

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 067/2019

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 17 januari 2020 naar aanleiding van de op 5 april 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door C te B, D, juridisch adviseur te B en E, longarts te F,

k l a a g s t e r

-tegen-

G, physician assistant, werkzaam te H,
bijgestaan door I, als jurist verbonden aan het J te H,

b e k l a a g d e

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 18 juni 2019 gehouden gehoor in het kader van het mondeling vooronderzoek;
- de brief namens de secretaris van het college van 27 juni 2019;
- het e-mailbericht van de gemachtigde van beklaagde van 1 juli 2019;
- de brief van C van 11 juli 2019.

Klaagster heeft een met de onderhavige klacht verband houdende klacht ingediend tegen K, chirurg. Deze klacht is bekend onder nummer 068/2019.

Beide zaken zijn tegelijkertijd op zitting van het college behandeld op 10 december 2019 en in beide zaken wordt tegelijkertijd uitspraak gedaan.

Ter zitting zijn partijen verschenen met hun gemachtigden.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch en verpleegkundig 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 1951, is vanaf medio 2018 uitgebreid onderzocht in het J in H (verder het ziekenhuis te noemen) in verband met een verdenking op longkanker.

In dat kader bezocht klaagster op 28 november 2018 de polikliniek heelkunde.

Met betrekking tot dit bezoek is onder meer het volgende genoteerd in het dossier:

“Beloop

67-jarige patiënte, roker, bekend met o.a COPD Gold 2 met matige diffusiestoornis, diverticulitis en verminderde LVEF (40%) nu met grillige PET-positieve laesie suppleuraal rechterbovenkwab met nodus in dezelfde kwab en caudaal 2e verdichting, tevens lymfadenopathie rechts hilair waarbij PA geen maligne cellen toont.

Mogelijk bij T3N1M0 primair longcarcinoom, niet PA bewezen. Bij controle enige toename dus i.p. indicatie voor lobectomie met lymfklierdissectie.

Med: geen bloedverdunners

Conditioneel matig

Beleid

Uitgebreid gesproken over procedure in bijzijn partner (beiden medisch onderlegd): VATS lobectomie RBK [initieel zou door longarts/AIOS longGNK gesproken zijn over vriescoupe, dit kan ik niet terugvinden in de statusvoering. We hebben gesproken over het voornemen om een lobectomie met MLND te verrichten ondanks dat de PA niet conclusief is preoperatief à hiermee gaan beiden akkoord]

Conversie besproken evenals POWI en thoraxdrain/ verlengde luchtlekkage.

Cardiopulmonale complicaties en overlijden besproken. Nadien mogelijk IC/MC.

Verlengde tromboseprofylaxe

Systemische nabehandeling reeds besproken

Pte geeft aan euthanasiepapieren bij HA te hebben gehaald voor het geval dat.

Nu wel reanimeren (kortdurend) en staken indien langdurend.”

Klaagster is op 4 december 2018 geopereerd door K. In het operatieverslag is genoteerd:

“VATS lobectomie RBK met klierdissectie stations 2, 4, 7, 10, 11

Bloedverlies 250 ml.”

Voor de postoperatieve pijnstilling kreeg klaagster een paravertebrale katheter. Via deze katheter kreeg klaagster continu bupivacaïne toegediend. Daarnaast werd 4dd 1000 mg paracetamol en zo nodig 6dd 5 mg oxycodon voorgeschreven. Tijdens de eerste avond en nacht na de operatie heeft zij extra morfine gekregen. Op 5 december 2018 is op de verkoeverkamer de paravertebraal catheter doorgespoten en de morfine-pijnstilling aangepast.

Op 5 december 2018 is er een X-thorax gemaakt. In het verslag is onder meer het volgende genoteerd:

“Zittende opname. Thoraxdrain rechts in situ, status na lobectomie rechterbovenkwab, nog kleine resttoppneu rechts in situ, verder goede ontplooiing van de long, geen duidelijke infiltraten, geen manifeste decompensatio cordis.”

De thoraxdrain is later die middag verwijderd.

Na het lichamelijk onderzoek op 6 december 2018 is om 07.50 uur onder meer het volgende in het dossier genoteerd: *“Pulm:links VAG zonder bijgeluiden, rechts nauwelijks hoorbaar ademgeruis, geen bijgeluiden hoorbaar.”*

Vervolgens is in overleg met beklaagde een X-thorax gemaakt met de vraagstelling:

“Status na verwijderen thoraxdrain. Pneumothorax?”

In het verslag van deze thoraxfoto is het volgende opgenomen:

“Zittende opname. Status na VATS lobectomie rechts. Beeld is suspect voor een resttoppneu rechts. Verder is het beeld conform.”

De (onveranderd beschreven) resttoppneu rechts is door K geïnterpreteerd als een volumedeficit (na de lobectomie) daar er geen toename van de pneu was te zien.

In de nacht van 6 op 7 december 2018 is in het verpleegkundig dossier genoteerd:

“06:00 buurvrouw belde voor mevrouw. mw was helemaal in paniek. Zat bijna te hyperventileren in bed en was maar om haar heen aan het roepen. mevrouw proberen gerust te stellen, gaf aan veel pijn te hebben en het hierdoor niet meer te kunnen uithouden. Werd hierdoor ook erg benauwd aldus mevrouw. mevrouw gaf aan spijt te hebben gehad van de operatie en als ze dit had geweten ze het nooit had gedaan. mevrouw gaf aan dat wij niets wilde doen voor haar en haar maar hier kapot lieten gaan. mevrouw uitgelegd dat we alles proberen te doen om het zo comfortabel mogelijk voor haar proberen te maken en dat we er juist voor haar zijn. even een tijdje bij mevrouw gezeten en samen gelet op de ademhaling. Eenmaal toen mevrouw weer wat rustiger was de morfine van 07:00 uur gegeven. Hierop kalmeerde mevrouw weer wat.

06.45. Mw gaf aan dat de pijn langzaam weer terugkomt en dat het weer ondragelijk begint te worden. DD arts gebeld en gevraagd of ik mevrouw nog wat voor de pijn kan geven of iets anders. Gaf aan dat mevrouw 10 mg oxazepam mocht krijgen. Deze aan mevrouw gegeven. Mw hoopt dat er snel een oplossing gevonden is voor haar zodat de pijn weer onder controle komt.”

Beklaagde heeft op 7 december 2018 (blijkens de notitie in het dossier van 07.46 uur) het op 6 december 2018 door de verpleegkundige gevraagde consult van het maatschappelijk werk laten annuleren en de verpleegkundig specialist psychiatrie in consult laten vragen. Dit consult werd op dezelfde dag verricht en er heeft een gesprek plaatsgevonden. Over dit gesprek is in het verpleegkundig dossier onder meer genoteerd dat ventileren klaagster steun geeft.

Patiënte werd op 7 december 2018 gemobiliseerd onder begeleiding van een fysiotherapeut. Deze noteerde om 13.23 uur in het dossier:

“(…) Mw kwam met even kleine hulp op de bedrand en zelfstandig tot stand. Moest tussendoor steeds op adem komen. Ze liep in een heel rustig tempo met 2 L O2 en met rollator 20m. Mw was erg dyspnoeïsch. Saturatie na het mobiliseren was 85% (op vinger gemeten; oor lukte niet)”

Om 13.51 uur is in het dossier genoteerd: *“Stop paravertebraalkather en uit. Start oxy-codon IR en SR.”*

Verder werd genoteerd: *“Volgens patiënte onvoldoende pijnstilling, morfine separaat wel effectief.”*

En om 15.00 uur is genoteerd: *“Na het stopzetten van de paravertebraalkatheter en starten van OxyN en OxyC is de pijn veel beter onder controle en lukt het doorzuchten veel beter. Dit heeft ook een belangrijk positief effect op de stemming van patiënte.”*

In de loop van de avond kreeg klaagster een opgejaagd gevoel waarna een ECG werd gemaakt en een X-thorax. Op het ECG was een atriumflutter te zien. In het verslag van de X-thorax is genoteerd:

“vergeleken met 6/12/2018.

1e foto postoperatief na lobectomie van de rechterbovenkwab. De thoraxholte rechts is nagenoeg volledig opgevuld met vocht, alleen apicaal nog een bel lucht in de pleuraholte. Mediastinale shift naar rechts. Helder longbeeld links.”

Klaagster werd overgeplaatst naar de CCU voor digitalisatie. Bij binnenkomst op de CCU bleek echter weer een sinusritme, waardoor digitalisatie niet meer nodig was. Op de operatiekamer werd vervolgens weer een thoraxdrain geplaatst.

Aan het begin van de nacht was sprake van klinische achteruitgang. De IC-arts is in consult gevraagd en overname volgde. Met betrekking tot het beleid is in overleg met de intensivist het volgende genoteerd:

- “ - opname MC*
- frequent vernevelen*
- indien respiratoir slechter: NIV à voor nu niet nodig want hypoxemie verbeterd en geen hypercapnie.*
- zn morfine tegen pijn*
- zn haldol herhalen bij onrust”*

Op 8 december 2018 is om 12.15 uur als beleid genoteerd in het dossier:

“Pte en partner aan bed bijgepraat in bijzijn L. bronchoscope ter evaluatie endobronchiale sputumplug. Dit wil pte pertinent niet!

Een alternatief is een non-invasieve beademing met controle X-thx/CT-thx.

We starten nu met NIV. Later wordt nogmaals overlegd met pte om een bronchoscope te ondergaan met uitleg over evt. consequenties (problemen middenkwab en afsterven hiervan).”

Om 16.11 uur is in het dossier onder meer genoteerd:

“naar aanleiding van MDO met patiënt zowel door M als N besproken dat er indicatie voor bronchoscope is. Patiënte geeft bij herhaling aan dit nooit meer te willen, dat haar hart dit niet aan kan. Uitleg dat longkwab dichtgevallen is en als we die niet open krijgen ze deze longkwab kan kwijtraken. Weigert pertinent. Voorstel in eerste instantie om NIV te proberen in combinatie met goed ophoesten. Besproken dat als dit niet werkt bronchoscope met sedatie. Wil eerst NIV proberen. Om 17.00 uur nieuwe X-thorax ter herbeoordeling Dit later ook met echtgenoot besproken. Patiënte heeft op dit moment al NIV. Is geaggiteerd en geeft nu aan dan nu liever direct bronchoscope onder sedatie te ondergaan. Aangegeven dat ze eerst nucht moet zijn en we nu doorgaan zoals eerst afgesproken. NIV tot 17.00 uur en dan a.h.v. foto herevaluerne.”

Om 19.37 uur is in het dossier onder meer genoteerd;

“op X-thorax en CT-thx atelectase middenkwab. Overleg longarts/IC: advies bronchoscopie. uitgebreid gesproken multidisciplinair met partner en pte: uitleg advies bronchoscopie met als doel evt sputumplug te verwijderen ten behoeve van ontplooiing long. Ook besproken dat er een kans is dat het endobronchiaal meevalt, maar dan weten we ook dat we op dit moment alles hebben om het te verbeteren. Beiden gaan akkoord met de procedure. Op verzoek van pte onder sedatie.”

In het verslag van de bronchoscopie is opgenomen:

“links alle ostia open, rechts litteken zichtbaar ter plaatse van aftakking rechter bovenkwab, veel purulent secreet. nauwe toegang bronchus intermedius, na bronchiaal toilet wel te passeren. ROK en MK rood gezwollen wel na bronchiaal toilet lijkt open, stembanden symmetrisch.”

In de dagen daarna is het langzaam beter gegaan met klaagster. Op 11 december 2018 kon klaagster worden teruggeplaatst naar de verpleegafdeling. Klaagster is vervolgens op 15 december 2018, met zuurstofvoorziening voor thuis, uit het ziekenhuis ontslagen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven -:

1. Het ongewild in consult roepen van een verpleegkundig specialist psychiatrie;
2. Inadequate pijnbestrijding in de eerste uren na de operatie;
3. Het missen dan wel negeren van een oplopende hartfrequentie en het niets/weinig gedaan hebben met de opmerking dat rechts nauwelijks ademgeruis was;
4. Het niet inroepen van een longarts, in de eerste periode tot aan de heroperatie.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert - zakelijk weergegeven - primair aan dat C de klacht heeft ingediend en dat het niet of onvoldoende duidelijk is dat klaagster instemt met de klacht. Beklaagde is van oordeel dat C bij het ontbreken van toestemming van klaagster niet ontvankelijk is (op onderdelen) van de klacht.

Voor het overige is beklaagde van oordeel dat de klacht als ongegrond moet worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ten aanzien van de diverse klachtonderdelen ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Klaagster heeft het klaagschrift medeondertekend en heeft bovendien ter zitting bevestigd dat zij instemt met alle onderdelen van de klacht. Gelet daarop staat buiten twijfel dat zij, als rechtstreeks belanghebbende, ontvankelijk is in deze klacht.

5.2

Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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 wijst er verder op dat het in het tuchtrecht gaat om de beoordeling van het handelen van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar, om het antwoord op de vraag of deze persoonlijk verwijtbaar heeft gehandeld.

Klaagster is op 4 december 2018 geopereerd. Beklaagde heeft aangevoerd dat hij op 4 en 5 december 2018 niet aanwezig was op de verpleegafdeling, maar werkzaam was op de polikliniek en die dagen niet betrokken is geweest bij de behandeling van klaagster. Hij is bij de behandeling van klaagster betrokken geraakt op 6 december 2018 (bij aanvang van de dagdienst). Er zijn geen aanwijzingen dat dit anders is, zodat het college daarvan zal uitgaan. Dit betekent dat beklagde alleen verantwoordelijk kan worden gehouden voor wat zich vanaf dat moment bij de behandeling van klaagster heeft voorgedaan.

5.3

Met betrekking tot het eerste klachtonderdeel overweegt het college het volgende. Klaagster verwijt beklagde dat hij een verpleegkundig specialist psychiatrie in consult heeft gevraagd. Dit klachtonderdeel slaagt niet. Beklaagde heeft naar voren gebracht dat er twee redenen waren om dat op 7 december 2018 te doen. Ten eerste omdat klaagster, zo blijkt ook uit het verpleegkundig dossier, het erg moeilijk had en mogelijk ondersteuning kon gebruiken en ten tweede omdat de oxazepam die klaagster had gekregen vanwege de invloed van de medicatie op de longfunctie mogelijk gecontra-indiceerd was voor klaagster. De consultatief verpleegkundige zou hem kunnen adviseren over het al dan niet nader voorschrijven van benzodiazepinen. Het college acht dat een voldoende reden om een consult van de verpleegkundig specialist psychiatrie aan te vragen. Voor de veronderstelling dat beklagde dossiers door elkaar heeft gehaald (en dus op basis van verkeerde gegevens het consult heeft aangevraagd), ziet het college geen grond. Beklaagde heeft ter zitting verder verklaard dat klaagster niet heeft geprotesteerd tegen het aanvragen van dit consult. Haar echtgenoot heeft dat wel gedaan, maar beklagde heeft, zo verklaarde hij ter zitting, aangenomen dat de echtgenoot in deze situatie niet alleen voor klaagster kon spreken. Het college kan dat volgen en acht deze keuze in elk geval niet (tuchtrechtelijk) verwijtbaar. Klaagster heeft vervolgens inderdaad met de verpleegkundig specialist psychiatrie gesproken en uit de notitie van dat gesprek is op te maken dat klaagster steun heeft gehad aan dat gesprek. Er is daarna ook nog een vervolgsconsult geweest op 12 december 2018. Ook toen heeft klaagster met de verpleegkundig specialist psychiatrie gesproken. Zij heeft te kennen gegeven dat zij op dat moment geen behoefte had aan psychische ondersteuning. Beklaagde heeft daarbij verder geen rol gespeeld.

Uit het doorzetten van het consult psychiatrie (op 7 december 2018) kan verder niet worden afgeleid dat beklagde de mogelijkheid dat pijn en benauwdheid voor onrust kunnen zorgen over het hoofd heeft gezien. Uit de aantekeningen in het dossier op deze datum blijkt dat aan die aspecten wel degelijk ook aandacht is besteed.

5.4

Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel (over de pijnbestrijding in de eerste uren na de operatie) wijst het college erop dat beklagde in die periode niet bij de behandeling van klaagster was betrokken (zie hetgeen daarover in 5.2 is vastgesteld). Dit klachtonderdeel kan daarom niet slagen.

5.5

Met betrekking tot het derde klachtonderdeel (over het missen van alarmsignalen) overweegt het college het volgende.

Beklaagde heeft op 6 december 2018 om 07.50 uur visite gelopen. Bij lichamelijk onderzoek van klaagster werd onder meer vastgesteld dat bij de longen rechts nauwelijks ademgeruis hoorbaar was. Verder waren er in zoverre geen bijzonderheden. Wel werd melding gemaakt van veel pijnklachten, waarvoor het pijnteam die ochtend langs was geweest. Daarnaast werd vermeld dat door de pijn mobiliseren nog niet mogelijk was en dat klaagster erg kortademig was, mogelijk ook bij angst, dat doorzuchten goed ging en dat de fysiotherapie al in consult was gevraagd. Beklaagde heeft hierna een thoraxfoto laten maken. Beklaagde heeft ter zitting aangegeven dat die foto volgens het protocol is gemaakt (na het verwijderen van de thoraxdrain de vorige dag) en dat er bovendien een indicatie was om die foto te maken; als het protocol niet een foto had voorgeschreven had hij toch een foto laten maken. De uitslag van die foto 'beeld is suspect voor een resttop pneu rechts, verder is het beeld conform') betekende dat de long voor het overige was ontplooid en dat er geen vocht was in de thoraxholte. Beklaagde heeft over deze uitslag overlegd gevoerd met K. Deze heeft aangegeven dat er mogelijk sprake was van een volumedeficit. Uit deze gang van zaken blijkt dat beklagde wel actie heeft ondernomen naar aanleiding van de bedoelde bevinding bij het lichamelijk onderzoek. Het college onderschrijft dat bij het toestandsbeeld op dat moment een medische interventie niet direct noodzakelijk was en dat monitoring voldoende was. De hartfrequentie van klaagster gaf daartoe ook geen aanleiding. Deze was weliswaar hoog (100-120/minuut) maar daar waren meerdere verklaringen voor aan te wijzen. Ten eerste de inhalatiemedicatie, die een hoge(re) hartfrequentie als bijwerking heeft. Verder konden de pijn en angst een goede verklaring voor de hoge hartfrequentie zijn. Gegeven de geruststellende uitslag van de thoraxfoto was de hoge hartfrequentie geen alarmsignaal. Gelet op de verdere bevindingen op 7 december 2018 was er tot het einde van de dagdienst van beklagde die dag ook geen indicatie om de thoraxfoto te herhalen. Daarbij weegt mee dat de pijn inmiddels beter onder controle leek (na het verwijderen van het paravertebraalkatheter en aanpassen van de oxycodon) en het mobiliseren een eerste keer was gelukt.

Ter zitting is nog aan de orde geweest dat klaagster tijdens het mobiliseren onder begeleiding van een fysiotherapeut een saturatie had die (op de vinger gemeten) 85% was. Het college acht dat, gegeven de omstandigheden, niet alarmerend. Dit mede vanwege het feit dat uit de notitie van de consulent van de acute pijnservice geen alarmsignalen blijken betreffende de saturatie. En ook uit de notitie van de psychiatrisch verpleegkundige blijkt niet dat sprake was van respiratoire insufficiëntie. Klaagster heeft rustig met haar kunnen spreken.

De situatie werd die dag anders om 21.23 uur. Dat was uren na het einde van de dienst van beklagde. Toen was sprake van een verandering in de situatie van klaagster. De hartfrequentie was opgelopen tot 161/minuut en klaagster had een opgejaagd gevoel. Op die situatie is, zoals hierboven onder de feiten is weergegeven, adequaat gereageerd.

Het derde klachtonderdeel kan daarom evenmin slagen.

5.6

Datzelfde lot treft ook het laatste klachtonderdeel (over het niet inschakelen van een longarts in de eerste fase na de operatie). Het college wijst er allereerst op dat de organisatie van de zorg per ziekenhuis verschillend kan zijn. In het onderhavige ziekenhuis

wordt de postoperatieve zorg na longoperaties op de afdeling longchirurgie verleend. Ter zitting is aan de orde geweest dat er laagdrempelig overleg is met de longartsen. De longarts is in het voortraject nauw betrokken geweest bij de zorg voor klaagster en de beslissingen rond de behandeling. Daarbij is niet besproken dat de longarts in dit geval in het postoperatieve traject moest worden betrokken. Verder is de longarts wel postoperatief bij multidisciplinair overleg op 8 december 2018 betrokken geweest. En bij de klinische achteruitgang en het ontstaan van de atelectase, is de longarts actief in consult gevraagd. Besproken was dat er een indicatie was voor een bronchoscopie.

In dit verband wijst het college er verder op dat de physician assistant in het ziekenhuis een eigen plek heeft naast de artsen (medisch specialisten) en de verpleegkundigen en dat zij een belangrijke rol hebben in de klinische zorg. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen physician assistants en artsen is maatwerk, vergelijkbaar met de verantwoordelijkheidsverdeling tussen medisch specialisten en arts-assistenten in opleiding tot specialist. Niet gebleken is dat beklagde is tekortgeschoten in het overleg met medici met betrekking tot het te voeren beleid danwel dat hij handelingen heeft uitgevoerd of beleid heeft gevoerd waartoe hij onvoldoende bekwaam en derhalve niet bevoegd zou zijn geweest.

5.7

De conclusie van het college is dan ook dat beklagde niet heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij als physician assistant ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten en dat de klacht ongegrond is.

6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door H.L. Wattel, voorzitter, L.C. Draaijer en E.J. Veltman, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
 - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.