

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.307

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.307 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,  
tegen

C., KNO-arts, werkzaam te B., verweerster in beide instanties,  
gemachtigde: mr. A.C. de Die, advocaat te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

A. – hierna klager – heeft op 14 december 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen KNO-arts C. – hierna de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 7 juni 2016, onder nummer 15/380 heeft dat College de klacht afgewezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 30 maart 2017, waar is verschenen klager vergezeld door zijn schoonzus alsmede de arts, bijgestaan door mr. A.C. de Die.

Klager en de arts hebben de zaak ter zitting nader toegelicht. De gemachtigde van de arts heeft dat gedaan aan de hand van een pleitnota. Deze pleitnota is aan het Centraal Tuchtcollege overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1. In eerste aanleg zijn de volgende feiten vastgesteld.

#### **“2. De feiten**

2.1 *Verweerster is sinds 2002 werkzaam als KNO-arts en heeft als speciaal aandachtsgebied de luchtwegproblematiek bij kinderen. Zij is in het ziekenhuis aangesteld om samen met een collega KNO-arts de laryngologie bij kinderen en volwassenen te ontwikkelen.*

2.2 *Klager is de vader van D. (geboren als één van een tweeling op 1 mei 2014 bij bevalling op 36 6/7 weken met 2655 gr). D. had na zijn geboorte in het ziekenhuis een matige inspiratoire stridor en is in verband met problemen met de voeding naar de kinderarts verwezen. D. had de eerste dagen na zijn geboorte goed gedronken en kreeg vanaf dag vier voedingsproblemen, zoals verslikken, spugen en hoesten. Hij is door die problemen opgenomen gebleven, kreeg voeding via een maagsonde en is na enkele weken naar huis ontslagen. D. is in juni 2014, mede op aandringen van zijn moeder, door de kinderarts verwezen naar verweerster in verband met beoordeling van laryngo-tracheo malacie.*

2.3 *Op 23 juli 2014 is D. poliklinisch gezien door genoemde collega van verweerster en een arts-assistent. Na de anamnese heeft de collega een flexibele laryngoscopie verricht. In het verslag van het consult staat daarover genoteerd: “flex: geen adenoid. ernstige laryngomalacie. Opgekrulde epiglottis. fors aanzuigen arytenoiden. Geen*

zicht op stemplooien". Tevens is genoteerd dat D. sinds zes weken geen sondevoeding meer had en acht flesvoedingen per dag kreeg in ingedikte vorm, waardoor hij zich minder verslikte, weinig meer spuugde en minder hoestte. Bij het eten was nog wel veel lichamelijke onrust. Stridor was veel minder. Afhankelijk van ligging soms nog een piepje/snurkje bij inademing. Hij kreeg begeleiding door een prelogopediste. Als diagnose is opgeschreven: "ernstige laryngomalacy, groei met moeite op pijn te houden".

2.4 Verweerster heeft zich bij voormeld poliklinisch consult gevoegd en heeft de scopiebeelden bekeken. Verweerster heeft geadviseerd tot operatieve behandeling, een supraglottoplastiek. Genoteerd is dat verweerster uitleg heeft gegeven over de aandoening en over verdere lumenbeperking bij eventuele bovensteluchtweginfecties. Aan ouders is een informatiefolder meegegeven over laryngomalacie en een folder over supraglottoplastiek.

2.5 D. is voor de operatie, op 31 juli 2014, in het ziekenhuis opgenomen. Verweerster heeft aan het einde van de dag een gesprek gevoerd met de ouders over de voorgestelde behandeling, namelijk een gecombineerde supraglottoplastiek via starre laryngotracheoscopie en epiglottopexie (vasthechten van het opgekrulde strottenklepje aan het tongbeen). Klager had veel vragen aan verweerster over de indicatie, de risico's, de procedure en de prognose waarover is gesproken.

2.6 Op 1 augustus 2014 heeft verweerster een starre scopie en supraglottoplastiek uitgevoerd met epiglottopexie. De operatie verliep voorspoedig, zonder complicaties. Postoperatief werd D. ongeintubeerd naar de Kinder IC gebracht.

In de avond werd D. onrustig en huilend en toenemend dyspnoeïsch en stridoreus.

