

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2010.019

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.019 van:

A., neurochirurg, wonende te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde:
mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht,
tegen

C., wonende te D., verweester in hoger beroep, klagster in eerste aanleg, gemachtigde:
E..

1. Verloop van de procedure

C. - hierna te noemen klagster - heeft op 16 juli 2007 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen neurochirurg A. – hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 24 november 2009, onder nummer 07/204 heeft dat College de klacht deels gegrond verklaard en de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. Voorts heeft het Regionaal Tuchtcollege de publicatie gelast van de beslissing zodra deze onherroepelijk is geworden. De arts is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 juli 2011 tegelijkertijd behandeld met de zaak C. / F., cardio-thoracaal chirurg (C2010.020). De zaken zijn niet gevoegd.

Ter terechtzitting zijn verschenen: de arts, bijgestaan door mr. M.J.J. de Ridder voornoemd alsmede klagster, bijgestaan door haar gemachtigde E..

De zaak is over en weer bepleit. Mr. M.J.J. de Ridder heeft dat gedaan aan de hand van een pleitnota die hij aan het Centraal Tuchtcollege heeft overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

“2. De feiten.

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

a. *Klagster, geboren op 6 augustus 1983, bezocht op 28 augustus 2003 de afdeling Eerste Hulp van het G.-ziekenhuis te D. vanwege progressieve klachten bestaande uit thoracale rugpijn, tintelingen in de benen, evenwichtsproblemen bij het lopen en mictiestoornissen.*

b. *Een op die dag nog gemaakte MRI-scan laat een ruimte innemend proces zien rechts thoracaal naast de wervelkolom ter hoogte van de zesde wervel met door-groei in het wervelkanaal en compressie van het ruggenmerg.*

c. *Verweerder is als neurochirurg werkzaam in het H.*

d. *De situatie was alarmerend en acuut vanwege de dreiging van een thoracale dwarslaesie. Op 29 augustus 2003 is klagster overgebracht naar het H. te I. (hierna te noemen het ziekenhuis), afdeling neurochirurgie, waar zij verder is behandeld*

door verweerder. Er is een echo-geleide biopsie verricht die mislukt vanwege de consistentie van de tumor.

e. Op 30 augustus 2003 heeft verweerder een laminectomie Th 6-7 verricht teneinde een decompressie van het myelum te bewerkstelligen. Tevens vond daarbij partiële resectie van de extradurale tumor plaats. In het operatieverslag staat onder "operatie-indicatie" het volgende vermeld: "Risico's heb ik aan patiënte en haar ouders uitgelegd, te weten nabloeding, toegenomen myelumpathie. Patiënte begreep de risico's goed en ging met het voorgestelde beleid akkoord." Op 4 september 2003 is klaagster in algeheel goede conditie naar huis ontslagen.

f. De PA-uitslag van de bij de operatie gemaakte vriescoupe luidt "osteoblastoom, geen maligniteit".

g. Klaagster is vervolgens wederom opgenomen in het ziekenhuis op 14 september 2003, afdeling cardio-thoracale chirurgie, teneinde het intrathoracale deel van de tumor te laten verwijderen. Klaagster is op 16 september 2003 geopereerd door F., cardiothoracaal chirurg, waarbij resectie van het restant osteoblastoom zesde rib rechts plaatsvond. In het operatieverslag is hierover het volgende opgenomen: "Naast de wervelkolom een massa van vier x tien cm. Gelegen in het verloop van een der ribben. De massa is breed en dicht op de thorax wand gelegen. Van een tweetal ribben wordt een kleine partieele resectie uitgevoerd om door middel van tractie te bepalen welke de aangedane rib is. Vervolgens mobiliseren van de aangetaste rib. Het resectie vlak bloed gemakkelijk [bloed verlies een liter] na resectie van de massa van de tumor zijn er op de rand van het resectievlak van de neurochirurg nog enige restanten bottumor. Deze tumor restanten worden voorzichtig met een fijne knabbeltang geresecteerd. Na consultatie van de neurochirurg."

h. Op 22 september 2003 is klaagster in goede conditie naar huis ontslagen.

i. In november 2003 heeft verweerder ter nacontrole een MRI-scan en een CT-scan laten maken. De uitslagen daarvan waren goed.

