

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2015.329

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.329 van:

A, specialist ouderengeneeskunde, werkzaam te B.,  
appellante, verweerster 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 A. - hierna appellante - een klacht ingediend. Bij beslissing van 21 juli 2015, onder nummer 14/024 heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en appellante daarvoor de maatregel van berisping opgelegd en publicatie van de beslissing gelast. Appellante is van die beslissing voor zover de klacht gegrond is verklaard 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. (C2015.327) 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 appellante, bijgestaan door mr. S.M. Steegmans voornoemd. Tevens was aan de zijde van klaagster ter zitting 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 wat ter zitting behandeld is 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 *Verweerster is sinds eind oktober 2010 als specialist ouderengeneeskunde verbonden aan L..*

2.3 *L. heeft een aantal ‘groepswonen’ locaties, waar mensen wonen in kleinschalig groepsverband van 12 personen in een huis. De instelling waar patiënte verbleef is zo’n kleinschalige woongroep. Zij leed aan de ziekte 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 de L. werken op meerdere locaties en draaien bereikbaarheidsdiensten van 7 x 24 uur.

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.

2.6 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.

2.7 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.

2.8 Patiënte is sinds 17 juli 2007 opgenomen in de K.. In het integraal zorgplan van 19 september 2007 staat aangegeven dat klaagster heeft aangegeven dat zij een actief beleid, inclusief reanimeren, wenste voor patiënte.

2.9 Op 14 juni 2010 heeft de toen behandelend specialist ouderengeneeskunde, mevrouw M., in de decursus genoteerd ' Actief beleid ook reanimeren '.

2.10 Op 15 juni 2010 is in het zorgplan onder medisch beleid opgenomen ' Actief, geen reanimatie'. Dit zorgplan is aan klaagster toegezonden, maar niet getekend gere-  
tourneerd naar de instelling. Dit zorgplan is in het medisch dossier opgenomen en voortgezet door de specialisten die nadien bij de zorgverlening van patiënte betrokken zijn geweest.

2.11 Vanaf medio 2011 werd medicatie via een elektronisch systeem voorgeschreven (Omnihis geheten), waarbij dat systeem ook deels werd gebruikt als medisch dossier. De informatie die in dit systeem werd geschreven, werd geprint door de arts of dokters-assistente en in het papieren medisch dossier gevoegd.

2.12 Verweerster is op 20 juli 2011 en op 29 juli 2011 betrokken geweest bij de zorg aan patiënte. Verweerster heeft het zorgplan van 20 juli 2011 op verzoek van de verzorging geparafeerd.

2.13 Op 29 juli 2011 is patiënte door verweerster gezien in verband met een smet op de borst.

2.14 Op 5 april 2012 is vaste specialist ouderengeneeskunde, mevrouw N., in consult geroepen bij patiënte omdat zij sinds een paar dagen vol op de borst klonk. Lichamelijk onderzoek wees uit: ' O: Helder, niet acuut ziek, lichte dyspneu en een licht piepende ademhaling RR 100/70 72 ra T 36.2 AF 24/min. Pulm. VA, verspreid licht exp. piepen.' N. heeft de diagnose bronchitis gesteld en een doxycycline kuur voorgeschreven.

2.15 Op 10 april 2012 is patiënte, na telefonisch overleg met een verpleegkundige, door N. verwezen naar de Spoedeisende hulp van het O. onder verdenking van een pneumonie. Desgevraagd heeft de verpleegkundige telefonisch aan N. doorgegeven dat ten behoeve van patiënte een: 'actief beleid, niet reanimeren' in het medisch dossier stond vermeld.

2.16 In het O. werd de diagnose bronchitis gesteld. De doxycyclinekuur diende te worden gecontinueerd. Op 11 april 2012 is patiënte uit het O. naar huis ontslagen.

2.17 Op 14 april 2012 werd de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde

(P.) door de verzorging telefonisch geconsulteerd omdat patiënte nog altijd hoestte en vol klonk op de borst. Daarbij was zij ook onrustig en had een wisselend bewustzijn. Drinken ging lastig, pap eten lukt wel. De arts heeft de doxycycline gewijzigd naar augmentin.

2.18 Op 15 april 2012 is de dienstdoende specialist oudergeneeskunde mevrouw G. in consult geroepen bij patiënte. G. heeft patiënte uitgebreid onderzocht en de diagnose luchtweginfectie in terminaal stadium gesteld.

G. heeft als beleid in het dossier genoteerd:

'Beleid:                   - orale intake stop  
                              - orale medicatie stop

Bij niet comfortabel 6dd 10 mg morfine via vleugelnaald

Niet comfortabel is benauwdheid, pijn

Bij onrust: 10 mg dormicum eenmalig volgens om de 4 uur 5 mg

P: Familie moet ingelicht worden tot nu toe niet bereikbaar'.

2.19 G. heeft op het artsblad en in het medisch dossier van patiënte vermeld dat klagers op 15 april 2012 (telefonisch) akkoord zijn gegaan met beleid gericht op comfort.

2.20 Verweerster is op 16 april 2012 gebeld door de verpleegkundige van de locatie K.. Meegedeeld werd dat patiënte niet comfortabel was. Verweerster heeft aangegeven dat het beleid van mevrouw G. van 15 april 2012 moest worden uitgevoerd. Om 11.30 uur kreeg patiënte de eerste ampul morfine van 10 mg. Om 15.30 uur kreeg zij de tweede ampul morfine.

2.21 In de nacht van 17 april 2012 is patiënte overleden.

### **3. De klacht en het standpunt van klaagster**

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

1. onzorgvuldige dossiervorming, waarbij verweerster haar opdracht niet tekende;
2. het laatste zorgplan te ondertekenen terwijl daarin een verkeerd beleid ten aanzien van patiënte was opgenomen;
3. patiënte te veel morfine en dormicum toe te (laten) dienen;
4. patiënte morfine toe te dienen terwijl patiënte op dat moment benauwd was.

### **4. Het standpunt van verweerster**

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Verweerster heeft aangevoerd dat klaagster niet ontvankelijk dient te worden verklaard. Inhoudelijk stelt verweerster dat haar 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 klaagster oordeelt het tuchtcollege als volgt. Het recht van een naaste betrekking (zoals klaagster) 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 patiënte haar vermogensrechtelijke en niet-vermogensrechtelijke belangen niet zelf behoorlijk waar kon 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 een inhoudelijke beoordeling van de klacht.*

#### *Uitgangspunt*

*5.3 Het college wijst er daarbij 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.*

#### *Dossiervoering*

*5.4 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. 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 was en zij wel of niet wenste te worden gereanimeerd. Over het zorgplan bestond verwarring. Het zorgplan uit 2007 waarin een actief reanimeerbeleid stond genoteerd was getekend door klaagster. Het nieuwe zorgplan was niet getekend door klaagster, maar bevond zich wel in het zorgdossier. Verweerster heeft het zorgplan van 20 juli 2011 met de vermelding 'niet reanimeren' getekend. Zij heeft dit zorgplan niet doorgenomen met klaagster als mentor van patiënte om te verifiëren of dit zorgplan actueel en conform de wensen van klaagster was. Ter zitting heeft verweerster toegelicht dat zij is gevraagd de zorgplannen door te nemen en te kijken of die klopten. Zij heeft de zorgplannen en het medisch dossier van patiënte bekeken en heeft gezien dat er bij opname van patiënte alleen 'actief beleid' was genoteerd, dat later aangevuld is met 'niet-reanimeren'. Dit vond verweerster naar haar zeggen logisch, zodat zij het zorgplan heeft getekend. Verweerster heeft wel gezien dat het zorgplan van het jaar daarvoor door de familie (klaagster) niet was getekend. Bij navraag door verweerster is gebleken dat het zorgplan zou worden opgestuurd en dan zou worden getekend door de familie. Omdat het medisch beleid niet was gewijzigd, behoeft het zorgplan volgens verweerster niet met de familie te worden besproken. Door het zorgplan te tekenen zonder zich ervan te vergewissen dat dit overeenstemde met de wensen van klaagster heeft verweerster de rol van klaagster als mentor van patiënte miskent. Het eerste klachtonderdeel is in zoverre gegrond.*

*5.5 Voorts heeft verweerster kunnen zien dat het voorblad in het medisch dossier van patiënte stamde uit 2008 en niet was geactualiseerd. Regelmatige gesprekken tussen de behandelde arts van patiënte en klaagster als mentor waarbij ook de zorgplannen worden doorgenomen hebben niet plaatsgevonden. Ter zitting is 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 arts. Het ontbreken van deze organisatie van de zorg, het ontbreken van een cyclus in gesprekken tussen artsen en de mentor, het ontbreken van beleid ten aanzien van actualisatie van de voorbladen in het medisch dossier, had verweerster behoren te signaleren. Over dossiervoering dient duidelijk beleid te zijn opgesteld zodat artsen elkaar deugdelijk kunnen vervangen zonder dat informatie verloren gaat. Juist nu gebleken is dat er een grote doorstroom/verloop van artsen was binnen de L. is het essentieel dat de dossiervoering en beleid omtrent de zorg duidelijk zijn geregeld. In zoverre is het tweede klachtonderdeel gegrond.*

*Het toe(laten)dienen van morfine en dormicum*

*5.6 Klachtonderdelen 3 en 4 zien op het toedienen van morfine en dormicum en lenen zich voor gezamenlijke behandeling. Het beleid 'gericht op comfort' is ingezet door G. op 15 april 2012. Dit beleid behoeft verweerster niet in twijfel te trekken. Dat verweerster desgevraagd op 16 april 2012 dit beleid in gang heeft gezet door toestemming te verlenen morfine te verstrekken is niet tuchtrechtelijk laakbaar. De voorgeschreven dosis morfine en dormicum waren gebruikelijk voor de in dit geval bestaande indicatie. Van het uitvoeren van dit beleid valt verweerster geen verwijt te maken. Ook het toedienen van morfine terwijl patiënte op dat moment benauwd was, is conform de geldende richtlijn en niet tuchtrechtelijk laakbaar. Dit betekent dat deze klachtonderdelen ongegrond zijn.*

*5.7 De conclusie van het voorgaande is dat de klachtonderdelen 1 en 2 gegrond zijn. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënte had behoren te betrachten. Het college stelt vast dat verweerster enerzijds geen tuchtrechtelijke antecedenten heeft, maar dat zij anderzijds niet, althans onvoldoende inziet dat haar handelen met betrekking tot de dossiervoering en zorgplannen zeer onzorgvuldig is geweest waardoor een onjuist beleid door een collega jegens patiënte is gehanteerd. Verweerster heeft geen zelfreflectie betracht in haar handelen jegens patiënte. Het handelen van verweerster is zodanig verwijtbaar en laakbaar dat niet kan worden volstaan met een waarschuwing en het college het opleggen van een berisping aangewezen acht.*

*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 hoger beroep niet is bestreden.

**4. Beoordeling van het beroep**

**4.1** De in eerste aanleg door klaagster tegen appellante (specialist ouderengeneeskunde) ingediende klacht bestaat uit vier klachtonderdelen. De verwijten dat appellante patiënte te veel morfine en dormicum toe heeft (laten) dienen (klachtonderdeel 3) en dat zij patiënte morfine toe heeft laten dienen terwijl patiënte op dat moment benauwd was (klachtonderdeel 4) zijn in beroep niet meer aan de orde, nu tegen de ongegrondverklaring van deze klachtonderdelen geen incidenteel beroep is ingesteld.

**4.2** Appellante is in beroep gekomen tegen de gegrondverklaring van de klacht over de onzorgvuldige dossiervorming (klachtonderdeel 1) en het ondertekenen van het laatste zorgplan, terwijl daarin een verkeerd beleid ten aanzien van patiënte was

opgenomen (klachtonderdeel 2). Het beroep strekt ertoe dat deze klachtonderdelen alsnog ongegrond worden verklaard, dan wel dat aan appellante een lichtere maatregel wordt opgelegd.

4.3 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.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege overweegt dat het voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgverlening van belang is dat het medisch dossier zorgvuldig wordt bijgehouden. Dit geldt eens te meer wanneer er, zoals in het onderhavige geval, sprake is van een wisselende medische bezetting op diverse locaties.

4.5 Appellante is - voor zover in beroep nog aan de orde - op 20 juli 2011 en 29 juli 2011 bij de zorg voor patiënte betrokken geweest.

4.6 Op 20 juli 2011 heeft appellante zorgplannen van de bewoners op de locatie K. gecontroleerd, waaronder het zorgplan van patiënte. In het kader van deze controle heeft appellante de locatie K. bezocht. Appellante heeft vervolgens aan de hand van het voorblad van het medisch dossier van patiënte bekeken of het medisch beleid zoals opgenomen in het meest recente zorgplan van

20 juli 2011 overeenstemde met haar eigen bevindingen en met het medisch beleid zoals dit in het laatste zorgplan (d.d. 15 juni 2010) was opgenomen, te weten "actief, geen reanimatie". Appellante zag op basis hiervan geen aanleiding om het medisch beleid ten aanzien van patiënte te heroverwegen of nader onderzoek te (laten) doen. Anders dan klaagster heeft betoogd kan van appellante niet worden verwacht dat zij in het kader van de haar gevraagde controle van het laatste zorgplan het gehele medisch dossier, waaronder oude zorgplannen, inhoudelijk integraal naloop op eerder (afgesproken) medisch (reanimatie)beleid. De klacht dat appellante het zorgplan van 20 juli 2011 heeft getekend terwijl daarin een achteraf bezien -als gevolg van een onjuiste weergave van dat beleid in het zorgplan van 15 juni 2010- verkeerd beleid ten aanzien van patiënte was opgenomen, acht het Centraal Tuchtcollege dan ook niet gegrond.

4.7 Appellante heeft bij haar controle opgemerkt dat het zorgplan van 15 juni 2010 waarin stond 'actief beleid, geen reanimatie' niet door de wettelijke vertegenwoordiger was ondertekend, maar alleen door de (hoofd)behandelend arts was geparafeerd. Bij navraag heeft de teamleidster verzorging appellante uitgelegd dat het op die locatie gebruikelijk was dat de hoofdbehandelaar de zorgplannen controleerde ten aanzien van de medische afspraken en deze parafeerde, waarna de zorgplannen naar de wettelijke vertegenwoordiger werden gezonden ter ondertekening. Ervan uitgaande dat dit de gebruikelijke werkwijze was, heeft appellante vervolgens het zorgplan van 20 juli 2011 geparafeerd. Daarbij heeft appellante de teamleidster uitdrukkelijk verzocht met haar contact op te nemen indien er vragen waren van de wettelijke vertegenwoordiger over de zorgplannen of bij problemen ten aanzien van de ondertekening daarvan door de wettelijke vertegenwoordiger. Hoewel het beter was geweest als appellante - zoals zij zelf in beroep ook heeft aangevoerd - in het medisch dossier expliciet had aangegeven dat de ondertekening van de wettelijke vertegenwoordiger ontbrak en welke afspraken zij daarover had gemaakt met de teamleidster, kan de werkwijze van appellante de tuchtrechtelijke toets van kritiek doorstaan. Ter zitting is immers gebleken dat de verzorging - en niet appellante - verantwoordelijk was voor het zorgplan of de ondertekening daarvan, en dat appellante alleen verantwoordelijk was voor het in het zorgplan opgenomen medisch beleid. In dit verband merkt het Centraal Tuchtcollege op dat het reanimatiebeleid bij patiënte in de praktijk niet aan de orde is geweest, nu bij patiënte palliatief beleid is ingezet.

4.8 In het verlengde hiervan merkt het Centraal Tuchtcollege nog op dat het te ver zou voeren om appellante in het verband van het eerste klachtonderdeel, zoals dat is geformuleerd, tuchtrechtelijk verantwoordelijk te houden voor de systematiek van de medische dossiervorming binnen de woongroep waar patiënte verbleef, waarbij het medisch beleid was opgenomen in het zorgplan. Voldoende is dat appellante die door haar onwenselijk geachte systematiek - zoals zij heeft gedaan - als knelpunt aan de Eerste Medisch verantwoordelijke arts kenbaar heeft gemaakt.

4.9 Naast voormelde controle van het medisch beleid in het zorgplan op 20 juli 2011 is appellante voorts nog op 29 juli 2011 in consult geroepen vanwege een smet op de linkerborst van patiënte. Daarvan is zorgvuldig aantekening gemaakt in het medisch dossier: "S: dreigende kloof li-borst geen smet P: vaseline 2dd, katoenen gaas tussen beugel en borst". Van onzorgvuldige dossiervorming door appellante is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege dan ook geen sprake.

4.10 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege over de klachtonderdelen 1 en 2 anders oordeelt dan het Regionaal Tuchtcollege en dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover deze klachtonderdelen daarbij gegrond zijn verklaard, niet in stand kan blijven. De beslissing van het Regionaal Tuchtcollege moet in zoverre worden vernietigd en de klachtonderdelen 1 en 2 zullen alsnog ongegrond worden verklaard. Dit betekent dat de maatregel van berisping komt te vervallen

4.11 Ten overvloede overweegt het Centraal Tuchtcollege nog het volgende. Hoewel er in het licht van de geldende richtlijnen palliatieve zorg (Pallialine 2010) vraagtekens kunnen worden geplaatst bij het door appellante op 16 april 2012 gevoerde palliatieve beleid, zal het Centraal Tuchtcollege zich daarover verder niet uitlaten, omdat dit valt buiten het kader van de procedure in beroep.

4.12 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 voor zover daarbij de klachtonderdelen 1 en 2 gegrond zijn verklaard en aan appellante de maatregel van berisping is opgelegd; en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klachtonderdelen 1 en 2 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 en 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.