

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 159/2017

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 13 april 2018 naar aanleiding van de op 26 september 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A en B, wonende te C,

k l a a g s t e r s

-tegen-

L, neuroloog, werkzaam te E,
bijgestaan door F te E,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- beeldvormend materiaal van het G;
- beeldvormend materiaal van H;
- beeldvormend materiaal van I;
- beeldvormend materiaal van het J;
- proces-verbaal van het op 20 december 2017 gehouden mondeling vooronderzoek;
- de reactie van klaagster op de inhoud van het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek;
- de reactie van verweerder op de inhoud van het proces-verbaal van het mondeling vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 6 maart 2018. Klaagsters en verweerder zijn daarbij verschenen. Klaagsters lieten zich bijstaan door K, verweerder door F voornoemd. Aan beide zijden zijn aantekeningen overgelegd.

Ter zitting zijn verder de klachten behandeld tegen de arts in opleiding tot neurochirurg M (158/2017) en de neurochirurg D (157/2017). In de drie zaken wordt tegelijkertijd 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.

Klagers zijn de echtgenote en dochter van N, geboren in 1954 en overleden begin augustus 2014, hierna te noemen patiënt.

Sinds januari 2014 had patiënt progressieve pijn in de linkerheup, uitstralend naar de mediale zijde van de knie tot aan de enkel. Patiënt heeft op 7 en 21 februari 2014 injecties in zijn linkerheup gehad, zonder gewenst effect.

Op 8 april 2014 heeft de huisarts, in verband met de aanhoudende pijnklachten van de linkerheup, een X-LWK en X-Bekken laten maken met de vraagstelling of er afwijkingen te zien waren aan de rug of heup. Het verslag hiervan vermeldt onder meer:

“Bekken: Intacte bekkenring. Normaal aspect van symphysis pubis en SI-gewrichten. Geringe versmalling van beide heupgewrichten zonder secundair atrofische kenmerken. Conclusie: enige discopathie laaglumbaal”.

De huisarts verwees patiënt op 16 april 2014 naar de orthopedisch chirurg.

De orthopedisch chirurg zag patiënt op 1 mei 2014 op het spreekuur en schreef in zijn brief aan de huisarts, voor zover thans relevant:

“Er was geen trauma. Hij is bij de chiropractor geweest en heeft 2 keer een injectie gehad zonder het gewenste effect. Hij heeft overdag geen problemen tijdens zijn werk in de horeca. Hij sport verder niet actief. Met name in de avond en nacht is het zeer pijnlijk. Het straalt vanuit de heup door naar lateraal en soms ook naar de knie. Hij gebruikt reeds pijnstilling via de huisarts.”

Bij lichamelijk onderzoek werd een verminderde endorotatie van de heupen beiderzijds gezien. De trochanter major was drukpijnlijk en met name het rekken van de piriformis was zeer pijnlijk. De orthopedisch chirurg heeft de röntgenfoto's van 8 april 2014 beoordeeld en milde degeneratieve afwijkingen van beide heupen, en rechts wat aanwijzingen voor enthesiopathie van de trochanter major, geconstateerd.

Zijn conclusie en advies luidde, voor zover thans relevant:

“Piriformis syndroom links. Behandeladvies; rekoefeningen via de fysiotherapeut, controle over 6 weken.”

Op 3 mei en op 10 mei 2014 heeft patiënt zich met pijnklachten van het linkerbeen op de huisartsenpost gemeld.

16 mei 2014 heeft patiënt telefonisch contact opgenomen met de huisarts om een herhalingsrecept van zijn tramadol en diclofenac te vragen. De huisarts heeft patient uitgenodigd om dit diezelfde dag nog op het spreekuur te bespreken.

Op het spreekuur heeft patiënt gevraagd of er geen MRI-scan gemaakt kon worden om uit te zoeken waar de pijnklachten vandaan kwamen. De huisarts heeft daarop MRI-onderzoek aangevraagd.

