

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2018/293

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 19 juli 2018 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager

tegen

C,
oogarts,
Allen werkzaam te D,
verweerder,
gemachtigde: mr. P.J. Klein Gunnewiek, advocaat te Utrecht,

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met bijlagen, ontvangen op 19 juli 2018,
- het verweerschrift met bijlagen (medisch dossier en DVD),
- het proces-verbaal van het mondelinge vooronderzoek op 29 oktober 2018,
- de brief d.d. 18 december 2018 van mr. Klein Gunnewiek.

1.2 De mondelinge behandeling door het college heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 22 januari 2019. Klager, vergezeld van zijn dochter en verweester, bijgestaan door haar gemachtigde, zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

De klacht is behandeld tezamen met de andere, met de klacht samenhangende, klachten zoals bedoeld in artikel 57, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die bekend zijn onder de dossiernummers: 2018/289 (E) en 2018/292 (F).

2. De feiten

2.1 Klager is sinds december 2006 bekend op de polikliniek oogheelkunde van het G(voorheen H) in verband met ernstige dubbelzijdige cytomegalovirus (CMV) retinitis (netvliesontsteking) door zeer lage immuniteit vanwege HIV. Klager is vanaf 2008 onder controle bij dokter E (verweester in zaak 18/289, hierna: E) in het G en is in die tijd

multidisciplinair behandeld met antivirale middelen en (door oogheelkunde) met intra-vitreale injecties en retina-implantaten. Het netvlies is door de ernstige ontstekingen ernstig beschadigd geraakt en de verdere structuren van het oog waren zeer kwetsbaar. In beide ogen heeft netvliesloslating plaatsgevonden waarvoor in 2008 en 2010 operatief ingrijpen noodzakelijk was. In 2008 en 2009 zijn cataractextracties verricht en in 2009 in beide ogen een nastaarbehandeling. In 2009 ontstond ook een immunologische ontsteking van het netvlies waarbij macula oedeem optrad. Na 2010 bestond een relatief stabiele periode: er bleef een recidiverende milde ontsteking, een verhoogde oogdruk en eiwitbeslag op de intra-oculaire lenzen. Klager is hiervoor steeds multidisciplinair behandeld. De visus van klager was zeer beperkt: OS (links) tot maart 2016 maximaal 0.4/0.5 en OD (rechts) maximaal 0.2.

2.2 Klager heeft op 9 maart 2016 het spoedspreekuur bezocht (bij een andere arts) in verband met klachten van jeuk en een gevoel van ontstoken ogen. In overleg met E (in het med. dossier staat "dit in overleg met E") werden oogdruppels voorgeschreven.

2.3 Op 17 maart 2016 is klager ook gezien op de polikliniek; er was toen sprake van een visusverslechtering OS (0.2).

2.4 Op 29 maart 2016 is klager gezien door E en F (verweerder in zaak 18/292). Er was sprake van persisterend wazig zicht en er was een troebeling achter de lens aanwezig. De visus OS was gedaald naar 0.1. Er is toen gekozen voor behandeling met oogdruppels (Predforte 3 dd OS) en er is een afspraak gemaakt voor een herbeoordeling op 12 april 2016 met een nastaar (laser)behandeling.

2.5 Op 12 april 2016 bleek de situatie niet verbeterd (persisterend wazig zicht). F heeft toen de (YAG)nastaarbehandeling OS uitgevoerd. Die avond was sprake van een goed helder beeld. De volgende dag was plots sprake van wazig zicht door een intra-oculaire bloeding, waarvan de oorzaak nimmer is vastgesteld. Er is toen een afspraak gemaakt voor de volgende dag, waarbij tevens oogdruppels (Atropine) zijn voorgeschreven.

2.6 Op 14 april 2016 is een echografie (USG) gemaakt waarop een aanliggend netvlies was te zien; E (in het medisch dossier genoteerd: "E meegekeken") koos toen voor een afwachtend beleid.

2.7 Op 21 april 2016 bleek dat de bloeding niet vanzelf resorbeerde en toen is in overleg met E en verweerder besloten dat een Pars Plana Vitrectomie (PPV) zou worden verricht.

2.8 Op 25 april 2016 is klager geopereerd door verweerder (E was op vakantie tot 9 mei 2016) waarbij de voorste oogkamer OS en de glasvochtruimte zijn gespoeld. De lens bleek zodanig los te liggen dat deze daarom is verwijderd en vervangen door een iris claw lens. Verweerder heeft bij het plaatsen van de nieuwe lens gekozen voor oplosbare hechtingen, die strak zijn aangebracht om lekkage tegen te gaan.

2.9 Op 28 april 2016 vond een controle plaats bij verweerder en zijn collega I (waarbij klager onder controle was geweest van 2006 tot 2008): er was sprake van een lage oogdruk en er werd een Kenacortinjectie gegeven. Oogarts J is toen op de hoogte gebracht.

2.10 Op 4 mei 2016 is klager op controle geweest bij oogarts J (i.v.m. vakantie van E en verweerder), die besloot tot een revisie die hij de volgende dag verrichtte. Tijdens die ingreep werd gezien dat er nog steeds (of weer) bloed in het oog links zat; er werd een expectatief beleid gevoerd in de hoop op spontane resorptie.

2.11 Op 9 mei 2016 kwam klager voor controle op het spreekuur van J. Er was toen sprake van een hoge oogdruk en er werd gestart met oogdruppels (Dorzolamide 2 x dd). Tijdens de stafbespreking waarbij ook E en verweerder aanwezig waren is toen besloten tot een expectatief beleid.

2.12 Op 12 mei 2016 was een controle bij E (“+ E gezien”) en toen bleek dat het bloed nog altijd aanwezig was. Klager was erg ongerust. Er is toen weer gekozen voor een afwachtend beleid in de hoop dat het bloed vanzelf zou resorberen.

2.13 Op 24 mei 2016 is klager op zijn verzoek op het spreekuur van verweerder geweest. Klager was wanhopig. Er is toen gesproken over het beloop en de overwegingen van de operatie op 25 april 2016 en dat de hechting inderdaad strak was om lekkage te voorkomen. In overleg met klager is besloten tot een her-PVV OS, nadat verweerder hierover mondeling met E overleg had gevoerd. In het medisch dossier staat genoteerd dat de risico's uitgebreid zijn besproken en dat patiënt (klager) dit zich bewust is, omdat het zo niet gaat.

2.14 Op 6 juni 2016 heeft verweerder een her-PVV uitgevoerd, waarbij het bloed uit het linkeroog werd verwijderd. Een oorzaak van de bloeding werd wederom niet gevonden.

2.15 Op 7 juni 2016 en op 13 juni 2016 zijn er nacontroles geweest bij andere (oog)artsen.

2.16 Op 21 juni 2016 is klager door E gezien. De visus links was 0.1 en de claw lens lag goed in situ (wel iets gedecentreerd voor de pupilopening). Klager zag weer langzaam ietsje beter. De situatie na de operatie van 6 juni 2016 leek stabiel zonder tekenen van ontsteking met een klein restje bloed onderin het achtersegment.

2.17 Op 8 juli 2016 is klager naar het spoedspreekuur gegaan in verband met persisterend slecht zicht. Er werd een VOS 0.16 gemeten en het afwachtend beleid werd voortgezet.

2.18 Op 22 augustus 2016 en 13 september 2016 is klager bij E op het spreekuur gezien/mede beoordeeld (“iom E” en + E”). Klager is toen behandeld met Kenacort injecties en oogdruppels in verband met een visusdaling. Er was sprake van eiwitbeslag op de claw lens, milde verklevingen bij de wond en er was een gepigmenteerd gebiedje op de macula. Het effect van de Kenacort werd afgewacht. Verder zou klagers casus besproken worden op de uveitisbespreking; in het medisch dossier staat genoteerd “Helaas geen behandelopties mogelijk”.

2.19 Op het consult van 29 september 2016 bij L was onder meer een uitgebreide vascularisatie van de iris zichtbaar. Er was ook sprake van verklevingen tussen iris en

cornea. Er zijn toen ook hechtingen verwijderd, hetgeen moeizaam verliep. Verder beleid is ingezet.

2.20 Op de consulten van 13 oktober 2016 (“+ E”) en 10 november 2016 bleek dat de verklevingen waren toegenomen; de diagnose epitheliale ingroei werd gesteld. Hierdoor ging de claw lens heel geleidelijk wat kantelen en dit nam iets toe gedurende de maanden erop. Dit werd ook besproken met klager. De iris was sterk gevasculariseerd. In het medisch dossier staat onder meer vermeld: “Patiënt met doorgemaakt CMV retinitis met zeer beschadigde retina. Na YAG laser VOK en CV bloeding waarvoor 2x PVV en plaatsen claw lens. Visusdaling, op OCT gepigmenteerd littekentje centraal. Nu milde activiteit met lage IOP OS. Mogelijk dubbelbeelden door claw lens die iets gekanteld ligt. Voor beleid is controle in januari afgesproken.

Bij de low vision specialist bleek dat het slecht ging en klager niets meer kon lezen en ook niet meer schilderen. Klager kreeg een beeldschermleesloepje en een handloop en werd aangemeld bij K.

2.21 Op 19 januari 2017 is klager op consult ook gezien door E en er bleek een toename van het maculaoedeem waarvoor steroïden werden gegeven. E heeft toen ook contact gehad met de huisarts i.v.m. psychische problemen van klager. Er werd een controle afgesproken over 6-8 weken.

2.22 Op het spreekuur van 2 februari 2017 (“+ E”) is een oogdrukmeting gedaan. Het beleid: “UV bespr; indicatie voor avastin”. Er is een afspraak gemaakt voor 16 maart 2017.

2.23 Op het spreekuur van 16 maart 2017 heeft E (“+ E”) een visus links gemeten van 0.05. Uitgelegd en besproken werd dat operatief ingrijpen (bij een cataractchirurg) de situatie (visus) waarschijnlijk niet zou verbeteren en mogelijk wel complicaties zouden kunnen optreden. Er werd een consult aangeboden bij oogarts J om het (linker) oog te herbeoordelen.

2.24 Op 3 april 2017 vond het consult bij J plaats. Klager voelde zich ernstig visueel beperkt, kon niet meer schilderen en herkende mensen niet meer. Had wel grote hoop dat er nog iets te verbeteren zou zijn en was zeer gemotiveerd voor een operatie voor visusverbetering. J heeft op 19 april 2017 (per intern bericht) de situatie met E en verder in de staf besproken en unaniem werd terughoudend gereageerd op eventueel operatief ingrijpen.

2.25 Op het spreekuur van 11 mei 2017 heeft klager zijn ongenoegen tegenover E besproken. Hij was het niet eens met het afwachtend beleid. Daarna hebben geen (spreekuur)contacten meer plaatsgevonden met E en bleef klager onder behandeling van J. J heeft na een consult van 5 oktober 2017 nog contact gezocht met zijn collegae om nog een keer gezamenlijk met klager e.e.a. te bespreken. Op 13 oktober 2017 is ook gesproken over een gesprek met een klachtenbemiddelaar erbij.

2.26 In september 2017 heeft klager een (eerste) klacht neergelegd bij de oordeelscommissie van het G tegen E en de afdeling oogheelkunde. Op 7 mei 2018 heeft een zitting hiervoor plaatsgevonden. Op 7 juni 2018 heeft de oordeelscommissie uitspraak gedaan.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven het volgende in:

- 1) de door verweerder op 25 april 2016 uitgevoerde ingreep heeft niet geleid tot een verbetering van het zicht van klager;
- 2) verweerder heeft tijdens de ingreep het hoornvlies te strak aangetrokken en daarbij verkeerd hechtdraad gebruikt;
- 3) verweerder heeft klager niet meer gezien op de poli en daardoor heeft verweerder klager aanvullende passende zorg geweigerd.

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

5.1 Ter zitting heeft E toegelicht hoe de afdeling oogheelkunde werkt(e). Het G is een academisch opleidingsziekenhuis waarbinnen de afdeling oogheelkunde iedere oogarts zijn eigen (super)specialisme heeft. Het is dan ook in een dergelijke setting gebruikelijk (en ook onvermijdelijk) dat klager door meerdere oogartsen (in opleiding) en gespecialiseerde verpleegkundigen is gezien. Degene die het spreekuur in eerste instantie doet opent het medisch dossier met zijn/haar naam. Op enig moment is binnen de afdeling oogheelkunde afgesproken dat ook vermeld wordt in het medisch dossier als een (gespecialiseerd) oogarts ook op het spreekuur heeft meegekeken. Er is drie keer per week een patiëntenbespreking, waarin de “moeilijke” patiënten worden besproken; ook klager is daar (meerdere keren) besproken, gezien de zeer complexe situatie door de ernstig doorgemaakte aandoening aan beide kwetsbare ogen. E vindt zichzelf de hoofdbehandelaar van klager. Uit het verweerschrift blijkt dat E zich de bevindingen van de oordeelscommissie heeft aangetrokken wat betreft het punt van voorlichting van klager over de voorgenomen behandeling; dat zou duidelijker in het medisch dossier vermeld moeten worden. Maar dat E en/of de andere oogartsen, onder wie verweerder, die voorlichting niet hebben gegeven kan daaruit niet geconcludeerd worden.

5.2 Uit het medisch dossier constateert het college het volgende: klager werd al sinds 2006 behandeld in verband met een ernstige, dubbelzijdige CMV retinitis (ontsteking van het netvlies) als gevolg van een zeer lage immuniteit bij HIV. Door deze ontsteking ontstond een ernstige beschadiging van de retina en waren in de loop der jaren vele behandelingen nodig om de ontsteking en de gevolgen daarvan te behandelen. Tussen 2006-2010: veelvuldige intravitreale injecties, intravitreale implants, vitrectomieën in verband met netvliesloslatingen, cataractextracties met implantatie van intra-oculaire lenzen en nastaarbehandelingen (YAG laser). Tussen 2010 en 2016 was sprake van een betrekkelijke rust in beide ogen met betrekkelijk stabiele visus, maar ook in deze periode was medicamenteuze behandeling nodig (oogdrukverlagend, corticosteroiden lubricantia) en werd wederom een YAG laser behandeling verricht. De intra-oculaire bloeding die na de YAG laser behandeling van 12 april 2016 ontstond is bij deze ingreep een uitzonderlijk zeldzame complicatie. Het luxeren van de implantlens jaren na de cataractextractie, het kantelen van irisgefixeerde lens moeten gezien worden in het licht van de reeds aanwezige (ernstige) pathologie van het (linker) oog. De ernst van deze aandoening en de vele ingrepen die nodig waren voor de behandeling hiervan hebben tot gevolg gehad dat de intra-oculaire structuren zodanig beschadigd raakten dat er uiteindelijk geen verdere behandelmogelijkheden meer waren, hetgeen dan ook uiteindelijk heeft geleid tot verlies van het gezichtsvermogen.

5.3 De aanleiding voor de ingreep op 25 april 2016 is geweest de bloeding in het oog van klager, die was opgetreden na de YAG laserbehandeling op 12 april 2016. Aanvankelijk was gekozen voor een afwachtend beleid, vanwege de voorgeschiedenis, de risico's en de toch al zwakke conditie van het oog van klager. Toen de bloeding niet vanzelf oploste, is na overleg met klager gekozen voor de ingreep op 25 april 2016. Het college heeft begrip voor de teleurstelling die het klager moet hebben gebracht dat de door verweerder uitgevoerde ingreep niet heeft geleid tot een verbetering van het zicht van klager, maar dit is helaas geen onverwacht gevolg geweest van de slechte staat van het oog van klager, zoals hiervoor omschreven. Nergens blijkt uit dat de oorzaak voor het feit dat het zicht van klager na de ingreep van 25 april 2016 niet verbeterde, is toe te schrijven aan handelen van verweerder. Het eerste klachtonderdeel faalt dan ook.

5.4 Zoals hiervoor omschreven, moet het luxeren van de implantlens jaren na de cataractextactie en het kantelen van irisgefixeerde lens gezien worden in het licht van de reeds aanwezige (ernstige) pathologie van het (linker)oog. Verweerder heeft gemotiveerd toegelicht waarom hij ervoor heeft gekozen om strak(ke) te hechten: om wondlekkage te voorkomen, hetgeen een ernstig risico op een lage oogdruk en chorioidale bloeding met zich zou brengen. Het college komt deze afweging, in het licht van het voorgaande, weloverwogen en zeker niet onjuist voor. Datzelfde geldt voor de keuze van het type hecht draad. Door te kiezen voor zelf oplossend hecht draad, was het niet nodig om de hechtingen handmatig te verwijderen, hetgeen wederom onrust voor het oog zou kunnen veroorzaken. Het college acht deze keuze in de gegeven omstandigheden dan ook zeker verdedigbaar. Ook het tweede klachtonderdeel faalt derhalve.

5.5 Verweerder kan evenmin een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt ten aanzien van het derde klachtonderdeel. Ofschoon verweerder ook zelf heeft uitgesproken het te betreuren dat hij geen persoonlijk contact meer heeft gehad met klager, heeft hij naar het oordeel van het college voldoende toegelicht hoe dat zo is gekomen. Verweerder was bovendien niet klagers hoofdbehandelaar en hij is de ontwikkelingen van klager wel blijven volgen via diens hoofdbehandelaar E.

5.6 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) 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 in al haar onderdelen af.

Aldus beslist door:

R.A. Dozy, voorzitter,

D.E. de Jong, M.E.H.M. Fortuin, E.J.G.M. Van Oosterhout, leden-arts,

C.E. Polak, lid-jurist,

bijgestaan door J.M. Sodderland-Elzas, secretaris.

en in het openbaar uitgesproken op 5 maart 2019 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG secretaris

WG voorzitter