

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 279/2015

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 januari 2017 naar aanleiding van de op 17 november 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A en B**, wonende te C,

k l a g e r s

-tegen-

**G**, gynaecoloog, (destijds) werkzaam te E,  
bijgestaan door mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r d e r

### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift;
- het aanvullende klaagschrift met bijlage;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlagen;
- het namens verweerder ingediende schrijven met bijlagen, binnengekomen op 7 november 2016;

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid te worden gehoord tijdens mondeling vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 25 november 2016, alwaar zijn verschenen klagers en verweerder. Verweerder werd bijgestaan door mr. Kastelein. Klagers hebben in verband met de aan deze zaak ten grondslag liggende feiten eveneens klachten ingediend tegen D, gynaecoloog, (zaaknummer: 258/2014) en F, arts,

(zaaknummer 280/2015). Ter zitting zijn de zaken gelijktijdig, niet gevoegd, behandeld. In deze zaken is bij beslissing van dezelfde datum uitspraak gedaan.

## 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 1986, werd op 26 april 2013 ingeleid voor haar bevalling, in verband met verslechtering van klaagsters nierfunctie, na een niertransplantatie in 2006. Om 10 uur op 26 april 2013 werd de eerste gift misoprostol gegeven. Om 07.30 uur op 28 april 2013 zijn de vliezen spontaan gebroken en was sprake van ruim aflopend vruchtwater, helder van kleur.

Verweerder was als gynaecoloog werkzaam op 28 april 2013 vanaf 09.00 uur. Verweerder kreeg de informatie over klaagster mondeling overgedragen.

Om 11:45 uur werd op 28 april 2013 genoteerd:

*“VERPL. RAP.: Mw lag lang aan het CTG. Heeft vanmorgen miso per os gekregen ivm gebroken vliezen. Kindje laat periodes met strak patroon zien. Arts is op de hoogte, ws door pethidine. Mw mocht po supervisor van CTG. Mw opnieuw aan het CTG, hierna gekeken in speculo, erg pijnlijk. Mw opnieuw 50 microgram miso gegeven. Mw belde met vraag om iets tegen pijn te krijgen. CTG aan de strakke kant. Overleg arts geen pethidine. Proberen om met paracetamol scherpe randjes eraf te halen. Mw kreeg warme kruik, probeert te rusten. Afgesproken met mw dat als het niet gaat zij dit meldt. Mw voelt zich geradbraak, mn door het niet slapen van vorige nachten. Mw vindt het dan ook moeilijker en zwaar om pijn op te vangen en verdragen. Tensie vanmiddag aan de hoge kant, nogmaals meten.”*

Om 13:30 uur had klaagster wat toegenomen harde buiken, oogde niet in partu. Het CTG was normaal, er was veel helder vruchtwater, staande portio en de ontsluiting was niet goed te beoordelen. In overleg met verweerder werd nogmaals 50 ugram Misoprostol oraal gegeven en om 17:30 uur werd een herbeoordeling afgesproken.

Om 17:13 uur liep de nefroloog bij patiënt langs die adviseerde om laboratoriumonderzoek te verrichten: *“K, Na, Ureum, Kreat, Trombo's en Hb.”*

Om 18:10 werd, voor zover thans van belang, genoteerd:

*“oogt beginnend in partuna overleg G besloten tot VTVT(...) beleid over twee uur beoordelen.”*

Om 18:35 uur ging klaagster richting de verloskamer.

Op 28 april 2013 noteerde F:

*“23:25*

*Dienst overgenomen en pte herbeoordeeld. Na 2.5u synto nu VT: verstreken, soepel, centraal, 3 cm ontsluiting, cH1+, S ntb, geen pijnnaad palpabel. CONCLUSIE goede vordering, SE geplaatst en blaas gelegee.*

*23:31*

*BF eerder 120, nu 110, acc+, dec-, var+, toco: moeizaam registratie en wisselend 4 contr per 10 minuten en soms 10- min geen. CONCLUSIE: normaal CTG. BELEID: synto verder ophogen.*

*00:10*

*CTG: BF blijft 110-115, acc-, dec-, var+, toco: veel contracteis 7/10 min -> synto terug zeggen. Contracties moeizaam te registreren. Ook palpatoir wordt uterus niet evident hard.*

