamheden beneden de maat zijn gebleven en dat hij – voor de toekomst - gerichte bijstand nodig heeft om herhaling van de feiten te voorkomen. Het college heeft onvoldoende vertrouwen dat de inhoud van deze uitspraak hem tot voldoende inzicht zal brengen. Er is geen aanwijzing voor het feit dat de patiënten-klagers, om wie het in deze zaak en in de op dezelfde terechtzitting behandelde zaken gaat en van wie de klachten gegrond worden verklaard, behoren tot een minderheidsgroep, bij wie verweerder min of meer toevallig steken heeft laten vallen.

5.13 De kans dat verweerder in herhaling valt dan wel de gewraakte handelwijze anderszins voortzet is mede gelet op zijn stellingname tijdens de behandeling ter terechtzitting aanwezig. Het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg vordert daarom dat, met toepassing van artikel 48 lid 8 van de Wet BIG, de hierna te omschrijven voorlopige voorziening wordt getroffen.”

3. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven onder 2. (2.1. tot en met 2.13.) in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden met uitzondering van het onder 2.10 vastgestelde feit, inhoudende een citaat uit de uitspraak van de klachtencommissie van de NVEO van 20 september 2010. Daartegen keert zich de eerste grief in het principaal hoger beroep, met het betoog dat de geciteerde uitspraken van de klachtencommissie van de NVEO ‘ongegrond’ zijn. De grief faalt, want het gewraakte citaat is juist weergegeven en in dit hoger beroep gaat het niet om de vraag of het oordeel van de klachtencommissie van de NVEO ‘ongegrond’ is maar ligt de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege ter beoordeling voor.

4. Beoordeling van het principaal en het incidenteel hoger beroep

4.1 De oogarts heeft voor het overige in het principaal hoger beroep een aantal beroepsgronden geformuleerd.

Klaagster heeft gemotiveerd verweer gevoerd en in het incidenteel hoger beroep haar klacht, voor zover deze door het Regionaal Tuchtcollege is afgewezen, herhaald en nader toegelicht.

4.2 Nu de oogarts tegen het gegrond verklaarde gedeelte van de klacht en klaagster tegen het ongegrond verklaarde gedeelte van de klacht beroep heeft ingesteld, ligt de gehele klacht thans ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voor.

4.3 In zijn beoordeling zal het Centraal Tuchtcollege in de eerste plaats de gronden, zoals die in het principaal hoger beroep door de oogarts zijn geformuleerd,

behandelen en vervolgens in het kader van het incidenteel hoger beroep de klachtonderdelen 1 tot en met 8 (zoals die door het Regionaal Tuchtcollege zijn weergegeven in de bestreden beslissing) inhoudelijk beoordelen. In verband daarmee stelt het Centraal Tuchtcollege voorop dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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 klachtwaardige geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

4.4 De tweede grief richt zich tegen de door het Regionaal Tuchtcollege overgenomen bevindingen van Q.. De oogarts voert aan dat het rapport van Q. op een eenzijdige en onevenwichtige wijze, met schending van het beginsel van hoor en wederhoor, tot stand is gekomen en mede is gebaseerd op onjuiste aannames en veronderstellingen. Het Regionaal Tuchtcollege had, aldus de oogarts, daarom geen waarde mogen hechten aan dat rapport. Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat Q. door klaagster is ingeschakeld als (partij)deskundige en in die hoedanigheid een rapport heeft uitgebracht. De oogarts is (vroegtijdig) in de gelegenheid gesteld om op dit rapport te reageren en had ook te allen tijde de mogelijkheid om zelf een rapport van een (tegen)deskundige in het geding te brengen teneinde de bevindingen van de (partij)deskundige Q. gemotiveerd te kunnen weerleggen. Dat de oogarts dit niet heeft gedaan (waardoor de bevindingen en conclusies van Q. niet gemotiveerd zijn weersproken) dient voor diens rekening te komen. Het verwijt dat sprake is van schending van het beginsel van hoor en wederhoor gaat daarom niet op. De grief faalt.

4.5 Een aantal grieven onder het kopje "IGZ" richten zich niet zozeer tegen de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege maar behelzen algemene opmerkingen. Wat er van die opmerkingen ook zij, omdat zij niet zijn gericht tegen overwegingen in de bestreden beslissing kunnen zij reeds daarom niet leiden tot vernietiging van deze uitspraak. Het Centraal Tuchtcollege zal deze dan ook buiten bespreking laten.

