

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 188/2013

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 8 augustus 2014 naar aanleiding van de op 1 mei 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A,

k l a a g s t e r ,

B,

k l a g e r ,

beiden wonende te C,

-tegen-

D, gynaecoloog, destijds werkzaam te C,

bijgestaan door mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Tilburg,

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 bijlagen;**
- het verweerschrift met de bijlagen;**
- de repliek met de bijlagen;**
- de dupliek;**
- het ontvangen medisch dossier.**

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 20 juni 2014, alwaar zijn verschenen klagers en verweerder in persoon, de laatste bijgestaan door mr. drs. C. van der Kolk-Heinsbroek, collega van mr. Verberne.

Op initiatief van het college is als getuige ter zitting gehoord F, ten tijde van het verweten handelen werkzaam als arts-assistent niet in opleiding in het ziekenhuis in kwestie. Verder is ter zitting gehoord de door klagers als deskundige naar voren gebrachte gynaecoloog G, werkzaam in dat ziekenhuis.

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, geboren in 1981, was voor de eerste keer zwanger, de á terme datum was

28 december 2009. Er bleek sprake van een onvolkomen stuitligging. Een poging tot versie is op 2 december 2009 mislukt. Een collega van verweerder sprak met klaagster een in beginsel vaginale bevalling af. Hij besprak met haar dat er een grote kans zou zijn dat er toch een sectio nodig zou zijn. Klagers hebben folders ontvangen over een bevalling in het ziekenhuis.

Verweerder was ongeveer vier weken werkzaam in het ziekenhuis te C toen hij klaagster voor het eerst zag op een reguliere controleafspraak op 24 december 2009. Hij heeft geen notities gemaakt. Op 30 december 2009 noteerde hij bij controle dat de volgende keer (de controle over een week) een sectio moest worden gepland.

Klaagster kwam op zaterdag 3 januari 2010 om ongeveer 03.30 uur in het ziekenhuis. Uit de door F, die toen nachtdienst had, afgenomen anamnese bleek dat de vliezen om 02.55 uur waren gebroken en er meconiumhoudend vruchtwater was gezien. Onder verantwoordelijkheid van een collega van verweerder werd geconcludeerd dat het meconiumhoudend vruchtwater verband kon houden met de stuitligging en werd continue CTG-bewaking afgesproken en afgewacht op in beginsel een vaginale bevaling. Om 11.40 uur noteerde een arts-assistent: *“infuus, over 2u herb. continu CTG”*. Partijen zijn het erover eens dat verweerder rond 12.00 uur heeft besloten tot bijstimuleren. Daaraan is geen vervolg gegeven. Om 17.36 uur noteerde verweerder bij 3 cm ontsluiting: *“Matig tot niet in partu (...) Augmentatie oxytocine tot goede weeën”*. De verpleging noteerde dat om 17.50 uur werd gestart met oxytocine. Om 20.45 uur noteerde F bij 6 cm ontsluiting:

“goed in partu (...) SE geplaatst, herbeoordelen over 2 uur”. Op dat tijdstip vermelden de verpleegkundige aantekeningen: “Heel veel mec. geloosd!!” en om 21.50 uur”: “ctg ↑ tachycard bf 170”.

Om 22.50 uur noteerde F bij 9 cm ontsluiting: “Tijdens de wee drukgevoel, Se gesneuveld tijdens de contractie slechte registratie (...) Vruchtwater: dik meconiumhoudend (...) Nieuwe SE geplaatst exp T 37,5”. Zij heeft die avond herhaaldelijk tegenover verweerder haar zorgen geuit over het CTG, zij nam onregelmatigheden waar in de vorm van een tachycardie. Zij stelde voor een microbloedonderzoek (MBO) te doen bij de foetus. Verweerder beoordeelde het meconium als niet-ongebruikelijk bij een stuitligging en zag in het CTG geen aanleiding om een MBO te doen en het expectatieve beleid te wijzigen. Vervolgens noteerde F telkens dat het CTG optimaal was. Verweerder ging rond 23.00 uur rusten in het ziekenhuis. Om 01.00 uur noteerde F bij 10 cm ontsluiting: “reflectoire persdrang (...) Acceleratie van de hartactie: afwezig, deceleratie van de hartactie: geen, Conclusie m.b.t. de hartactie: abnormaal patroon (...) Start persen, [verweerder] gebeld”. Na toestemming te hebben gegeven tot persen arriveerde verweerder na 10 minuten in de verloskamer. Omdat de partus onvoldoende vorderde, besloot verweerder om 01.25 uur tot een sectio. Het OK-personeel moest nog worden opgeroepen. Om 01.52 werd de incisie gemaakt en om 01.59 kwam het kind, H, levenloos ter wereld. De aanwezige kinderarts heeft hem gedurende 20 minuten gereanimeerd, echter tevergeefs. Klagers hebben geen toestemming gegeven voor obductie.

