

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019/246

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 18 juni 2019 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
klager,

tegen

C,
huisarts,
werkzaam te B,
verweester,
gemachtigde: mr. drs. E.E. Rippen, verbonden aan VvAA Rechtsbijstand.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het door klager overgelegde afschrift van zijn medisch dossier;
- de correspondentie met betrekking tot het nader opvragen van klagers medisch dossier;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 6 januari 2020 gehouden vooronderzoek;

De klacht is in raadkamer van 11 februari 2020 behandeld.

2. De feiten

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1. Klager, wiens moedertaal Engels is, stond als patiënt ingeschreven in de praktijk waar verweester destijds als huisarts werkzaam was.

2.2. Op 9 december 2015 heeft klager het spreekuur van een collega van verweester bezocht. In het medisch dossier staat hierover – voor zover van belang – het volgende vermeld (met verbetering van typefouten):

“09-12-2015

S Met vrouw omdat hij een aantal dagen niet lekker is: er was een soort van zwakte in de armen en benen bij het stofzuigen vrijdag jl: zij schrok enorm en zijn pols was wat traag 58 maar belde haar zus verpleegster: geen CVA vw en kwam wel bij maar het beeld klaart niet erg op; er is een NUMBNESS van de hoofd voor- en linkerwag en beide waren wisselend en benen niet zozeer. (...) Geen neu beelden in de fam als MS.

O Van proef gda en kracht getest aan handelen en armen?? En benen wie or ok reflexen or gb. Pupilr gb. Sens niet getest nu

E zwakte

P Nu exp beleid; geen VW naar de neu; wel bij toename klachten bellen en co ma T.”

2.3. Op 14 december 2015 heeft tussen klager en de collega van verweerder een telefonisch consult plaatsgehad, waarin klager heeft laten dat het wel wat beter ging, de ‘numbness’ weg was; de kracht wat terug was maar dat hij erg moe was.

2.4. Op 5 januari 2016 is klager opnieuw bij de collega van verweerder op het spreekuur geweest. In het medisch dossier staat hierover – voor zover van belang – het volgende genoteerd:

“05-01-2016

S Nu weer niet helemaal lekker en meet de RR die is te hoog 154/110 een aantal malen: en is normaal erg sportief (...)

O nu niet

E hypertensie

P SAL nu en start van medicatie en co 2 wkn zelf nog meten

P MED (...) HYDROCHLOORTHIAZIDE (...)

2.5. Op 8 januari 2016 is klager op het spreekuur van verweester geweest. In het medisch dossier staat hierover – voor zover van belang – het volgende vermeld:

“08-01-2016

S heeft last van zwakte sinds 5-12 nooit eerder zo heftig last van gehad. Overkwam hem plt en moest er echt bij gaan liggen. Wel hard gewerkt enkele weken en 3 nachten slecht geslapen maar nooit zo heftig gehad. Toen ietsje beter ged vakantie maart sinds 3 dg weer helemaal mis. Bank voor hartinfarct of CVA Moeder en oma hypertensie en hartklachten

O wat gespannen niet acuut zieke man die wel lusteloos lijkt RR 136/82. HF60/min r.e. cor: s1 s2 geen soufille pulm. VAG geen bijgel Abd: P+ spel geen abn weerstand, enkels slank. Neurol. Gb

P onduidelijke pathologie Heeft thuis RR gemeten op onjuiste wijze (doet het voor in praktijk) met goedkoop apparaat RR sterk wisselend 156 max en 107 min Merendeel <120/90

Nu aanvullend lab en indien onvoldoende duidelijk vw internist ivm heftigheid moeheid.”

