

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 177/2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 12 juli 2012 naar aanleiding van de op 15 juni 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. D.S. Lösing, advocaat te Rotterdam,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, psychiater, werkzaam te B en D,
bijgestaan door mr. J. Velthoven, advocaat te Tiel,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek;
- de namens klaagster op 5 oktober 2011 ingezonden stukken, de namens verweerder op 13 januari 2012 ingezonden stukken en de namens verweerder ingezonden brief van 30 mei 2012.

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 1 juni 2012, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder in persoon, bijgestaan door hun raadslieden.

De zaak is tegelijkertijd maar niet gevoegd behandeld met de zaak tegen verweerder bekend onder nummer 164/2011. In beide zaken wordt tegelijkertijd uitspraak gedaan.

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.

2.1. Verweerder is van 1 april 2008 tot 1 augustus 2010 als psychiater in dienst geweest van de E te B. Daarnaast had hij een praktijk als zelfstandig gevestigd psychiater, aanvankelijk alleen in D en later - na beëindiging van zijn dienstverband bij de E - ook in B.

2.2. Klager, geboren in 1980, is van Turkse afkomst. In haar familie is eerwraak mogelijk. Zij heeft zich op 7 mei 2009 onder behandeling gesteld bij de E die haar vervolgens bij F heeft aangemeld, waar zij echter niet is verschenen. Op 22 september 2009 is zij bij de E in behandeling genomen; haar behandelaar was een collega van verweerder, G.

2.3. Op 31 maart 2010 heeft G klager doorverwezen naar verweerder voor een consult betreffende de medicatie. De consultvraag luidde:
“relevante informatie (inclusief werkdiagnose en huidig beleid/behandeling): angst en depressieve klachten bij 20-jarige vrouw die vanwege depressieve en angstklachten in de ziektewet is gekomen. Er is naast de depressieve klachten voornamelijk sprake van sociaal fobisch getinte angstklachten
Consultvraag (gespecificeerd)
Medicatieverhoging of verandering?”.

2.4. Verweerder heeft klager voor het eerst gezien op 2 april 2010. Hij noteerde in het dossier onder meer:
“zij is op 7 jarige leeftijd door buurman sexueel misbruikt sinds een paar weken. vriend is aan hart aanvaloverleden wie zij gaat trouwen.
Zij is emotioneel verwaarloosd.
Heeft paniek, ptss en depressieve klachten. daarnaast heeft zij ontwijkende persoonlijkheidseigenschappen

Psychiatrisch onderzoek: een 30-jarige goed verzorgde vrouw. Zij ziet er angstig, somber en bezorgd uit. De stemming is angstig en somber.
Geen waarnemings en denk stoornis
Geen sprake van suicidaliteit
Voorlopige diagnose volgens DSM IV classificatie:
As I-PTSS
- paniek stoornis met agorafobie
- depressiev stoornis
As II – ontwijkende persoonlijkheidseigenschappen
As III
As IV, mishandeling, verwaarlozing en verlies van vriend
As V (GAF) 49
Beantwoording vraagstelling: paniek, depressiev en PTSS klachten bij een vrouw met ontwijkende persoonlijkheid.
Medicatiebeleid: -Prozac 20 mg 1dd1, seroquel 25 mg 1dd1

- seroquel 25 mg 1dd1

Bijzonderheden: zij kan farmacotherapie en CGT bij mij volgen”.

2.5. Klaagster is 7 april 2010 weer bij G geweest. Op 7 april 2010 noteerde deze: “(Verweerder, RTC) had mijn consultvraag verkeerd begrepen. Deze was alleen medicatie advies. (Verweerder, RTC) heeft haar tevens ctg behandeling aangeboden wat voor clte erg verwarrend was. Ze was wat in de war geraakt door het gesprek met (verweerder, RTC) doordat ze van alles moest vertellen terwijl ze hem nog niet goed kende.”

2.6. Volgens het dossier had klaagster op 14 april telefonisch contact met G en was zij op 21 en 28 april en op 12 mei 2010 op consult bij hem geweest.

2.7. Op 18 mei 2010 vond een consult bij verweerder plaats. Hij heeft toen bij klaagster een EMDR-sessie gedaan. Klaagster is verder bij verweerder onder behandeling gebleven. Op 25 mei 2010 is er een sessie zonder EMDR. Op 29 juni 2010 doet verweerder weer een EMDR-sessie.

2.8. Op 20 juli 2010 schrijft verweerder aan een arts verbonden aan ARBONED onder meer:
“Bij de patiente is de diagnose depressieve en posttraumasich stesstoornis. Daarnaast heeft zij een persoonlijkheidsstoornis.
Haar klachten zijn met farmaco- en psychotherapie behandeld. Door deze behandeling tot nog toe beperkte effect.

Haar klachten zijn ernstig en chronisch. Zij heeft voor deze klachten langdurig en intensieve behandeling nodig. De prognose is bij deze patiënte voor een korte termijn niet positief.
haar behandeling is verder op onze afdeling voortgezet ”

2.9. Op 3 augustus 2010 vindt de laatste sessie (zonder EMDR) plaats bij de E.

2.10. Op 10 augustus 2010 heeft verweerder in het dossier geschreven dat het beter gaat, dat de klachten duidelijk waren verminderd en dat de behandeling bij hem is beëindigd.

2.11. Van 4 augustus 2010 tot en met 11 maart 2011 is klaagster in de eigen praktijk van verweerder onder zijn behandeling geweest. Het dossier vermeldt dienaangaande:
“1 september 2010: Het gaat net goed met haar. Zij wil haar medicatie wisselen B/ over 2 weken afspraak
2 september 2010: zij heeft relatie, maar zij voelt niks van hem. Hij werkt als bouwvakker, Mirtazapine gaat zij eerder in nemen. Omdat zij niet kan slapen, als zij geen medicatie neemt.
Zij ziet er beter, en ontspannen uit
woont eigen huis, heeft minder contact met haar moeder, zij controleert haar altijd.
zij gaat op vakantie voor 10 dagen.
zij kan met haar broer en vriend goed op schieten.
6 september 2010: Huisartsenbrief is gemaakt en opgestuurd

9 september 2010: heeft duidelijk minder paniek aanvallen maar heeft wel depressieve klachten nergens zin in. zij kan geen afstaand van haar moeder nemen, zij stelt zich haar afhankelijk voor. zij krijgt ook geen steun van haar vader, zij moet hem helpen, Beloop: zij is gesteund dat zij afstaand van ouders gaat nemen, dagactiviteit gaat doen, contact met vriendin zoeken B/naast mirtazapine starten met Lexapro 10 mg 1dd1 R/over 1 week

22 september: Gaat goed B/onveranderd

22 september 2010: zie papieren dossier

6 oktober 2010: Zie papieren dossier

6 oktober 2010: Zie papieren dossier

11 oktober 2010: zij heeft griep gesprek telefonisch gedaan verdere behandeling uitgesteld

21 oktober 2010: zie papieren dossier

28 oktober 2010: 0 klachten zijn onveranderd aanwezig verder gaan met schematherapie R/over 1 week

4 november 2010: Zie papieren dossier

12 november 2010: Zie papieren dossier

18 november 2010: Zie papieren dossier

18 november 2010: Zie papieren dossier

25 november 2010: Zie papieren dossier

26 november 2010: Zie papieren dossier

7 december 2010: bij arbo rts geweest, klachten zijn onveranderd aanwezig. Nog niet bloed afgegeven

10 december 2010: Zie papieren dossier

18 december 2010: diagnose PTSS volgens PS-DSM-IV

6 januari 2011: het gaat wel wat beter

12 januari 2011; Hb is wat laag, verder g.b. anafranil is in bloed niet meetbaar

13 januari 2011: Behandeling volgens protocol uitgevoerd. Geen bijzonderheden.

26 januari 2010: agenda: 1. geen onderwerp genoemd 2. Lab-uitslagen 3. hoe moet het verder

Huidige klachten en problemen:
 Zij is erg vergeetachtig en angstig, zij is bang dat iemand 's-avonds in haar huis is
 Interventie: Anafranil opbouwen tot 1dd1/50 mg- Xanax onveranderd voortzetten.

31 januari 2011: Behandelplan met patiënt besproken en laten tekenen HB en BP opgesteld en opgestuurd

3 februari 2011: patiënt dossier gedigitaliseerd

9 februari 2011: behandeling volgens protocol uitgevoerd Geen bijzonderheden.

9 maart 2011: behandeling volgens protocol uitgevoerd Geen bijzonderheden.

11 maart 2011: ontslagbrief opgesteld en opgestuurd.”

2.12. Verder behelst het dossier de tekst van een behandelcontract van 31 januari 2011. Niet blijkt dat dit contract zowel door klaagster als door verweerder is ondertekend.