4.6 De klacht zoals deze in eerste aanleg door klaagster is ingediend, berust hoofdzakelijk op de overwegingen en conclusies van de deskundige Q. in haar rapportage van augustus 2010. Klaagster heeft de deskundige hierom verzocht na diverse meldingen van patiënten, (onder wie) patiënt V., patiënt W., patiënt U. en Patiënt T. met betrekking tot door de oogarts uitgevoerde (operatieve) ingrepen in december 2007, februari 2008, augustus/ september 2004 respectievelijk mei 2004. De grieven tegen de beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege van de verschillende klachtonderdelen zullen door het Centraal Tuchtcollege waar mogelijk (gezien hun onderlinge samenhang) gezamenlijk beoordeeld worden. Het Centraal Tuchtcollege stelt hierbij voorop dat, gelet op hetgeen onder 4.4. is overwogen, ook in hoger beroep wordt gebleven bij de niet (voldoende) gemotiveerd bestreden overwegingen en ondersteunende conclusies uit het deskundigenrapport van Q.. Uit de rapportage van Q. volgt genoegzaam dat er ter zake van de behandeling van meerdere patiënten door de oogarts fouten zijn gemaakt.

4.7 In het eerste klachtonderdeel verweet klaagster de oogarts (kort samengevat) dat hij zijn patiënten niet in voldoende mate heeft ingelicht over de door hem te verrichten ingrepen en aan deze ingrepen verbonden risico's, alsmede dat hij deze ingrepen heeft uitgevoerd zonder de vereiste toestemming (informed consent). Evenals het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat dit klachtonderdeel gegrond is. De oogarts heeft niet (althans onvoldoende) aannemelijk gemaakt dat hij wel heeft voldaan aan de op hem rustende verplichting zijn patiënten naar behoren te onderzoeken en voor te lichten, de risico's met ieder persoonlijk te bespreken, de voor- en nadelen

van de ingreep te bespreken en de vereiste toestemming voor de te verrichten ingreep heeft gevraagd en gekregen. In verband met het feit dat de noodzakelijke documentatie waaruit dit zou (kunnen) blijken ontbreekt, is het voor het Centraal Tuchtcollege onmogelijk om de handelwijze van de oogarts in dit opzicht te toetsen en te beoordelen. Gezien het vorenstaande moet het ervoor worden gehouden dat bedoelde informatie niet aan de patiënten is gegeven noch dat een goed gefundeerde toestemming door de patiënten is gegeven. Het enkel verstrekken van in algemene bewoordingen gestelde schriftelijke informatie en/of een verwijzing naar soortgelijke informatie op een website is in elk geval met het oog op de ingevolge artikel 7:448 BW op de arts rustende informatieplicht onvoldoende. Hierbij neemt het Centraal Tuchtcollege in aanmerking dat volgens vaste jurisprudentie als maatstaf heeft te gelden dat met betrekking tot niet medisch noodzakelijke ingrepen zoals uitgevoerd bij patiënten V., W., U. en T., een oogarts geen behandelplicht heeft en dat dit meebrengt dat in deze gevallen zwaardere eisen mogen worden gesteld aan de vastlegging in het medisch dossier van de redenen voor behandeling en aan de informatieplicht van de arts als bedoeld in artikel 7:448 BW.