Op 28 mei 2014 heeft de huisarts patiënt, in verband met aanhoudende pijn en de wachttijd voor de reeds geplande MRI, voor de MRI-scan verwezen naar een privékliniek.

Op 30 mei 2014 is er een MRI van de lumbale wervelkolom gemaakt bij de privékliniek. Deze werd, voor zover thans relevant, als volgt verslagen:

“Conclusie:

Laaggradig facetartrose van de gehele LSWK.

Beginnende degeneratieve discopathie L5-S1. Modic-II veranderingen L5-S1 en facetartrose graad 2 met dientengevolge versmalling van het neuroforamen rechts en aanwijzingen voor impingement van de uittredende wortel rechts.

Geen verklaring voor de linkszijdige klachten.

ADDENDUM

4 letsels in de mediaanlijn gelegen in de conus medularis en cauda equina. Deze zijn in de mediaanlijn gelegen en de wortels liggen uitgespannen rondom. De lasie hebben verschillende signaalkarakteristieken. te weten hypo, hetero en iso intens op T1 resp hyper, hetero en hypo intens op T2 (van craniaal naar caudaal). 1,5, 1,7 en 1,9 cm lang. Geen evidente flowvoids.

Advies: aanvullen met DWI + series na iv gado.

DD:

ependyoom

gezien multipliciteit: intradurale metastasen

Zenuwschede tumoren.

De 2e lesie gezien vanaf craniaal met hetrogeen aspect heeft delen die signaal van vet volgen: dat kan passen bij een dermoid cyste”

Op 2 juni 2014 heeft patiënt een consult gehad bij een andere privékliniek voor verder klinisch onderzoek door een orthopedisch chirurg. De orthopedisch chirurg adviseerde de huisarts telefonisch en schriftelijk om de patiënt, in verband met radicaire pijnklachten ten gevolge van intradurale afwijkingen, te verwijzen naar een neuroloog.

Diezelfde dag heeft de huisarts de patiënt verwezen naar de polikliniek neurologie met de verdenking van een maligniteit in het verlengde myelum.

De patiënt werd op 4 juni 2014 op de polikliniek gezien door verweerder. Hij schreef in de brief naar de huisarts, voor zover thans relevant:

“Sinds januari zeurende pijn in het linker been, komt met name 's avonds opzetten. De pijn neemt toe wanneer hij op zijn linker zij ligt. Het lijkt uit te stralen vanuit de onderrug. Hij heeft ook pijnklachten ter hoogte van de bekkenkam. De voet voelt links verdoofd aan, alsmede in de linker lies en het mediale bovenbeen links. Naast uitbreiding op de trochanter is er uitbreiding in het bovenbeen tot de knie. 's Nachts heeft hij veel klachten. Hij heeft het gevoel alsof er iets op zijn been drukt, verbetert bij staan en lopen. Sinds januari hesitatie met nadruppelen, geen incontinentie. Pijnstilling helpt onvoldoende.

's Nachts voelt hij zich koortsig. Hij heeft een paar keer krachtsverlies gehad in zijn been tijdens inspanning door pijn. Sinds januari is hij afgevallen.

Neurologisch onderzoek:

Anteflexie 60 graden. Lasegue links en rechts negatief: bij heffen van het ben uitstraling tot aan de knie, bij flexie in de heup verdwijnen deze klachten niet. KPR symmetrisch +1, APR symmetrisch normaal, VZR fysiologisch. Sensibiliteit en motoriek intact. Geen atrofie. Sacrale dimple met limbale haargroei.

Aanvullend onderzoek:

MRI-LWK (RGT: beeldvorming van 30 mei 2014): sacrale dimpel met fistel. Verwijd lumbosacraal kanaal met userering van de corpora, laagstand van de conus op L3. Een tweetal T1 en T2 hyperintense laesies verdacht voor lipoom, verder aan de cauda adherente bolvormige laesie, DD meningeoom of dermoid.

Conclusie:

Waarschijnlijk spinale dysrafie.