j. In november 2004 zijn in opdracht van verweerder wederom een MRI-scan en een CT-scan gemaakt. Daarop bleek een "verdenking recidief osteoblastoom rechts pedikel Th7".

k. Verweerder heeft met klaagster deze uitslag besproken en daarbij aangegeven dat klaagster (mogelijk in het buitenland) wederom geopereerd moest worden.

l. Bij brief van 28 december 2004 heeft verweerder aan klaagster het volgende geschreven: "J., orthopaed en F., cardiothoracaal chirurg, hebben samen met mij nogmaals naar uw foto's gekeken. Wij zijn van mening dat wij de operatie gelukkig gewoon in I. kunnen uitvoeren en dat daar geen haast voor geboden is. Derhalve stel ik voor dat wij inderdaad tot de zomervakantie van 2005 wachten zodat u uw examens kan doen. Een precieze datum moeten wij nog bepalen. Het is dus goed nieuws dat de operatie gewoon in het AMC geschiedt.

Voor bespreking van risico's en pre-operatief beloop moeten wij nog een keer op de polikliniek een afspraak maken, maar mogelijk is het nog verstandiger dat u ook met J. kennismakt. Ik stel voor dat u daarvoor een poliklinische afspraak maakt op de afdeling Orthopaedie van het H."

m. In een brief aan de huisarts van 29 december 2004 heeft verweerder onder meer geschreven: "Dat betekent dat er toch weer een dwingende operatie-indicatie bestaat, zeker omdat radicale resectie curatie betekent".

n. Op 4 februari 2005 is klaagster met haar moeder op de polikliniek Orthopaedie geweest waar zij hebben kennigemaakt met onder anderen J.. Daar is voorgesteld om in de zomer van 2005 het corpus Th7 te reseceren, via een anterieure bena-

dering een cage te plaatsen met een anterieure instrumentatie en een spondylodese posterieur te verrichten.

o. *Indicatiestelling en behandeling is door J. in overleg met verweerder met een lid van de bottumorencommissie besproken.*

p. *Op 13 juli 2005 is patiënte opgenomen op de afdeling Orthopaedie van het ziekenhuis. Die dag heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klaagster, haar moeder, haar partner, J. en K. (die toen als zaalarts dienst had). K. heeft hierover in de status het volgende opgenomen:*

“Uitleg v/d procedure: Dese posterieur

Complicaties: infect, bloeding

Prognose: goed

Alternatief: expectatief

Folder meegegeven: nvt

Toestemming patiënt: Ja

Naam arts: K.”

Voorts zijn patiënte en haar ouders die dag nog bezocht door verweerder. Deze heeft daarover in de status het volgende opgemerkt: “pre-operatief gesprek gehad. Pt is goed op de hoogte van de indicatie en risico’s. Ook J. heeft al uitleg gegeven.”

q. *Op 14 juli 2005 heeft de operatie plaatsgevonden. Daarbij heeft cardio-thoracaal chirurg L. de thorax geopend. J. heeft de operatie vervolgd met de resectie van het ribkopje en een corporectomie. Na het ontstaan van een durascheur heeft verweerder de scheur a vue gemaakt, afgehecht en gelijmd. Vervolgens heeft J. de operatie afgemaakt waarna L. de thorax heeft gesloten. Het door J. opgestelde operatieverslag luidt – voor zover hier van belang - als volgt:*

(...)

“Nu wordt begonnen met de subtotale resectie van Th 7. Hiertoe wordt een vlak gemaakt vanuit de pedikel gerekend naar voren toe. Vervolgens wordt de discus Th 5-6 en Th 6-7 gelokaliseerd. De discus wordt geïncideerd en met de beitel wordt een vlak gemaakt, zodat we zo dadelijk een wigvormige resectie kunnen verrichten van het corpus Th 7. Er ontstaat bij het inbrengen van de beitel in de discus TH 6-7 een lek. De beitel wordt teruggetrokken. Het liquorlek komt hierop spontaan tot stand, er lekt geen verder liquor meer. Wel doet zich de ernstige situatie voor, dat de ivoked (lees: evoked) potentials, zowel de motor ivoked als de somatosensory ivoked potentials wat betreft het been volledig wegvallen.”