4.8 De verwijten die de oogarts door klaagster worden gemaakt in de klachtonderdelen 3, 4 en 5 (kort samengevat dat de oogarts bij de behandeling van zijn patiënten niet lege artis heeft gehandeld, dat verweerder in de nazorg/postoperatieve zorg aan patiënten niet conform de Consensus Refractiechirurgie van het NRGC heeft gehandeld en dat de dossiervorming van de oogarts niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen) zullen in lijn met het eerste klachtonderdeel door het Centraal Tuchtcollege gezamenlijk beoordeeld worden. Zoals reeds hiervoor in rechtsoverweging 4.7 is vermeld, ontbreekt het de oogarts veelvuldig aan deugdelijke documentatie en verslaglegging van zijn handelen. De overgelegde medische dossiers zijn niet volledig, bevatten soms medische gegevens van andere patiënten dan de betrokken patiënt, bevatten tegenstrijdige bevindingen en waren niet goed of niet in voldoende mate leesbaar dan wel begrijpelijk voor eventueel waarnemende behandelaars. Het Centraal Tuchtcollege rekent het de oogarts zwaar aan dat hij zich door deze handelwijze niet toetsbaar opstelt en in zoverre geen verantwoording aflegt (ook niet ter verantwoording is te roepen) over zijn handelen. Het wordt er daarom tevens voor gehouden dat hetgeen Q. in haar rapportage concludeert, te weten dat de oogarts bij drie van de vier onderzochte patiënten tekort is geschoten in de nazorg door onder meer vier maanden na een ingreep geen controleafspraak meer te maken, één maand na een ingreep de nazorg te beëindigen terwijl het genezingsproces nog niet voltooid was respectievelijk helemaal geen postoperatieve controles te doen ten tijde van een initiële behandeling, als onvoldoende gemotiveerd weersproken, voor juist moet worden gehouden. Dat brengt mee dat de oogarts in strijd heeft gehandeld met de wettelijke verplichting die zorg jegens zijn patiënten te verlenen die hij in zijn hoedanigheid van oogarts dient te betrachten. (artikel 47 Wet BIG). Wat de dossiervorming betreft klemt dit te meer omdat het hier niet medisch noodzakelijke ingrepen betrof. Gezien het vorenstaande zijn de grieven tegen de beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege van de klachtonderdelen 3, 4 en 5 ongegrond.

4.9 De grief van klaagster tegen de beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege van het tweede klachtonderdeel (kort samengevat het verwijt dat de oogarts een klachtenregeling heeft gehanteerd die niet voldoet aan de vereisten van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector) is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege eveneens gegrond. Weliswaar staat het de oogarts vrij op zijn eigen website uiting te geven aan zijn ideeën over de volgens hem bestaande klachtcultuur in Nederland, maar de laatdunkende formulering van de tekst gecombineerd met het feit dat de oogarts in zijn praktijk een weinig laagdrempelige en toegankelijke klachtregeling hanteerde die

hij niet duidelijk aan zijn patiënten kenbaar maakte, brengen met zich dat de oogarts in deze een tuchtrechtelijk verwijt is te maken. Het met het voorgaande samenhangende zevende klachtonderdeel (kort samengevat het verwijt dat de oogarts niet communiceerde met zijn patiënten toen hij door hen werd benaderd met klachten) is door klaagster ook naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege onvoldoende feitelijk onderbouwd, zodat het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege op dat onderdeel in stand blijft.

4.10 Klaagster verweet de oogarts in haar zesde klachtonderdeel (kort samengevat) dat hij geen formele waarnemingsregeling had, terwijl hij zelf niet altijd bereikbaar was voor zijn patiënten en dat de continuïteit van de zorg daardoor in het geding is geweest. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat klaagster voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de oogarts (in het verleden) voor langere periodes in I. verbleef om daar behandelingen uit te voeren waardoor hij voor zijn patiënten in Nederland niet naar behoren bereikbaar was (ook niet via zijn secretaresse). Noch in de stukken, noch tijdens de mondelinge behandeling ter terechtzitting in hoger beroep heeft de oogarts (desgevraagd) de hem in dit verband voorgehouden verwijten voldoende overtuigend kunnen weerleggen en het Centraal Tuchtcollege volgt het Regionaal Tuchtcollege dan ook in zijn oordeel dat de oogarts, zonder een formele waarnemingsregeling, met deze handelwijze is tekort geschoten in de continuïteit van de zorg voor zijn patiënten.