Verweerder heeft klaagster na de bevalling tweemaal in het ziekenhuis bezocht. Hij heeft een gesprek op een termijn van drie weken aangeboden, waarvan klagers geen gebruik hebben gemaakt. Op het eerste reguliere consult na de bevalling heeft verweerder uitgebreid met klagers gesproken. Nadat uit een e-mailwisseling bleek dat er veel onvrede heerste bij klagers, heeft verweerder een volgend gesprek met klagers gehouden in aanwezigheid van de klachtenfunctionaris. Uiteindelijk, na beëindiging van het (tijdelijk) dienstverband van verweerder bij het ziekenhuis, hebben klagers verder gesproken met twee andere gynaecologen. Omdat het ziekenhuis geen melding deed bij de IGZ hebben klagers dat in maart 2010 zelf gedaan, waarna het ziekenhuis in april 2010 alsnog een melding deed. Uiteindelijk heeft het ziekenhuis een SIRE-

onderzoek verricht, waaruit diverse aanbevelingen voor verbeteracties zijn voortgekomen. Daarin is onder meer vermeld dat bijstimulering bij een stuitligging in het ziekenhuis niet gebruikelijk was en dat de ongebruikelijke keus van verweerder voor bijstimulering voor onrust zorgde bij de verpleegkundigen en de arts-assistent die in de middag dienst had. Voorts is de casus op 2 juli 2010 besproken in de landelijke perinatale audit. Na onderzoek heeft de IGZ geen verdere (tuchtrechtelijke) actie jegens verweerder ondernomen. De aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis heeft aansprakelijkheid erkend.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder, zakelijk weergegeven:

- a. dat hij is afgeweken van gemaakte afspraken omtrent de bevalling en onvoldoende informatie heeft gegeven over zijn visie op het begeleiden van de bevalling;
- b. dat hij niet volgens de professionele richtlijnen of standaarden heeft gehandeld tijdens de bevalling;
- c. dat hij zich tijdens de bevalling onvoldoende heeft ingespannen om het CTG goed te beoordelen, dat deze beoordeling ook niet goed is geweest en dat hij niet adequaat heeft gereageerd op een slechter wordend CTG, ondanks signalen van het overige (verpleegkundige) personeel, hij heeft na de bevalling ook nagelaten de Kleihauer-Betke test te doen;
- d. dat hij geen of onvoldoende nazorg heeft geboden;
- e. dat hij zeer gebrekkig heeft gecommuniceerd;
- f. dat hij zijn verantwoordelijkheid niet heeft genomen en niet professioneel heeft gehandeld door na de bevalling afspraken niet na te komen, persoonlijk contact uit de weg te gaan dan wel zich hier onvoldoende voor in te spannen en geen excuses aan te bieden;
- g. dat hij onvoldoende openheid heeft gegeven en onvoldoende voortgang heeft werkstelligd in de afwikkeling van het hele traject.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert zakelijk samengevat aan dat hij steeds is gebleven binnen het, door een collega op 2 december 2009 en op de dag van opname uitgezette beleid en binnen hetgeen

in het ziekenhuis gebruikelijk en volgens de geldende NVOG-richtlijn de standaard was. Ook bijstimuleren met oxytocine paste binnen dat beleid. Er was in de loop van de avond geen aanleiding van het expectatieve beleid af te stappen, het ontsluitingsbeloop was naar verwachting en hij interpreteerde het CTG en het meconiumhoudend vruchtwater anders dan F. Er is verzuimd hem om 00.00 uur te informeren over de mate van ontsluiting, zoals hij wel had afgesproken. Hij verwachtte dat een voortzetting van de ingezette bevalling in een snellere geboorte van het kind zou resulteren dan klaagster gereed te laten maken voor een sectio. Helaas moest om 01.50 uur alsnog worden overgegaan tot een sectio. Verweerder heeft meegewerkt aan een aantal gesprekken met klagers, aan een SIRE-onderzoek en een de perinatale audit. Hij betreurt het achteraf wel dat de beoordeling van het CTG hem niet eerder tot een sectio heeft doen besluiten en dat hij vanaf 23.00 uur is gaan rusten en niet uit eigen beweging om 00.00 uur heeft geïnformeerd naar de stand van zaken.