(...)

r. *Na afloop van de operatie is de familie direct door verweerder, J. en K. op de hoogte gebracht van de opgetreden complicatie.*

s. *Bij klaagster is post-operatief een dwarslaesie ontstaan op het niveau Th 7. Er heeft geen neurologisch herstel plaatsgevonden.”*

2.2. De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden, het volgende in.

“3. Het standpunt van klaagster en de klacht.

De klacht houdt – na nadere precisering - zakelijk weergegeven in dat verweerder

1. *in 2003 niet heeft gekozen voor radicale resectie, waardoor het risico van recidief in het leven werd geroepen, welk risico zich ook heeft verwezenlijkt;*

2. *in 2003 en in 2004/2005 geen overleg heeft gepleegd met een orthopedisch chirurg of met de bottumorencommissie;*

3. *in juli 2005 zonder indicatie is overgegaan tot totale resectie van corpus Th 7;*
4. *klaagster in onzekerheid heeft gebracht over een operatiemogelijkheid in de Verenigde Staten;*
5. *verweerder klaagster niet althans volstrekt onvolledig heeft gewezen op de mogelijke complicaties van de operatieve ingrepen van 2003 en 2005 noch met het behandelend team afspraken heeft gemaakt over de taakverdeling van de informatie, noch in 2005 duidelijkheid heeft verschaft dat de tumor in 2003 niet radicaal was verwijderd.*

4. Het standpunt van verweerder.

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

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

“5. De overwegingen van het College.

5.1. *Het College stelt voorop dat het de klachten zal beoordelen, zoals die na specificatie luiden en hiervoor zakelijk zijn weergegeven. Daarbij baseert het zich, met instemming van partijen, mede op hetgeen ter terechtzitting van 17 maart 2009 naar voren is gebracht, waarvan proces-verbaal is opgemaakt dat zich bij de stukken bevindt.*

5.2. *Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel.*

Verweerder kan niet worden verweten dat bij de operatie van 30 augustus 2003 niet is geopteerd voor totale resectie. De operatie van 30 augustus 2003 vond plaats onder grote tijdsdruk omdat sprake was van neurologische uitval in de vorm van verlamningsverschijnselen en krachtvermindering. De operatie van 30 augustus 2003 beoogde decompressie van het myelum, hetgeen ook werd bewerkstelligd.

Het eerste klachtonderdeel is in zoverre ongegrond.

Het tweede deel van dit onderdeel is echter gegrond. Verweerder had er beter aan gedaan bij de tweede ingreep voor totale resectie te kiezen. Voor de motivering wordt verwezen naar overweging 5.3.

5.3. *Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel.*

Een osteoblastoom is een zeldzame bottumor, die zich agressief kan gedragen en maligne kan degenereren. Gelet op deze aard van een osteoblastoom had het op de weg van verweerder gelegen, die bij de operatie van 30 augustus 2003 de hoofdbehandelaar was, na de operatie te kiezen voor een multidisciplinaire benadering van de verdere behandeling. Verweerder had overleg moeten plegen met een orthopedisch chirurg omtrent het verder te voeren beleid. Het College oordeelt dat verweerder, gezien de recidivecijfers van 10-20%, ondanks alle risico's van dien, de keuze van radicale resectie serieus had moeten overwegen en daartoe na de eerste operatie een orthopedisch chirurg had moeten consulteren.

Nu de eerste operatie was geslaagd, in die zin dat het ruggenmerg was gedeprimeerd, was er ook voldoende gelegenheid om een orthopedisch chirurg te raadplegen. Verweerder wordt op juiste gronden verweten dat dit overleg achterwege is gebleven. Het College tekent hierbij aan dat hiermee niet is gezegd dat, indien bij de tweede operatie in 2003 radicale “en bloc” resectie zou hebben plaatsgevonden, het risico op de complicatie van een dwarslaesie niet aanwezig zou zijn geweest.

Het tweede klachtonderdeel is gegrond.

