

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 135/2016

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 19 mei 2017 naar aanleiding van de op 7 juni 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, huisarts, werkzaam te B,
bijgestaan door mr. M.J. Bos, verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennis genomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlage;
- de dupliek.

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 31 maart 2017, alwaar is verschenen verweerster, bijgestaan door mr. M.J. Bos.

Klager heeft tevens een klacht ingediend tegen D, verpleegkundige, (zaaknummer 136/2016) naar aanleiding van dezelfde onderliggende feiten. Op die klacht is bij afzonderlijke beslissing uitspraak gedaan.

2. FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het huisartsenjournaal en de achterliggende stukken) dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klager, geboren in 1954, is sedert 1992 bekend met diabetes. In 1998 is klager gestart met orale medicatie.

Verweerster is de huisarts van klager sinds juli 2014. D is de praktijkondersteuner van de huisarts en BIG-geregistreerd als verpleegkundige (hierna: de praktijkondersteuner).

Klager gebruikte tot juli 2014 orale medicatie in verband met diabetes mellitus type 2 (hierna: diabetes).

Op 11 juli 2014 heeft de praktijkondersteuner klager en zijn begeleider van woonzorginstelling E gesproken. De praktijkondersteuner heeft hierover in het journaal genoteerd: “S (...) glucose waarden erg hoog: in het lab: 21.

Begeleiding: Is reeds langer bekend met hoge waarden, 2 jaar geleden al insuline aangeboden in MC, maar door meneer geweigerd.

O: gluc n n 21.5 MDRD 40

P: veel drinken van het weekend en consult met begeleiding afgesproken voor dinsdag a.s. Insteek zal zijn insuline th. Aanleren via wijk.”

Op 15 juli 2014 heeft de praktijkondersteuner in vervolg hierop genoteerd:

“S (...) met begeleider: geen hyperglycaemische klachten momenteel. Heeft al jaren hoge waarden, maar nu waarschijnlijk voor het eerst ook leverf st.

O: hba1c 121 gluc nn 21.1

E: cave lactaat acidose, cave hyperglycaemisch coma.

P: uitgebreid gesprek, angst benoemd voor insuline doordat moeder in zijn ogen hieraan is overleden (nierdialyse, blind). 1. Stop tolbutamide en metf. pravastatine nog even aanhouden 2. echo lever iom J. 3. c na 6 wk zonder med. en herhalen bloedbeeld. 4. meneer wenst geen insuline ook niet met de wijk; alle consequenties benoemd. 6. E geïnformeerd.”

Op 20 juli 2014 vond een telefonisch consult plaats. De waarnemend arts noteerde:

“(S) (K) verzorger: suikermedicatie is dinsdag gestopt ivm slechte leverfunctie. Suiker was vanmorgen 17,6NU en is nu 29,2NN.

Huisarts heeft insuline therapie aangeraden, maar meneer weigert dit omdat hij zijn leven hierop moet aanpassen. Verzorging probeert dit te motiveren, omdat hij met zo'n hoge suiker in coma kan raken. Meneer weigert, ziet de ernst er niet van in. Toestand speelt waarschijnlijk al even, meneer is stabiel. VG: slechte leverfunctie (...)

(L) nu geen klachten

(P) L) veel drinken en geen koolhydraten meer nuttigen, morgen overleg eha.”

In verband met leverfunctiestoornissen werd na consult op 22 juli 2014 gestart met insuline. In het huisartsenjournaal werd hieromtrent genoteerd door de praktijkondersteuner:

“S E (...) belt meneer wil graag beginnen met insuline!!!

Begeleiding is geautoriseerd om te spuiten

- O hoge waarden rond de 21
- E(...) afw leverf en nierf --> geen medicatie DM heeft bij internist altijd insuline geweigerd; wil nu wel starten...
- P start lantus insuline in been vlg schema: 1e week 10e; 2e week 14 e, 3e week 18 e; dan als de glucosewaarden nuchter 8 of hoger is naar de 22 e. 25/8 c. spulletjes worden geleverd via apotheek."

Op 14 augustus 2014 informeerde de begeleider van klager dat het prima gaat met insuline spuiten. De nuchtere waarden bleven hoog.

Als plan staat genoteerd: *"uitleg dat we langzaam zijn begonnen vw mijn vakantie en kijken hoe meneer reageert op deze behandeling. Dat het wel 6 maand duurt voordat dedm goed gereguleerd is . Nu ophogen met na 4 e elke drie dagen tot c 25/8. Dan 2 curven mee en vervolgens start 4 dd insuline th."*

Op 26 augustus 2014 vond contact plaats en werd genoteerd:

- "S. (...) gaat heel goed met de insuline. Nu 40 e (...)
- O gluc n 14.1
- P ophogen met 4 e per week. tot 5-9 daarna 3 dagcurven en dan tel contact met (...) M aangevraagd."