2.13. Het dossier bevat voorts brieven van 31 januari 2011, van 11 maart 2011 en van 5 augustus 2011.

2.13.1. Op 31 januari 2011 schrijft verweerder aan de huisarts van klaagster:

“Bovengenoemde patiënte is sinds 18 december 2010 onder mijn behandeling in verband met angstklachten, panieklachten en depressieve klachten.

Diagnose volgens DSM IV:

As 1	F43.1	Posttraumatische stressstoornis:Chronisch
	F40.01	Paniekstoornis met agorafobie
	F33.2	Depressieve stoornis: Recidiverend, Ernstig, zonder psychotische kenmerken
As 2	F60.31	Borderline persoonlijkheidsstoornis; aanwezig
As 3		Geen, of geen relevante diagnose op As3
As 4		Financiële problemen Problemen verbonden aan de sociale omgeving Problemen binnen de primaire steungroep
As 5	GAF start	45
	GAF hoogste laatste jaar	55
	GAF einde	50

Conclusie:

Het betreft een 31-jarige vrouw met een posttraumatische stressstoornis, een paniekstoornis en een depressieve stoornis. De klachten worden door mij behandeld met farmaco-en psychotherapie.

Huidige medicatie:

Xanax 0,5 mg. 1d.d.
Anafranil 25 mg. 1 d.d.
Anafranil 75 mg. 1 d.d.
Anafranil 75 mg. 2 d.d.
Xanax 0,5 mg. 1 d.d.”

2.13.2. Op 11 maart 2011 schrijft verweerder aan de huisarts van klaagster:

“Bovengenoemde patiënte is sinds 06 januari 2011 onder mijn behandeling in verband met angst, paniek en depressieve klachten.

De klachten zijn door mij behandeld met farmacotherapie en psychotherapie. Door deze behandeling zijn haar klachten wel verminderd, maar zij heeft nog in ernstige mate last van deze klachten. Zij heeft tot nu toe verschillende antidepressiva gebruikt, o.a. clomipramine, escitalopram en cymbalta, maar zonder effect.

Haar behandeling is op mijn praktijk beëindigd. Zij kan naar een psychiatrische instelling verwezen worden voor de verdere behandeling.”

2.13.3. Op 5 augustus 2011 schrijft verweerder aan een onbekende adressant:

“De bovengenoemde patiënte was bij het E bekend met posttraumatische stress, paniek- en depressieve stoornis. Daarnaast is zij ook bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Haar klachten zijn door mij met farmacotherapie en psychotherapie behandeld.

Na vertrek van mij bij E wilde zij haar behandeling op mijn praktijk voortzetten. Van 04.08.2010 t/m 11.03.2011 is zij op mijn praktijk behandeld met cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie. Door deze behandeling zijn haar posttraumatische stressstoornis-e en paniekstoornisklachten duidelijk verminderd, maar haar depressieve klachten waren onverminderd aanwezig.

In overleg met patiënte is haar behandeling bij mijn praktijk beëindigd en is zij naar haar huisarts verwezen. Zij heeft zich voor verdere behandeling van haar klachten aangemeld bij F via haar huisarts.

Diagnose volgens DSM-IV:

As I F43.1 Posttraumatische stressstoornis: Chronisch
F40.01 Paniekstoornis met agorafobie
F33.2 Depressieve stoornis: Recidiverend, Ernstig, zonder psychotische kenmerken
As II F60.31 Borderline persoonlijkheidsstoornis; aanwezig
As III Geen, of geen relevante diagnose op As3
As IV Financiële problemen
Problemen verbonden aan de sociale omgeving
Problemen binnen de primaire steungroep

As V GAF start	45
GAF hoogste laatste jaar	55
GAF einde	50

Laatste medicatie:

Xanax 0,5 mg. 1d.d.

Anafranil 75 mg. 2 d.d.”

2.14. Klaagster heeft op 17 maart 2011 bij de E melding gedaan van grensoverschrijdend gedrag door verweerder. In het dossier is door H onder meer genoteerd: “Tijdens het intake gesprek vertelde ze mij dat ze bij PT bij G in behandeling was geweest en tijdens een medicatieconsult bij (verweerder, RTC) hij de behandeling had over genomen. IZe vertelde mij dat ze in de behandeling haar handen had vastgehouden, haar had omhelst, haar een paar keer op haar wang had gekust en dat hij haar had gevraagd om met haar uit te eten. Ze zei dat ze dit niet prettig had gevonden en dat ze het had laten gebeuren omdat hij psychiater was. Ze zei dat als hij haar had gekust ze misselijk van werd en soms overgaf.”.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder - zakelijk weergegeven - dat deze jegens klaagster in medisch en professioneel opzicht ernstig is tekortgeschoten, in die zin dat sprake is geweest van grensoverschrijdend gedrag in de behandelrelatie, van seksueel (getint) gedrag en van een ondeugdelijk behandelbeleid.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert - zakelijk weergegeven - aan dat hij klaagster een adequate behandeling heeft gegeven als psychiater voor de problematiek waarvoor zij zich onder behandeling heeft gesteld, dat hij niet grensoverschrijdend heeft gehandeld jegens klaagster en geen misbruik heeft gemaakt van zijn positie en dat de klacht ongegrond dient te worden verklaard.

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. Klaagsters klacht is tweeledig. Zij verwijt verweerder - kort gezegd - grensoverschrijdend gedrag en een tekortschietende behandeling en dossiervoering.

5.3. Wat betreft het gestelde grensoverschrijdende gedrag overweegt het college het volgende.

Het college stelt voorop dat grensoverschrijdend gedrag in de arts-patiëntrelatie onacceptabel is, eens te meer waar sprake is van kwetsbare patiënten zoals in casu. Echter, om te komen tot een tuchtrechtelijke veroordeling ter zake van grensoverschrijdend gedrag dient door het college te worden vastgesteld dat dergelijk gedrag inderdaad heeft plaatsgevonden. Probleem daarbij is evenwel dat het gaat om het woord van klaagster tegenover dat van verweerder. Het college beseft dat er moed voor nodig is om een dergelijke klacht bij het college in te dienen, zeker gelet op klaagsters vrees voor eerwraak, hetgeen aan de geloofwaardigheid van klaagsters klacht bijdraagt. Dit staat echter tegenover verweerders ontkenning dat grensoverschrijdend gedrag heeft plaatsgevonden. Aangezien onvoldoende feiten en omstandigheden, waaruit het gestelde grensoverschrijdende gedrag blijkt, aannemelijk zijn geworden, dient dit onderdeel van de klacht te worden afgewezen.

5.4. Wat betreft de behandeling en de dossiervorming overweegt het college het volgende.

5.4.1. Klaagster was aanvankelijk onder behandeling van G. Deze heeft klaagster doorgestuurd naar verweerder voor een medicatieconsult. Niet duidelijk is geworden waarom verweerder de behandeling van klaagster heeft overgenomen. Dat klaagster niet tevreden was over de behandeling bij G blijkt niet, terwijl evenmin blijkt dat klaagster bij verweerder de behandeling wilde voortzetten.

5.4.2. Verweerder stelde bij het overnemen van de behandeling geen behandelplan op. Uit het dossier blijkt dat verweerder op 18 mei 2010 een eerste EMDR-sessie heeft gedaan, waarna een telefonisch consult volgde. Vervolgens werd op 25 mei 2010 geen tweede EMDR-sessie gedaan maar werd klaagster gevraagd om een schemadagboek bij te houden. Na nog een telefonisch consult volgde op 29 juni 2010 pas een tweede EMDR-behandeling, zonder vermelding van de uitkomst, waarna weer een telefonisch consult en vervolgens een medicatieconsult plaatsvond. Ter zitting heeft verweerder te kennen gegeven dat hij op zogenoemd eclecticische wijze te werk ging, zonder evenwel duidelijk te maken wat die werkwijze dan precies inhield en waarom die adequaat zou zijn. Op het college maakt de behandeling een chaotische indruk, terwijl gangbare EMDR-procedures niet werden gevolgd.

5.4.3. De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (2008) raadt klinici af om het diagnosticeren of classificeren van DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (borderline) primair te verrichten op basis van een enkelvoudig klinisch interview. De voorkeur wordt gegeven aan semi-gestructureerde interviews (ofwel a. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II), ofwel b. International Personality Disorder Examination (IPDE) ofwel c. Structured Interview for DSM Personality Disorders (SIDP-IV)) waarmee betrekkelijk snel tot een redelijk betrouwbare diagnostische classificatie kan worden gekomen en waarvoor een geëigende training moet worden gevolgd. Verweerder heeft de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis echter niet op deze wijze onderbouwd. Verweerder kan beredeneerd van de richtlijn afwijken, maar of dit gebeurd is en zo ja waarom staat niet in het dossier vermeld.

5.4.4. Verweerder verklaarde ter zitting dat hij vanuit een oogpunt van geheimhouding niet alles wat klaagster hem vertelde in het kader van de behandeling in het dossier noteerde. Hij verklaarde dat hij het geheim houden van groter belang achtte dan het delen van de informatie met collega's. Het college kan verweerder daarin niet volgen. Datgene wat nodig is voor een goede continuïteit van de zorgverlening dient in het dossier te worden opgenomen.