Bespreking:

Aanvullend MRI-onderzoek na Gadolineum om de gevonden afwijkingen beter te kunnen evalueren. Mogelijk dat de pijnklachten hiermee samenhangen, echter gezien de forse pijnklachten bij liggen op de linkerzijde bestaat er ook verdenking op een bursitis trochanterica.”

De aanvullende MRI-scan werd op 10 juni 2014 gemaakt, met de vraagstelling: verdenking spinale dysrafie, DD ependyoom of meningeoom.

De MRI werd door de radioloog, voor zover thans relevant, als volgt verslagen:

“Beeld van een tethered cord met hierdoor laag in het myelum / conusgebied kleine syrinx aanwezig over een traject van ongeveer 20 mm.

Tevens wat vetweefsel ter hoogte van de conus / caudavezels aantoonbaar in het kader tethered cord. Er bestaat de indruk van een toegevoegde laesie ter hoogte van de caudavezels laag, echter op de vetsuppressie geen duidelijke laesie zichtbaar en na toedienen van contrast geen aankleuring zichtbaar, zeer waarschijnlijk toch wat extra weefsel/caudavezels in het kader van tethered cord. Geen aanwijzingen voor RIP.

Tevens aanwezigheid van een dimple, derhalve beeld van congenitale afwijkingen.

Conclusie:

Beeld passend in het kader van een tethered cord. Geen aanwijzingen voor RIP.”

Op 11 juni 2014 is patiënt door een neuroloog gezien op de polikliniek neurologie. Er werd opnieuw een anamnese afgenomen en lichamelijk onderzoek verricht. De uitslag van de MRI-scan van 10 juni 2014 is met patiënt besproken. De conclusie en het beleid, zoals te lezen in de huisartsenbrief, luidde, voor zover thans relevant:

“Patiënt met hevige uitstralende pijnklachten in de linker bil en achterzijde van het linker been zonder krachtsverlies met op de MRI-LWK beeld van een tethered cord laag

lumbaal met en sacrale dimple passend bij een congenitale afwijking. Differentiaal diagnostisch kunnen de klachten geduid worden bij een tethered cord dan wel op basis van een ischialgie of radiculopathie S1/S2 links, echter zonder duidelijke wortelcompressie zichtbaar.

Beleid:

In overleg met de neurochirurg hebben we patient doorverwezen naar de polikliniek neurochirurgie voor verdere beoordeling en mogelijk operatieve behandeling. Ter overbrugging hebben we patiënt amitriptyline meegegeven 1dd. 25 mg a.n. zo nodig mag dit opgehoogd worden naar 1dd. 50 mg. a.n.”

Op 20 juni 2014 bezocht patiënt het spreekuur van de arts in opleiding tot neurochirurg M. Zij heeft, voor zover thans relevant, in het dossier genoteerd:

Patiënt heeft al jaren passagère rugpijnklachten die altijd overgingen met medicatie via de huisarts. Sinds januari 2014 heeft hij progressief pijn in de linkerheup, waarvoor pijnmedicatie, een injectie en fysiotherapie en chiropractie. Dit had alle geen effect. Vanwege beenlengte verschil is er een zooltje in de linkerschoen geplaatst, ook zonder effect.

De pijn straalt inmiddels uit via de heup naar de mediale zijde van de knie tot aan de mediale zijde van de enkel. De pijn komt niet in de voet. Wel heeft patiënt een koude voet. Er zijn geen tintelingen of hypesthesie.

Wel is er minder kracht in het linkerbeen en de echtgenote van patiënt vindt het linkerbeen ook dunner geworden.

Aan de rechterkant heeft patiënt geen klachten. Van de armen ook geen klachten.

Ten aanzien van de mictie is er sprake van de laatste maanden wat minder krachtige straal en wat langzamer plassen. Geen incontinentie. De defecatie is ongestoord.

(...)

Neurologisch onderzoek:

Patiënt kan zelfstandig veilig lopen, maar trekt iets met zijn linkerbeen. De motoriek voor het linkerbeen is diffuus MRC graad

5-. Patiënt kan wel op hakken en tenen staan en een kniebuiging maken. Proef van Romberg is ongestoord. Sensibiliteit is globaal intact. Reflexen zijn symmetrisch opwekbaar met plantaire VZR. Er is atrofie van het linkerbeen, met name musculus quadriceps en musculus gastrocnemius. Lumbaal is een evidente dimple te zien, waarbij de huid intrekt en hieroverheen een toegenomen beharing. Er is wel volledige huidbedekking.

Aanvullend onderzoek:

MRI LWK toont een limited dorsal myeloschisis met verwijding van het lumbosacrale spinale kanaal, een laagstand van de conus, syrinx ter hoogte van L2 met hieronder diplomyelie, tethered cord en een tweetal intradurale ruimte-innemend procesjes, verdacht voor dermoidcysten.

Conclusie:

Radiculopathie L4 links met atrofie en zwakte van het gehele linkerbeen en mictiestoornissen, op basis van limited dorsal myeloschisis met tethered cord en een tweetal intradurale ruimte-innemend processen.

Beleid:

Aan patiënt is operatieve behandeling, in de zin van excisie van het dermale traject, laminectomie L3 en L4, untethering en verwijderen van tweetal ruimte-innemende processen intraduraal, voorgesteld. (...)

Het doel van de operatie is om de pijn te verminderen en om toekomstige verdere neurologische uitval te voorkomen. (...)

Hij zal nog in het spreekuur van de anesthesist bezoeken en tevens heb ik ter overbrugging een wortelblokkade L4 links aangevraagd.”

Op het formulier *registratie pijnscore patiënten polikliniek neurochirurgie* heeft patiënt diezelfde dag een pijnscore ingevuld van tussen de 9 en 10.

De huisarts heeft patiënt op 7 juli 2014 gezien in verband met pijn in de linkerliesregio. Hij schreef in zijn journaal:

“(S) In linker lies een vrij harde zwelling. Is wel in verleden 2x een liesbreukoperatie gehad. Mw. vindt zijn buik ook dikker. Loopt nu zelfs met krukken. Wat is hij achteruit gegaan!! (ik heb hem nu 3 wk niet gezien door mijn vakantie). (O) linker lies drukpijn, maar een kleine breuk voelbaar. Lymfeklier? En iets in kleine bekken niet goed??”

De huisarts heeft een print van de aantekeningen van dit consult bij wijze van verwijsbrief meegegeven aan patiënt die op 8 juli 2014 een afspraak had bij de Pijnpoli met het verzoek, hoewel patiënt voor pijnbestrijding kwam, ook aandacht te hebben voor de toename linkerliesklachten en eventueel een echo te maken en/of de dienstdoende chirurg te laten meekijken. Daarnaast heeft hij geschreven dat het echtpaar bijna ten einde raad was.

Bij de intake op de Pijnpoli op 8 juli 2014 kreeg patiënt te horen dat de geplande wortelblokkade geen optie was. Patiënt is vervolgens met de bovenomschreven verwijsbrief naar de polikliniek neurochirurgie gegaan, alwaar de brief aan de balie in ontvangst is genomen.

Op 9 juli 2014 werd op verzoek van de huisarts een echo van de linkerlies gemaakt, met de vraagstelling *“onbegrepen pijnklachten linkerliesregio, kleine bekken. Voelt verdikking. Status na liesbreukplastiek.”*

In het medisch dossier werd het echografisch onderzoek als volgt verslagen:

“Ter hoogte van de linkerlies enkele kleine reactieve lymfekliertjes. Lieskanaal geen bijzonderheden. (...) Verder screenend in de linkeronderbuik geen grote veranderingen aantoonbaar.

Conclusie: geen aanwijzingen voor pathologie. Geen liesbreuk.”

Op 11 juli 2014 heeft M een notitie geschreven op de verwijsbrief van de huisarts van 7 juli 2014:

“telef. Contact gehad met dochter van pt, pt zelf en echtgenote. Veel pijn, veel zorgen, geen nieuwe uitval. Echo lies zou goed zijn. OK kan niet eerder. Advies pijnmedicatie via huisarts akkoord.”

Tevens is genoteerd dat de operatie op 5 augustus 2018 gepland was.

Op 16 juli 2014 is patiënt gezien op de spoedeisende hulp in verband met forse dyspneuklachten. In verband met de dyspneuklachten en pulmonaal verminderd ademgeruis rechts met gedempte percussie is een X-thorax gemaakt:

“(..). Nu zeer sterk afwijkend thoraxbeeld met grote hoeveelheid pleuravocht rechts en goeddeels atelectase van de rechter onder- en middenkwab. Voorts verspreid over alle longevelden moppige verdichtingen: uitgebreide infiltratieve veranderingen, DD uitgebreide metastasen en eventueel lymfangitis carcinomatosa.”

Op 17 juli 2014 is een CT thorax/abdomen gemaakt:

“(..)

CT-abdomen:

Er is een botproces links in het bekken. Een zeer uitgebreid expansief blastische proces, maar ook lytische partijen en uitbreiding links in het kleine bekken. Deze tumor breidt zich uit tot vlak bij het linker SI-gewricht, langs het acetabulum en de ramus superior en ramus inferior van het os pubis. Rechts in het sacrum een blastisch haardje, mogelijk berustend op metastasen. (...) Verder in de buik normaal aspect van de lever, de nieren, de milt en het pancreas. Slanke aorta iliacaal, geen vergrote klieren.

Conclusie:

Beeld van grote bottumor waarschijnlijk uitgaande van het linker bekken, met multipele longmetastasen en pleuritis carcinomatosa.”

Op 18 juli 2014 is een botscan gemaakt:

Conclusie: I. multipele hotspots in het skelet, meest uitgesproken linkszijdig in het bekken maar ook bijvoorbeeld mediaal in de linkerscapula. Beeld past bij ossaal gemetastaseerde maligniteit; gezien het eerdere CT beeld (RTG: CT 17 juli 2014) kan er goed sprake zijn van een primaire bot maligniteit links in het bekken.

II. Uitgebreide uptake in de intrathoracaal, met name in de rechter hemithorax, overeenkomend met uitgebreide pleurale en intra pulmonale kalkhoudende metastasen.

Patiënt is op 21 juli 2014 voor nadere diagnostiek en behandeling verwezen naar een in bottumoren gespecialiseerd centrum.

Begin augustus 2014 is patiënt overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTERS EN DE KLACHT

Klaagsters verwijten verweerder, zakelijk weergegeven:

- dat er niet gekeken is naar de bevindingen van de MRI-scan gemaakt in de privékliniek in O;
- dat te snel de diagnose tethered cord is gesteld, zonder eerdere bevindingen mee te nemen;
- het niet serieus nemen van de hevige pijnklachten van patiënt;
- dat er ten onrechte niet doorverwezen is naar de juiste behandelaar, er was een gebrek aan regie. Patiënt en familie hadden het idee dat ze van het kastje naar de muur gestuurd werden, zonder dat duidelijk was wie het aanspreekpunt was.

4. HET VERWEER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan:

- dat hij de vervaardigde MRI heeft bekeken en beoordeeld en overleg heeft gehad met de dienstdoende neuroradioloog en een nieuwe MRI met contrastvloeistof heeft aangevraagd. Dit om de gevonden afwijkingen beter te kunnen evalueren, zoals ook was geadviseerd in het specialistenbericht van de radioloog van de privékliniek. Uit het nadere onderzoek blijkt dat er geen sprake was van intradurale metastasen, maar van een beeld dat paste bij goedaardige processen in het kader van een tethered cord.

- hij patiënt uitgebreid bevraagd heeft en lichamelijk en neurologisch onderzoek heeft gedaan. Te samen met de nieuwe MRI werd het beeld dat past bij een tethered cord bevestigd. De radioloog heeft in zijn verslag aangegeven dat na toediening van contrast geen aankleuring zichtbaar was; aankleuring had gepast bij metastasen, maar ook bij een ependyoom of menigeoom.

Dit onderzoek bestond uit het door verschillende specialisten afnemen van de anamnese en verrichten van lichamelijk en neurologisch onderzoek. Bovendien was de patiënt tweemaal gezien binnen een aanpalend specialisme, te weten twee orthopedisch chirurgen. De diagnose is dan ook zeker niet te snel gesteld. Er is ook geen verkeerde diagnose gesteld en er is geen verkeerde behandeling ingezet. Er was bij patiënt sprake van een tethered cord en de ingezette behandeling heeft zich op deze diagnose gericht.

- patiënt is na de aanvullende MRI door een collega gezien, in verband met vakantiek. Na overleg met de neurochirurg is patiënt doorverwezen naar de polikliniek neurochirurgie voor verdere beoordeling en behandeling. Verweerder heeft patiënt hierna niet meer gezien.

- het is niet duidelijk welke 'juiste' beroepsbeoefenaar klaagsters op het oog hebben. Het is ook niet duidelijk dat hierom gevraagd is. Bij al het voorgaande dient in ogenschouw genomen te worden dat verweerder de definitieve diagnose niet heeft gesteld en dat hij enkel op 4 juni 2014 bij de behandeling betrokken is geweest.

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.

Het college merkt hierbij op dat het buitengewoon tragisch is dat het bij patiënt bestaande osteosarcoom niet eerder is vastgesteld, maar dat dit op zichzelf bezien niet dwingt tot de vaststelling dat verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. De klacht is pas gegrond, als vast komt te staan dat de wijze waarop verweerder tot de diagnose tethered cord is gekomen in strijd is met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht. Daarbij geldt dat de door klaagsters ingediende

klacht over verweerders handelen uitsluitend moet worden beoordeeld in het licht van wat er ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen aan verweerder bekend was en redelijkerwijs bekend kon zijn.

5.2

Het college kan zich vinden in het gevoerde verweer. Het volgende wordt nog in het bijzonder overwogen.

Zoals verweerder ter zitting heeft uiteengezet, heeft hij om een aantal redenen de bij de privékliniek gemaakte MRI-scan niet tijdens het consult bekeken, maar wel later. Dit is gebruikelijk en het college ziet geen aanleiding eraan te twijfelen dat verweerder de MRI-scan, die hij ook heeft genoemd in de door hem aan de huisarts geschreven brief, later heeft bekeken. Zoals het college ter zitting aan klaagsters heeft uiteengezet, kon uit die MRI-scan niet de gevolgtrekking worden gemaakt dat er verdenking was op een maligniteit. Verweerder heeft, al heeft hij verschijnselen genoteerd die konden passen bij een maligniteit (pijn 's nachts/bij op zij liggen, koortsig, afvallen) de oorzaak van de klachten op goede gronden in een andere richting mogen zoeken. Daarbij heeft verweerder overigens tevens genoteerd dat gedacht kon worden aan een andere oorzaak, wat hem betreft een bursitis trochanterica, dus hij heeft een open blik gehouden en met name de hevige pijnklachten serieus genomen. Verweerder heeft in aansluiting op het consult (relevant) aanvullend onderzoek in de vorm van een MRI-scan met contrast aangevraagd. Een verwijzing is bij hem nog niet aan de orde geweest. Hierna is verweerder niet meer betrokken geweest bij de behandeling van patiënt.

5.3

Het voorgaande leidt ertoe dat de klacht ongegrond is, zodat als volgt moet worden beslist.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. M. Willemse, lid-jurist, dr. R.B. van Leeuwen, prof. dr. W.P. Vandertop en J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. M. Keukenmeester, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 13 april 2018 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 aangelegenheid 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.