

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016/095

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 18 maart 2016 te Amsterdam binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,

tegen

C,
oogarts,
werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. S.J. Berkhoff-Muntinga, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 8 juli 2016 gehouden vooronderzoek;
- de op 19 september 2016 binnengekomen brief met de bijlagen van klager.

De klacht is op een openbare zitting behandeld.

Partijen waren aanwezig.

Klager werd vergezeld door zijn begeleider, de heer E, en verweerder werd bijgestaan door mr. Berkhoff-Muntinga voornoemd.

2. De feiten

2.1. Op 4 maart 2013 werd klager, toen 61 jaar oud, opgenomen in het F D, in verband met een geplande CABG 4-operatie (openhartoperatie) op 5 maart 2013. Deze operatie is zonder complicaties verlopen. Op 6 maart 2013 is klager van de afdeling Intensive Care overgebracht naar de verpleegafdeling. Op 7 maart 2013 bracht klager

aan een verpleegkundig specialist naar voren dat hij een verminderd gezichtsvermogen had. Op 8 maart 2013 vond een consult neurologie plaats. De neuroloog vond geen intracerebrale afwijkingen en verwees klager door naar de afdeling oogheelkunde.

2.2. Klager werd op 11 maart 2013 door een collega-oogarts van verweerder gezien (consult aan bed). Bij dat onderzoek werd geconstateerd dat het rechteroog van klager alleen nog maar een bovenste gezichtsveld had en dat in het linkeroog geen lichtperceptie meer was. Deze oogarts kwam tot de conclusie dat bij klager sprake was van visusdaling door een circulatiestoornis, zeer waarschijnlijk arteriële occlusie aan beide ogen.

2.3. Op 13 maart 2013 werd klager door verweerder onderzocht op de polikliniek. De visus was zonder correctie rechts 0.5/300 en links lichtperceptie. In het dossier staat genoteerd dat sprake was van een normale visus rechts met brilcorrectie volgens de automatische refractometer. Verweerder maakte met klager de afspraak om de visusmeting na 4 weken (op 11 april 2013) te herhalen en dan ook een gezichtsveldonderzoek te doen. De verpleegkundige noteert op 13 maart 2013 in het dossier:

“(…) Dhr is post operatief zicht in linker oog kwijt. Dit zal volgens de oogspecialist ook nooit meer goed komen. Met rechter oog ziet dhr nog 100%. Dhr heeft echter de ziekte van Charles Bonnet, hierdoor heeft dhr alsnog weinig zicht. Dhr is hierdoor in een keer afhankelijk terwijl dhr hiervoor een zelfstandige man was. Dhr maakt zich veel zorgen over hoe het thuis nu verder moet en heeft veel vragen over de mogelijkheden. Toekomst vooruitzicht is wel dat dhr weer auto zal kunnen rijden als zich rechter oog is bijgetrokken. (…)”

2.4. Op 2 april 2013 bezocht klager een collega van verweerder omdat klager vreesde dat een verslechtering van de visus was getreden. Verweerder zag klager weer op 5 april 2013, waarbij Doppler-echografie werd afgesproken om te achterhalen of de oorzaak van de visusdaling een embolus zou kunnen zijn, die mogelijk uit de arteria carotis zou kunnen zijn gekomen. Klager meldde toen ook dat een afspraak op de polikliniek neurologie was gemaakt.

2.5. Het gezichtsveldonderzoek vond plaats op 11 april 2013. In de brief aan de huisarts van diezelfde datum staat hierover vermeld:

“(…)”

Conclusie

Status na CABG en uitgebreide vasculaire pathologie: beeld Centrale Retinale Arterie Occlusie/AION (anterieure ischemische opticoneuropathie), onder gebruik van Ascal & Persantin ODS: heeft afspraak op poli neurologie. Gezichtsveld OD heeft alleen kokerzien aan linkerzijde 10 en aan rechterzijde ongeveer 30 graden, boven en onder 15 graden: op CT schedel waren geen afwijkingen te zien. Het is bijna niet voor te stellen dat er tijdens of na de operatie een embolie naar beide ogen is opgetreden. Alternatief zou kunnen zijn dat de uitval OD al bestond en dat er alleen een embolus in OS terecht is gekomen. Patient zegt echter dat het beeld van OD altijd veel helderder is geweest, dan nu het geval is; Het is maar zeer dubieus of er nog herstel kan optreden, voor het gezichtsveld van het rechter oog. Voor analyse nog wel een fluogram maken om te zien of er perfusie verschillen links en rechts in retina en choroidea te beoordelen zijn. (…)”

2.6. Vervolgens verrichtte verweerder op 16 april 2013 bij klager een fluorescentie-angiogram, waarna een controle voor over 6 maanden werd afgesproken. Een collega

van verweerder heeft op 22 april 2013 een GDX-onderzoek gedaan. Daarbij werd geconstateerd dat er een verdunning van de zenuwvezellaag was. Omdat klager vond dat de verslechtering van zijn visus verder ging, bezocht hij op 12 juli 2013 een collega van verweerder. Deze concludeerde dat de visus van klager op dat moment 1,0 bedroeg met de eigen bril en 1,2 na refractie. Klager heeft een brilrecept meegekregen.