5.4. *Ten aanzien van het derde klachtonderdeel.*

In november 2004 bleek na CT en MRI scans dat sprake was van een recidief osteoblastoom ter hoogte van rib Th7 en het corpus. Gezien het reële risico van neurologische

schade, hetgeen zich in 2003 bij klaagster reeds had gemanifesteerd in de vorm van verlamningsverschijnselen en krachtvermindering, en gezien de omstandigheid dat iets meer dan een jaar na de tweede operatie van 16 september 2003 al recidive optrad, was er sprake van een geldige operatie-indicatie voor een totale resectie van het corpus Th7, zelfs indien zich in het corpus Th7 zelf geen tumorweefsel bevond. Wat betreft de operatie-indicatie in juli 2005 kan verweerder dus geen verwijt worden gemaakt.

Het College is ambtshalve van oordeel dat verweerder, als hoofdbehandelaar tijdens de eerste operatie, na de constatering dat sprake was van recidive de verdere behandeling te veel op zijn beloop heeft gelaten. In november 2004 werd het recidief door verweerder geconstateerd, vervolgens vond eerst in februari 2005 het gesprek met J. plaats en daarna werd klaagster, zonder nieuwe (röntgen)diagnostiek, pas in juli 2005 weer gezien en geopereerd. Gelet op het tijdsverloop en de ernst en aard van de aandoening was nieuwe (röntgen)diagnostiek aangewezen. Verweerder had wat betreft het verloop van de behandeling na de vaststelling dat sprake was van recidive het verwijt kunnen worden gemaakt dat onvoldoende is geverifieerd wanneer en op basis van welke diagnostiek de behandeling van het recidief zou plaatsvinden. Nu dit geen onderdeel van de klacht is, zal hieraan voor de beoordeling verder geen consequenties worden verbonden,

5.5. Wat betreft de tijdens de operatie van 14 juli 2005 opgetreden dwarslaesie overweegt het College nog het volgende.

De operatie van 14 juli 2005 is uitgevoerd door J., als hoofdbehandelaar, L. en verweerder. J. was voldoende gekwalificeerd om de corporectomie uit te voeren. J. heeft een ruime ervaring als wervelkolomchirurg. Hij had een dergelijke operatie al meer dan honderd maal uitgevoerd. J. bezat over voldoende expertise om het corpus Th7 te reseceren. Ter terechtzitting heeft J. nog toegelicht dat zich bij hem in 0,3% van de gevallen complicaties voordoen. Aan de juistheid van dit getal behoeft niet te worden getwijfeld. Ook dit percentage toont de deskundigheid van J. aan.

L. en verweerder waren voldoende deskundig om als medeoperateurs bij de operatie betrokken te zijn. Voorafgaand aan de operatie is de zaak multidisciplinair besproken en voorgelegd aan een in het H. werkzaam lid van de landelijke bottumoren-commissie. Het College is van oordeel dat het multidisciplinaire team dat de operatie op 14 juli 2005 heeft uitgevoerd voldoende ervaren en deskundig was. Dat de dwarslaesie is opgetreden is, hoe vreselijk ook de gevolgen zijn, een complicatie die niet aan de operateurs kan worden verweten.

Het derde klachtonderdeel is dus ongegrond.

5.6. Het vierde klachtonderdeel.

Het hier geformuleerde verwijt is eveneens ongegrond. Het was te begrijpen en te verdedigen dat verweerder aanvankelijk meende, en dat aan klaagster liet weten, dat de operatie alleen in de Verenigde Staten kon plaatsvinden. Toen dit onjuist bleek te zijn, is dit onverwijld aan haar meegedeeld

5.7. Het vijfde klachtonderdeel.

Klaagster had toen zij in augustus 2003 bij verweerder in behandeling kwam neurologische schade. Juist in verband met de kans dat een totale dwarslaesie zou optreden vond met spoed de operatie van 30 augustus 2003 plaats. Klaagster was zich dus reeds bewust van de neurologische risico's. Op diverse momenten in 2003, 2004 en 2005 is door (hoofd)behandelaars met klaagster en haar familieleden gesproken over de (geplande) ingrepen en de daaraan verbonden risico's. In de status zijn aantekeningen van dergelijke gesprekken terug te vinden. Kort voor de operatie van 14 juli 2005 is ook

nog met klaagster gesproken over de ophanden zijnde ingreep en de risico's. Het College is van oordeel dat onvoldoende is gebleken dat klaagster met betrekking tot de operaties in 2003 en 2005 in het kader van informed consent onvoldoende is geïnformeerd. Omdat onzeker is of verweerder in 2004 of in 2005 tot de conclusie is gekomen dat in 2003 de resectie radicaler had moet worden uitgevoerd kan ook het verwijt van onvoldoende informatie achteraf niet worden gevolgd. Op grond hiervan kan niet worden vastgesteld dat verweerder of één van de andere (hoofd)behandelaars in dit opzicht een verwijt kan worden gemaakt.

Klachtonderdeel vijf is ongegrond.

5.8. De conclusie van het voorgaande is dat de klachtonderdelen deels gegrond zijn. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het hoger beroep uit van de feiten en de omstandigheden zoals zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven onder 2.1 staan weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. Klaagster heeft in een klaagschrift een aantal klachten geformuleerd, gericht tegen meer beklagden, waaronder de arts; de klacht is door klaagster nader gepreciseerd ter terechtzitting in eerste aanleg op 17 maart 2009. De oorspronkelijke klacht bestond uit vijf onderdelen. Deze onderdelen zijn door het Regionaal Tuchtcollege beoordeeld, zoals weergegeven in de beslissing onder 5.2. tot en met 5.7. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klachtonderdelen 5.4., 5.5., 5.6. en 5.7. ongegrond verklaard.

Het klachtonderdeel 5.2. valt in twee subonderdelen uiteen. Het Regionaal Tuchtcollege heeft een sub-onderdeel van 5.2. en onderdeel 5.3. gegrond verklaard en aan de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. De arts is in beroep gekomen van achtereenvolgens de beslissing voor zover de klachtonderdelen gegrond zijn verklaard en van de aan hem opgelegde maatregel van waarschuwing.

4.2. Klaagster heeft gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie het beroep te verwerpen.

4.3. Tegen het oordeel voor zover inhoudend de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen 5.2. en 5.4. tot en met 5.7. is geen beroep ingesteld. Dit betekent dat de verwijten van klaagster dat:

- bij de operatie van 30 augustus 2003 niet is geopteerd voor radicale resectie;
- in juli 2005 zonder indicatie is overgegaan tot totale resectie van corpus Th7;
- zij in onzekerheid is gebracht over een operatiemogelijkheid in het buitenland (de Verenigde Staten van Amerika);
- zij door de arts niet althans volstrekt onvolledig is gewezen op het bestaan van aan de operatieve ingrepen van 2003 en 2005 verbonden risico's voor het ontstaan van complicaties noch met het behandelend team afspraken zijn gemaakt over de taakverdeling van informatieverstrekking noch in 2005 duidelijkheid is verschaft dat de tumor in 2003 niet radicaal was verwijderd, in hoger beroep niet meer aan de orde zijn.

4.4. Het eerste klachtonderdeel dat in hoger beroep voorligt betreft het verwijt dat bij de ingreep op 16 september 2003 ten onrechte niet is gekozen voor radicale resectie. Het Centraal Tuchtcollege overweegt naar aanleiding van dit verwijt als volgt. Op grond van de stukken in het dossier is aannemelijk geworden dat steeds, - derhalve niet alleen bij gelegenheid van de operatieve ingreep op 16 september 2003, maar ook bij gelegenheid van de operatieve ingreep op 14 juli 2005 - is gestreefd naar zoveel mogelijk radicaliteit. Het ter zake gevoerde beleid kon worden gerechtvaardigd in het bijzonder door radiologische bevindingen, voor zover die bevindingen inhielden dat het corpus niet was aangedaan en omdat tijdens de operatie van 16 september 2003 zowel de neurochirurg als de thoraxchirurg concludeerde dat het op de scan aangedane gebied kon worden verwijderd. Gelet op die bevindingen en bezien in het licht van in het algemeen aan verwijdering van het corpus verbonden risico's is door de arts op goede gronden ervoor gekozen die risico's niet te nemen en is volstaan met een zo radicaal mogelijke, gecontamineerde resectie. Het voorgaande brengt mee dat de grief van de arts slaagt en dat de ter zake geuite klacht door het Centraal Tuchtcollege alsnog ongegrond zal worden verklaard.

4.5. Het andere klachtonderdeel betreft het verwijt dat de arts, die bij de operatieve ingreep op 30 augustus 2003 de hoofdbehandelaar was, bij het vervolg van de behandeling had moeten kiezen voor een multidisciplinaire benadering, door het plegen van overleg met een orthopedisch chirurg of met de bottumorencommissie omtrent het te voeren beleid. Voor het voeren van dat overleg door de arts bestond zowel aanleiding als gelegenheid.

Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat op de gronden zoals uiteengezet door M. in zijn rapport van 2 september 2009 (paragrafen 5.4. en 5.7.), geen reden is voor een aan de arts te maken verwijt. De aanleiding voor de eerste operatie op 30 augustus 2003 was een acute situatie. Vanuit neurochirurgische invalshoek was de hoofddoelstelling van die operatie het decomprimeren van het ruggenmerg. De arts heeft op grond van de resultaten van radiologisch onderzoek op goede gronden gemeend dit resultaat te kunnen bereiken zonder dat daardoor de stabiliteit van de wervelkolom geweld zou worden aangedaan. Voorafgaand aan de tweede operatieve ingreep op 16 september 2003 heeft de mogelijkheid voor consultatie van een orthopedisch chirurg weliswaar opengestaan (het ruggenmerg was inmiddels gedecomprimeerd en de diagnose was bekend) doch een professionele gehoudenheden tot zo'n consultatie kan niet worden aangenomen, gelet op de neurochirurgische bevindingen en in aanmerking nemend de specifieke expertise van de arts op het terrein van de spinale neurochirurgie. Daarbij komt, dat binnen de neurochirurgische beroepsgroep geen consensus bestaat over de noodzaak om in het geval als dat van klaagster een orthopedisch chirurg te consulteren. Bij de operatieve ingreep op 14 juli 2005 is overigens wel een orthopedisch chirurg geconsulteerd; het ging toen om een recidief waarvoor een meer uitgebreide ingreep mogelijk noodzakelijk was, met de mogelijkheid van gevolgen voor de stabiliteit van de wervelkolom. Op grond van gelijke overwegingen treft de arts niet het verwijt dat hij niet ervoor heeft gekozen de bottumorencommissie te consulteren. Het voorgaande brengt mee dat ook deze grief van de arts slaagt met gevolg dat de ter zake geuite klacht door het Centraal Tuchtcollege alsnog ongegrond zal worden verklaard.

4.6. De arts is voorts opgekomen tegen de overweging van het Regionaal Tuchtcollege (beslissing waarvan beroep, par. 5.4) waarin door dat college ambtshalve is geoordeeld dat hij de behandeling op zijn beloop heeft gelaten en dat - in het verlengde van dat oordeel - aan hem door klaagster het verwijt had kunnen worden gemaakt dat onvoldoende is geverifieerd waar en wanneer en op basis van welke diagnostiek de behandeling van het recidief zou plaatsvinden. Nu dit oordeel

van het Regionaal Tuchtcollege niet dragend is voor de beslissing waarvan beroep, heeft de arts geen belang bij de beoordeling daarvan door het Centraal Tuchtcollege.

4.7. Al het voorgaande betekent dat de klacht, zoals in beroep aan het Centraal Tuchtcollege is voorgelegd, in alle onderdelen ongegrond is en het beroep slaagt.

Afzonderlijke publicatie van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam, zoals in die beslissing is bepaald, is bij die stand van zaken niet nodig.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verklaart het beroep van de arts gegrond;

vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover de

klacht in rechtsoverweging 5.2. en 5.3. gegrond is verklaard

en aan de arts de maatregel van waarschuwing is opgelegd;

en - in zoverre - opnieuw rechtdoende:

verklaart deze onderdelen van de klacht alsnog ongegrond.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. W.D.H. Asser, voorzitter;

mr.drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. R. Veldhuisen, leden-juristen en

prof.dr. A.H.M. Taminiau en prof.dr. C.M.F. Dirven, leden-beroepsgenoten en

mr. H.J. Lutgert, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 25 oktober 2011.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.