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 college zal eerst klachtonderdeel 3.b bespreken. Het be-
toog van klagers dat verweerder zich wat de beslissing tot
bijstimuleren betreft niet heeft gehouden aan de professionele
richtlijnen of standaarden berust op een verkeerde lezing
daarvan. Noch het protocol van het ziekenhuis uit 2000 dat
betrekking heeft op een stuitligging, noch de richtlijn 'Stuit-**

ligging' van de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), versie 2.0 uit 2008, staat aan het bijstimuleren met oxytocine in geval van een stuitligging in de weg. Beide bespreken juist uitdrukkelijk dat bijstimuleren overwogen kan worden. Dit klachtonderdeel is dus ongegrond. Ook het enkele feit dat in het ziekenhuis in kwestie bijstimuleren bij een stuitligging niet gebruikelijk was, maakt het nog niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat verweerder daartoe heeft besloten. Over het afwijken van het beleid van het team verderop nader.

5.3

Klachtonderdeel 3.a heeft betrekking op het beleid van verweerder en het informed consent van klagers. Het college zal dat eerst bespreken voor de poliklinische fase en vervolgens tijdens de ziekenhuisopname in de aanloop naar de bevalling.

In de poliklinische fase mocht verweerder erop vertrouwen dat de gynaecoloog die met klagers een in beginsel vaginale bevalling had afgesproken, hen had voorgelicht over een vaginale bevalling bij een kind in onvolkomen stuitligging. Er is ook gebleken dat deze dat heeft gedaan, immers uit hetgeen klagers naar voren hebben gebracht blijkt dat hij het verhoogde risico op een sectio met hen heeft besproken. Aan de andere kant is niet komen vast te staan dat reeds toen is gesproken over al dan niet bijstimuleren, verweerder kon dat in elk geval niet uit het dossier opmaken want er is niets genoteerd, en dat is ook niet komen vast te staan met betrekking tot hetgeen verweerder met klagers heeft besproken. Daarom kan niet worden vastgesteld dat verweerder in de poliklinische fase is afgeweken van het eerder met een collega van hem besproken plan en in het verlengde hiervan evenmin dat hij klagers in dat stadium onvoldoende over zijn beleid heeft geïnformeerd. Daarbij komt dat klagers ter zitting hebben aangegeven dat zij, daar waar verweerder bij de poliklinische consulten afweek van hetgeen volgens hen eerder met diens collega was afgesproken, dat pas buiten met elkaar hebben besproken. Het college kan zich overigens wel voorstellen dat klagers, door een vaker bij aanstaande ouders voorkomende verwarring over de wijze waarop het aantal weken zwangerschap wordt geteld, meenden dat op 30 december 2009 reeds met hen een afspraak over een geplande sectio zou worden gemaakt. Dat de collega-gynaecoloog met hen

had afgesproken dat die bij 41 weken zou worden gepland is echter niet opgeschreven en ook niet gangbaar.

Tijdens de opname heeft verweerder, zo staat vast tussen partijen, op 3 januari 2010 rond 12.00 uur besloten tot bijstimuleren met oxytocine. Nu hij, zoals zojuist vastgesteld, er niet van kon uitgaan dat eerder over bijstimuleren met klagers was gesproken, had verweerder de tijd moeten nemen om met beide klagers goed de voor- en nadelen daarvan te bespreken. Klagers hebben gesteld dat het hun slechts is meegedeeld en verweerder, die dit ook niet heeft gesteld, heeft niet genoteerd dat klagers na te zijn geïnformeerd akkoord zijn gegaan. Nu informed consent behoort te worden aangetekend in het dossier, moet het ervoor worden gehouden dat klagers niet na behoorlijk te zijn geïnformeerd akkoord zijn gegaan met bijstimuleren. Bij een dergelijk gesprek had ook aan het licht kunnen komen dat klagers, zoals zij thans stellen, met de vorige gynaecoloog hadden afgesproken dat er alleen een vaginale bevalling zou plaatsvinden als deze vanzelf, zonder bijstimuleren, zou verlopen. Verweerder had als het ware klagers mee moeten nemen in zijn denkproces om te willen bijstimuleren. Dit geldt temeer voor het moment, rond 17.30 uur, waarop verweerder naar hij stelt bemerkte dat geen uitvoering was gegeven aan zijn opdracht tot bijstimuleren. Inmiddels was er weer ruim vijf uur verstreken en een verpleegkundige had verweerder inmiddels laten weten dat bijstimuleren bij een stuitligging in dat ziekenhuis niet de gewoonte was. Alle reden voor verweerder voor nadere reflectie op zijn beslissing en om zowel het team als klagers door argumenten mee te krijgen in zijn beslissing. Dat hij dat laatste niet heeft gedaan is verwijtbaar. In die zin slaagt het klachtonderdeel. Het college merkt nog op, buiten de klacht, dat verweerder te weinig heeft opgeschreven of er op heeft toegezien dat de arts-assistent de afspraken opschreef. Zoals gezegd is niets genoteerd over informed consent, niets over verweerders opdracht tot starten met oxytocine, niet dat die niet was uitgevoerd en niets over de mededeling dat bijstimuleren aldaar niet gebruikelijk was en wat zijn overweging was dat toch te doen.