2.7. Op 22 oktober 2013 kwam klager opnieuw bij verweerder, waarbij klager een gezichtsvelduitval van 3-4 weken meldde. De visus van klager bedroeg 1,0 en er was sprake van “bleke papillen”, hetgeen verweerder duidde als wijzend op de diagnose ischemische opticopathie. Verweerder mat geen verslechtering en noteerde in het dossier: geen noviteiten. Als behandelbeleid noteerde hij: RAK, hetgeen staat voor “retour als klacht”.

2.8. Klager kwam retour op 22 november 2013 met als klacht een kleiner gezichtsveld subjectief. Op 25 november 2013 is een gezichtsveldonderzoek gemaakt, waarbij bleek dat het gezichtsveld inderdaad was verslechterd ten opzichte van 11 maart 2013. Verweerder noteerde op 26 november na telefonisch consult in het dossier dat de kans op een verdere toename van gezichtsvelduitval op basis van dit probleem hem niet groot lijkt. Voorts noteerde hij dat klager Ascal gebruikt en dat hij hem heeft geadviseerd een gele bril te kopen ter verbetering van contrast.

2.9. De huisarts van klager heeft uiteindelijk diverse vormen van nazorg en ondersteuning voor hem geregeld.

3. De klacht en het standpunt van klager

Het college begrijpt de klacht van klager als volgt. De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. een te late dan wel onjuiste diagnose bij klager heeft gesteld;
2. onjuiste verwachtingen over de prognose bij klager heeft gewekt, onder meer door te zeggen dat hij weer auto zou kunnen rijden;
3. geen goede nazorg heeft verleend aan klager na de diagnose.

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 beoordeling

Klachtonderdeel 1

5.1. Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel, dat verweerder bij klager een te late dan wel onjuiste diagnose zou hebben gesteld, oordeelt het college als volgt. De diagnose die bij klager uiteindelijk blijktens de medische informatie d.d. 12 juli 2014 is gesteld, luidt: ‘peri operatieve ischemische opticopathie’ ODS. De diagnose van verweerder is nadien ook bevestigd in door klager geïnitieerde, oogheelkundige “second opinions” van vijf verschillende artsen. Op basis van de schriftelijke stukken en hetgeen ter zitting naar voren is gekomen heeft het college geen aanwijzingen gekregen dat verweerder bij klager een te late dan wel onjuiste diagnose heeft gesteld. Dit klachtonderdeel faalt derhalve.

Klachtonderdeel 2

5.2. Het tweede klachtonderdeel houdt in dat verweerder bij klager onjuiste verwachtingen over zijn prognose zou hebben gewekt, onder meer door hem te zeggen dat hij weer auto zou kunnen rijden. Bij de beoordeling van dit klachtonderdeel stelt het college voorop dat verwijten omtrent inhoud en wijze van mondelinge communicatie zich moeilijk op hun juistheid laten beoordelen door het college, dat van die communicatie immers geen getuige is geweest. Het is vaak de toon die de muziek maakt. Ook de context waarin woorden of uitlatingen worden gebruikt kan bepalend zijn voor de betekenis ervan. Daarbij komt dat bij communicatie tussen enerzijds leken en anderzijds professionals het misverstaan van elkaar een voortdurend actueel gevaar is en daarmee tevens een continue uitdaging voor de professional om dit te voorkomen. Dit geldt temeer naarmate de emotionele betrokkenheid aan de zijde van de hulpvragende leek toeneemt, zoals in de onderhavige situatie onmiskenbaar het geval moet zijn geweest bij patiënt.

5.3. Het is duidelijk dat klager de bewoordingen van verweerder zo heeft opgevat dat hij (op den duur) weer auto zou kunnen rijden. De verpleegkundige heeft dit vooruitzicht onder voorwaarde van voldoende herstel van het rechteroog genoteerd in het verpleegkundig dossier, zie onder 2.3. Verweerder herinnert zich wel dat klager hem had verteld dat hij net een nieuwe auto had gekocht en ook dat hij met klager heeft gesproken over het gezichtsveld dat is vereist om te kunnen/mogen autorijden, maar stelt dat hij niet heeft gezegd dat klager weer zou kunnen autorijden.

