

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 185/2015

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 november 2016 naar aanleiding van de op 9 september 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door J, adviseur,

k l a a g s t e r

-tegen-

F, arts, destijds werkzaam te D,
bijgestaan door mw. mr. A.W. Hielkema, verbonden aan de VvAA te Utrecht,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek;
- het medisch dossier;
- de brief van klaagster gedateerd 29 juli 2016;

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 7 oktober 2016, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder, bijgestaan door hun gemachtigden.

Klaagster heeft gelet op de aan de klacht ten grondslag liggende feiten tevens klachten ingediend tegen de artsen E (zaaknr. 183/2015) en C (zaaknr. 184/2015). De klachten zijn ter zitting van 7 oktober 2016 gelijktijdig, niet gevoegd behandeld. In de zaken 183/2015 en 184/2015 is op dezelfde datum bij separate beslissing uitspraak gedaan.

Tevens zijn verschenen G en H, beide OK-assistenten. Zij zijn ter zitting gehoord als getuige.

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 1940, is op 1 mei 2013 verwezen naar de afdeling Orthopedie van het I.

De huisarts meldde in de verwijfsbrief dat klaagster een toename van klachten in de linker knie ervoer. Er waren meerdere kenacort-injecties gegeven, die tijdelijk effect hadden gesorteerd. De diagnose gonarthrosis is door de huisarts vermeld en verzocht werd om een oordeel dan wel therapievoorstel.

Op 6 juni 2013 kwam klaagster bij orthopedisch chirurg E. E noteerde in haar brief aan de huisarts van klaagster, voor zover thans van belang:

“Reden van verwijzen: knie: pijn/dysfunctie links.

Anamnese: tevreden over rechts. Nu meer last van links. Veel pijn. Lopen bijna niet meer, voornamelijk binnenshuis. Geen hulpmiddelen. Neemt pcm tegen de pijn.

Medicatie: losanox, tambocor, cabapentine, sintrom, pantazol, metoprolol, protagens, symbicort.

Overig: cardiaal belast

Lichamelijk onderzoek: normaal postuur. neutrale, lichte valgus as. f/e 100/5/0. pijn mediaal. geen laagstand patella. Gekromde incisie over tibia naar lateraal.

rechts 110/0/0, laxiteit mediaal en lateraal zonder pijn.

Aanvullend onderzoek: x-knie: mediale en patellofemorale arthrosis bij status na gesloten wig osteotomie links

Conclusie: invaliderende gonarthrosis links.

Behandelplan: indicatie voor TKP links.

Beleid: uitleg over de operatie, de mogelijke complicaties en het te verwachten beloop is gegeven.

Op wachtlijst gezet.”

Klaagster werd op 16 juli 2013 door E en verweerder geopereerd. Het OK-verslag luidde:

“Gebruikte materialen:

- NG LPS flex 10mm Fem E,F-Tib 3,4 articular surface

- NG Tibial Plate size 4

- LPS-FLEX GSF OPTION SIZE F-L.

Perioperatief antibioticabeleid: 24 uren profylaxe: 3 maal 1 g Kefzol i.v.

Eerste gift 30 min voor begin operatie.

Verslag

Patiënte in rugligging, spinaal anaësthesie met femoralis. Flexie/extensie 130/5/0 Aftekenen voorgenomen incisie met medenemen van het oude litteken van de osteotomie. Aanleggen bloedleegte, joderen en steriel afdekken. Mediane incisie waarna mediale artrotomie. Inspectie intra-articulair: mediale compartiment kaal bot, lateral compartiment mild, patellofemoraal goed. Weke delen release mediaal waarna verwijderen voorste en achterste kruisband, vetlichaam van Hoffa en menisci. Instellen proximale tibia met Hohmannen en Blountse hevel waarna intramedullair uitlijnen met extramedullaire controle en met richtinstrumentarium resectie van proximale tibia 2mm onder laagste niveau. Intramedullaire toegang distale femur. Met richtinstrumentarium resectie distale femur in 5 graden valgus. Bepalen maat femurcomponent waarna met het 5 in 1 zaagblok resectie distale femur in 3 graden exorotatie met posterieure condyl als uitgangspunt. Voorbereiden van distale femur voor de box. Uitnemen rest achterste kruisband en release posterieure kapsel mediaal en lateraal waarna proefpassing met spacer in 90 graden flexie en extensie. Symmetrische flexie- en extensiegap. Instellen proximale tibia en bepalen maat en orientatie van de proefcomponent. Tijdelijke fixatie proefplateau. Plaatsen proefcomponent femur waarna inbrengen proefinsert. Goede flexie en extensie met adequate weke delen spanning zowel mediaal als lateraal. Geen midflexie instabiliteit. Goede sporing van de patella met de 'no thumb' techniek.

