

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2015.327

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.327 van:

A., specialist ouderengeneeskunde, werkzaam te B.,
appellant, verweerder in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. S.M. Steegmans, advocaat te Utrecht,
tegen

C., wonende te D., gemeente E.,
verweerster in beroep, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. H. Cohen verbonden aan Donnerhof Juristen te Alkmaar.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 2 januari 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A. - hierna appellant - een klacht ingediend. Bij beslissing van 21 juli 2015, onder nummer 14/021 heeft dat College de klacht gegrond verklaard en appellant daarvoor de maatregel van berisping opgelegd, met publicatie.

Appellant is van die beslissing tijdig in beroep gekomen.

Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken F./C. (C2015.329) en G./C. (C2015.330) behandeld ter openbare zitting van het Centraal Tuchtcollege van 29 november 2016, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. H. Cohen voornoemd en appellant, bijgestaan door mr. S.M. Steegmans voornoemd. Tevens was aan de zijde van klaagster ter terechtzitting aanwezig H., medisch specialist/intensivist en de echtgenoot van klaagster, de heer I.. Partijen hebben pleitnotities overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“ 2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter zitting is besproken, kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klaagster is de nicht en mentor geweest van wijlen mevrouw J., geboren in 1929 en overleden in 2012. De klacht gaat over de behandeling van mevrouw J., hierna te noemen: patiënte, op de locatie ‘K.’ van L., hierna ook: de instelling.

2.2 Verweerder is sinds 1990 verbonden aan de instelling. Verweerder was sedert 2009 eerste arts van de instelling en in samenwerking met de andere eerste artsen verantwoordelijk voor het medisch beleid binnen L.. Verweerder geeft operationeel en hiërarchisch leiding aan het team van artsen in de regio centrum. Verweerder is als eerste arts verantwoordelijk voor een adequate en uniforme uitvoering van de relevante wet- en regelgeving zoals BOPZ en WGBO. Daarnaast vervult verweerder een adviesfunctie voor de locatiemanagers, het managementteam en de raad van bestuur van

L. met betrekking tot medisch-ethische vraagstukken, inzake het te voeren beleid en de voorwaarden die daarvoor noodzakelijk worden geacht.

2.3 L. heeft een aantal 'groepswonnen' locaties, waar mensen wonen in kleinschalig groepsverband van 12 personen in een huis. Patiënte verbleef in zo'n kleinschalig woongroep. Zij leed aan de ziekte van Alzheimer. Onder begeleiding van een groepsbegeleider voeren de bewoners een zelfstandig huishouden, waarbij altijd verzorgend personeel aanwezig is. Het verzorgend personeel dient medicatie toe, bestelt medicatie en schakelt indien nodig medisch hulp in.

2.4 Naast woongroepen exploiteert L. ook verpleeg- en verzorgingshuizen.

2.5 De specialisten ouderengeneeskunde die zijn verbonden aan L. werken op meerdere locaties en draaien bereikbaarheidsdiensten van 7 x 24 uur.

2.6 Ten tijde van het verblijf van patiënte in de instelling werd de locatie één dagdeel per week bezocht door een vaste specialist ouderengeneeskunde. Als de specialist ouderengeneeskundige in consult werd geroepen op het moment dat hij/zij op een andere locatie spreekuur hield, ging soms eerst de verpleegkundige, die ook triagist is, op verzoek van de arts, bij de patiënt kijken om een eerste beoordeling te verrichten.

2.7 Het papieren medisch dossier werd tijdens het verblijf van patiënte op de locatie waar zij woonachtig was bewaard. Er werd nog geen gebruik gemaakt van een digitaal dossier.

2.8 Naast het medisch dossier werd per bewoner een papieren zorgdossier bijgehouden. Dit dossier werd bijgehouden door de verzorging. In het zorgdossier bevonden zich ook artsenbladen, waarop de afspraken over de patiënt met de artsen werden geschreven.

2.9 In 2007 heeft klagster een zorgplan getekend waarin is opgenomen 'actief beleid. Wel reanimeren.' Het zorgplan is later door de verzorgers van de patiënte gewijzigd waarbij ten aanzien van het beleid is opgenomen 'actief, niet reanimeren'. Dit zorgplan is door klagster niet getekend.

2.10 Medio 2011 werd medicatie via een elektronisch systeem, Omnihis geheten, voorgeschreven waarbij dat systeem ook deels werd gebruikt als medisch dossier. De informatie die in Omnihis werd geschreven werd geprint door de arts of doktersassistente en in het papieren medisch dossier gevoegd. Het papieren medisch dossier was leidend.

3. De klacht en het standpunt van klagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorgvuldigheid die hij jegens patiënte behoorde te betrachten door:

onvoldoende toezicht te houden op het medisch handelen, het medisch beleid en de gevoerde medische administratie.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Verweerder heeft aangevoerd dat klagster niet ontvankelijk dient te worden verklaard. Inhoudelijk stelt verweerder dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

Ontvankelijkheid

5.1 Wat betreft de ontvankelijkheid van klagster oordeelt het tuchtcollege als volgt. Het recht van een naaste betrekking (zoals klagster) om een klacht in te dienen over het handelen of nalaten van een arts jegens een overleden patiënt berust niet op een eigen klachtrecht van die naaste betrekking, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen te veronderstellen of veronderstelde wil van de patiënt.

5.2 Van belang is dus te onderzoeken of klaagster met het indienen van de klacht moet worden geacht de te veronderstellen of veronderstelde wil van patiënte uit te drukken. In casu is klaagster bij beschikking van 26 november 2007 als mentor benoemd omdat patiënt niet in staat was haar vermogensrechtelijke en niet-vermogensrechtelijke belangen zelf behoorlijk waar te nemen.

Niet weersproken is dat klaagster mentor en tevens nicht was van patiënte. Het Centraal Tuchtcollege heeft herhaaldelijk geoordeeld dat de instemming van de patiënt met de klacht kan worden verondersteld, tenzij aannemelijk is dat patiënte bij leven niet met de klacht zou hebben ingestemd. Het college is van oordeel dat nu tijdens de behandeling van patiënte regelmatig overleg heeft plaatsgevonden met klaagster over die behandeling niet aannemelijk is geworden dat patiënte niet zou hebben ingestemd met onderhavige klacht.

Het college is van oordeel dat klaagster kan worden ontvangen in de door haar ingediende klacht. Daarmee komt het college toe aan de inhoudelijke beoordeling van de klacht.

Uitgangspunt

5.3 Het college wijst er in dat kader 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.

5.4 In deze zaak staat vast dat verweerder niet als arts bij de behandeling van mevrouw J. betrokken is geweest. Conform vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege kan een arts in een bestuurlijke en/of leidinggevende functie voor zijn handelen tuchtrechtelijk toch aansprakelijk zijn. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47, eerste lid, van de Wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsbeoefenaar behoort te betrachten (eerste tuchtnorm) maar ook enig ander handelen of nalaten van een beroepsbeoefenaar in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm). Het is onmiskenbaar de bedoeling van de wetgever geweest dat ook dit laatste handelen tot een tuchtrechtelijke veroordeling zou kunnen leiden, mits het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Tegen die achtergrond hoeft de omschrijving van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zoals opgenomen in artikel 47 van de wet BIG er niet aan in de weg te staan dan handelen van artsen in een bestuurlijke of leidinggevende functie als tuchtrechtelijk relevant handelen aan de tuchtrechter wordt voorgelegd. Op grond van artikel 47 van de wet BIG is voor het onderworpen zijn aan tuchterspraak in de eerste plaats vereist dat de arts heeft gehandeld in de hoedanigheid van arts. Volgens de memorie van toelichting bij de wet BIG is een directeur patiëntenzorg die de titel arts voert tuchtrechtelijk aansprakelijk wanneer hij zich begeeft op het deskundigheidsgebied dat bij zijn titel hoort (kamerstukken II 19 522, nr. 3 p.74). In het kader van deze uitgangspunten zal de klacht tegen verweerder worden beoordeeld.

Het medisch dossier

5.5 Voorop staat dat het ten behoeve van de continuïteit van een ingezette behandeling nodig is dat het medisch dossier van een patiënt voorhanden en goed toegankelijk is, dat wil zeggen dat het een compleet geheel is, helder en overzichtelijk en goed leesbaar. Het moet zo zijn ingericht dat een (waarnemend) behandelaar zich op korte

termijn in het dossier kan inlezen. Indien het dossier niet aan de wettelijke verplichtingen voldoet, behoort het tot de taken van de eerstverantwoordelijk arts om dit te signaleren en te verbeteren. In het onderhavige geval heeft onduidelijkheid bestaan over het te voeren beleid ten aanzien van patiënte; het was niet duidelijk of er al dan niet een actief beleid bestond en of zij wel of niet wenste te worden gereanimeerd. Het behoort tot de taken van verweerder duidelijke protocollen/beleid op te stellen omtrent het vastleggen van afspraken over het beleid en wel of niet reanimeren. Ook over het zorgplan bestond verwarring. Het zorgplan uit 2007 waarin een actief (reanimeer)beleid stond genoteerd was getekend door klaagster als mentor. Het zorgplan uit 2011 was niet getekend, maar bevond zich wel in het zorgdossier. Het voorblad in het medisch dossier van patiënte stamde uit 2008 en was niet geactualiseerd. Beleid over het regelmatig voeren van gesprekken tussen de artsen en de mentor waarbij ook de zorgplannen worden doorgenomen was er niet. Ter zitting heeft verweerder toegelicht dat twee keer per jaar een MDO plaatsvond waarbij het medisch beleid werd meegenomen. Zonder wijziging werd het zorgplan door de verzorgenden met de familie besproken. Alleen bij een wijziging van het medisch beleid volgde een uitnodiging aan de familie voor een gesprek met de arts. Dit betekent dat er geen beleid bestond waarbij met enige regelmaat gesprekken plaatsvinden tussen in dit geval de mentor en de behandelend artsen. De zorg voor dergelijk beleid valt onder de verantwoordelijkheid van verweerder. Het ontbreken van deze organisatie van de zorg, het ontbreken van een cyclus in gesprekken tussen artsen en in dit geval klaagster als mentor van patiënte, het ontbreken van beleid ten aanzien van actualisatie van de voorbladen in het medisch dossier, valt onder de verantwoordelijkheid van verweerder als eerste arts. Over dossiervoering dient duidelijk beleid te zijn opgesteld zodat artsen elkaar deugdelijk kunnen vervangen zonder dat informatie verloren gaat en verantwoorde zorg mogelijk is. Juist nu gebleken is dat er een grote doorstroom c.q. verloop van artsen was binnen L. is het essentieel dat de dossiervoering en beleid omtrent de zorg duidelijk zijn geregeld. Hierin is verweerder tekort geschoten.

5.6 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen gegrond is. Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG (tweede tuchtnorm) jegens patiënte had behoren te betrachten. Het college stelt vast dat verweerder geen tuchtrechterlijke antecedenten heeft, maar dat hij ter zitting geen inzicht heeft getoond in zijn verantwoordelijkheden als eerst medisch verantwoordelijke en zijn tekortschieten daarin. Verweerder heeft geen zelfreflectie getoond. Nu het handelen van verweerder verwijtbaar en laakbaar is en gegeven het gebrek aan inzicht in de onjuistheid van zijn handelen kan niet worden volstaan met een waarschuwing en acht het college het opleggen van de maatregel van berisping aangewezen.

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

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Appellant is in beroep gekomen tegen de gegrond verklaarde klacht dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld door onvoldoende toezicht te houden op het medisch handelen, het medisch beleid en de gevoerde medische administratie. Het beroep strekt primair tot niet-ontvankelijkheid van klaagster in de klacht omdat het Regionaal Tucht-

college niet de vereiste terughoudendheid heeft betracht bij de toetsing van het handelen van appellant aan de tweede tuchtnorm en subsidiair dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard, dan wel dat aan appellant een lichtere maatregel wordt opgelegd.

4.2 Klaagster heeft verweer in beroep gevoerd en (impliciet) geconcludeerd tot verwerping van het beroep. Klaagster heeft geen grief ontwikkeld tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege om enkel haar als klaagster aan te merken, zodat ook in hoger beroep slechts klaagster als klagende partij wordt aangemerkt.

Ontvankelijkheid

4.3 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat de tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47 lid 1 Wet BIG niet alleen betrekking hebben op handelen of nalaten in strijd met de zorg die een beroepsbeoefenaar dient te betrachten (de eerste tuchtnorm), maar ook enig ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (artikel 47 lid 1 onder b Wet BIG, de tweede tuchtnorm).

4.4 Het Centraal Tuchtcollege komt - evenals het Regionaal Tuchtcollege - tot het oordeel dat van een directe zorgrelatie tussen appellant en patiënte geen sprake is geweest, zodat het niet toekomt aan een verdere toetsing aan de eerste tuchtnorm.

4.5 Op grond van de tweede tuchtnorm kan handelen in een bestuurlijke of leidinggevende functie, zoals in dit geval het handelen van appellant in zijn hoedanigheid van Eerste Medisch verantwoordelijke, tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid leiden wanneer het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg.

4.6 In acht genomen dat appellant als Eerste Medisch verantwoordelijke tevens specialist ouderengeneeskunde werkzaam was in een verpleeg-/verzorgingshuis waar individuele medische zorg aan patiënten werd verleend en hij (mede) verantwoordelijk is voor beleid ten aanzien van de wijze waarop aan die individuele gezondheidszorg invulling wordt gegeven, acht het Centraal Tuchtcollege de voor ontvankelijkheid op grond van de tweede tuchtnorm vereiste weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg aanwezig. Klaagster is dan ook ontvankelijk in de klacht.

4.7 De vraag is dan of het optreden van appellant als Eerste Medisch verantwoordelijke wat betreft het medisch handelen, het medisch beleid en de gevoerde medische administratie, in strijd is geweest met het belang van de individuele gezondheidszorg.

4.8 Het Centraal Tuchtcollege stelt in dit verband voorop dat het er bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen 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.

4.9 Voorts dient bij de tuchtrechtelijke beoordeling van handelen of nalaten in het kader van de tweede tuchtnorm bij bestuurlijke of leidinggevende functies, zoals hier aan de orde, terughoudendheid te worden betracht omdat de betrokken zorgverlener - kort gezegd - in zijn (zorg)managementfunctie een bepaalde mate van beleidsvrijheid toekomt ook als de keuzes die hij als (zorg)manager maakt gevolgen kunnen hebben voor de individuele zorgverlening.

4.10 Deze terughoudendheid brengt mee dat appellant, behoudens bijzondere omstandigheden die in dit geval niet zijn gesteld of gebleken, in beginsel niet verantwoordelijk is voor de inhoud van de medische administratie (het medisch dossier). Appellant kan wel (mede) verantwoordelijk worden gehouden voor een deugdelijk beheer daarvan.

4.11 Appellant heeft in de stukken en ter zitting - onweersproken - uiteengezet dat hij bij zijn aantreden als Eerste Medisch verantwoordelijke in 2009 knelpunten heeft gesignaleerd ter zake van de dossiervorming - toen nog losbladige papieren dossiers op locatie - vanwege de wisselende medische bezetting op de verschillende locaties bij een toenemende spreiding van patiënten over meerdere kleinschalige woonvoorzieningen, waartoe begin jaren 2000 was besloten. Appellant heeft evenals zijn voorganger deze knelpunten bij de Raad van Bestuur aan de orde gesteld en geadviseerd om te komen tot één digitaal dossier dat vanaf alle locaties toegankelijk is. Hij was niet in de positie om zelf hierover te beslissen. Het Centraal Tuchtcollege acht de implementatieperiode van twee jaar (2010-2012) niet ongebruikelijk lang. Dat niet eerder dan in 2010 gestart is met de implementatie van het elektronisch patiëntendossier valt appellant niet aan te rekenen, omdat hij pas in 2009 in functie was getreden.

4.12 Voorts heeft appellant aannemelijk gemaakt dat er (gedurende de transitiefase) beleidsafspraken golden ter zake van het medisch dossier. Zo was het papieren medisch dossier steeds leidend en maakte een aantekening in het elektronisch medicatie voorschrijfsysteem (Omnihis) pas officieel deel uit van het medisch dossier als het was afgedrukt en fysiek in het medisch dossier was gevoegd. Artsen werden geacht het medisch beleid en eventuele wijzigingen zowel in het medisch dossier als met vermelding van naam, datum en paraaf aan te tekenen op het voorblad van het medisch dossier. Was de arts niet in huis dan werd het papieren zorgdossier bijgewerkt door het verzorgend of verpleegkundig personeel en werden de aantekeningen uit Omnihis later ingevoegd. Hoewel ter zitting is gebleken dat de beleidsafspraken rondom het beheer van het medisch dossier door de individuele artsen uniformer nageleefd hadden kunnen worden, is het Centraal Tuchtcollege - in acht genomen de hier te betrachten terughoudendheid - van oordeel dat appellant voldoende randvoorwaarden heeft gecreëerd om op zorgvuldige wijze een adequate medische dossiervoering te waarborgen. Overigens is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat het medisch dossier van patiënte incompleet was.

4.13 Wat betreft de zorgplannen heeft klagster terecht opgemerkt dat in het medisch dossier van patiënte zorgplannen d.d. 15 juni 2010 en d.d. 20 juli 2011 waren opgenomen, waarvan het medisch beleid door een specialist ouderengeneeskunde was geacordeerd door middel van een paraaf, maar die niet door klagster als wettelijk vertegenwoordiger van patiënte waren ondertekend. Dit, terwijl daarin een gewijzigd medisch beleid ten aanzien van de reanimatie was opgenomen, te weten "actief, geen reanimatie" ten opzichte van het laatste - door klagster wel ondertekend - zorgplan van 19 september 2007, waarin een beleid van "actief, ook reanimeren" was afgesproken. Anders dan klagster heeft betoogd, kan appellant hierop niet tuchtrechtelijk worden aangesproken. Conform de systematiek van de medische dossiervorming binnen de woongroep waar patiënte verbleef was het medisch beleid van de artsen opgenomen in het zorgplan. Appellant was als Eerste Medisch verantwoordelijke enkel verantwoordelijk voor het algemeen toezicht op de wijze van vastlegging in zorgplannen van het medisch beleid in individuele gevallen. Het medische beleid was in dit geval in beide zorgplannen door een specialist ouderengeneeskunde gezien en met een paraaf geacordeerd. Niet appellant, maar de teamleider verzorging droeg volgens appellant vervolgens, conform vast beleid, de verdere verantwoordelijkheid voor de zorgplannen en de ondertekening daarvan door de wettelijk vertegenwoordiger, in dit geval klagster. De teamleidster verzorging, noch het verzorgend personeel valt onder de verantwoordelijkheid van appellant. Gelet op eerder genoemde te betrachten terughoudendheid voert het te ver om appellant als Eerste Medisch verantwoordelijke (mede) tuchtrechtelijk verantwoordelijk te houden voor het in dit individuele geval in het zorgplan opgenomen of overge-

nomen gewijzigde reanimatiebeleid. Overigens is het reanimatiebeleid bij patiënte in de praktijk niet aan de orde is geweest, nu bij patiënte palliatief beleid is ingezet.

4.14 In het verlengde hiervan merkt het Centraal Tuchtcollege nog op dat de beleidsmatige afspraken binnen de woongroep rondom het (accorderen van een) zorgplan en het daarin opgenomen medische beleid in beginsel helder waren. Dat in het onderhavige geval deze afspraken niet (voldoende) zijn nageleefd leidt niet tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van appelland.

4.15 Wat betreft het toezicht op het medische handelen overweegt het Centraal Tuchtcollege dat door appelland onbetwist is aangevoerd dat patiënten in de woongroep één dagdeel per week werden bezocht door een specialist ouderengeneeskunde en dat er verder altijd verzorgend of verpleegkundig personeel aanwezig was dat, indien daarvoor een noodzaak bestond, buiten voornoemd regulier wekelijkse bezoek om, een specialist ouderengeneeskunde of een huisarts in consult kon roepen. Appelland heeft daarmee als Eerste Medisch verantwoordelijke voldoende randvoorwaarden gecreëerd voor het verlenen van adequate medische zorg. Het voert ook hier te ver om appelland (mede) tuchtrechtelijk verantwoordelijk te houden voor in individuele gevallen door de behandelend- of waarnemend specialisten ouderengeneeskunde of huisartsen bepaald medisch handelen, zoals het twee dagen voor het overlijden van patiënte door de specialist(en) ouderengeneeskunde ingezette palliatieve beleid, daargelaten of deze beslissing(en) zorgvuldig zijn geweest.

4.16 De slotsom is dat appelland bij de uitvoering van zijn beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening en niet in strijd heeft gehandeld met de tweede tuchtnorm. Dit betekent dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege moet worden vernietigd en dat de klacht alsnog (op alle onderdelen) ongegrond wordt verklaard. Dit brengt mede dat de maatregel van berisping komt te vervallen.

4.17 Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat onderhavige beslissing op na te noemen wijze wordt bekend gemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klacht alsnog ongegrond;

de maatregel van berisping komt te vervallen.

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorgjurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. K.E. Mollema, voorzitter, mr. Y.A.J.M. van Kuijk en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en drs. C. de Graaf en drs. P.J. Schimmel, leden beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting

van 2 februari 2017. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.