2.7 Verweerster heeft op 4 augustus 2014 een controle laryngoscopie bij D. uitgevoerd, waaruit loslating van de supraglottische trekhechting bleek. Verweerster verklaarde daarmee de benauwdheidsklachten (opnieuw aanzuigen van de epiglottis). Verweerster achtte een nieuwe operatie noodzakelijk, die zou inhouden: wederom plaatsen van hechtingen tussen hyoïd en epiglottis en daarnaast een wigexcisie van de ary-epiglottische plooi. D. is die zelfde dag geopereerd waarbij verweerster zekerheidshalve 2 hechtingen heeft geplaatst. Na de operatie is D. gedetubeerd geplaatst op de Kinder IC.

Verweerster heeft D. gezien op 5 augustus 2014 en concludeerde na onderzoek dat sprake was van klinische vooruitgang. 's Middags heeft zij de ouders gesproken, waarbij klager angst, verdriet en twijfel heeft uitgesproken over zijn toestemming voor de operatie. Verweerster heeft getracht hem gerust te stellen. Op 6 augustus is verweerster bij D. langsgestaan en heeft zij met de ouders gesproken, waarbij hun ongerustheid over het herstel aan de orde is geweest. In de status is bij 6 augustus 2014 genoteerd: "**Sociaal:** Met name vader erg ongerust en veel boosheid over beloop na OK. Hierover uitgebreide gesprekken gehad met C., E. en maatschappelijk werk (...) heeft in principe vervolg plan met ouders afgesproken maar bij problemen vader zo nodig eerder weer bellen."

2.8 D. is vanaf 7 augustus 2014 overgeplaatst naar de kinderafdeling. Daarbij is afgesproken dat verweerster op de hoogte zou worden gebracht van eventueel dyspnoe of toename van stridor. Klager heeft verweerster gemeld dat hij bezorgd was over het feit dat D., als hij wakker was, een hoorbare ademhaling en intrekkingen had. Verweerster heeft daarna een flexibele laryngoscopie laten verrichten. Behalve een zwelling van het strottenhoofd, liet dit onderzoek geen afwijkingen zien. In het dossier is genoteerd: "Flexibele scopie: Epiglottis staat mooi omhoog en naar voren, nog wel enige zwelling. Echter larynx is mooi a vue, stembanden symmetrisch goed bewegelijk, ruim open luchtweg. Beeld van een normale larynx."

2.9 Verweerster heeft vanwege ongerustheid en boosheid over de operatie samen met de Kinder IC arts (E.) op 7 augustus 2014 opnieuw met de ouders gesproken.

2.10 Op 8 augustus 2014 is gerapporteerd: “Erg oncomfortabel, (...) milde stridor, geen intrekkingen. WD pijnlijk (i.o.m. C.) B/ start metani.ol erbij.” In de status is vermeld: “E. uitgebreid gesprek met ouders. Afgesproken dat hij morgen weer met ouders spreekt en dr (...) zondag. Tussendoor geen andere gesprekken door artsen!!”.

2.11 In de nacht van 9 op 10 augustus 2014 trad verslechtering op, waarbij de inspiratoire stridor en de benauwdheid met intrekkingen duidelijk toenamen. Daarbij was sprake van verhoogde ademarbeid, met stermaal intrekken en wisselende neusvleugelen, enkele malen dalende SatO2 en 2x bradycardie tot 80 slagen/min met zelfherstel. Verweerster had geen dienst en heeft na telefonische consultatie door de dienstdoende arts-assistent geadviseerd tot een flexibele laryngoscopie met videodocumentatie. Verweerster heeft de beelden vanuit huis meebeoordeeld waarbij bleek dat de top van de epiglottis (strotklepje) gedeeltelijk was ingescheurd ter hoogte van de op 4 augustus 2014 aangebrachte trekhechtingen. Het losse gedeelte werd bij inademing deels in de luchtwegen getrokken. Verweerster is direct naar het ziekenhuis gegaan en heeft de bevindingen samen met de kinder IC arts met de ouders besproken. Verweerster heeft medegedeeld dat een heroperatie noodzakelijk zou zijn. Daarbij heeft verweerster uitgelegd dat het primaire doel van deze ingreep was om de epiglottis te herstellen maar dat – wanneer dat niet mogelijk bleek – het losgescheurde gedeelte zou worden verwijderd.