Controle rotatie tibiacomponent en markeren met diathermie. Verder voorbereiden proximale tibia. Uitgebied spoelen, drogen en incementeren van tibia en femurcomponent, uitharden in extensie met definitieve insert. Bij testen in extensie milde mediale laxiteit.

Nettoyage patella met denerveren patella met diathermie. Uitgebied spoelen van de knie. Sluiten van de arthrotomie met geknoopte vicryl over een redonse drain in 30 graden flexie. Flexie/extensie 140/0/0. Sluiten subcutis met geknoopt vicryl, de huid met staples met gebogen knie. Aanleggen licht drukkend verband. Beeindigen bloedleegte.

Nabehandeling: belast mobiliseren met 2 elleboogskrukken, ontslag naar huis bij rustige wond en flexie minimaal 90 graden

Antistolling: 4 weken 1dd fraxiparine 0,3ml sc

Poliklinische controle: na 2 weken hechtingen verwijderen bij orthopedische verpleegkundig consulent, na 8 weken poliklinische controle met rontgenfoto knie AP en lateraal."

Postoperatief was sprake van een mediale instabiliteit.

Diezelfde dag vond een revisieoperatie plaats door E, verweerder en orthopedisch chirurg C. In het OK-verslag is het navolgende opgenomen:

"Gebruikte materialen:

- NG LPS flex 10mm Fem E,F-Tib 3,4 articular surface
- NG Tibial Plato size 4
- LPS-FLEX GSF OPTION SIZE F-L
- Bupivacaïne 0.5% 3 x 10 ml
- Handschoen MT 8.5 Protegrity I-01
- Handschoen M 8.0 Protegrity F-02
- Handschoen M 7.5 Protegrity F-01
- Handschoen MT 7.0 Protegrity D-02
- Pulse Lavage Knie

- Cement Mengsysteem 1215 Enkel
 - Donor Vacuumsysteem
 - Zaagblad 116/95 nex gen
 - Knie/schouder pakket
 - Palacos R40+gentamicine0,5gPdr V Cement+sv 20
 - Natriumchloride0,9% 3000ml splvlst ecobag
- Perioperatief antibioticabeleid: 24 uurs profylaxe: 3 maal 1 g Kefzol i.v.
Eerste gift 30 min voor begin operatie.

Verslag

Vanmiddag TKP links. Enige laxiteit mediaal peroperatief geaccepteerd. Op X echter vlagus-stand met mediaal spouwen vd TKP. Flinke mediale instabiliteit. Er wordt gekozen voor een directe insert-wissel. Spinaalanesthesie. Aanleggen bloedleegte. Joderen en steriel afdekken. Verwijderen agraves. Verwijderen subcutis-hechtingen en arthrotomie-hechtingen. Testen vd stabiliteit. Flinke laxiteit mediaal en flexie en extensie. Lateraal ook genoeg ruimte voor dikkere insert. Verwijderen insert. Proef pas met 14, nog enige laxiteit mediaal. Proefpas 17 mm, goede stabiliteit mediaal en lateraal in flexie en extensie. Totale extensie goed mogelijk. Plaatsen 17 mm insert na uitgebreid spoelen met pulse-lavage. De patella spoort door de dikkere insert niet meer goed. Release van het laterale retinaculum, hierdoor weer goede sporing vd patella. Hechten vd arthrotomie over 1 drain. F/E 140/0/0. Hechten vd subcutis. Sluiten vd huid met agraves. Aanleggen drukverband.

Nabehandeling: als primaire TKP, extra letten op goede extensie. morgen X-co."

Zes dagen na de operatie is klaagster met ontslag gegaan.

Op 28 augustus 2014 zond M, werkzaam als orthopedisch chirurg in het N, een brief aan verweester, met navolgende inhoud:

"Anamnese:

bovengenoemde patiënte zag ik voor second opinion van haar linkerknie.

In 2001 onderging zij een valgiserende tibiakop osteotomie links. In 2006 kreeg zij een totale knieprothese rechts, waarvan zij een prima functioneel resultaat heeft.

In juli 2013 kreeg zij een totale knieprothese links, Nog dezelfde dag moest ze opnieuw geopereerd worden en werd er volgens haar beschrijving een dikkere buffer geplaatst. Alle operaties in het I.