5.4.5. Tijdens de heraanmelding de dato 22 september 2009 gebruikte klaagster paroxetine 20 mg 1dd1. Op 22 oktober 2009 werd om een medicatieconsult verzocht, aangezien klaagster op dat moment ernstig depressief was ondanks het paroxetinegebruik. Op 27 oktober 2009 werd klaagster citalopram 20 mg dd voorgeschreven en opgebouwd naar 40 mg per dag. Op 2 april 2010 werd de citalopram door verweerder gestopt en omgezet naar fluoxetine 20 mg 1dd1 en seroquel 25 mg 1dd1 (oplopend tot 100 mg per dag op 18 mei 2010). Op 3 augustus 2010 bleek dat klaagster inmiddels clomipramine voorgeschreven had gekregen hetgeen ze in verband met bijwerkingen niet kon verdragen. Op 3 augustus 2010 werd dit vervangen door mirtazapine 15 mg 1dd1 en xanax 0,25 mg 1dd1. Op 9 september 2010 werd escitalopram 10 mg per dag toegevoegd aan de mirtazapine en op 16 september 2010 werd de mirtazapine opgehoogd naar 30 mg per dag. Op 4 november 2010 werd hernieuwd clomipramine gestart. Uiteindelijk is dit op 26 januari 2011 opgehoogd naar 150 mg per dag. Op 31 januari 2011 volgde een behandelingsplan waarin de dosering plots 250 mg per dag bleek te zijn en waarin de duur van de behandeling op een jaar werd gesteld. Vijf weken later beëindigde verweerder echter plotseling de behandeling en verzocht hij de huisarts om klaagster door te verwijzen naar een psychiatrische instelling voor verdere behandeling.

Samenvattend heeft klaagster tegen haar depressieve klachten in ruim een jaar tijd zeven verschillende antidepressiva voorgeschreven gekregen waarbij van 9 september 2010 tot

4 april 2011 mirtazapine gecombineerd werd met escitalopram. Conform de richtlijnherziening van de multidisciplinaire richtlijn depressie had verweerder veel eerder een tricyclisch antidepressivum moeten starten, eerder lithiumadditie moeten overwegen alsook een MAO-remmer. In plaats daarvan bleef verweerder echter steeds maar weer andere SSRI's, dan wel andere modernere antidepressiva proberen. Nergens wordt in zijn dossier beargumenteerd waarom verweerder steeds bleef afwijken van de richtlijn.

5.4.6. Verweerder verklaarde ter zitting dat hij twijfelde aan klaagsters therapietrouw vanwege de te lage bloedspiegel van de medicatie. Uit het dossier blijkt evenwel niet

dat hij dit met klagster heeft besproken. Daarom moet worden aangenomen dat hij dit niet heeft gedaan.

5.4.7. Het papieren dossier betreffende de behandeling in de eigen praktijk van verweerder ontbreekt. Verweerder verklaarde ter zitting dat dit er wel was geweest maar dat dit waarschijnlijk door zijn secretaresse was vernietigd. Wat daar ook van zij, het dossier dat door verweerder is overgelegd is vanuit een oogpunt van continuïteit van zorgverlening onvoldoende. De wettelijk verplichte bewaartermijn is in deze niet gevolgd. Het college rekent dit verweerder aan.

5.4.8. Als aanhangsel bij de ontslagbrief naar de huisarts wordt door verweerder een protocol van imaginaire exposure bestaande uit 10 sessies meegezonden. Hiermee wekt verweerder bij de huisarts de indruk dat hij dit protocol heeft gevolgd. Uit het digitale dossier - en volgens de verklaring van verweerder ter zitting- blijkt echter dat verweerder dit protocol niet heeft toegepast, waarmee deze de huisarts onjuist heeft ingelicht.

5.5. De conclusie is dan ook dat de klacht op het onderdeel behandeling en dossiervoering gegrond is. Verweerder is op diverse punten (ernstig) tekortgeschoten zowel in de zorg die hij als psychiater ten opzichte van klagster behoorde te betrachten alsook in de dossiervoering. Het college acht de mate van tekortschieten dermate ernstig dat de maatregel van berisping passend is.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. J.W. IJssink, voorzitter, mr. A.A.A.M. Schreuder, lid-jurist, T.S. van der Veer, M.H. Braakman en M.D. Klein Leugemors, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 12 juli 2012 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, 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 Centrale 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 aan-
gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gericht beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.