2.6. Op 18 januari 2016 is klager bij verweester op het spreekuur geweest ter bespreking van de uitslagen van de bloedtest. Het medisch dossier vermeldt hierover:

“18-01-2016

Lab besproken, on onduidelijke reden geeft saltro aan mogelijk recente infectie met ebv, dat zou kunnen passen bij klachten. Is iets minder moe maar blijft ‘spaced out’ gevoel houden. Mn bij iets inspanning bv met wat gewichten bezig geweest dan meteen

heel veel meer vermoeid en meer spaced out. Geen andere neurol klachten, behoudens wat breder gangspoor wordt door dhr zelf ervaren

O ADS: gaaf grijs tv AS veel cerumen gangspoor inderdaad iets breed
P ik bel Saltro na, indien geen waarschijnlijke verklaring dan toch neurol ivm 'spaced out' geval en wat breed gangspoor
(...)

t: dhr gebeld: gevraagd terug te bellen voor vw neuroloog”

2.7. De volgende dag, 19 januari 2016, heeft klager verweerster teruggebeld met de vraag of de verwijzing naar de neuroloog snel gemaakt kon worden. Op 22 januari 2016 heeft verweerster de verwijzing naar de neuroloog in orde gemaakt in verband met “zwakte en afwezig gevoel in hoofd”.

2.8. Op 27 januari 2016 is klager gezien door een neuroloog. In de specialistenbrief aan verweerster staat – voor zover hier van belang – het volgende vermeld:

“(…)

Op 27-01-2016 zag ik bovengenoemde patiënt op mijn spreekuur.

Reden van bezoek: duizeligheid

(…)

Lopen normaal

Conclusie: Chronische moeheid als belangrijkste klacht onder aanwijzingen voor een neurologische oorzaak. Mn geen verdenking op doorgemaakte beroerte of MS oid

Gaarne weer uw verdere begeleiding.

(…)”.

2.9. Twee dagen later, op 29 januari 2016, is klager opnieuw op het spreekuur van verweerster geweest. Het medisch dossier vermeldt hierover:

“29-01-2016

S klachten onverminderd aanwezig, enkele dagen soms beter, EVB dus onwaarschijnlijk. Gluc nuchter eerder goed. Maar voor eten mv voor diner het beroerste, denkt zelf aan een adrenal fatigue. Neuroloog geeft aan geen neurologische aandoening. Burn-out? dhr denkt zelf van niet, (...) moeder overleden (..) wel heel hard gewerkt en intensief geweest.

P glucose dagcurve maken, daarmee retour. Als dan nog steeds heel moe en geen verklaring vw interne.”

2.10. Nadat uit de glucosedagcurve geen bijzonderheden naar voren zijn gekomen, is klager vervolgens op 1 februari 2016 door verweerster verwezen naar de internist met als vraagstelling ‘extreme vermoeidheid sinds 2,5 mnd en afwezig gevoel in het hoofd, oorzaak?’.

2.11. Op 10 februari 2016 en 9 maart 2016 heeft klager de internist bezocht, die concludeerde dat sprake was van ‘extreme vermoeidheid vooralsnog zonder duidelijke verklaring’ en klager op zijn beurt heeft doorverwezen naar de longarts vanwege een hoog COHb.

2.12. Op 21 februari 2016 is klager op de Spoedeisende Hulp (SEH) gezien door de longarts, nadat hij eerder die dag zonder afspraak bij verweerster op haar praktijk was gekomen, die hem in overleg met de longarts naar de SEH heeft ingestuurd. In de

specialistenbrief van de longarts aan verweerster staat (onder andere) het volgende vermeld:

“(…)

Conclusie/DD: (..) man, bekend met vermoeidheidsklachten waarvoor uitgebreide analyse door neuroloog en internist, presenteert zich ivm snelle verergering van de klachten en dyspnoe.

Dyspnoe en vermoeidheid DD hyperventilatie. Geen aanwijzingen voor acute pathologie.

Behandeling: i.o.m. (…)

Geruststellen

Longfunctie via polikliniek zoals reeds afgesproken

Beleid: poliklinische afspraak (zoals reeds gepland)”.

2.13. Op 29 maart 2016 is klager nogmaals gezien door een longarts.

2.14. Op 7 april en 21 april 2016 heeft verweerster overleg gehad met de fysiotherapeut van klager, die hem inmiddels ook in behandeling had. Op 21 april 2016 heeft verweerster naar aanleiding van dit overleg in het dossier van klager genoteerd:

“21-04-2016

S (naam fysiotherapeut) (FT) geeft aan toch een “niet pluis” gevoel bij deze man. Nogmaals dossier nagekeken. Dyspnoe en extreme vermoeidheid wv neuro, int en longarts, lab gb, X-thorax gb, ECG gb, recent collpas bij arterieel bloedgas. DD HVS. (naam FT) geeft aan soms wel heel snel en opp ademhalen maar lijkt ook wel zicht te hebben op klachten. Vraagt zich af of psychotherapie zou helpen.

P t: (naam longarts): besproken “niet pluis” gevoel. Zal met dit in ogenschouw de heer nogmaals bekijken.

P verwijsbrief PPB, 21-04-2016

P (naam FT) bij (...) ook: ev. Naar psychotherapeut (...).”

2.15. De volgende dag, 22 april 2016, heeft verweerster telefonisch contact opgenomen met klager om haar zorgen te uiten en met hem af te spreken hem te bellen na haar vakantie wanneer ook het traject bij de longarts afgerond zou zijn.

2.16. Op 4 mei 2016 is klager opnieuw gezien door een longarts. In de specialistenbrief aan verweerster staat (onder andere) het volgende vermeld:

“(…)

Geen aanwijzingen voor pulmonale beperking (bij inspanningstest voldoende pulmonale reserve) of diffusie stoornis/hypoxemie ter verklaring van zijn licht verhoogd Hb.

Mogelijke secundaire hyperventileren.

dd hsv

Beleid: Verwijzing naar huisarts voor verdere begeleiding

Follow up: Huisarts

(...)”

2.17. Op 9 mei 2016 heeft verweerster opnieuw contact gehad met klager. In het medisch dossier staat hierover vermeld:

“09-05-2016

(…)

S op de voorgrond nu: gewichtsverlies 3 kg, misselijk (nm ochtend) braken (mn ochtend) onbalans, zeeziek gevoel, draaierig Longarts geeft aan: gb, longfunctie prima.

Merkt zelf dat stukje rustig lopen in de ochtend beste helpt. Is tot niets in staat. Behalve zitten.

E hyperventilatie

P ik blijf een onbestemd gevoel houden ivm veel heel veel klachten bij chron HVS ook veel neurol klachten lom dhr ga ik met neurologie bellen, ook ivm ochtend misselijkheid en onbalans. Misschien toch beeldvorming brein? lom met [naam neuroloog]: morgen 9:00 uur (...).

2.18. In haar verwijsbrief aan de neuroloog van 9 mei 2015 heeft verweerster als reden van verwijzing opgenomen "RIP cerebraal?". Op 11 mei 2016 heeft klager verweerster (onder andere) geïnformeerd dat op 2 juni 2016 een MRI-scan van zijn hersenen gemaakt zou worden.

2.19. Op 17 mei 2016 is door een medewerker van de huisartsenpraktijk waar verweerster destijds werkzaam was in het dossier van klager genoteerd:

"17-05-2016

S Komt aan de balie: moest van [initialen verweerster] komen melden als zich iets ongewoons voordeed.

Heeft maandag en dinsdag in de ochtend klachten van hoesten, misselijkheid en braken gehad.

(ik had idee dat zijn mond iets scheef stond, maar kan ook altijd zo zijn; zag het nu pas)".

2.20. Op 7 juni 2016 heeft verweerster met klager gesproken over de uitslag van de MRI-scan, nadat het een dag eerder, 6 juni 2016, niet gelukt was klager telefonisch te bereiken.

2.21. Per brief van 9 juni 2016 heeft de neuroloog zijn bevindingen van het bezoek van klager aan de polikliniek op 10 mei 2016 en de uitslag van de MRI-scan van 3 juni 2016 teruggekoppeld aan verweerster. In die brief staat (onder meer) het volgende vermeld:

"(...)

Conclusie: algehele malaise, duizeligheid, moeheid, wegraking gehad zonder afwijkingen bij neurologisch onderzoek maar wel op MRI cerebrum multiple cerebellaire infarctjes bdz. Verdinking young stroke

Beleid: verwezen naar cardioloog voor spoedige beoordeling: cardiale emboliebron?

Stollingsonderzoek: deel volgt nog

CT angio cerebrale vaten en vetspectrum zal worden afgesproken

(...)

Hierbij het verzoek aan de cardioloog patiënt zsm op te roepen voor een afspraak voor beoordeling cardiale emboliebron

(....)"