5.4. Nu alleen klager en verweerder aan dit gesprek hebben deelgenomen en dit gesprek niet schriftelijk is vastgelegd, kan het college niet vaststellen hoe dit gesprek precies is verlopen. De context en bron van genoemde schriftelijke opmerking van de verpleegkundige zijn evenmin vast te stellen. Dat brengt mee dat niet kan worden vastgesteld of verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Dit oordeel berust niet op het uitgangspunt dat het woord van de klager minder geloof verdient dan dat van de verweerder, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel of een bepaalde verweten gedraging tuchtrechtelijk verwijtbaar is, eerst moet worden vastgesteld welke feiten daaraan ten grondslag gelegd kunnen worden. Deze feiten kan het college dus, ook als aan het woord van klager en van verweerder evenveel geloof wordt gehecht, hier niet vaststellen. Daarom kan dit klachtonderdeel niet slagen.

Klachtonderdeel 3

5.5. Ten aanzien van het derde klachtonderdeel, inhoudende dat verweerder geen goede nazorg heeft verleend aan klager na de diagnose, overweegt het college 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 klager klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep terzake 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 de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in zijn beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard (Zie bijvoorbeeld CTG 2006/130).

5.6. Die norm is met betrekking tot de voor oogartsen aanbevolen nazorg ingevuld door de 'Richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing' uit 2011 van het NOG (Nederlands Oogheelkundig Gezelschap). Die luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

2.7 Revalidatie-instellingen

Revalidatie voor mensen met een visuele beperking vindt plaats op zowel regionaal als

landelijk niveau en wordt uitgevoerd door twee instellingen: H.

(…)

2.14 Aanbevelingen

1. Verwijzen naar een vorm van revalidatie wordt aanbevolen bij een visus <0.3 of een gezichtsveld <30 graden en/of een duidelijke hulpvraag waarvoor onvoldoende therapeutische mogelijkheden in de reguliere oogheelkundige praktijk bestaan.

(…)

3.6 Aanbevelingen

(…)

4. In het overbrengen van slecht nieuws hanteert de oogarts een “patient-centered” communicatiestijl, waarbij de arts begrip toont, positief is en waarin informatie wordt gegeven volgens behoefte van de patiënt. Daarnaast checkt de arts of de verstrekte informatie begrepen is door de patiënt en toont empathie. Beslissingen over behandeling worden in overleg met de patiënt genomen (shared decision making).

5. In de opleiding tot oogarts dient aandacht te worden besteed aan communicatietraining en het slechtnieuws gesprek, waarbij de focus moet liggen op communicatie over de diagnose van oogaandoeningen die tot ernstige slechtziendheid en blindheid kunnen leiden en het adviseren van het stoppen met autorijden. Ook zal in de training aandacht moeten zijn voor het inlevingsvermogen, het kunnen inschatten van de ernst van de aandoening en eigen stressfactoren, zoals vermoeidheid, die het overbrengen van slecht nieuws wellicht bemoeilijken.(…)”

5.7. Klager werd aanvankelijk na zijn hartoperatie behandeld door een behandelteam. Verweerder en zijn collega-oogartsen kwamen pas in beeld bij klager toen gebleken was van de (bij de hartoperatie ontstane) oogheelkundige complicatie. Onderdeel zijn van een team ontslaat je niet van eigen verantwoordelijkheid als zorgverlener. Het handelen van de individuele hulpverlener wordt getoetst aan de tuchtnormen uit artikel 47 lid 1 Wet BIG. Dat brengt met zich dat indien de handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg worden verricht binnen multidisciplinaire setting of binnen een team, de individuele toerekening niet in de weg staat aan aansprakelijkheid voor handelingen die in meer of mindere mate in collectief verband zijn verricht. Verweerder erkent ook zelf dat hij gezien de opgetreden oogcomplicatie (bij de hartoperatie) verantwoordelijk was voor de nazorg die nodig was (specifiek) naar aanleiding van die oogcomplicatie gezien de ernstige en naar verwachting (grotendeels) blijvende visusbeperkingen.

5.8. Klager verklaarde ter zitting dat hij had verwacht dat er een “standaard-allround-nazorg-pakket” beschikbaar zou zijn voor patiënten zoals hij, die ineens met ernstige visuele beperkingen worden geconfronteerd. In het vooronderzoek heeft klager dit klachtonderdeel blijkens het proces-verbaal van het vooronderzoek als volgt onder woorden gebracht:

“(…) Toen ik bij verweerder kwam zei hij alleen tegen mij dat er niks meer aan te doen was. Ik kreeg geen antwoord en geen oplossing. Dat vind ik heel erg. Ik had een heel nare boodschap gekregen, heb om hulp gevraagd, maar ik heb niets gekregen. Ik vind dat er een traject hoort te zijn voor als iemand zijn zicht verliest. (…)”