Van deze linkerknie heeft ze altijd last gehouden. Pijn bilateraal en regelmatig doorzakken.

Zij heeft een actieradius van hooguit 200 m en wordt nog steeds regelmatig wakker van de knie.

Na enkele maanden werd een nieuwe operatie voorgesteld (totale revisie? opnieuw dikkere insert?) maar daar zag patiënte toen voorlopig vanaf. In plaats daarvan heeft zij

een kniebrace (arthrosator) gekregen. Geen steviger brace, want die zou bij haar niet passen vanwege te dunne kuiten.

Lichamelijk onderzoek:

de rechterknie heeft een fysiologische beenas en een functietraject van 115 / 0/ 0 met intacte stabiliteit.

Links vind ik een milde valgus as. De knie is slank. Rustig litteken. Er is een milde tot matige quadriceps atrofie. Functietraject net als rechts 115/0/0, maar een uitgesproken collaterale laxiteit, vooral mediaal.

Aanvullend onderzoek:

x linkerknie: tibia component en femurcomponent in goede stand met goede aansluiting. Er is een behoorlijke dikke insert geplaatst van ik denk wel 20 tot 25 mm dik. Status na valgiserende tibiakop osteotomie.

Conclusie:

persisterende collaterale instabiliteit, met name mediaal, en secundaire pijnklachten Linkerknie na totale knieprothese in 2013. Ongetwijfeld is er een laesie van de mediale band geweest durante operationem. De oplossing door een dikkere insert te plaatsen heeft uiteindelijk niet het gewenste resultaat gehad.

Weer opnieuw een nog dikkere maat insert te plaatsen is ook niet de oplossing voor dit

probleem. Uiteindelijk zal de verlittekende mediale band toch weer gewoon uitlubberen. Bovendien geeft het geen goede collaterale balancerings. Reconstructie van de mediale band lijkt mij ook niet meer haalbaar.

Een operatieve oplossing zou moeten bestaan uit een totale prothese revisie, waarbij dan

een prothese moet worden geplaatst van een constrained type om de collaterale stabiliteit te zekeren.

Ik heb patiënte uitgelegd dat dit een grote operatie is, waarvan uiteindelijk ook een functioneel resultaat verwacht mag worden, die beduidend minder zal zijn dan die van de rechterknie.

Patiënte gaat hierover nadenken. In de tussentijd zie ik haar binnenkort terug met onze eigen orthopedisch instrument maker om te zien of zij toch een scharnierbrace aangemeten kan krijgen.”

Op 14 juli 2015 heeft klager een brief aan E gezonden waarin zij onder meer meedeelde dat zij daags daarvoor gezien was door Q. E en verweerder hebben bij brief van 21 juli 2015 gereageerd naar klager, voor zover thans relevant inhoudende: “Hierbij wil ik, mede namens F, reageren op uw brief van 14 juli 2015 aan mij waarin u meerdere vragen stelt over het beloop van uw totale knie prothese van 16 juli 2013. In uw eerdere brief van 4 januari jl. heeft u mij ook gevraagd meer duidelijkheid te geven over “Wat er mis is gegaan bij de operatie”.

Ik kan u niet zeggen waarom de knie na de eerste operatie op 16 juli 2013 geen goede positie toonde. Er is tijdens de operatie mijns inziens niets anders gebeurd dan normaal. De uitslag van de operatie en de noodzaak tot heroperatie was niet door mij voorzien. De speling op de band kan tijdens de operatie zijn ontstaan, maar ik heb dit niet zien gebeuren en ook later tijdens de operatie niet opgemerkt.

Hierbij is belangrijk op te merken dat voor de operatie uw knie ook speling toonde over de binnenband, mogelijk heeft dit ook een rol gespeeld bij het uiteindelijke resultaat.

De tweede operatie op 16 juli 2013 werd verricht om de speling aan de binnenband te corrigeren met een dikkere “insert”. Hiermee was de knie goed stabiel, en heeft u in de eerste periode redelijk goed kunnen functioneren. Dit maakt het lastig om te bepalen waarom in een later stadium toch weer speling is opgetreden.

De totale knie prothese operatie is door mij samen met F uitgevoerd waarbij delen van de operatie door F onder mijn supervisie zijn verricht. Zoals gebruikelijk in een opleidingsziekenhuis, worden verrichtingen deels of geheel door de orthopeden in opleiding uitgevoerd. U was hiervan voor de operatie op de hoogte en dit staat genoteerd in het opnameformulier van 6 juni 2013.

Het verrichten van een ingreep door een orthopeed in opleiding gaat volgens een strikt opleidingsplan waarbij de orthopeed in opleiding gezamenlijk met de opleider bepaalt welke ingreep hij kan uitvoeren (welke mate van supervisie of zelfstandig). F was gezien zijn ervaring en zijn eerdere verrichtingen in staat de operatie onder supervisie uit te voeren.

Het is voor mij niet terug te halen welke exacte stappen van de operatie door mijzelf of door F zijn verricht. Het feit dat F en ik beide als operateur van de operatie staan opgesteld, betekent dat F de operatie is gestart. Het is gebruikelijk dat de orthopeed in opleiding begint met de operatie, dat wil zeggen: het opdekken, aftekenen en maken van de incisie en vrijleggen van de knie. Na goed instellen van het richtapparaat is het maken van de zaagvlakken vaak een gezamenlijke handeling.

U vraagt om een kopie van het 3 maandelijks verslag over het functioneren van F. Het opleidingsportfolio van F is persoonlijk. In verband met het recht op privacy hebben anderen geen recht op inzage.

Zowel in het I als in het R bij S, zijn alle

beoordelingen conform de richtlijnen geweest en als voldoende beoordeeld.

Onze medische aansprakelijkheidsverzekeraar T heeft uw aansprakelijkstelling beoordeeld en ik adviseer u- indien u het niet eens bent met hun standpunt- om akkoord te gaan met het laten verrichten van een onafhankelijk orthopedisch expertise onderzoek. Dit is ook in lijn met artikel 18 van de Gedragscode openheid afwikkeling medische aansprakelijkheid (Goma) en komt ook overeen met de aanbeveling van Q tijdens het gesprek op 13 juli 2015. Op deze manier wordt er een objectieve en onafhankelijke beoordeling gegeven over uw operatie en of er medisch onzorgvuldig gehandeld is tijdens de operatie.

Zoals u aangeeft in uw brief ben ik zeer betrokken bij mijn patiënten en trek ik me ook uw probleem zeer aan. Ik wens u al het beste en veel sterkte met uw knie Ik hoop dat ik u voldoende heb geïnformeerd.”

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

1. had kunnen weten, gezien zijn staat van opleiding, dat hij niet bevoegd was om handelingen die E aan hem overliet uit te voeren;
2. zijn handtekening heeft gezet onder een brief die inhoudelijk delen bevat die niet waar kunnen zijn; daarmee is onjuiste informatie verstrekt.
3. bij de eerste operatie de mediale band heeft doorgezaagd, dan wel zaagvlakken onjuist heeft aangebracht;
4. zonder nader onderzoek, door middel van een scan, tot een tweede operatie heeft besloten;

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij het erg vervelend voor klaagster vindt dat een heroperatie moest volgen om de instabiliteit te verbeteren en klaagster thans nog klachten ervaart. Verweerder was tot medio 2015 niet op de hoogte van de aanhoudende klachten van klaagster. Gelet op zijn opleidingssituatie, verweerder zat in het begin van zijn vijfde opleidingsjaar, en het feit dat de operatie onder strikte super-

visie van E werd verricht was verweerder bevoegd. Gelet op de voortgang in zijn opleiding was verweerder bekwaam om onder supervisie de operatiehandelingen uit te voeren. Verweerder heeft tijdens de operatie lege artis gehandeld. Gelet op het feit dat uit de na de eerste operatie gemaakte röntgenfoto een 'openstaan' van de totale knie operatie aan de mediale zijde bleek was er een indicatie voor de heroperatie diezelfde dag.

Zo nodig zal in de overwegingen nader worden ingegaan op het verweer.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel overweegt het college dat dit ongegrond is. Verweerder heeft, onder volledige supervisie van E, de operatie van klaagster mede uitgevoerd. Hiertoe was hij, gezien de status quo van zijn opleiding (5e jaars; reeds 45 totale knieprotheses geplaatst onder supervisie) bevoegd en bekwaam. Zoals ter zitting nogmaals door verweerder en E bevestigd was er sprake van het gedurende de gehele operatie aanwijzingen geven door E aan verweerder terwijl het toezicht gedurende de ingreep in handen van E lag. Er zijn geen aanwijzingen noch redenen aan te nemen dat dit anders is geweest. De klacht wordt derhalve op dit onderdeel afgewezen.

5.3

Het tweede klachtonderdeel ziet op de brief van 21 juli 2015 van E, mede ondertekend door verweerder aan klaagster, over het verloop van de operatie op 16 juli 2013. De brief behelst een overzicht van het verloop van de operatie, aan de hand van het operatieverslag en de herinnering die E aan de operatie had, en beoogt antwoord te geven op de vraag van klaagster "wat er is misgegaan tijdens de operatie".

De stelling van klaagster dat er passages in de brief op onwaarheden berusten dan wel onjuiste informatie verstrekken is door klaagster niet nader onderbouwd. Bij deze stand van zaken zal het college, nu de inhoud van de brief over het verloop van de operatie overigens strookt met hetgeen verweerder en E daarover mondeling hebben verklaard, dit klachtonderdeel eveneens ongegrond verklaren.

5.4

Ten aanzien van de het derde klachtonderdeel, het verrichten van onjuiste handelingen met betrekking tot het zagen, overweegt het college allereerst dat de gevolgtrekking van klaagster is dat door dit foutief handelen tijdens de eerste operatie sprake is geweest van het doorzagen dan wel schade toebrengen aan de mediale band. Of dit al dan niet het geval is geweest kan achteraf niet meer vastgesteld worden. Verweerder acht het, gelet op de wijze waarop de operatie is verlopen, volgens protocol en zonder complica-

ties tijdens de operatie, zoals ook blijkt uit het OK-verslag, niet waarschijnlijk dat dit is gebeurd. De door klaagster hieromtrent in het geding gebrachte brieven van M kunnen – het betreft bevindingen in het kader van een second opinion maar niet als deskundigenbericht – niet tot een ander oordeel leiden. De vraag die wel beantwoord kan worden is of er op grond van de stukken aanleiding is te veronderstellen dat er fouten zijn gemaakt tijdens de operatie die aan verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn. Deze vraag beantwoordt het college ontkennend. Uit het operatieverslag alsmede de daarover door verweerder gedane uitspraken in het verweerschrift en ter zitting blijkt dat de operatie zonder complicaties is verlopen. Het instellen van het zaagblok en het zagen is gebeurd in samenspraak tussen E en verweerder, die, als vermeld, werkte onder haar supervisie. Bij het testen aan het einde van de operatie werd een milde mediale laxiteit geconstateerd. Deze was aanvaardbaar. Verweerder, die, zo is ter zitting bevestigd, als operateur heeft opgetreden, heeft, evenals E, gelijkluidend verklaard over het ongecompliceerd verloop van de operatie. Dat, vervolgens, zo kan feitelijk vastgesteld worden, na de operatie een asymmetrie is geconstateerd van de gewrichtsspleet en (te grote) instabiliteit, is een gegeven. Of daar foutief handelen tijdens de operatie door verweerder aan ten grondslag ligt is echter niet vast te stellen. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.5

Het laatste klachtonderdeel behelst de vraag of de tweede operatie uitgevoerd had mogen worden. Dit klachtonderdeel is ongegrond. Allereerst overweegt het college dat verweerder weliswaar naar eigen zeggen “aan de zijlijn van de beslissing stond”, maar dat uit de feiten wel afgeleid kan worden dat er hier sprake is geweest van een gezamenlijk overleg tussen de drie artsen dat tot de beslissing van de tweede operatie heeft geleid. In zoverre kan het handelen van verweerder beoordeeld worden. Verweerder heeft in het verweerschrift alsmede ter zitting gemotiveerd uiteengezet wat de reden was om over te gaan tot de tweede operatie. Na de eerste operatie is instabiliteit en asymmetrie van de zojuist geopereerde knie vastgesteld. Dit bleek uit de controlefoto op de uitslaapkamer (röntgenfoto) waarna het klinisch beeld bij onderzoek van de knie werd bevestigd in aanwezigheid van verweerder, E en C. Dit onderzoek leidde tot de bevindingen dat met een nadere ingreep en het plaatsen van dikkere inserts de geconstateerde instabiliteit kon worden verminderd. Op die grond is in gezamenlijkheid tot de heroperatie besloten. Het college acht deze werkwijze zorgvuldig. Daarbij betreft zij nog dat verweerder heeft uitgelegd wat de reden was om niet nog een scan of echo te maken, omdat op grond van de foto en het klinisch beeld reeds voldoende bleek dat er een indicatie bestond voor een tweede ingreep.

5.6

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de klacht niet terecht is voorgesteld en dient te worden afgewezen. Verweerder is met zijn handelen binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening gebleven.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. F. van der Maden, voorzitter, mr. M. Willemse, lid-jurist,

H.W.J. Koot, R.O. Rischen en dr. G.J.M. Akkersdijk, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 november 2016 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.