

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 309-2018

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 16 april 2019 naar aanleiding van de op 2 november 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, KNO-arts, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. L. Neuschäfer-Greebe, verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 8 maart 2019, alwaar zijn verschenen klagster bijgestaan door E, arts en verweerder, bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster klaagt over de behandeling van haar minderjarige dochter F, geboren in april 2003 (hierna: patiënte).

Verweerder is als KNO-arts werkzaam sinds 2004 in het G en was behandelaar van patiënte van 27 augustus 2014 tot 24 mei 2017.

Patiënte werd op 25 augustus 2014 door de huisarts verwezen naar de KNO-arts.

Op 27 augustus 2014 kwam patiënte bij verweerder op polibezoek in verband met oorklachten AD, met name verminderd gehoor en af en toe otalgie, ook in combinatie met rhinologische klachten. Het otoscopisch beeld was passend bij OME. Er werd audiometrisch 40 dB conductief verlies gezien.

In oktober 2014 werd een CT-scan gemaakt met als conclusie: *'weke delen mediaal van de gehoorbeenketen rechts zonder secundaire kenmerken van cholesteatoom'*.

In december 2014 was sprake van een rustig trommelvlies.

Op 13 april 2014 was de conclusie en het beleid: *"geleidingsverlies eci AD, met nu rustig vlies/scutum en lucht middenoor; ook tympanogram AD heden normaal en drempel AD verbeterd tot 28 dB conducties."* Het advies bleef ten opzichte van 27 augustus 2014 ongewijzigd. Controle diende maximaal zes maanden later plaats te vinden met audiometrie.

In juni 2015 kreeg patiënte last van een oorontsteking, waarna klagers contact opnamen met de huisarts en met de polikliniek KNO van het G. Verweerder is bij dit contact niet betrokken geweest. De assistente van de polikliniek gaf als advies de huisarts de klachten te laten beoordelen en de behandeling te laten bepalen. Ingeval de huisarts dat nodig zou vinden kon er een afspraak worden gemaakt met verweerder.

Op 23 september 2015 bezocht patiënte verweerder. De gehoortest bleek niet verbeterd. Er werd een kweek afgenomen waarin een bacterie werd aangetroffen. Hierop werden extra oordruppels door verweerder voorgeschreven.

Op 23 november 2015 bleek bij audiometrie het gehoorverlies te zijn toegenomen (AD van 33 naar 57). In overleg met de ouders en patiënte werd besloten tot sanering te zijner tijd in verband met aanwijzingen voor cholesteatoom. Hiervoor zou patiënte in het voorjaar van 2016 geopereerd moeten worden. In december 2015 werd patiënte daarvoor op een wachtlijst geplaatst.

Op 18 december 2015 noteerde verweerder omtrent het informed consent in het dossier onder meer het te verwachten resultaat, de mogelijke gevolgen en risico's en de nazorg. Na zes tot twaalf maanden zou een second look plaatsvinden.

In februari 2016 werd door verweerder met audiometrie bepaald dat sprake was van rond de 40 dB AD.

Op 8 maart 2016 werd bij patiënte met een sanerende behandeling een uitgebreid cholesteatoom verwijderd.

Op 20 april 2016 heeft verweerder samen met klaagster en patiënte een gesprek gehad. Verweerder noteerde:

"voorts heden op verzoek moeder uitgebreid gesprek (in aanwezigheid van dochter); moeder vraagt zich mn af waarom in haar ogen pas zo laat is besloten tot OK sanering"

AD. Dochter heeft veel geleden onder ruim een jaar lang op en af looporen en daarmee het gezin ook.

Hiertoe met moeder samen het dossier doorlopen vanaf eind 2014 tot des 2015 (inplan- nen OK). Samenvattend is het beeld dat er eerst mn sprake was van een (wisselend) geleidingsverlies AD dat verder ook niet verklaard werd door slechts beperkte weke delen rond de keten, bij schoon mastoid en middenoor, najaar 2014), later op en af een otitis externa beeld op de voorgrond stond en pas in oct '15 een kleine epitympanale intrekking werd gezien, waarin dec '15 ook vellen epitheel en waarop toen definitief besloten tot OK sanering AD, welke vervolgens op 8/3 jl werd uitgevoerd, met toen onverwacht groot cholesteatoom (itt CT 2014). Hierbij desgevraagd ook uitgelegd dat 2-3 maanden planningstermijn voor ons bij cholesteatoom acceptabel en gangbaar is (kan ook wel eens langer duren). Moeder begrijpt dat ik voor oct '15 een cholesteatoom niet heb vermoed. Tot slot nog enkele kleine ergernissen mbt logistiek en communicatie door moeder naar voren gebracht en door mij voorzien van feedback."

Op 27 mei 2016 werd melding gedaan van goed herstel na de operatie. Patiënte kon beter horen, had een rustig en droog oor en veel meer energie. Er werd een expectatief beleid afgesproken: *"Voortseinde 2016 MRI-dwi mastoid re, waarop ip plannen Ok second look AD (begin 2017)."*

In juni 2016 werd opnieuw oorontsteking vastgesteld, naar aanleiding waarvan antibiotica werd voorgeschreven en het rechteroor weer tot rust kwam.

In november 2016 werd een MRI-onderzoek aangevraagd. Daarop werd door de röntgenafdeling van het G met klagers contact opgenomen om een uitstel van dit onderzoek te bespreken, omdat patiënte op dat moment een beugel droeg en het dragen van een beugel niet is te combineren met een MRI-onderzoek. In die bespreking werd aangegeven dat uitstel van het MRI-onderzoek tot in het voorjaar van 2017 verantwoord was. Het onderzoek werd vervolgens ingepland voor 9 maart 2017.

In december 2016 was sprake van een beginnende otitis media acuta waarvoor patiënte Augmentin voorgeschreven kreeg voor zeven dagen in combinatie met bacicoline oor- druppels.

Op 12 januari 2017 was er een telefonisch contact met klaagster en de polikliniek KNO. Klaagster gaf aan dat zij graag vervroeging van de MRI zag. Verweerder heeft op 18 januari 2017 aangegeven dat het uitstellen van de MRI tot april 2017, na verwijdering van de beugel, verantwoord was.

Op 8 maart 2017 vond het MRI-onderzoek plaats. De conclusie daarvan luidde: *'Gebied met diffusie restrictie anterior in het rechter mastoid, suspect voor recidief/residu cholesteatoom'*.

De uitslag van het MRI-onderzoek is op 15 maart 2017 telefonisch aan klaagster doorgegeven: er waren aanwijzingen, maar er was geen zekerheid, dat in het rechteroor een cholesteatoom zat. In overleg met klaagster werd patiënte alvast op de wachtlijst gezet.

Op 22 maart 2017 vond nog een telefonisch contact tussen klaagster en verweerder plaats. Er werd uitgebreid gesproken over de conditie van patiënte, die maar langzaam opknapte, de MRI en de wens tot zo spoedig mogelijk inplannen van de operatie. Verweerder heeft uitgelegd dat ze met prioriteit op de wachtlijst stond maar hij verder niets

kon doen. Bij verandering of klachten, zo werd door verweerder benadrukt, kon patiënte eerder komen. Eind april 2017 stond een consult gepland.

Na verschillende telefonische contacten over en weer tussen klaagster en verweerder bleek er, vervroegd, een mogelijkheid voor een operatie op 7 april 2017.

Op 31 maart 2017 werd patiënte opnieuw gezien door verweerder. Het rechteroor zag er toen rustig uit. Uit de audiometrie bleek *“25 dB (was 38 dB voor OK en 23 dB na OK, wel nu hoge tonen beter)”*.

Op 7 april 2017 werd patiënte voor de tweede keer geopereerd, waarbij een uitgebreid cholesteatoom werd aangetroffen en verwijderd. De conclusie van verweerder luidde: *“sanering AD (incl antroatticotomie) met uitgebreid recidief cholesteatoom, stapes nog intact; opnieuw scutumreconstructie met conchakraakbeek en myringoplastiek met fascia underlay.”*

Over negen tot twaalf maanden zou een zogeheten third-lookoperatie uitgevoerd moeten worden, waarbij gekeken zou worden of er nog sprake was van een cholesteatoom met zo mogelijk ketenreconstructie.

Nadien heeft verweerder op verzoek van klaagster de behandeling van patiënte overgedragen aan een collega in hetzelfde ziekenhuis.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven-:

1. Ten aanzien van de diagnostiek: dat verweerder tekort is geschoten in zijn zorgplicht door niet of veel te laat onderzoek te doen naar de doofheidsklachten van patiënte dan wel heeft nagelaten haar door te verwijzen;
2. Te summiere dossiervoering;
3. Het geven van te weinig en soms onjuiste informatie, waaronder het niet aanbieden van excuses, niet serieus nemen van de zorgen rondom patiënte en klachten bagatelliseren.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hem geen gegrond tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Voor zover nodig zal hieronder nader ingegaan worden op het verweer.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er 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 klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Het eerste klachtonderdeel betreft kortgezegd de vraag of verweerder in de periode dat hij patiënte onder zijn behandeling had adequaat heeft gehandeld ten aanzien van de verrichte diagnostiek en het te volgen beleid. Het college stelt vast dat er een lang beloop is geweest in de behandeling van patiënte. Verweerder heeft gemotiveerd toegelicht wat, vanaf augustus 2014, zijn bevindingen waren. Die kwamen er kortgezegd op neer dat er, na een door hem uitgezette CT-scan, aanvankelijk geen verdenking was op een cholesteatoom. Bij een verder rustig trommelvlies is daarop expectatief beleid ingezet waarna, na behandeling van ontstekingen medio 2015 en later, in november 2015, geconstateerd toegenomen gehoorverlies, patiënte op de wachtlijst voor een operatie is gezet, omdat verweerder toen een cholesteatoom vermoedde. Op 8 maart 2016 is bij de eerste operatie een cholesteatoom verwijderd. Het college acht dit door verweerder gevolgde beleid, ten aanzien van een ziektebeeld dat voor een cholesteatoom typerend is te noemen – en waarbij aldus aanvankelijk onvoldoende aanleiding bestond hierop al bedacht te zijn - verdedigbaar, waarbij zij kan volgen dat verweerder expliciet heeft overwogen niet lichtzinnig te kiezen voor een ooroperatie met de daarbij behorende risico's. Ook het hierna volgende interval tot de volgende operatie op 7 april 2017 getuigt van voldoende opvolgende diagnostiek en verdedigbaar beleid door verweerder. Na een aanvankelijk goed herstel na de eerste operatie traden daarna opnieuw klachten op die hebben geleid tot een uitgevoerde MRI-scan twaalf maanden na de eerste operatie, wat een – in verband met de langzame groei van een cholesteatoom - aanvaardbare en gebruikelijke termijn is. Het uitstel – in verband met de beugel van patiënte - van de aanvankelijk geplande MRI in november 2016 heeft verweerder overwogen en uitgelegd. Vervolgens, toen na de MRI in maart 2017 opnieuw de verdenking ontstond op een cholesteatoom, is de tweede operatie op instigatie van verweerder bespoedigd en heeft deze plaatsgehad op 7 april 2017. Op grond van het bovenstaande acht het college het door verweerder gevoerde beleid zorgvuldig en verdedigbaar.

5.3

Klaagster acht de dossiervoering door verweerder summier (klachtonderdeel 2) en heeft onder klachtonderdeel 3 aangegeven dat zij zich in de periode van behandeling van haar dochter niet voldoende of onjuist geïnformeerd heeft geacht door verweerder en zich niet serieus genomen voelde. Deze klachtonderdelen behandelt het college gezamenlijk.

Er zijn in het behandeltraject van patiënte veelvuldige contacten geweest tussen verweerder, patiënte en klaagster, bij de polibezoeken, maar ook telefonisch, met de poli-assistente, en met verweerder zelf. In het medisch dossier is een weerslag van deze contacten te vinden, terwijl het dossier overigens toereikend is; de verrichte diagnostiek en behandeling zijn ruim gedocumenteerd.

Verweerder heeft ten aanzien van de informatievoorziening aangegeven dat hij getracht heeft te allen tijde zorgvuldig en toereikend uitleg te geven aan patiënte en klaagster over zijn bevindingen en het door hem gevolgde beleid. Daarbij heeft hij benadrukt dat hij steeds de patiënte als geheel heeft bekeken, waarbij ook aan het door moeder aangekaarte gedrag van patiënte aandacht is gegeven en gelet heeft op de zorgen van klaagster om haar dochter. Verweerder heeft, omdat hij het gevoel had dat hij een en ander onvoldoende over het voetlicht kreeg en er "ruis op de lijn" kon ontstaan, met klaagster een gesprek gevoerd op 20 april 2016 waarin hij het behandelverloop tot dat

moment heeft besproken en keuzes heeft uitgelegd. Van dit gesprek heeft verweerder in het dossier duidelijk verslag gedaan.

Uit stukken van het dossier rijst een beeld op van zorgvuldige, veelvuldige en uitvoerige communicatie door verweerder met patiënte en klaagster.

Op grond van het bovenstaande en hetgeen verweerder daaromtrent ter zitting nog nader heeft toegelicht is het college van oordeel dat - hoewel de beleving van communicatie bij de ene partij een andere kan zijn dan hoe de andere partij deze heeft bedoeld - in de gekozen communicatielij door verweerder hem geenszins een tuchtrechtelijk verwijt is te maken.

Gelet op het voorgaande zullen de klachtonderdelen onder 1, 2 en 3 worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gegeven door F. van der Maden, voorzitter, Ph.S. Kahn, lid-jurist, P.P.G. van Benthem, P.C.M. Verbeek en M.H. Blanker, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 16 april 2019 door A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door: a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard; b. degene over wie is geklaagd; c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat. Het tot het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen. Degene die beroep instelt, is € 50,- griffierecht verschuldigd aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als degene die in beroep is gegaan geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht terugbetaald.