5.9. Een standaard-traject van nazorg is volgens verweerder niet voorhanden. Verweerder heeft over de door hem gehanteerde wijze van nazorgverlening opgemerkt in het vooronderzoek (blijkens het proces-verbaal van het vooronderzoek):

“(...) Wij hebben geen panklaar traject wanneer iemand zijn zicht verliest. Er is niet standaard sprake van begeleiding door een psycholoog, dat ligt er aan hoe het met iemand gaat. Het is een kwestie van inschatten en daar komen we vaak tijdens gesprekken achter. Wanneer er sprake is van herstel van de functie, dan is dat een ander verhaal dan omgaan met het verlies van de functie. Het loopt ook door elkaar heen. Klager heeft het gevoel gehad alsof er niets gedaan is, maar er is wel veel met hem gesproken. De nood die klager nu beschrijft, heeft hij in mijn herinnering destijds niet zo gepresenteerd. We hebben klager ook wel doorverwezen naar G, maar ik hoor klager zeggen dat dit niet was wat hij nodig had.(...)”

5.10. Het college stelt vast dat verweerder de volgende activiteiten heeft verricht ten behoeve van de nazorg voor klager. Verweerder heeft klager zes maal gezien: op 13 maart, 5, 11 en 16 april, 22 oktober en 22 november 2013. Toen verweerder klager op 13 maart 2013 voor het eerst zag, was het volgens verweerder nog niet duidelijk of, en in hoeverre, het zicht van klager zich zou herstellen. Verweerder heeft zich blijkens de stukken toen ietwat afwachtend opgesteld ten aanzien van het organiseren van zorg voor klager, wellicht hopen op herstel, al was die kans gering. Verweerder sprak met klager af om de visus na 4 weken te herhalen en dan tegelijk een gezichtsveldonderzoek te doen. Tijdens het consult van 16 april 2013 was in ieder geval voor verweerder wel duidelijk dat het gezichtsverlies bij klager permanent zou zijn. In het consult van die datum staat genoteerd: “(...) zo nodig naar G om te leren stoklopen of andere ergonomische aanpassingen (...)”. In de poliklinische status van de oogheekunde staat bij 2 april 2013 verder onder meer: “(...) Beleid Revisie einde week G (...)” En op 26 november 2013 is onder meer genoteerd in de poliklinische status:“(...) Tel uitslag HFA: toename uitval in kwadrant, moet dus erg naar achter liggen, kans verdere toename op basis van dit probleem lijkt mij niet groot; heeft Ascal, belt als er toch nieuwe problemen zijn. koopt gele bril. (...)”. In een brief van verweerder aan de huisarts van 23 juli 2014 staat schrijft hij verder: “(klager, RTC) heeft in het verleden een infarct doorgemaakt ter hoogte van beide ogen. Huidige gezichtsscherpte van het rechteroog is 1,0 en van het linkeroog is perceptie negatief. Het gezichtsveld van het goede oog is zodanig dat alleen een zeer klein gezichtsveld centraal aanwezig is, waarbij bijna het gehele gezichtsveld afwezig is. Hierdoor zijn er grote problemen met betrekking tot zijn oriëntatie zelfs in een relatief bekende omgeving. Mijn verzoek is of u patiënt in de gelegenheid wil stellen om over een blindegeleidehond te gaan beschikken. (...)”

5.11. Uitgaande van de – summiere – informatie in het medisch dossier ten aanzien van de nazorg enerzijds en de boosheid, onmacht en onvrede die klager in de onderhavige procedure heeft geuit over het natraject anderzijds, acht het college het voorstelbaar dat verweerder klager nog verder had kunnen helpen bij de mentale en praktische verwerking van deze zeer ingrijpende gebeurtenis in zijn leven, indien hij in zijn communicatie(-stijl) nog meer kenbaar de nadruk had gelegd op een empathische benadering van klager (een alleenstaande, oudere patiënt die zich door de bij hem plotseling opgetreden ernstige visusklachten grote zorgen maakte om zijn toekomst). In het licht van de onder 5.6 geciteerde richtlijn acht het college dit handelen van verweerder wat betreft de nazorg, ook gezien in de context van het behandelteam als bedoeld onder 5.7, echter toereikend. Van tuchtrechtelijk tekortschieten als bedoeld in overweging 5.5 is

naar het oordeel van het college geen sprake. Dit klachtonderdeel kan daarom niet slagen.

Conclusie

5.12. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht ongegrond is. Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Bepaalt voorts 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.

Aldus beslist op 1 november 2016 door:

mr. P.J. van Eekeren, voorzitter,

dr. K.M.A.J. Tytgat, J.H.J. Klaver en dr. F.E. Ros, leden-arts,

mr. dr. E. Pans, lid-jurist,

bijgestaan door mr. C. Neve, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter zitting van 13 december 2016 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter