

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2015.330

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2015.330 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, klagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. H. Cohen verbonden aan Donnerhof Juristen te Alkmaar.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klagster - heeft op 2 januari 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A. - hierna appellante - een klacht ingediend. Bij beslissing van 21 juli 2015, onder nummer 14/026 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.

Klagster 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. (C2015.329) behandeld ter openbare zitting van het Centraal Tuchtcollege van 29 november 2016, waar zijn verschenen klagster, bijgestaan door mr. H. Cohen voornoemd en appellante, bijgestaan door mr. S.M. Steegmans voornoemd. Tevens was aan de zijde van klagster ter zitting aanwezig H., medisch specialist/intensivist en de echtgenoot van klagster, 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 is behandeld kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 *Klagster 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: de instelling.*

2.2 *Verweerster is sinds 1 februari 2011 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. Patiënte verbleef in zo’n kleinschalige 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.

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, mw. 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 gerecentreerd 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 doktersassistente en in het papieren medisch dossier gevoegd.

2.12 G., als specialist ouderengeneeskunde verbonden aan L., heeft het zorgplan van 20 juli 2011 op verzoek van de verzorging geparafeerd.

2.13 Op 5 april 2012 is de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde, N., in consult geroepen bij patiënte omdat zij sinds een paar dagen vol op de borst klonk. Lichamelijk onderzoek heeft uitgewezen: ' 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. stelt de diagnose bronchitis en schrijft een doxycycline kuur voor.

2.14 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 aan N. aangegeven dat ten behoeve van patiënte een: 'actief beleid, niet reanimeren' in het medisch dossier stond vermeld.

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

2.16 Op 14 april 2012 is 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 gaat lastig, pap eten lukt wel. De arts heeft de doxycycline gewijzigd naar augmentin.

2.17 Op 15 april 2012 is verweerster in consult geroepen bij patiënte. Verweerster heeft patiënte uitgebreid onderzocht en de diagnose luchtweginfectie in terminaal stadium gesteld. Verweerster 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'.

2.18 Verweerster heeft op het artsblad en in het medisch dossier van patiënte vermeld dat klaagster op 15 april 2012 (telefonisch) akkoord is gegaan met beleid gericht op comfort.

2.19 G. is op 16 april 2012 gebeld door de verpleegkundige van de locatie N. Mee-gedeeld werd dat patiënte niet comfortabel was. G. heeft aangegeven dat het beleid van verweerster 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.

2.20 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 in de periode 15 tot en met 17 april 2012:

1. een niet-reanimeerbeleid te hanteren;
2. een telefonisch opdracht te geven op 16 april 2012 tot toediening van dormicum en morfine;
3. patiënte te veel morfine en dormicum toe te (laten) dienen terwijl zij benauwd was;
4. onvoldoende aan dossiervorming te doen;
5. levensreddend handelen achterwege te laten.

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 patiënt 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 behande-

ling van patiënte regelmatig overleg heeft plaatsgevonden met klaagster over die behandeling niet blijkt dat patiënte niet zou hebben ingestemd met onderhavige klacht. Het college is van oordeel dat klaagster kan worden ontvangen in de door ingediende klacht.

Uitgangspunt

5.3 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.

Het niet-reanimerenbeleid

5.4 Het eerste en het vierde klachtonderdeel hangen samen met de dossiervoering en lenen zich daarom voor gezamenlijke behandeling. 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 zij wel of niet wenste te worden gereanimeerd. Over het zorgplan bestond verwarring. Het zorgplan uit 2007 waarin een actief reanimatiebeleid stond genoteerd was getekend door klaagster. Het nieuwe zorgplan was niet getekend door klaagster, maar bevond zich wel in het zorgdossier. G. 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. Voorts stamde het voorblad in het medisch dossier van patiënte uit 2008 en was niet geactualiseerd. Regelmatige gesprekken tussen de behandelend 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 plaatsvonden tussen in dit geval de mentor en de behandelend artsen. 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 L. is het essentieel dat de dossiervoering en beleid omtrent de zorg duidelijk zijn geregeld.

5.5 Verweerster heeft aangevoerd dat zij op 15 april 2012 telefonisch heeft besproken met klaagster dat een beleid gericht op comfort zou worden ingesteld en dat klaagster daarmee akkoord is gegaan. Ook stelt verweerster dat zij klaagster heeft uitgelegd wat dit betekende. Klaagster stelt dat een dergelijk telefonisch contact niet heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat het college niet kan vaststellen of er een telefonisch contact heeft plaatsgevonden en wat daarbij is besproken. In ieder geval had het op de weg

van verweerster gelegen om duidelijk te bespreken en te documenteren dat zij met klaagster het gesprek is aangegaan om het beleid van actief naar palliatief te wijzigen en zich er van te verzekeren dat klaagster, als mentor van patiënte, hiermee instemde. Nu klaagster stelt dat dit niet het geval is en documentatie hierover door verweerster summier is - er staat in het dossier alleen een aantekening dat er telefonisch contact is geweest - is klaagster op dit punt te kort geschoten. Immers had klaagster bij een dergelijke ingrijpende beslissing die niet strookt met het gevoerde beleid tot dan toe zich ervan moeten vergewissen dat klaagster begreep welke beslissingen werden genomen. Dit geldt te meer daar klaagster er steeds op gericht was dat een actief beleid werd gevoerd. Daar komt bij dat dergelijke ingrijpende beslissingen zich niet goed lenen voor telefonische bespreking omdat de kans bestaat dat er misverstanden ontstaan over het gevoerde beleid. Het college is niet duidelijk geworden waarom verweerster klaagster niet heeft uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek daarover. Op voormelde punten is verweerster dan ook te kort geschoten.

Levensreddend handelen

5.6 In het verlengde van hetgeen hiervoor is overwogen, had verweerster zich te meer van instemming van klaagster moeten vergewissen nu zij in strijd met hetgeen klaagster steeds heeft voorgestaan, actief beleid, levensreddend handelen achterwege heeft gelaten. Aldus is het beleid dat klaagster voorstond niet gehonoreerd. In het licht van de recente opname van patiënte in het O. op 10 april 2012, al waar de diagnose bronchitis werd gesteld en waar geen heftige infectie is waargenomen, is het niet te volgen waarom verweerster patiënte niet heeft ingestuurd op 15 april 2012, maar heeft gekozen voor palliatieve zorg. Een en ander geldt te meer daar ook N. op 10 april 2012 als beleid nog steeds een 'actief beleid' heeft opgenomen in het medisch dossier. Ook op dit punt is verweerster te kort geschoten.

De toegediende medicatie

5.7 Klachtonderdeel 2 en 3 zien beide op de toegediende medicatie en lenen zich daarom voor gezamenlijke behandeling. G. heeft op 16 april 2012 het door verweerster voorgestelde beleid met betrekking tot toediening van morfine telefonisch in gang gezet. In zoverre mist de klacht feitelijke grondslag jegens verweerster. De toegediende hoeveelheid morfine en dormicum zijn adequaat en gebruikelijk voor de in dit geval bestaande indicatie, zodat deze klachtonderdelen ongegrond zijn.

5.8 De conclusie van het voorgaande is dat de klachtonderdelen 1, 4 en 5 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 anderzijds geen zelfreflectie heeft betracht naar haar handelen jegens patiënte. Nu het handelen van verweerster verwijtbaar en laakbaar is en verweerster geen inzicht heeft getoond in de onjuistheid van haar handelen jegens patiënte kan niet worden volstaan met een waarschuwing en acht het college het opleggen van een 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 De in eerste aanleg door klaagster tegen appellante (specialist ouderengeneeskunde) ingediende klacht bestaat uit vijf klachtonderdelen. De verwijten dat appellante onzorgvuldig heeft gehandeld door een telefonische opdracht te geven op 16 april 2012 tot toediening van dormicum en morfine (klachtonderdeel 2) en door patiënte te veel morfine en dormicum toe te (laten) dienen terwijl patiënte benauwd was (klachtonderdeel 3) 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 klachtonderdelen over het hanteren van een niet-reanimeerbeleid (klachtonderdeel 1), de onvoldoende dossiervorming (klachtonderdeel 4) en het achterwege laten van levensreddend handelen (klachtonderdeel 5). 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 stelt voorop dat appellante slechts eenmalig bij de behandeling van patiënte betrokken is geweest, te weten op zondag 15 april 2012 om 11.00 uur toen zij in haar weekenddienst met spoed in consult werd geroepen. Appellante heeft patiënte onderzocht en kwam op basis van haar bevindingen tot de klinische inschatting dat er sprake was van een luchtweginfectie en dat patiënte terminaal was. Appellante achtte een palliatief beleid gericht op comfort van patiënte aangewezen. Het Centraal Tuchtcollege acht deze inschatting van appellante niet onzorgvuldig. Waar klaagster appellante verwijt dat zij onzorgvuldig heeft gehandeld door in deze situatie levensreddend handelen achterwege te laten en een niet-reanimeerbeleid te hanteren, miskent klaagster dat actief (levensreddend) handelen, met of zonder reanimatie, op dat moment medisch niet langer adequaat was.

4.5 Aanvankelijk kreeg appellante geen contact met klaagster, zo volgt uit de aantekening in de decursus d.d. 15 april 2012: "(...) Familie moet ingelicht worden tot nu toe niet bereikbaar". Het Centraal Tuchtcollege acht aannemelijk dat klaagster later die dag telefonisch akkoord is gegaan met een palliatief beleid gericht op comfort. Het Centraal Tuchtcollege leidt dit af uit de aantekening van appellante in het medisch dossier d.d. 15 april 2012: "contact met familie situatie uitgelegd. Familie is verbaasd omdat ze net in het ZH is geweest en het niet zo ernstig leek. Ze zijn het eens met het voorgestelde beleid gericht op comfort" en de aantekening in het zorgdossier d.d. 15 april 2012: "(...) besproken met familie zij zijn akkoord met beleid (...)", bezien in combinatie met de overdrachtsemail van appellante d.d. 15 april 2016 aan haar collega-artsen inhoudende: "Ik ben bij mw. Q. geweest, lijkt terminaal, orale intake gestopt en palliatief beleid afgesproken (...)". Klaagster heeft hiertegenover, ook in beroep, haar stelling dat er geen telefonische instemming met het palliatieve beleid is geweest, onvoldoende aannemelijk gemaakt.

4.6 In de middag van 15 april 2012 hebben klaagster en haar echtgenoot patiënte bezocht. Appellante was van dit geplande bezoek op de hoogte en heeft na haar consult van 11.00 uur - zoals te doen gebruikelijk - aan de verzorging aangegeven dat, mochten er vanuit klaagster of haar echtgenoot nog vragen of onduidelijkheden zijn, zij gebeld kon worden. Klaagster en haar echtgenoot hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt, zodat appellante er na het eerder verkregen telefonisch akkoord vanuit mocht gaan dat de situatie voor klaagster duidelijk was en dat zij instemde met het door appellante voorgestane beleid. Onder deze omstandigheden acht het Centraal Tuchtcollege

het niet onzorgvuldig dat appellante klaagster en haar echtgenoot niet nog eens heeft uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek. Overigens staat vast dat het palliatieve beleid pas de volgende dag (16 april 2012) door een collega arts van appellante is gestart. Blijkens de aantekening in het zorgdossier d.d. 16 april 2012: "(...) fam is door teamleidster op de hoogte gebracht en gaat akkoord" zijn klaagster en haar echtgenoot voor die tijd ook nog door de verzorging geïnformeerd over het voorgenomen palliatieve beleid en zijn zij daarmee (wederom) akkoord gegaan.

4.7 Op grond van het voorgaande acht het Centraal Tuchtcollege de klachtonderdelen dat appellante onzorgvuldig heeft gehandeld door levensreddend handelen achterwege te laten en/of een niet-reanimeerbeleid te hanteren (klachtonderdelen 1 en 5), ongegrond.

4.8 Wat betreft de klacht over de dossiervorming overweegt het Centraal Tuchtcollege 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. Appellante is, zoals gezegd, eenmalig op 15 april 2012 in haar weekenddienst bij de behandeling van patiënte betrokken geweest. Van dat consult is zorgvuldig verslag gedaan in de decursus, in het medisch dossier en in het zorgdossier. Het voert te ver om appellante daarnaast verantwoordelijk te houden voor onderliggende dossiervoering door collega-artsen en de systematiek van de medische dossiervorming binnen de woongroep waar patiënte verbleef. Voldoende is dat appellante heeft gesignaleerd dat het medisch beleid ten aanzien van patiënte niet eenduidig was en dat zij dit - zo blijkt uit haar overdrachtsemail d.d. 15 april 2012 - aan de hoofdbehandelaar en opvolgend behandelaar van patiënte heeft teruggekoppeld: "(...) Onduidelijk was het beleid, in het zorgdossier stond actief in huis en in het medisch dossier actief, zie dossier (...)". Van onzorgvuldige dossiervorming door appellante is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege dan ook geen sprake.

4.9 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege over de klachtonderdelen 1, 4 en 5 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, 4 en 5 worden alsnog ongegrond verklaard. Dit betekent dat de maatregel van berisping komt te vervallen.

4.10 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 de door appellante op 15 april 2012 voorgestelde dosering van morfine en dormicum in het kader van het voorgestane palliatieve beleid, zal het Centraal Tuchtcollege zich daarover verder niet uitlaten, omdat dit valt buiten het kader van de procedure in beroep.

4.11 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 hoger beroep voor zover daarbij de klachtonderdelen 1, 4 en 5 gegrond zijn verklaard en aan appellante de maatregel van berisping is opgelegd;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klachtonderdelen 1, 4 en 5 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.