5.4

Klachtonderdeel 3.c over de beoordeling van het CTG beschouwt het college als de kern van de zaak. Uit de getuigenverklaring van F blijkt wel dat verweerder regelmatig met haar

heeft meegekeken naar het CTG. Gelet op de plek waar dat gebeurde, buiten de verloskamer, kan dit klagers zijn ontgaan. Voldoende ingespannen heeft verweerder zich dus wel, maar hij heeft het CTG niet goed beoordeeld - zoals hij ter zitting ook eigener beweging naar voren heeft gebracht.

Het college beschrijft het CTG in de loop van de avond en nacht van 3 op 4 januari 2010 als volgt. Tot 17.28 uur was er een normaal CTG, een basisfrequentie van 130 slagen per minuut (bpm), variabiliteit > 5 slagen bpm, acceleraties > 15 bpm en geen deceleraties. Overigens werden in deze periode geen duidelijke contracties geregistreerd. Vanaf 19.00 uur wordt het CTG afwijkend, de basisfrequentie loopt op naar 160 bpm, de variabiliteit neemt af en er treden deceleraties op tot 100 bpm, tijdens en na een wee, bij frequente contracties, 5-6 per 10 min. Dat verbetert niet. Bij frequente contracties (5-6 per 10 min) en niet optimale registratie worden tegen 22.30 uur steeds duidelijker deceleraties na een wee gezien. Vanaf circa 23.30 uur is de variabiliteit vrijwel verdwenen. Tegen 01.00 uur in de vroege ochtend van 4 januari 2010 wordt een terminaal CTG (geen variabiliteit) gezien en vanaf 1.15 uur deceleraties tot 80 bpm overgaand in permanente bradycardie. Om 1.59 uur is H levenloos geboren.

In het baringsverslag is het CTG om 20.45 uur en 22.50 uur door F als "optimaal" beschreven. Als getuige heeft zij verklaard dat zij tegenover verweerder haar zorgen heeft geuit over door haar gesignaleerde afwijkingen op de CTG's, maar zich door verweerder, haar supervisor, ervan heeft laten overtuigen dat de CTG's wel goed waren. Verweerder heeft dit niet bestreden. Op basis van de voortgaande verslechtering van het CTG bij een onvolledige ontsluiting had verweerder echter tegen 23.00 uur moeten ingrijpen. Een microbloedonderzoek (MBO), zoals door F voorgesteld, zou normaal gesproken een optie zijn maar in geval van een stuitligging geeft dit (genomen vanuit een bil van het kind) een onbetrouwbaar resultaat. Verweerder had hiermee geen ervaring bij stuitliggingen. Enige andere optie was dan een sectio. In plaats daarvan is verweerder weggegaan met een, niet genoemde, niet door de getuige bevestigde en daarmee niet vaststaande afspraak dat hij uiterlijk om 00.00 uur geïnformeerd wilde worden over de mate van ontsluiting. Weggaan en de patiënte overlaten aan een arts-assistent met beperkte ervaring met een gecompliceerde en bedreigende situatie als toen aan de orde was hoe dan ook zo ongeveer het laatste