2.22. Per brief van 15 juni 2016 heeft de cardioloog verweerster geïnformeerd dat geen aanwijzingen werden gevonden voor een cardiale emboliebron.

2.23. Op 16 juni 2016 heeft een collega van verweerster telefonisch met klager gesproken en van dat telefoongesprek het volgende in het dossier van klager genoteerd: "16-06-2016

S T: nu over de situatie gehad: heeft een briefje voor [initialen verweerster] geschreven ik zag dat nog niet: en baalt wel dat ondanks zijn vragen aan eu en int geen MRI van hers gemaakt eerder: maar achter door [initialen collega verweerster] neu naar [naam ziekenhuis] voor sec op omdat klachtenpatroon er niet goed bij zou passen (...).

2.24. Ongeveer een week later, op 22 juni 2016, heeft verweerster met klager gesproken. In het dossier van klager staat (onder andere) het volgende genoteerd:
"22-06-2016

S uitgebreid gesproken, het gevoel dat [naam neuroloog] een diagnose gemist heeft. [naam ziekenhuis], wil hij wel (...)

P overleg [naam ziekenhuis] (heeft pas afspraak over enige tijd)

Dr. (naam zorgverlener) gesproken, heeft beelden al deels bekeken, geeft aan dat het de vraag is of klachten passen bij wat gezien is op mri, verwacht beeld meer van acuut draaiduizelig, niet meer op de benen kunnen staan en dan evt. dysartrie, opknappend in de loop der weken. (...)

2.25. Bij brief van 29 augustus 2016 heeft de neuroloog, die klager in het kader van een second opinion heeft gezien, verweerster onder andere als volgt geïnformeerd:

"(...)

Bespreking

Ik besprak met patient dat de klachten die hij heeft een combinatie zijn van de cerebellaire infarcten zijn als ook functionele klachten. (...) Ik besprak dat hij geen behandeling heeft "mis gelopen' door hoe het is gelopen (...). Er zijn in het beloop ook geen nieuwe infarcten opgetreden. (...) De etiologie is niet geheel opgehelderd. (...).

2.26. Op 31 augustus heeft verweerster telefonisch contact opgenomen naar aanleiding van een brief van klager van 7 augustus 2016 aan haar. In het medisch dossier van klager staat het volgende hierover genoteerd:

"31-08-2016

S t:tel besproken brief d.d. 07-08-2016. De heer gevraagd of hij boos op me is. Ja, dat is hij. Hij vindt dat het in de 1e plaats bij [naam neuroloog] is misgegaan maar ik had eerder opnieuw aan de bel moeten trekken. Teveel signalen die allemaal op CVA wezen. Mn in mei toen hij al terug was bij [naam neuroloog] maar haar niet vermeld had dat hij klachten van zijn ogen had gekregen, toen had ik moeten bellen zodat de MRI eerder was geweest. Daarna start behandeling maar toen zijn de ogen steeds slechter geworden. Dat had voorkomen kunnen worden. De klachten van ogen zijn zo zwaar dat hij op die manier niet wil leven. Dat neemt hij mij kwalijk. Excuses aangeboden voor het beloop, uitgelegd dat ik het heel erg vind. Besproken dat ik me heb laten geruststellen door neurologe in januari, naar beste weten heb gezocht naar andere verklaring en toen die niet vindbaar was opnieuw de neurologe heb gebeld. Daarna ervan uitgegaan dat hij daar een ingang had en zijn nieuwe klachten in mei van de ogen niet als zodanig herken.

Gevraagd wat hij wenst tav contact nu. Liever geen contact van mij zijde

(...).

2.27. Op 26 oktober 2016 heeft klager zich bij een andere huisarts ingeschreven. Op 7 februari 2018 heeft klager een brief gestuurd naar de praktijk waar verweerster (destijds) werkzaam was met betrekking tot het beloop van het proces naar het maken

van de MRI-scan toe; op 9 februari 2018 heeft de praktijk een reactie op de brief van klager gestuurd.