2.12 De re-operatie heeft op 10 augustus 2014 plaatsgehad waarbij verweerster geprobeerd heeft de scheur te herstellen. Zij beoordeelde het afgescheurde deel onvoldoende vitaal (tijdens de operatie was sprake van onvoldoende doorbloeding van een deel van de epiglottis) waarna zij het aangedane deel van de epiglottis heeft verwijderd.

2.13 In de periode daaropvolgend hebben veel gesprekken plaats gevonden tussen ouders en de behandelaars van zowel de IC als KNO. De ouders hadden veel vragen over de toestand van D. en de toekomstige gevolgen van het verlies van een deel van de epiglottis. Tijdens deze gesprekken werd de expertise van verweerster door ouders nadrukkelijk in twijfel getrokken. Op 12 augustus 2014 hebben de ouders aangegeven een tweede KNO-arts erbij te willen. Verweerster heeft contact gelegd met een KNO-arts van een ziekenhuis te F. en een KNO-arts van een ziekenhuis te G.. Zij heeft hen scopiebeelden gezonden en de operatieverslagen en mondeling overleg gehad over de casus.

De ouders hebben het beloop van de behandeling in het kader van een second opinion aan een KNO-arts van het H. voorgelegd.

2.14 Op 24 augustus 2014 is een hoorbare ademhaling bij D. geconstateerd en na onderzoek door de dienstdoende KNO-arts was sprake van een verdenking op een bovenste luchtweginfectie (snotterig, hoesten, vol klinkend, hortende inademing). Op 27 augustus 2014 bleek bij flexibele laryngoscopie sprake van een vrije ademweg. Er was verdenking van oedemateus slijmvliessurplus dat meependelde op de ademhaling en verklarend kon zijn voor het geluid bij de ademhaling bij inspanning.

2.15 Vanaf 26 augustus is gestart met orale intake met behulp van de logopediste (starten met lepeltjes water in actieve zithouding). Daarna is klinische verbetering opgetreden, minder kwijlen en vooruitgang met slikken.

2.16 Op 4 september 2014 kon D. naar huis worden ontslagen. Bij ontslag werd D. nog gevoed via een maagsonde met daarnaast kleine beetjes drinken oraal. Er werd een afspraak gemaakt ter controle op de poli kindergeneeskunde van het ziekenhuis.

2.17 De dagen na het ontslag is er telefonisch contact geweest tussen de aios KNO en de ouders. Op 8 september 2014 werd D. op verzoek van ouders door de aios KNO gezien wegens toegenomen stridor. Er werd een flexibele laryngoscopie verricht en een slikvideo gemaakt. Hierop was te zien dat D. bij het slikken aspireerde en dit vervolgens ook weer ophoestte. De beelden van de laryngoscopie en de slikvideo werden op 10 september 2014 met verweerster besproken. Verweerster had daarbij de indruk dat, in vergelijking met de laatste scopie van 27 augustus 2014, opnieuw sprake was van enige afname van het ademplumen. Gezien de aspiratie werd besloten om voorlopig nog geen orale voeding aan te bieden. De luchtweg werd acceptabel ruim geacht. Omdat verweerster de verdere wondgenezing in de gaten wilde houden, werd een controleafspraak gemaakt voor 25 september 2014.

2.18 D. is op 25 september 2014 door verweerster ter controle op de polikliniek gezien. Bij onderzoek werd een alert, huilende zuigeling gezien, moeilijk te troosten met evidente stridor bij huilen/onrust. Geen verkleuren. In rust (diepe slaap) geen stridor hoorbaar, geen dyspnoe. Verweerster heeft bij laryngoscopie een toename van het littekenweefsel gezien en een vernauwing van het strottenhoofd ten opzichte van de eerdere beelden. Verweerster noteerde: "ernstige supraglottische verlittekening, waarbij de supraglottis subtotaal geobstrueerd is en bij diepe inademing dichtslaat". D. is door verweerster opgenomen om de belemmering van de luchtweg te objectiveren middels een polysomnografie. Daaruit bleek een centraal geïnduceerd onregelmatig ademhalingspatroon met daaraan gekoppelde saturatiedalingen (laagste waarde 78%, de meeste mild tot 90%). Er was geen beeld van obstructie.