dat verweerder had moeten doen. Op zijn minst had hij, als hij nog wilde afwachten (waarbij hij er wel bij had moeten blijven), voorzorgsmaatregelen moeten treffen waaronder een OK-team informeren en stand-by laten staan. Door dat niet te doen was er om 01.10 uur, toen verweerder 10 minuten na het telefoontje van F arriveerde, in feite geen andere optie dan (verder) te persen en zo het kind zo snel mogelijk te laten komen. Toen ook dat niet lukte, resteerde er niets anders dan alsnog het OK-team te laten komen voor een sectio, maar dat was gezien de daarmee gemoeide tijd geen reële levensreddende optie meer. Het beoordelen van CTG's is mensenwerk en kent een subjectiviteitsmarge, maar het college acht zeker de beoordeling tegen 23.00 uur door verweerder en diens daarop gebaseerde expectatieve beleid, rekening houden met het feit dat de arts-assistent hem meermalen had geattendeerd op het afwijkende CTG, onjuist en verwijtbaar. Het hier besproken klachtonderdeel is dus ook gegrond. Enige uitzondering is het verwijt dat verweerder de Kleihauer-Betke test is vergeten. Bij de afwikkeling van een dramatisch verlopen bevalling als hier kan het voorkomen dat een dergelijke, protocollair voorgeschreven test die in dit geval geen relevante informatie zou opleveren, in eerste instantie over het hoofd wordt gezien. Verweerder moest er in die situatie op kunnen vertrouwen dat anderen van het team dit zouden signaleren en de test alsnog zouden (laten) doen.

5.5

De klachtonderdelen 3.d tot en met 3.g gaan alle over het handelen van verweerder na het overlijden van het kind van klagers en lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Bij de nazorg en het contact met klagers in een geval als dit zijn vele personen in het ziekenhuis betrokken. Verweerder heeft, zo hebben klagers aangegeven, een gesprek over een week of drie aangeboden. Dat is juist te achten in een geval als dit en het is verweerder niet aan te rekenen dat klagers er nog niet aan toe waren om dat gesprek aan te gaan. Verweerder heeft klaagster in het ziekenhuis tweemaal aan haar bed bezocht, ook daar valt niets op aan te merken. Doordat klagers niet op het aanbod van een apart gesprek waren ingegaan, zag verweerder hen voor het eerst weer op de reguliere controle. Gesteld noch gebleken is, dat hij toen onvoldoende tijd voor hen heeft genomen. Daarna werd het contact steeds ingewikkelder, onder meer door het feit dat het ziekenhuis eerst niet en later wel een melding bij de IGZ deed en pas laat overging tot een SIRE-onderzoek. Dat, gecombineerd met de onzekerheid over de datum van de landelijke perinatale audit,

heeft het voor verweerder moeilijk gemaakt om tegemoet te komen aan de wensen van klagers om onder meer antwoorden en duidelijkheid te krijgen. In zoverre valt verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. Wat hem echter wel valt te verwijten is, dat hij niet heeft georganiseerd dat de bevalling binnen het eigen behandelteam werd besproken. Melding bij IGZ en landelijke bespreking had verweerder niet in de hand, maar een interne bespreking had verweerder wel kunnen organiseren en daaruit had hij gefundeerde conclusies kunnen krijgen om aan klagers mee te kunnen delen. Wat opvalt is, dat de als getuige gehoorde arts-assistent zelf een evaluatie met verweerder heeft georganiseerd en niet omgekeerd. Op basis van de KNMG richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?' uit 2007 had verweerder fouten uit zichzelf moeten bespreken en daarover open en eerlijk moeten zijn. In de latere GOMA-gedragscode uit 2010 is deze toen geldende norm nog eens bevestigd. Verweerder mocht niet volstaan met het antwoord op de vraag of er fouten waren gemaakt "dat anderen daarover moesten oordelen". De klachtonderdelen over gebrekkige communicatie, onvoldoende openheid en het niet aanbieden van excuses hebben hiermee te maken en zijn in die zin gegrond. Het feit dat ook de vakgroep gynaecologie erop had moeten toezien dat een bespreking plaatsvond, kan hieraan niet afdoen. Voor het overige zijn deze klachtonderdelen ongegrond.

5.6

De klacht is grotendeels gegrond. De onjuiste beoordeling van het CTG en het vertrek van verweerder om 23.00 uur in het licht van de herhaalde zorgen van de arts-assistent en de onrust van het team over het bijstimuleren is verweerder ernstig te verwijten. Daar komt bij dat verweerder zich voorafgaand aan de bevalling niet heeft verzekerd van een informed consent van klagers en hen achteraf in onzekerheid heeft gelaten over de vraag of er iets fout was gegaan bij de bevalling en zo ja, wat. Eerdere beantwoording van die vraag had een bijdrage kunnen leveren aan de verwerking en het verdriet van klagers naar aanleiding van het verlies van hun kind. Al met al is een berisping passend.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. F. van der Maden, lid-jurist, en dr. J.P. Lips, dr. F. Brus en dr. P.J.M. van Gurp, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 8 augustus 2014 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. 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 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 gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale 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.