4.11 In het achtste klachtonderdeel verweet klaagster de oogarts dat hij de wettelijke eisen met betrekking tot de praktijkvoering niet heeft nageleefd. Hiertoe heeft klaagster aangevoerd dat de oogarts het kwaliteitsjaarverslag niet op tijd heeft verstrekt, dat hij niet heeft samengewerkt met andere refractiechirurgen om de continuïteit van zorg te waarborgen (in de vorm van intervisie en complicatiebesprekingen als onderdeel van een kwaliteitsbewakend systeem), dat hem de vereiste deskundigheid ontbreekt op het gebied van sterilisatie en infectiepreventie en dat het onderhoud van de door hem gebruikte apparatuur niet of onvoldoende is gewaarborgd. Daarnaast stelt het Centraal Tuchtcollege vast dat de oogarts zijn praktijk heeft verlaten zonder dat een correcte overdracht van zijn patiëntendossiers voldoende was gewaarborgd. Dit klachtonderdeel is door de oogarts zowel in de stukken als tijdens de mondelinge behandeling in hoger beroep uitvoerig betwist en de op verzoek van de oogarts gehoorde deskundigen, R. en S., hebben op dit punt onder aflegging van de eed/belofte tijdens de mondelinge behandeling in hoger beroep verklaringen afgelegd. Hetgeen door de oogarts bij wijze van verweer aan feiten en omstandigheden naar voren is gebracht, is echter niet concreet en ook niet onderbouwd. Daarbij komt dat een gedegen verslaglegging en dossiervorming ontbreekt, hetgeen, zoals hiervoor ook al is geconstateerd, het vrijwel onmogelijk maakt om de handelwijze van de oogarts te toetsen. In het verlengde daarvan is bovendien van belang dat de oogarts desgevraagd evenmin een duidelijke verklaring heeft kunnen geven voor het feit dat gegevens waarvan verwacht mag worden dat hij deze in zijn bezit heeft niet door hem in het geding zijn gebracht. Uit dat alles volgt dat de verwijten die de oogarts in de context van dit klachtonderdeel zijn gemaakt niet, althans onvoldoende gemotiveerd, door hem zijn weersproken. Ook de grief tegen de beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege van het achtste klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

4.12 De conclusie luidt dat het principaal hoger beroep door de oogarts vergeefs is voorgesteld en dat het incidenteel hoger beroep gedeeltelijk slaagt namelijk voor zover dit betrekking heeft op klachtonderdeel 2.

4.13 Gelet op de aard en ernst van de tuchtrechtelijke verwijten die de oogarts worden gemaakt, acht ook het Centraal Tuchtcollege de zwaarste maatregel van doorhaling van zijn inschrijving als oogarts in het BIG-register aangewezen. Het Centraal Tuchtcollege heeft met het voorgaande moeten vaststellen dat de oogarts zich in geen enkel

opzicht toetsbaar heeft opgesteld en in zoverre geen verantwoording heeft afgelegd van zijn handelen als arts. Het ontbreekt aan deugdelijke documentatie waaruit kan blijken dat de oogarts heeft voldaan aan zijn uit artikel 7:448 BW voortvloeiende informatieplicht tegenover de vier in de klacht betrokken patiënten, terwijl de medische verslaglegging ook overigens zodanig onvolledig is dat het vrijwel onmogelijk is het handelen van de oogarts achteraf te toetsen. Het Centraal Tuchtcollege rekent dit de oogarts zeer zwaar aan. Verder is redengevend dat gebleken is dat de oogarts in hoge mate is tekort geschoten in de aan zijn patiënten verleende zorg. Nazorg was afwezig of gebrekkig. De oogarts heeft blijk gegeven van een gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef ter zake van een correcte overdracht van zijn patiëntendossiers nadat hij zijn praktijk had gesloten. Ook heeft klaagster melding gemaakt van de sluiting van de kliniek in I. waar de oogarts werkzaam was, zulks op last van de Inspectie aldaar naar aanleiding van een calamiteit. Ten slotte kan in dit verband niet onvermeld blijven dat de oogarts reeds eerder voor vergelijkbare feiten tuchtrechtelijke maatregelen zijn opgelegd te weten een waarschuwing, bij beslissing van heden in de zaak met nummer 2012/361 een berisping en bij beslissing van eveneens heden in de zaak met nummer 2012/362 een schorsing. Tegen deze achtergrond is de maatregel van doorhaling van de inschrijving van de oogarts in het BIG register passend en geboden. Dit betekent dat de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege in het principaal hoger beroep in stand wordt gelaten.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

In het principaal hoger beroep:

verwerpt het beroep;

in het incidenteel hoger beroep:

verklaart het beroep gegrond voor zover het Regionaal Tuchtcollege het tweede klachtonderdeel ongegrond heeft verklaard en vernietigt de bestreden uitspraak in zoverre;

verwerpt het beroep voor het overige.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. R.A. van der Pol en

mr. G.P.M. van den Dungen, leden-juristen en drs. J.G. Bollemeijer en drs. C.H. Hindaal, leden-beroepsgenoten en mr. R. Blokker, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 13 augustus 2013.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.