Op 29 augustus 2014 vond een risicoinventarisatie diabetes plaats. Als plan werd besproken *'nog 3 wk tritreerschema en dan retour met curven(...).'*

Op 15 september 2014 noteerde de praktijkondersteuner:

- "S (...) ins opgehoogd naar 48 e
- O gluc n tussen de 11-15
- E instelfase insuline
- P insuline naar 52 e, geen bijspuitschema in instelfase. 2 dagcurven en c di pm 4dd insulinheth."

Op 29 september 2014 werd opgetekend dat het prima gaat met 4 dd insuliner therapie. De nuchtere glucosewaarde was 6,1 en uit het laboratoriumonderzoek bleek verbetering van de leverfunctie.

Op 10 november 2014 belde de begeleiding dat sinds drie weken sprake was van verslechtering van het zicht van het linkeroog.

Op 17 november 2014 vond een consult plaats. Genoteerd werd:

- "S (...) komt met begeleidster. Is erg teleurgesteld dat oog zo aangedaan is. Sinds de insuline gestart is. Onzekerheid of insulinebeleid wel het juiste is. Toch niets meer met de lever aan de hand etc. Heeft met begeleiding alle vragen op papier gezet. Uitleg geven over hoe pat hier terecht gekomen is (Jeuk en pijn been bij DN--> lab hoge waarden DM geen int. c. meer) Opnieuw uitgelegd dat we geen med. meer konden geven bij zulke hoge lever waarden en dus wel aan de insuline moesten.

- O Juist ook langzaam begonnen met insuline opbouwen (per week getritreerd met +4 e ipv per 3 dgn. Daarna pas 4 d NR erbij. Uitgelegd dat de begeleiding dikwijls gebeld heeft voor bijspuitschema, maar dat afgehouden omdat de waarden niet

te snel mogen dalen. HbA1c nu 81 was 121. Houdt spierpijnklacht alleen in re been --> niet wrs van medicijnen-->naar ha om het uit te laten zoeken.

E ontevreden gevoel bij ernstig gezichtsverlies li oog bij DM

P insuline naar 6-6-8 (was 6) -52. gesprek: ik zal de oogarts (G F) bellen en over 4 wk weer gesprek, met een nieuwe vragenlijst. D tel F 25/11: visus probleem valt mee, brief volgt. Korte lijstjes prima, insuline beleid acc."

Op 16 december 2014 vond een kleine controle plaats in verband met diabetes. Genoemd werd:

"S Welbevinden: Redelijk; veel baat bij de cymbalta, minder pijn in been, index was goed

P (...) Veel baat bij de cymbalta, minder pijn in been, arm/enkel index was goed. DM2, Neuropathie, Angiopathie, Nefropathie Insuline nu naar 8-8-10-52 Welbevinden: Redelijk RR: 130/80 Gewicht 90,0 kg, BMI: 28 Bloedglucose nuchter: 6,8."

Op 30 december 2014 werd een brief van F ontvangen, inhoudende, voor zover thans van belang:

"Anamnese

OS ziet waziger sinds een week, lijkt nu ook of OD 'grijzer'ziet.

Azarga en Saflutan ODS

RR 130/80 twee weken geleden.

(...)

Conclusies en beleid: Geen crvo beeld OD, diffuus bloedingen in de achterpool, geen macula oedeem OD, wel CW, tensie 101/63

Punctata OS > OD, mogelijk wel visusverklarend.

Anterieure uveitis ODS.

Te hoge oogdruk OS

Start predforte ODS 3 dd en iopidine 2 dd OS erbij, gestoorde nierfunctie, dus liever geen diamox. Gel ODS 6dd. Nevanav stop.

Controle 1 week."

Bij 5 januari 2015 staat opgetekend in het huisartsenjournaal:

"S gisteren normaal gegeten geen temp. vanmorgen suiker 4.4 nuchter niet lekker wil geen insuline nu, ook geen eten. veranderd van oogdruppels verzorging daenkt dat hij daar niet lekker van is

O morgen controle bij oogarts

P temp en gluc in de gaten houden, morgen bij oogarts vragen of het bijwerking kunnen zijn C akkoord."

Op 9 maart 2015 werd bericht ontvangen van F dat sprake was van grijs zicht met OS, af en toe beter zicht, dat over de langere termijn stabiel bleef. Op 27 maart 2015 meldde de oogheilkundig assistent dat sprake was van veel onduidelijkheid over gebruik van de oogdruppels.

De optometrist berichtte verweerster op 23 april 2015 dat het navolgende beleid was afgesproken:

“toename diabetische retinopathie/hypertensieve retinopathie OD>OS: advies goed op de DM te letten (is er nog wat te doen aan de DM, instelling, beweging, dieet? Instelling bloeddruk?)

(...) Controle 4 maanden mydriasis voor de diabetes.”

Op 7 mei 2015 werd verweerster bericht dat de oogdruk weer hoog was, en naast medicatie een controle over vier dagen later werd gepland.

Klager is in juli 2015 op de spoedeisende hulp geweest in verband met thoracale klachten en nierfunctiestoornissen.

In het huisartsenjournaal staan, voor zover thans van belang, tevens navolgende contacten opgetekend:

“21.09.15 S: (...) : veel stress +++

O: hogere waarden

P: stoppen met alle frisdranken wel water drinken en minder snoepen

(...)

26.10.15

S: Jaarcontrole diabetes

Welbevinden: Redelijk

P: (...) hba1c 75, hoge gluc waarden, microalb+++, --> hh urine+ sed. DM2, Retinopathie, Neuropathie, Angiopathie, Nefropathie Insuline Welbevinden:

Redelijk RR: 130/80 Gewicht: 95,0kg, BMI: 29 Bloedglucose nuchter: 11,8 (24-10-2015)

(...)

2.11.15

S: Tussentijdse controle diabetes

P: (...) insuline nu 14-10-10-60 in de ochtend nuchter hypo's. Mener eet dan al vast zijn brood. Graag aanpassen insuline naar: 14-12-14-2X26. Curven en tel c vr

10.11.15

S: Tussentijdse controle diabetes

P: (...) insuline aanpassen naar 16-14-14-2X26 Herstart cymbalta C over 3 maanden co eiwit.”

Op 10 augustus 2015 werd in het dossier genoteerd:

“S: bekend met glaucoom? Diabetische retinopathie? En status na lensimplantaat li oog. heeft het gevoel dat visus langzaam slechter wordt. eind deze week co oogarts.

P: gaat het daar bespreken.

Bij de episode diabetische retinopathie is genoteerd bij 12 september 2015:

“S: (...) heeft te horen gekregen dat hij blind gaat worden. Vind het vreselijk. denkt dat insuline de oorzaak is D overleg gehad met G (...) 25/11/2014 --> insuline niet de oorzaak van oogklachten.

E: moeite met acceptatie; geen duidelijkheid over de oorzaak

P: uitgebreid gesprek met N opnieuw met oogarts F in gesprek te gaan, met begeleiders van H.”

Op 7 december 2015 meldde de oogarts als beleid aangaande klager na een consult die dag:

“Recidief uveitis anterior OS – ophogen PF 4 dd

Oogdrukstijging bij recidief uveitis OS- wil geen baerveldt want wordt er niet beter van, iopidine maar 3 dd

Droog oog OS door alle medicaties

Uitgebreide exsudatieve diabetische retinopathie OD>OS

Doorgaan azarga 2 dd OS, travatan ODS AN.

co 2 wk

Insuline overleggen met DM verpleegkundige, aangegeven dat goede suikercontrole en hypertensie controle nodig is voor het zicht.”

Op 12 februari 2016 vond een kleine controle van de diabetes plaats. Genoteerd werd:

“(...) Hba1c 63 wil geen aanpassingen van de insuline, geeft de insuline de schuld van de blindheid van het oog. Oogarts wenst betere instelling, echter meneer wil dit niet (...).”

Op 11 april 2016 werd verweerster naar aanleiding van een consult bij de oogarts het navolgende bericht:

“Conclusies en beleid: Nog exsudatieve diabetische retinopathie ODS, met cotton wools OD

amper cuveitis OS

glaucoom OD goed, OS te hoog, maar wil geen operatie (nu ook niet meer zinvol)

Proberen vexol 1 dd OS

travatan ODS AN, azarga 2 dd ODS, iopidine 3 dd OS

doorgaan intravitreale injecties ivm maculaoedeem

co 3 mnd.”

Op 10 mei 2016 vond een kleine controle plaats. Genoteerd werd:

“(...) hba1c 66, heeft nachtelijk hypo gevoel, gaat dan wat eten en dan gaat het over. Gluc wordt 's nachts niet gemeten. Heeft overdag ook periodes van niet lekker voelen, vaak zo rond vijf uur. Gaat dan even liggen. Denkt en ervaart dat de insuline zijn visus vertroebeld. Wil de insuline overdag zo houden (mijn adv is om juist die wel te verhogen en de nacht insuline te verlagen) compromis: 16-14-14-2x22. meneer uit zijn onvrede over het beleid, komt niet overeen met zijn eigen gedachten hierover.(...)”

Op 10 mei 2016 is in het dossier genoteerd dat klager naar huisartsenpraktijk I gaat.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- dat de hem voorgeschreven insuline te snel werd opgehoogd waardoor hij blind is geworden aan zijn linkeroog. Voorafgaande aan het starten met de insuline heeft geen overleg plaatsgevonden met de oogarts, terwijl verweerster en de praktijkondersteuner wisten dat klager bij de oogarts onder behandeling was. Verweerster is hierdoor volgens klager nalatig geweest.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat zij binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven. Conform de richtlijn dient een patiënt bij starten van insulinetherapie binnen zes maanden door de oogarts te worden gezien. Klager was al in behandeling bij de oogarts. Gelet op de bekende oogproblematiek is volgens protocol gekozen voor een lage dosering met een lage frequentie van het titreren van de insuline zonder bijspuitschema. De retinopathie is een gevolg van een jarenlang slecht gereguleerde diabetes. Klager had bij binnenkomst in de huisartsenpraktijk een hba1c van 121 en ernstige leverfunctiestoornissen bij gebruik van orale antidiabetica. Derhalve was het niet verantwoord om deze medicatie langer voor te schrijven en de enige optie voor het reguleren van klagers diabetes was insulinetherapie, waar klager zich tot juli 2014 tegen heeft verzet.

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

Klager is in juli 2014 gestart met insulinetherapie, nadat gebleken was dat voortzetting van de bestaande behandeling met orale medicatie van zijn diabetes geen optie meer was. Zoals uit het medisch dossier blijkt, was bij klager al jarenlang sprake van hoge glucosewaarden. Zijn vorige huisarts had hem al eerder geadviseerd te starten met insulinetherapie, maar klager wilde dat eerder niet. In de eerste contacten met de praktijkondersteuner van verweerster bleek uit de laboratoriumuitslagen van zeer hoge glucosewaarden en nier- en leverfunctiestoornissen. Na een aanvankelijke weigering heeft klager uiteindelijk met het starten van de insulinetherapie ingestemd welke hierna is gestart, waarbij de praktijkondersteuner in overleg met verweerster de medicatie en dosering heeft bepaald, instructie heeft gegeven en vervolgcontroles heeft gedaan. Zoals verweerster heeft benadrukt, is daarbij gekozen voor een voorzichtige opbouw. Het college is van oordeel dat in zoverre is gehandeld conform de NHG-standaard diabetes mellitus type 2 (2013).

5.3

Wel merkt het college op dat uit het journaal nauwelijks blijkt welke handelingen in de voorbereidingsfase zijn uitgevoerd. In het 'Protocol instellen op insuline' (oktober 2009) van de huisartsenpraktijk waar verweerster werkt, is op dat vlak een aantal aandachtspunten genoemd onder de kopjes voorlichting, instructie en verwijzing. Het college wil aannemen dat de praktijkondersteuner meer informatie heeft gegeven dan in het journaal is vermeld, maar kan niet vaststellen welke voorlichting en instructie precies aan klager

en zijn begeleider zijn gegeven en welke afspraken over het spuiten zijn gemaakt. Verweerster had er als eindverantwoordelijke op moeten toezien dat dit gebeurde en dat dit in het journaal voldoende inzichtelijk werd genoteerd.

5.4

Bovendien is geen uitvoering gegeven aan het gestelde in het protocol onder 'verwijzing': *“naar oogarts bij een hba1c > 10 % (reeds bestaande retinopathie moet eerst worden behandeld omdat deze aandoening door plotselinge verlaging van de glucose kan verslechteren)”*. Deze aanwijzing is in overeenstemming met de NHG-Standaard (behoudens de genoemde meetwaarde die veranderd is in mmol/mol). De NHG-Standaard bevat hierover de volgende richtlijn (onder 'Insulinetherapie: randvoorwaarden en taken'): *“Bij (mogelijk) langdurig bestaande sterk verhoogde bloedglucosewaarden (HbA1c > 85 mmol/mol) moet de huisarts vóór eventuele instelling op insuline op de hoogte zijn van reeds aanwezige retinopathie en deze zo nodig laten behandelen.”* Noot 97 van de NHG-Standaard ('Verwijzing naar oogarts') verwijst naar de CBO-richtlijn Diabetische retinopathie (2006), waarin de volgende aanbevelingen zijn opgenomen:

“3.5 Houd bij een snelle verbetering van de glykemische instelling van een patiënt die langdurig een slechte instelling heeft gehad en met name bij de overgang op een insulinepomp, rekening met initiële verergering van de retinopathie.

(...)

Vaststaat dat voor het starten van de insuline geen verwijzing naar of overleg met de oogarts heeft plaatsgevonden. Verweerster heeft aangevoerd dat klager al onder behandeling van de oogarts was, zodat een verwijzing niet meer nodig was. Daarin kan zij echter niet worden gevolgd. Doel van de geciteerde aanbevelingen is dat, voordat met de insuline wordt gestart, wordt bezien of een behandeling nodig is om (verergering van) oogklachten te voorkomen. Ook als juist is dat klager in de bewuste periode onder controle van de oogarts was, zoals verweerster stelt, wil dat dus nog niet zeggen dat geen overleg met de oogarts had behoeven plaats te vinden voordat met de insuline werd gestart.

Daarbij merkt het college nog op dat het medische dossier geen gegevens over contacten van klager met de oogarts in die periode bevat. De eerste informatie van de oogarts in het dossier dateert van december 2014. Uit het journaal blijkt verder alleen dat de praktijkondersteuner naar aanleiding van een controle van klager in november 2014 telefonisch contact met het oogziekenhuis heeft gehad. Gebleken is dan ook slechts dat verweerster en haar praktijkondersteuner aan het begin (juli 2014) wisten dat klager onder behandeling bij de oogarts was omdat klager dit had verteld. Wanneer de laatste oogheelkundige controle was geweest voorafgaand aan het instellen op insuline en wat de uitkomst daarvan was, was kennelijk niet bekend. Verweerster mocht er ook niet van uitgaan dat de oogarts door een automatische melding tijdig ervan op de hoogte zou zijn dat met insulinetherapie zou worden gestart en dan zo nodig zelf actie zou ondernemen. Zij had in deze situatie hoe dan ook overleg met de oogarts moeten plegen, alvorens de therapie te starten. Door dat niet te doen, heeft zij niet de zorgvuldigheid betracht die zij in de gegeven situatie jegens klager had moeten betrachten. Dat in telefonisch overleg met het oogziekenhuis in november 2014 het insulinebeleid is geaccordeerd, doet aan het voorgaande niet af. Dit neemt immers niet weg dat door het ontbreken van overleg met de oogarts, voordat met de insulinetherapie werd gestart,

de mogelijkheid is gemist om eerst onderzoek en zo nodig behandeling door de specialist te laten plaatsvinden.

In zoverre is de klacht gegrond.

5.5

Het college wijst er vervolgens op dat in deze tuchtprocedure alleen ter beoordeling staat of verweerster is tekortgeschoten in de door haar te betrachten zorgvuldigheid jegens klager. *Het doen van een uitspraak over aansprakelijkheid en schade behoort niet tot de taak van het college. Voor zover de klacht daarop is gericht, kan deze dan ook niet worden gehonoreerd.*

5.6

De conclusie is dat de klacht over het starten van de insulinetherapie zonder voorafgaand overleg met de oogarts gegrond is. Verweerster had de noodzaak van dit overleg als verantwoordelijke voor de indicatiestelling en eindverantwoordelijke voor de behandeling moeten onderkennen. Bij het bepalen van de op te leggen maatregel neemt het college in aanmerking dat verweerster zich toetsbaar heeft opgesteld, de tekortkoming op dit punt (na daarop te zijn geweest) heeft erkend en te kennen heeft gegeven dat het protocol met spoed zal worden geactualiseerd en de genoemde aanbeveling binnen de praktijk onder de aandacht zal worden gebracht. Het college is ervan overtuigd dat verweerster lering uit deze zaak heeft getrokken. Naar het oordeel van het college kan met een waarschuwing (een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van een handwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken) worden volstaan.

5.7

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing worden gepubliceerd.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond (als hierboven genoemd onder 5.6);
- legt de maatregel van waarschuwing op;
- wijst de klacht voor het overige af;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorg Jurisprudentie', alsmede 'Medisch Contact'.

Aldus gedaan door mr. H.L. Wattel, voorzitter, M.D. Klein Leugemors en R.O. Rischen, leden-artsen in tegenwoordigheid van mr. A.M.M. van den Eijnden, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 19 mei 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 aan 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.