3. De klacht en het standpunt van klager

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster:

1. de door klager op 4 december 2015 doorgemaakte TIA de eerste maanden heeft genegeerd en klager pas eind januari of februari [secretaris college: 2016] heeft doorverwezen naar een neuroloog;
2. tegen klager heeft gelogen;
3. klager ten onrechte de mogelijkheid van een second opinion heeft ontnomen.

Volgens klager is hij pas eind januari [2016] doorverwezen naar een neuroloog op basis van vermoeidheidsklachten en niet op basis van uitval in zijn armen, verdoofd gevoel in zijn gezicht en 'brain fog'. De neuroloog dacht daarom volgens klager dat hij oververmoeid was, maar klager wist echter wel dat hij een TIA had gehad en in de periode van februari 2016 tot april 2016 heeft hij verweerster ten minste twee keer gevraagd om een MRI, maar volgens klager vertelde verweerster hem steeds dat je na een TIA niets op een MRI-scan kon zien. Volgens klager is dit niet waar; in 40% tot 60% zie je wel iets op de MRI-scan. In de periode van 4 december 2015 tot 3 juni 2016 liet verweerster klager steeds geloven dat het niets neurologisch was.

Verweerster communiceert niet of heel weinig met de ziekenhuis; zij was te passief en te afwachtend. Bij de terugverwijzing naar de neuroloog had verweerster de neuroloog moeten bellen om de MRI te bespoedigen toen hij verweerster had laten weten dat hij was vergeten de neuroloog te melden dat hij een verdoofd gevoel in zijn been had. Na de gemaakte MRI-scan van 3 juni 2016 gaf verweerster wel toe dat je na een TIA soms iets ziet op de MRI-scan. Dit had zij hem maanden eerder moeten vertellen. Hij had recht op een second opinion, maar die mogelijkheid heeft verweerster hem ontnomen, aldus steeds klager.

Voor zover nodig wordt hieronder nader op het standpunt van klager ingegaan.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden.

Ter onderbouwing van haar verweer stelt verweerster dat zij in haar beleving alles heeft gedaan wat zij redelijkerwijze heeft kunnen doen voor klager, zelfs nog meer dan voor de gemiddelde patiënt. Zij mocht vertrouwen op het oordeel van de neuroloog in januari 2016 dat geen sprake is van een neurologische oorzaak van klagers klachten.

Verweerster kan zich niet herinneren dat klager twee keer om een MRI heeft gevraagd; het is bovendien aan een medisch specialist te beoordelen of een MRI noodzakelijk is. De neuroloog die klager in januari 2016 heeft onderzocht, zag kennelijk geen aanleiding een MRI te laten maken. Zij weet niet precies wat er wel of niet te zien is op een MRI en daarom zal zij niet zeggen dat er niets te zien is. Volgens verweerster heeft klager nooit de wens geuit voor een second opinion; er bestond zowel bij klager als bij verweerster geen wantrouwen over het gevoerde beleid.

Voor zover nodig wordt hieronder nader op het verweer van verweerster ingegaan.

5. De beoordeling

5.1. De vraag die beantwoord moet worden is of verweerster ‘binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening’ is gebleven. Kort gezegd; of zij voldoende zorgvuldig en deskundig heeft gehandeld. Daar komt bij dat in het tuchtrecht persoonlijke verwijtbaarheid uitgangspunt is en dat de toetsing van het handelen van verweerster moet plaatsvinden in het licht van wat haar op het moment van haar handelen bekend was en bekend kon zijn.