*00:41*

*Synto verder terug gezet. Mogelijk is synto van 10 naar 16 gezet eerder op de avond. Nu te veel contracties en weer terug naar 10. CTG wordt strakker, geen acceleraties, ook geen decel, en nog wel variabel. CTG suboptimaal. Indien afname van contractie geen effect heeft op CTG, overwegen MBO.*

*01:05*

*CTG suboptimaal, veel contracties en weinig variabiliteit. Synto gestopt want verlagen synto onvoldoende eddect. VT: verstreken, centrale portio, soepel, O 4cm, cH1+, caput suc beetje, Aar dw.”*

Na een mislukte MBO om 02:27 uur is F gevraagd mee te beoordelen. F lukt het evenmin om een MBO te doen. Verweerder heeft daarna meebeoordeeld en aangegeven dat het CTG voldoende geruststellend is en MBO niet nodig is.

Om 6:20 uur op 29 april 2013 werd de dochter van klagers geboren. Genoteerd werd: *“CTG suboptimaal, var decel maar wel stijging van BF, na 30 minuten persen segment zichtbaar, vordert goed. Echter suboptimaal en episiotomie gezet, waarna dochter N geboren in Aav, schouders na flink sacraal bewegen geboren, achtersta arm opgeslagen en navelstreng 1x rond nek en 1x rond romp, erdoor geboren laten worden. Met name ademhaling moeizaam, As 7/7, kinderarts gebeld matige start.”*

Om 9.00 uur op 29 april 2013 eindigde de dienst van verweerder.

Op 24 mei 2016 heeft I, gynaecoloog-perinatoloog, verbonden aan het J op verzoek van gemachtigde van verweerder, navolgende rapportage uitgebracht:

*“In het kort betreft de klacht dat bij een patiënte met als bijzondere risicofactoren een niertransplantaat, immuunsuppressieve therapie en recidiverende urineweginfecties, die prematuur beviel d.m.v. electieve inleiding wegens nierfunctieverslechtering, 18 uur na het starten van de baring en het spontaan breken van de vliezen niet met antibiotica is gestart ter preventie van streptokok 8 ziekte van de pasgeborene. Helaas heeft het kind perinataal een ernstige vorm van deze ziekte opgelopen en heeft waarschijnlijk als gevolg hiervan blijvende schade.*

*Overige relevante gegevens:*

*Patiënte is ernstig allergisch voor bactrimel, op 30/4/2013 was een cervixuitstrijk positief voor GBS. Er heeft een aantal maal infectiediagnostiek in de urine tijdens de zwangerschap plaatsgevonden. Ik neem aan dat bij deze kweken geen streptokok B is aangetoond.*

Er liggen een zestal vragen voor, die puntsgewijze behandeld worden:

Ad 1)

Het voorkomen van ernstige GBS ziekte in Nederland neemt toe zoals in 2014 beschreven en is ongeveer 3 op de 10.000 geboorten.

(...)

De oorzaak van de toename is niet duidelijk en het lijkt er niet op dat de invoering in Nederland van de richtlijnen om streptokokken ziekte te voorkomen (zie rode pijl in figuur) heeft kunnen bijdragen aan een vermindering van het voorkomen van de ziekte, die voornamelijk in de eerste 3 maanden na de geboorte optreedt.

De richtlijn die van toepassing is voor de Nederlandse situatie is de richtlijn (Preventie van neonatale groep B streptokokkenziekte vs 2.0 NVOG/NVK 2008, (...).

Hier wordt gesproken van een incidentie van 1.9 per 1000 bij een geschat dragerschap van moeders van 20%. Geschat werd dat 1 op de 10.000 kinderen in Nederland overlijdt aan de gevolgen van een GBS of restverschijnselen heeft. Op dit moment zijn er geen signaleringen bij de NSCK (...) voor deze ziekte.

Ad 2)

Het verwijt dat bij de moeder durante partu, of 18 uur na het breken van de vliezen op streptokok B had MOETEN worden gekweekt en/of behandeld, acht ik niet juist om een aantal redenen. Het is allereerst goed om vast te stellen dat er geen indicatie voor het gebruik van antibiotische therapie zonder verdere diagnostiek bestond en dat diagnostiek alleen zinnig is als er (dwingende) therapeutische consequenties uit zouden volgen. Ik citeer de richtlijn:

“...Er bestaat tot op heden (2008) geen enkele goede studie (RCT) die de (kosten-) effectiviteit van (enige vorm) van preventiebeleid overtuigend aantoont. In het algemeen bestaat er overeenstemming over het gebruik van antibiotische behandeling tijdens de baring bij zwangeren met tekenen van intra-uteriene infectie. Tevens is er overeenstemming over het gebruik van antibiotische profylaxe bij zwangeren met ernstige GBS-kolonisatie, vastgesteld op basis van bacteriurie of urineweginfectie door GBS op enig moment tijdens de zwangerschap, en bij zwangeren met een eerder kind met GBS-ziekte”.

Aan de bovengenoemde criteria voldeed de klinische situatie niet. Ten tweede zijn er een aantal momenten tijdens de zwangerschap en de geboorte op welke overwogen had moeten worden te kweken, als combinatiestrategie, op streptokok groep B. Dit is ten eerste bij de beslissing van inleiden: gezien de risicofactoren van moeder en kind (immuno-suppressieve therapie en vroeggeboorte) had gekweekt (in ieder geval urine en introïtus/rectum) kunnen worden op streptokok B bij het besluit tot inleiden en mogelijk is de urine al meermalen gekweekt door de nefroloog. Indien positief (ook indien eerder in de zwangerschap) dan had al behandeling door de nefroloog of gynaecoloog als hoofdbehandelaar moeten zijn gestart ante partum gezien de recidiverende urineweginfecties van patiënte in het verleden en dan dus om moederlijke redenen en/of gezien dragerschap. Ik ga uit van negatieve kweekresultaten van de urine ante partum omdat er geen behandeling is gestart. De overige kweken waren geen verantwoordelijkheid van G.. Het tweede moment ontstaat op het moment dat durante partu de vliezen 18 uur gebroken zijn. Dit lijkt te volgen uit het bij de NVOGrichtlijn gegeven stroomdiagram. Dit punt zal ik bij 3 behandelen.

Ad 3)

Er is, voordat G verantwoordelijk was voor behandeling van klagster, geen behandeling tegen noch diagnostiek naar streptokok groep B gedaan in de twee dagen voor de bevalling. Als de indicatie tot diagnostiek naar GBS al ontstaat bij prematuur in partu komen of na 18 uur gebroken vliezen zoals het stroomdiagram in de richtlijn 2008 zou kunnen aangeven, dan nog komen definitieve kweekuitslagen te laat om een tijdig besluit over behandeling te kunnen nemen. In dat geval had G kunnen overwegen zonder kweekuitslagen antibiotica te geven. Echter, hiertoe bestond geen verplichting of noodzaak. Tevens blijkt uit het stroomschema dat zelfs indien ernstige GBS kolonisatie bestaat EN er geen of geen adequate antibiotische profylaxe is gegeven, besloten moet worden

bij een zwangerschapsduur boven de 35 weken tot klinische observatie van 24 uur van het kind, zonder dat bloed, liquor of nasopharynx van het kind hoeven worden gekweekt. De richtlijn stelt immers “Er behoeft bij een zwangerschapsduur van 35 weken of meer geen aanvullende diagnostiek verricht te worden en is een periode van 24 uur observatie in het ziekenhuis en 24 uur thuis voldoende mits goed geregelde kraamzorg” Deze klinische observatie heeft plaatsgevonden en heeft geleid tot direct ingrijpen bij vaststellen van ziekte. Dit heeft helaas niet de ernstige gevolgen kunnen voorkomen. Daarom valt ook hier G geen direct verwijt te maken.

Ad 4)

De richtlijn is op de inleiding van toepassing.

Ad 5)

De uitvoering van de richtlijn zou een zichtbaar kweekresultaat van de urine bij besluit inleiden (2-3 dagen voor de bevalling) opgeleverd hebben en een introïtus/rectum kweekresultaat. Bij positief zijn van de kweken had dan antibioticaprofylaxe bij begin van de baring moeten worden gestart. G heeft verder de richtlijn adequaat gevolgd. Zoals onder 2 en 3 uiteengezet was er geen indicatie voor het starten van antibiotische therapie op grond van de richtlijn bij ontbreken van deze gegevens. Een aparte voetnoot in het flow diagram vermeldt immers dat bij onbekend GBS-dragerschap antibioticaprofylaxe overwogen KAN worden. Hier wordt niet van een verplichting gesproken.

Ad 6)

Verdere opmerkingen:

Ad 6a)

Het is de vraag of de richtlijn niet in 2013 een formele verlenging had moeten krijgen. Zieverantwoording hieronder, deze lijkt niet geldig. Het is wel duidelijk dat deze richtlijn in samenspraak met de NVK is samengesteld. De richtlijn geeft aan: “Deze richtlijn, in samenwerking met de NVK ontwikkeld door de Commissie Kwaliteit NVOG onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, is vastgesteld in de 596e ledenvergadering d. d. 17 september 2008 te Utrecht. De richtlijn is samengesteld door een stuurgroep bestaande uit K en H namens de NVOG en L en M namens de NVK. NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteed afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening. Dagtekening: september 2008. NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE Postbus 20075, 3502 L8 Utrecht”

Ad 6b)

Na de geboorte leiden een tweetal ziekteverwekkers frequent tot ernstige neonatale infecties (bloedvergiftiging en hersenvliesontsteking), te weten groep-B streptokokken (GBS) en Escherichia coli. Hoewel in het algemeen na binding van antistoffen binnendringende micro-organismen beter herkenbaar zijn voor opname en 'killing' door witte bloedcellen, is dit proces in de neonatale setting onvoldoende. Uit de eerder gerefereerde studie over een periode van 25 jaar naar GBS en E. coli infecties bij neonaten in Nederland (zie punt 1) blijkt dat GBS infecties selectief toenemen - ondanks de getroffen preventieve maatregelen vanuit verloskunde en kindergeneeskunde. Het is onbekend of de 'virulentie' van de GBS stammen of veranderde herkenbaarheid (door fagocyten en/of antistoffen) de toename verklaart. De eerste afweer tegen GBS is niet opgehelderd

en zal in Nederland in kaart worden gebracht. Tevens is het plan een klinisch-observatieve GBS-studie in alle NICU's in Nederland op te zetten.

Het is dus de vraag of überhaupt de preventie strategie werkt in Nederland en moet worden toegepast. Tevens is duidelijk dat zelfs bij het toepassen van antibiotische therapie de GBS ziekte lang niet in alle gevallen kan worden voorkomen en resistentievorming van andere pathogene micro-organismen toeneemt. Dit maakt terughoudendheid van het toepassen van antibiotica voor G een factor om rekening mee te houden ook bij de behandeling van een specifiek individu. Hij heeft immers ook een verantwoordelijkheid voor andere patiënten. Mede in dat licht ook kan zeker G geen verwijt worden gemaakt over nalatigheid van diagnostiek of behandeling.”

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij heeft gehandeld in strijd met de richtlijn van de NVOG 'Preventie van neonatale GBS ziekte' dan wel de richtlijn onvoldoende in acht heeft genomen en hij:

1. gelet op de premature bevalling (36 weken en 6 dagen) en de beslisboom een kweek had moeten inzetten, waarbij verweerder op de hoogte was en zelf heeft aangegeven dat de kans groot was dat klaagster prematuur zou bevallen;
2. gelet op de duur van de gebroken vliezen (23 uur) ten minste een kweek had moeten worden ingezet. Voor zover verweerder de richtlijn juist heeft geïnterpreteerd zijn klagers van oordeel dat genoeg redenen aanwezig waren voor het afwijken van de richtlijn en verweerder daartoe had moeten besluiten, zeker gelet op de twijfel was over de conditie van N. Er werd getracht een MBO te doen, hetgeen niet is gelukt;
3. ten onrechte eventuele resistentie tegen antibiotica boven het leven van een kind heeft gesteld.

### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat er discussie mogelijk is over de toepasselijkheid van de NVOG-richtlijn 'Preventie van neonatale Groep-B-Streptokokkenziekte (GBS-ziekte)' nu de richtlijn ziet op een spontane vroeggeboorte en niet op een kunstmatig opgewekte bevalling. In de dagelijkse praktijk wordt voor 'langdurig gebroken vliezen' in Nederland, in afwijking van de richtlijn die over 18 uren spreekt, een termijn van ten minste 24 uur gehanteerd. In de richtlijn is gekozen voor een risicofactorstrategie. Verweerder heeft de bevalling lege artis begeleid en hem valt geen tuchtrechtelijk verwijt te maken. Voor zover nodig zal hieronder in de overwegingen nader op het verweer worden ingegaan.

### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

#### 5.1

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

## 5.2

Het college bespreekt klachtonderdeel 1 en 2 gezamenlijk. Allereerst is de vraag of er voor verweerder aanleiding bestond tijdens de bevalling een kweek in te zetten gezien A de premature bevalling in relatie tot de beslisboom en B de duur van de gebroken vliezen. Vooropgesteld wordt dat verweerder tijdens de bevalling klaagster voor het eerst heeft gezien en met de voorafgaande besluitvorming tot inleiding geen betrokkenheid heeft gehad. Verweerder kwam in dienst op 28 april 2013 vanaf 9 uur in de ochtend. Op deze dag heeft F als arts-assistent haar dienst op 21.00 uur aangevangen. Gedurende de periode dat verweerder, na mondelinge overdracht, in dienst was en aldus verantwoordelijkheid had voor het goed verlopen van de bevalling hebben zich geen bijzonderheden voorgedaan. Er was sprake van goede en voldoende progressie van de partus, het CTG was normaal om 13.30 uur, er was helder vruchtwater. Na aanvang van de dienst door F om 21.00 uur is verweerder om 02.27 uur betrokken in een herbeoordeling en is op grond van een geruststellend CTG afgezien van een hernieuwde poging tot MBO. Gezien het normale beloop van de bevalling was er geen noodzaak of verplichting tot het afnemen van een kweek of profylactisch antibiotica geven. Verweerder kon allereerst voortborduren op het door D genomen besluit tot inleiding, in welk voortraject verweerder niet betrokken was geweest zodat hij kon en mocht afgaan op de juistheid van de beslissing van deze derdelijns gynaecoloog/perinatoloog. Verweerder heeft voorts tijdens de bevalling, die ongecompliceerd verliep, niet alsnog besloten tot een kweek op grond van de duur van de gebroken vliezen, met verwijzing naar de hieromtrent geldende heersende praktijk dat hiertoe eerst vanaf 24 uur gebroken vliezen wordt besloten. Gelet op het hiervoor beschreven verloop van de bevalling bestond er voor verweerder geen noodzaak hiervan af te wijken. De discrepantie tussen deze in de verloskunde gehanteerde termijn van 24 uur en de in de richtlijn GBS-ziekte genoemde termijn van 18 uur wordt hieronder besproken.

## 5.3

Ten aanzien van het derde klachtonderdeel overweegt het college dat, nu, gezien het voorgaande, geoordeeld kan worden dat voor verweerder geen indicatie bestond tijdens de bevalling te starten met antibiotica, dit klachtonderdeel al om die reden ongegrond is.

## 5.4

Het college hecht er aan om ten overvloede in navolgende zin te overwegen over de richtlijn GBS-ziekte. De richtlijn van 2008, die na vijf jaar niet is verlengd en waarvan op dit moment een herziening in conceptfase is, is niet éénduidig wat betreft de terminologie betreffende vroeggeboorte en de geldende en te hanteren termijn betreffende langdurig gebroken vliezen.

Onvoldoende duidelijk is, nu de richtlijn enkel spreekt van “vroeggeboorte” en hierbij niet vermeld staat of dit moet gaan om een spontane vroeggeboorte, of de richtlijn ook van toepassing is op *ingeleide* bevallingen voor de 37e week. In de richtlijn wordt voorts

gesproken over langdurig gebroken vliezen waarbij in de richtlijn in de tekst een termijn van 18 uren wordt vermeld. In de daaronder geschreven tekst in de richtlijn wordt vervolgens opgemerkt dat in Nederland een termijn van *ten minste 24 uren* in de verloskunde wordt gehanteerd. In de aanbevelingen wordt geadviseerd om het beleid van de richtlijn zoals weergegeven in de beslisboom te handhaven. In de beslisboom wordt gesproken over 'langdurig gebroken vliezen (>18 uur)'. De verschillende termijnen die in de tekst van de richtlijn en in de aanbevelingen worden genoemd lijken met elkaar in tegenspraak te zijn en scheppen daarmee onduidelijkheid. Een richtlijn dient duidelijke handvatten te bieden wat betreft terminologie en termijnen, waarbij de termijnen op dezelfde wijze in de praktijk dienen te worden gehanteerd in de diverse disciplines. Het college pleit voor een eenduidige GBS- richtlijn voor alle betrokken disciplines.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. F. van der Maden, voorzitter, mr.dr. Ph.S. Kahn, lid-jurist, J.M. Burggraaff, dr. F. Brus en dr. P.J. Wahab, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijnstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 januari 2017 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.