2.19 De ouders hebben te kennen gegeven geen vertrouwen meer te hebben in het KNO-behandelteam. Op verzoek van de ouders heeft verweerster geregeld dat D. op 26 september 2014 kon worden overgeplaatst naar een ander ziekenhuis. De behandeling van D. heeft zij overgedragen aan de KNO-artsen aldaar.

2.20 Klager heeft in november 2014 een klacht ingediend bij de klachtencommissie van het I.. Door die commissie is J., KNO-arts, geraadpleegd die elf vragen over de casus heeft beantwoord bij brief van 16 april 2015, waarin staat, voor zover van belang: " Ja, op basis van de mij bekende gegevens in de anamnese en de beelden van 23 juli 2014 kan ik mij goed voorstellen over te gaan tot een chirurgische ingreep.(...) een epiglottopexie kan gebruikt worden (en is beschreven in internationale literatuur) bij laryngomalacie, type III (gemodificeerde Hollinger classificatie). In het K. zijn we bekend met deze techniek maar gebruiken deze niet of nauwelijks. Onze ervaring is dat voor alle vormen van laryngomalaci een supraglottoplastiek volstaat. Combinatie van beide technieken is mij niet bekend, ik ken hier ook geen specifieke literatuur van. **4. Was er bij deze patiënt een indicatie voor het gelijktijdig toepassen van beide technieken?** Nee, naar mijn idee niet. Mijn beoordeling van de beelden (...) leiden tot de diagnose laryngomalacie type II waarbij een supraglottoplastiek afdoende zou moeten zijn. Indien je dit als een type III beoordeelt zou je naar mijn mening kunnen kiezen tussen een supraglottoplastiek of epiglottopexie (...).

**11. Hoe beoordeelt u de mate van vrij luchtweg zoals die is te zien op de laryngoscopie verricht op 25 september 2015?** Er is vanzelfsprekend een afwijkend beeld van de larynx. Er lijkt sprake van enig oedeem. (...) Er lijkt een klein slijmvlies-surplus te pendelen in de larynx (...) Afgaande op de beelden zou ik zeggen dat er sprake is van een redelijk open luchtweg. De beelden dienen gecombineerd te worden met de kliniek voor een betere uitspraak".

2.21 Klager heeft de casus op 8 mei 2015 als calamiteit gemeld aan de IGZ. Door het ziekenhuis is de casus conform de calamiteitenprocedure onderzocht."

2.2. De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer hielden volgens het Regionaal Tuchtcollege het volgende in.

**“3. De klacht en het standpunt van klager**

*De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster:*

- I. onzorgvuldig de indicatie tot operatie bij laryngomalacie heeft gesteld, waardoor de ouders op verkeerde gronden met de operatie hebben ingestemd;*
- II. vermijdbare en verwijtbare fouten bij de operaties heeft gemaakt, waardoor D. nu het grootste deel van zijn strottenklep mist wat gevolgen heeft voor zijn gezondheid, voedingstoestand en ontwikkeling;*
- III. D. verkeerd heeft beoordeeld bij de controle na zijn ontslag;*
- IV. de calamiteit niet heeft gemeld bij de IGZ;*
- V. slechte nazorg heeft verleend en onvoldoende heeft gecommuniceerd.*

Ter zitting heeft klager de klachtonderdelen, samengevat, als volgt toegelicht. Verweerster heeft eenzijdig besloten tot een operatie, waarvan de ouders, achteraf gezien vanwege het gecompliceerde verloop, spijt hebben. Verweerster heeft onvoldoende collegiaal overleg gehad. Zij heeft bij de revisie-operatie, na loslating van de trekdraad, verkeerd hechtdraad gebruikt. Dat een calamiteit was ontstaan, is door verweerster niet gemeld aan het bestuur of de medisch directeur. D. mist een deel van de strottenklep. Wat daarvan de gevolgen zullen zijn, is onduidelijk nu daarover onvoldoende informatie is verstrekt.

**4. Het standpunt van verweerster**

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

2.3. Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

**“5. De beoordeling**

5.1. *Klager legt met zijn klacht ter beoordeling voor of bij de medische behandeling van de ademhalingsklachten en voedingsproblemen van zoon D. de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening door verweerster zijn overschreden. Het college wijst er bij die inhoudelijke beoordeling 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. Hoezeer ook te betreuren is dat het medisch handelen, zoals klager stelt, zeer nadelige gevolgen voor D. en de ouders heeft gehad, behoort het niet tot de taak van het college om de gevolgen van het handelen van verweerster te beoordelen. Het college toetst slechts het handelen zelf aan de tuchtrechtelijke norm.*

5.2 *In het licht van de vorenstaande beoordeling stelt het college op basis van het dossier en het verhandelde ter zitting vast dat verweerster langdurig als KNO-arts (sinds 2002) werkzaam is en zich heeft gespecialiseerd in het aandachtsgebied van de luchtwegproblematiek bij kinderen. Door onder andere werkbezoeken aan Engeland en de Verenigde Staten heeft verweerster zich verschillende operatietechnieken eigen gemaakt, waaronder de supraglottoplastiek en de epiglottopexie. Zij is op het gebied van de laryngologie bij kinderen aan te merken als (super)specialist. Verweerster is werkzaam in een academische omgeving waarin zij door middel van praktijkonderzoek, observatie en reflectie op de resultaten van door haar geopereerde patiënten (36) en contacten met andere (buitenlandse) experts de behandeling van ernstige laryngoma-*

lacie verder tracht te ontwikkelen. Voorts heeft te gelden dat bij deze aandoening geen evidence based richtlijnen bestaan voor het al dan niet doen van chirurgie, noch voor de toe te passen chirurgische technieken. Er zijn twee soorten operatie-indicaties, namelijk absolute en relatieve.

5.3 Met klachtonderdeel I betoogt klager dat verweerster de operatie bij D. onzorgvuldig heeft geïndiceerd. Het college stelt vast dat verweerster en haar collega bij D. op 23 juli 2014 een ernstige laryngomalacie (ziektebeeld van vertraagde rijping van het kraakbeen van het strottenhoofd) hebben vastgesteld bij een opgekrulde epiglottis. Als gevolg daarvan sloot het strottenhoofd klepje bij inademing de luchtpijp af. Door verweerster is geen hypoxie/hypercapnie vastgesteld zodat een absolute operatie-indicatie ontbrak. Bij het stellen van de operatie-indicatie, heeft verweerster acht geslagen op de klinische presentatie, de anamnese en de endoscopische beelden. Zij heeft de ernst van de geconstateerde afwijking bij D. afgewogen tegen de buitensporige inzet van de ouders bij het voeden, de matige intake en de moeite om zijn groei op peil te houden, waarbij bijna sprake was van failure to thrive. De inzet van de ouders werd naast de zorg voor het tweelingbroertje ervaren als een grote belasting. Daarnaast was verweerster bezorgd voor een apparent life-threatening event in geval van een bovenste luchtweginfectie. Eveneens gewogen is het feit dat van het ziektebeeld bekend is dat het de eerste drie maanden kan verergeren. In dat laatste geval zou verweerster mogelijk operatief hebben moeten ingrijpen bij een slechte voedingstoestand. Met verweerster is het college van oordeel, mede gezien hebbende de overgelegde laryngoscopische beelden, dat bij weging van deze omstandigheden een (relatieve) operatie-indicatie bestond. Dat vindt tevens steun in de door verweerster overgelegde verklaringen van de KNO-artsen L., M. en J..

5.4 Klager voert ook aan dat hij op onjuiste gronden heeft ingestemd met de operatie. Artikel 7:448 lid 1 van de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) bepaalt dat de hulpverlener de patiënt op duidelijke wijze moet voorlichten over de voorgestelde behandeling. Lid 2 van dat wetsartikel schrijft onder meer voor dat de patiënt informatie behoort te verkrijgen over het doel van de behandeling en de gevolgen en de risico's daarvan, alsmede over de vooruitzichten en alternatieven. Verweerster heeft naar het oordeel van het college voldoende onderbouwd dat de wijze waarop zij de ouders over de operatie heeft geïnformeerd, adequaat is geweest. Verweerster heeft, naar zij onweersproken heeft gesteld, bij haar uitleg gebruik gemaakt van tekeningen en een model en heeft folders meegegeven. Dat deze folders na de klacht inhoudelijk zijn verbeterd, acht het college uit een oogpunt van betere begrijpelijkheid een goede zaak.

De conclusie is dat de operatie-indicatie op goede gronden is gesteld en dat klager daarover zorgvuldig is geïnformeerd, zodat klachtonderdeel I ongegrond is.

5.5 Klachtonderdeel II ziet op de door verweerster uitgevoerde operaties. Zoals hiervoor onder 5.2 is overwogen bestaan voor de aandoening verschillende operatietechnieken. Richtlijnen of standaarden daarvoor ontbreken. Uitgangspunt is dat verweerster aan de actuele inzichten van de medische wetenschap moet voldoen, waarbij aan verweerster in haar hoedanigheid van behandelaar ruime beoordelingsruimte toekomt. Zeker in een situatie als de onderhavige waarin verweerster als (super)specialist in een academisch ziekenhuis werkt en in zekere zin aan de frontlinie staat. Zij heeft haar keuze voor een combinatie van supraglottoplastiek met epiglottoplexie vanwege de opgekrulde epiglottis naar het oordeel van het college genoegzaam onderbouwd met literatuur en door haar opgedane ervaringen tijdens stages en door haar behaalde resultaten bij eerdere operaties. Verweerster heeft met die keuze een re-operatie willen

voorkomen, wat een legitieme doelstelling is. Deze keuze is op 31 juli 2014 met de ouders besproken die daarmee hebben ingestemd. Dat KNO-artsen in andere ziekenhuizen kiezen voor een andere techniek met kans op re-operatie, maakt het handelen van verweerster niet onzorgvuldig. In die zin komt aan wat J. daarover in zijn brief schrijft geen betekenis toe, te meer niet nu hij met de door verweerster gebruikte gecombineerde techniek geen ervaring heeft.

5.6 Na de eerste operatie op 1 augustus 2014 is op 4 augustus 2014 loslating van een trekhechting geconstateerd. Blijkens het medisch dossier was de operatie ongecompliceerd verlopen. Het college heeft geen gronden om aan te kunnen nemen dat loslating het gevolg is van onzorgvuldig handelen door verweerster, zodat dit als een complicatie bij de operatie moet worden beoordeeld die helaas uit de aard van de behandeling kan voortvloeien. In het medisch tuchtrecht geldt het belangrijke onderscheid tussen een 'complicatie' en een 'fout' (van de arts) als oorzaak voor zorggerelateerde schade. Onder complicatie wordt in de regel verstaan een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch-specialistisch handelen die voor de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade. Pas als de arts een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt van het ontstaan van de schade wordt gesproken van een (medische) kunstfout. Naar het oordeel van het college is van een dergelijk kunstfout ook bij de re-operatie op

4 augustus geen sprake. Dat verweerster als hechtdraad PDS 4.0 heeft gebruikt in plaats van Vicryl, kan niet als kunstfout worden aangemerkt nu het gebruik van zodanig hechtdraad niet ongebruikelijk is bij operaties in de keel. Daarnaast heeft verweerster haar keuze goed onderbouwd, onder andere met de visie van professor N. (zie zijn brief, bijlage 23 bij verweerschrift), zodat deze alleszins verdedigbaar is. Datzelfde geldt voor het aanbrengen van twee hechtingen. Dat deze ingreep daarna tot een volgende complicatie heeft geleid, namelijk het inscheuren van weefsel waardoor een volgende hersteloperatie noodzakelijk werd, kan het college evenmin herleiden naar foutief handelen van verweerster dan wel dat zij niet heeft geopereerd conform de actuele inzichten van de medische wetenschap. Aanwijzingen voor een gebrek aan vaardigheid of praktische kennis heeft het college evenmin. Het tweede klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

5.7 Het derde klachtonderdeel ziet op de controlebeoordeling van 25 september 2014. Het college begrijpt de klacht aldus dat verweerster een te negatieve inschatting zou hebben gemaakt van de gezondheidstoestand van D.. Klager heeft zijn bewering op dat punt echter onvoldoende onderbouwd. Medische gegevens over de gezondheidstoestand van D. op en na die controle, ergo na overdracht van D. aan de KNO-artsen van het opvolgende ziekenhuis ontbreken. Weliswaar betoogt J. in zijn brief dat sprake lijkt te zijn van een redelijk open luchtweg, maar hij maakt daarbij – terecht - het voorbehoud dat beelden gecombineerd moeten worden met "de kliniek" (bedoeld zal zijn: klinisch beloop) voor een betere uitspraak. Kennelijk heeft hij het klinisch beloop niet bij zijn beoordeling betrokken. Het college stelt vast dat verweerster op eerste verzoek heeft meegewerkt aan overplaatsing van D. en nadere diagnostiek heeft geregeld om haar bevindingen van 25 september te onderbouwen, zoals een polysomnografie. Anders dan de klachtencommissie, acht het college dit klachtonderdeel dan ook ongegrond.

5.8 Met klachtonderdeel IV verwijt klager verweerster dat zij de klacht niet heeft gemeld aan de IGZ. Onweersproken is dat verweerster het gecompliceerde verloop van de behandeling met het afdelingshoofd heeft besproken, die dit op haar beurt heeft gemeld bij de medisch directeur. Daarmee heeft verweerster voldaan aan wat op dat

*moment op dit punt van haar mag worden verlangd, waarmee dit klachtonderdeel eveneens strandt.*

*5.9 Klachtonderdeel V ziet op de communicatie en de nazorg. Van verweerster mag in haar hoedanigheid van hoofdbehandelaar en operateur bij een ernstige complicatie als de onderhavige worden verwacht dat zij tijd en moeite neemt om klager en zijn echtgenote (zo spoedig mogelijk) te woord te staan en van informatie te voorzien. Het college stelt vast, mede aan de hand van wat daarover is vermeld in het medisch dossier, dat de ouders, die zeer betrokken en – begrijpelijkerwijs - emotioneel waren en veel vragen hadden over het behandeltraject en de ingrepen, van meet af aan door verweerster te woord zijn gestaan. Verweerster heeft gesprekken georganiseerd, heeft een maatschappelijk werkster betrokken en heeft regie gevoerd op de communicatielijnen, waarbij zij in beginsel het eerste aanspreekpunt was. Een complicatie is een bijzondere situatie, die eisen stelt aan de wijze en inhoud van de communicatie en die voor de acceptatie en verdere verwerking van de gevolgen een cruciale rol speelt. Dit besef is bij verweerster voldoende aanwezig geweest. Het college stelt voorts vast dat verweerster er niet in geslaagd is de verhouding met klager te verbeteren. Ondanks de nodige inspanningen is zij er niet in geslaagd het vertrouwen in haar handelen te herstellen en zodanige antwoorden en/of uitleg te geven dat de emoties bij klager en zijn echtgenote afnamen. Een tuchtrechtelijk verwijt kan haar op dat punt echter niet worden gemaakt.*

*5.10 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is. Verweerster 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. Hoezeer het college zich realiseert dat de uitkomst van de behandeling, met name van de hersteloperatie van 4 augustus 2014 voor D. slecht is geweest en mogelijk gevolgen heeft (gehad) voor zijn ontwikkeling, is het college van oordeel dat verweerster de ingrepen lege artis heeft uitgevoerd en daarbij steeds voldoende adequaat onderzoek heeft gedaan. Ook heeft zij voldoende begeleiding georganiseerd en was zij in het ziekenhuis en indien zij geen dienst had, op afroep beschikbaar. Het verdient wel aanbeveling dat de beperkte groep superspecialisten, zoals verweerster, zich op landelijk niveau met elkaar verstaat om meer afstemming te krijgen over de standaard in deze, zodat voor patiënten duidelijker wordt wat de actuele inzichten van de medische wetenschap op dit punt zijn en wat bij de behandeling kan en mag worden verwacht van de behandeling.“*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor zijn weergegeven onder 2.1.

4. Beoordeling van het beroep

*Procedure*

4.1 Klager beoogt in beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. Hetgeen hij daartoe heeft aangevoerd komt in essentie neer op een herhaling van de stellingen die hij reeds in eerste aanleg heeft geuit. Klager concludeert impliciet tot vernietiging van de bestreden beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, tot gegrond verklaring van zijn klachten en tot het opleggen van een passende maatregel.

4.2 De arts heeft in beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Zij concludeert tot bevestiging van de bestreden uitspraak en afwijzing van het beroep.

*Beoordeling*



4.3 De behandeling van de zaak in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. Het Centraal Tuchtcollege verenigt zich derhalve met het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege en de gronden waarop dit berust en neemt dit oordeel over.

4.4 Aan de overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege voegt het Centraal Tuchtcollege wat betreft de relatieve operatie indicatie en het informed consent nog het volgende toe.

#### **Toetsingsmaatstaf**

Zoals het Regionaal Tuchtcollege terecht heeft overwogen gaat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen niet om 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 terzake als norm of standaard was aanvaard. Dat handelen wordt beoordeeld naar het moment van handelen zonder rekening te houden met kennis over het beloop nadien.

#### **Relatieve operatie indicatie**

Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat er na weging van onder meer de klinische presentatie, de anamnese en de endoscopische beelden, geen sprake was van een absolute maar wel van een relatieve operatie indicatie. Deze indicatie wordt ondersteund door de KNO-artsen L., M. en J.. Niet geoordeeld kan worden dat deze indicatiestelling – getoetst aan de hiervoor weergegeven maatstaf, onzorgvuldig was. Opmerking verdient evenwel dat deze indicatie niet is onderbouwd met het objectiveren van de klachten voorafgaande aan het operatie-traject en is dit objectiveren ook niet door de arts overwogen. Geplaatst in het licht van het door de arts benoemde risico op een “apparent life-threatening event” zou het - naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege - beter zijn geweest indien de arts de tijdspanne tussen het eerste consult op 23 juli 2014 en de eerste operatie op (1 augustus 2014) had benut om voorafgaand aan het operatie traject eventuele nadere informatie bij de kinderarts te verzamelen en de ademhalings- en voedingsklachten zo veel mogelijk te objectiveren (bijvoorbeeld door middel van observatie tijdens voeding en door monitoring van de vitale parameters met zuurstofsaturatie tijdens een opname onder verantwoordelijkheid van de kinderarts).

#### **Informed consent**

Wat betreft het informed consent heeft de arts ter zitting in beroep verklaard dat zij pas tijdens een operatie op basis van de klinische presentatie bepaalt welke operatieve ingreep zij gaat verrichten. Zo is het in het onderhavige geval ook gegaan. Omdat het bij de ouders zou leiden tot verwarring heeft zij de ingreep weliswaar niet tot in de details tevoren uitgelegd, maar wel de ouders zowel over de supraglottoplastiek als de epiglotopexie geïnformeerd (d.m.v. tekeningen, een model en folders). Daarnaast heeft de arts gesteld dat bij deze laryngomalacie haar eerste keus een epiglotopexie was hetgeen een zwaardere ingreep is dan een supraglottoplastiek. Uiteindelijk heeft de arts tijdens de operatie gekozen voor een combinatie van beide ingrepen. Deze gehele gang van zaken ontmoet gelet op artikel 7: 448 van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst bij het Centraal Tuchtcollege geen bedenkingen. Het Centraal Tuchtcollege ziet daarin geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van de arts.

Hoewel niet tuchtrechtelijk verwijtbaar verdient het wel aanbeveling om bij een operatieve ingreep als deze aan te geven dat er door andere KNO-artsen, in andere zieken-

huizen in Nederland, voor de minder gecompliceerde ingreep (supraglottoplastiek) wordt gekozen, zodat ouders de mogelijkheid hebben zich ook elders te doen informeren.  
4.5 Het bovenstaande leidt tot de conclusie dat het beroep van klager wordt verworpen.

#### 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter, mr. W.P.C.M. Bruinsma en mr.dr.s. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en dr. C.J. Brenkman en

dr. G. Derksen-Lubsen, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 23 mei 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.