5.2. Het college ziet aanleiding de klachtonderdelen, die alle betrekking hebben op de behandeling van klager door verweerster in de periode 8 januari 2016 tot en met augustus 2016, gezamenlijk te behandelen. Verweerster heeft klager voor de eerste keer gezien op 8 januari 2016, waarbij na lichamelijk onderzoek en neurologische tests geen andere op neurologische afwijkingen duidende problemen werden gevonden dan een ‘spaced out’-gevoel en een breder gangspoor. Door klager twee weken later en na hem te hebben gezien op 18 januari 2016 en hem telefonisch te hebben gesproken op 19 januari 2016, op 22 januari 2016 door te verwijzen naar een neuroloog, heeft verweerster voldoende voortvarend gehandeld; het college is van oordeel dat verweerster de anamnese en het lichamelijk onderzoek tijdens de consulten van 8 januari 2016 en 18 januari 2016 voldoende zorgvuldig heeft verricht en dat de door haar vergaarde informatie geen aanleiding gaf voor een meer spoedige verwijzing naar een neuroloog. Uit de verwijsbrief van verweerster aan de neuroloog blijkt dat de reden voor verwijzing ‘zwakte en afwezig gevoel in hoofd’ is geweest; verweerster heeft daarbij bovendien de relevante consulten overgelegd. De stelling van klager dat verweerster hem naar de neuroloog heeft verwezen op basis van ‘vermoeidheidsklachten’ mist dan ook feitelijke grondslag. Klager is eind januari 2016 door de neuroloog onderzocht, die geen verdenking had op een neurologische oorzaak voor zijn klachten en met name geen verdenking had op een doorgemaakte beroerte, en hem weer terugverwees naar verweerster voor verdere begeleiding. Het college is van oordeel dat verweerster op dat oordeel van de neuroloog – als medisch specialist – mocht vertrouwen. Dat verweerster vervolgens ‘de TIA van klager de eerste maanden volledig heeft genegeerd’ kan uit het dossier niet worden opgemaakt. Verweerster heeft klager steeds onderzocht, beleid bepaald op basis van de klachtenpresentatie van klager, hem doorverwezen naar diverse specialisten en hem op 9 mei 2016 opnieuw doorverwezen naar de neuroloog. Anders dan klager, is het college niet van oordeel dat verweerster te passief en te afwachtend is geweest of niet of weinig communiceert met ziekenhuizen of medisch specialisten. Verweerster heeft steeds adequaat gereageerd en heeft ook steeds nieuwe wegen bewandeld om er achter te komen waardoor de gezondheidsklachten van klager werden veroorzaakt.

Klager kampte met functionele klachten, zoals hyperventilatie en psychopathologie, die worden veroorzaakt door een samenspel van allerlei verschillende factoren die bij elkaar komen en waarvan het niet altijd even gemakkelijk is de oorzaak te achterhalen, zoals in augustus 2016 ook door de behandelend neuroloog met klager is besproken. Niet gebleken is dat verweerster op onjuiste gronden tot haar afwegingen met betrekking tot het gevoerde beleid of meer in het bijzonder met betrekking tot de doorverwijzingen naar de neuroloog is gekomen. Het enkele feit dat klager in een eerder stadium doorverwezen had willen worden, maakt dit niet anders. Anders dan klager stelt, is het het college niet gebleken dat klager verweerster in deze maanden heeft gevraagd om een second opinion, haar heeft gevraagd om een MRI te laten maken of dat verweerster aanvankelijk gezegd zou hebben dat op een MRI na een TIA niets is te zien en dat zij op een later moment wel zou hebben toegegeven dat er dan iets te zien zou zijn. Dit onderdeel van de klacht mist feitelijke grondslag en is om die reden reeds ongegrond.

Overigens deelt het college het standpunt van verweerster dat het aan de medisch specialist is om te beoordelen of in de eerste plaats een MRI noodzakelijk is en in de tweede plaats die MRI dan ook inhoudelijk te beoordelen. Van verweerster hoefde ook niet te worden verlangd dat zij de neuroloog zou terugbellen over het verdoofde gevoel in zijn been dat klager vergeten was te melden aan de neuroloog. Klager was op dat moment weer onder behandeling van de neuroloog en verweerster mocht er om die reden vanuit gaan dat voor haar op neurologisch gebied op dat moment geen rol meer was weggelegd.

5.3. Het college begrijpt dat deze periode voor klager heeft geleid tot een depressie en betreurt het dat klager nog lang met de gevolgen heeft moeten leven en nog steeds leeft. Gezien echter het vorenstaande kan het college slechts concluderen dat verweerster in haar behandeling van klager ruimschoots is gebleven binnen de grenzen van een redelijke bekwame beroepsuitoefening, zodat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is.

5.4. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht kennelijk ongegrond is. Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus beslist op 3 maart 2020 door:

J. Brand, voorzitter,

D.E. de Jong en A. Wewerinke, leden-huisarts,
bijgestaan door A. Kerstens, secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter