

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 089/2019

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 6 november 2020 naar aanleiding van de op 29 april 2019 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

**C**, verpleegkundige, destijds werkzaam te B,  
bijgestaan door mr. R.J. Peet, als jurist verbonden aan VvAA Rechtsbijstand te Utrecht,

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;
- het medisch dossier;
- de rapportage (ongedateerd) van D, emeritus hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie, op verzoek van de onderzoekscommissie E te B geraadpleegd als extern deskundige;
- de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van 29 juni 2011, uitgebracht na de melding d.d. 18 november 2009 door de Raad van Bestuur van het E van het overlijden van F als calamiteit aan de IGZ;
- de op verzoek van de medisch adviseur van klaagster door G op 13 februari 2011 uitgebrachte rapportage;
- het onderzoeksrapport van de commissie Melding Incidenten Patientenzorg (MIP) d.d. 11 juni 2009.
- het proces-verbaal van het op 7 november 2019 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 10 juli 2020, waar zijn verschenen klaagster, vergezeld van haar partner, en namens beklagde haar gemachtigde. Beklaagde kon in verband met ziekte niet ter zitting van 10 juli 2020 aanwezig zijn. Haar gemachtigde heeft ter zitting aangegeven dat zij wel in staat is eventueel schriftelijke vragen van het college te beantwoorden.

Het college heeft het onderzoek in de zaak heropend en bij schrijven d.d. 24 juli 2020 schriftelijke vragen aan beklagde gesteld.

Bij brief d.d. 31 augustus 2020 heeft beklagde schriftelijk geantwoord.

Klaagster is in de gelegenheid gesteld op het schriftelijk antwoord van beklagde te reageren, maar heeft daarvan geen gebruik gemaakt.

Het college overweegt - nu klaagster niet heeft gereageerd - dat er geen aanleiding bestaat de zaak andermaal ter zitting te behandelen en heeft het onderzoek vervolgens gesloten.

Deze zaak hangt samen met de klachten tegen de gynaecoloog, twee arts-assistenten en een collega verpleegkundige (zaaknummers 085, 086, 087 en 088 van 2019) waarin op 21 augustus 2020 uitspraak is 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 werd op 1 mei 2009 opgenomen in het E te B bij een zwangerschap van 37 weken en 4 dagen omdat bij een echo was vastgesteld dat er sprake was van een groeiachterstand van de baby en te weinig vruchtwater, waarbij mogelijk sprake was van placenta-insufficiëntie. In het medisch dossier is genoteerd:

*"1-5-2009 12:37 H Moeder mw komt van de poli en is erg overdonderd dat zij hier naar toe moest; heeft het allemaal niet zo begrepen. Uitgehuild en wat gegeten en gedronken en nu aan CTG. Varentest afgenomen uitslag niet bekend nog Mw is al 4 weken niet op controle verschenen bij het geboorte-atelier terwijl neg dys al bekend is*

*12:39 H Moeder Controles A: Tensie: 145/60 mmHg, Pols: 76 bpm, Temp: 36,3°C*

*13:18 I Moeder MEDISCH BELEID: G2 P1, AD 37+4, via 1ste lijn naar poli, controle 29/3 kleine uitzetting, normaal vrw. Nu verhaal van 2 dagen vochtverlies, echo op poli nauwelijks vrw 1 pocket van 2 cm, verhoogde PI van 2.2 en klein kind cf 34 wkn, vrw hier niet kunnen aantonen, varentest neg amnisure neg. IOM J besloten om in te leiden ivm oligohydramnion en neg dys*

*13:36 I Moeder VISITE: in anamnese 14 mnd geleden dochter VE en epi, daarna PND, nu erg spannend wil graag pijnstilling durante partu*

*13:43 I CTG beoordeeld op 01-05-2009 13:44: BHF 140 acc+ dec-variabel, stukje maternaal geregistreerd, verder mooi*

13:44 I Moeder MEDISCH BELEID: vt p week, 1/2 verstreken, sacraal geen ontsluiting, 2 mg Prostin in achterste fornix ingebracht

14:06 H Moeder Cort giga deceleratie welke lang aanhoudt en uiteindelijk hetstelt; mw heeft een continue harde buik  
K komt met echo

14:27 I Moeder bij aansluiten van CTG bradycardie controle met echo weer goede ct 140 geteld, CTG daarna BHF 140 geen acc variabele dec neigend naar late, nogmaals flinke dec tot 70

14:30 H Moeder Continue harde buik inmiddels versoepeld en nu met goede pauzes tussen de harde buiken; zijn wel pijnlijk

16:09 C Moeder weer flinke deceleratie mw lag wel weer op haar rug is nu weer hersteld mw ligt nu op re-zijde gaat nu beter

18:07 C Moeder mw is weer in bed heeft even geplast is nu weer in bed vind contracties ook pijnlijk en krachtiger geworden

18:47 C Moeder ctg lijkt weer deceleraties te vertonen moeilijk te beoordelen mw is erg bewegelijk in bed pols moeder 72 moeder heeft veel contracties echter niet op ctg te zien, veel rugpijn

18:50 C Moeder toch weer deceleraties op ctg mw lijkt in partu te komen

20:05 L Moeder CTG overlegd met M, continueren beleid, geen Priming meer. Mw pijnlijk en angstig. Buik ontspant zicht tussen ww door. Slechte toco registratie

21:49 L Moeder VT: 3 cm. CTG nu goed. is erg onrustig en angstig. Iom M 100 mg Pethidine en 25 mg Phenergan voor de nacht, morgen doorpakken en vliezen breken. NB amnioninfusie starten bij breken vliezen!

22:06 C Moeder Mw is totaal in paniek rolt het hele bed heen en weer heeft per order 100 mg pethine en 50 mg phenergan i.m gekregen, moeilijk mw te kalmeren, hopen dat mw goed reageert op sedatie

22:49 N Moeder Mevr heeft flink helder rood bloedverlies. cortonen moeilijk te pakken voor registratie, cortonen pos 132 . mevr ligt nog steeds onrustig in bed te draaien.

23:08 O Moeder VISITE: Overname van dienst. G2P1. MI: oligohydramnion IUGR, en mogelijk gebroken vliezen. Gekomen via poli, vanmiddag geprimed 14:00. Had vanavond 3 cm; iom M besloten pethidine+phenergan en AROM + SE morgen. CTG was vanmiddag suboptimaal; nu zeer matige registratie, derhalve echo nu. Mw ligt te draaien in bed. Tevens VBV en buikpijn, anamnese bemoeilijkt door onrust bij mw. LO: harde buik, lijkt niet te ontspannen. Echo: placenta g.a.; hartactie dubieus B: M gebeld, OK team in huis, infuss, klaar voor OK Direct na ophangen telefoon drukgevoel, 23.08 en 23.24 bezig geweest met echo pakken, opstarten echo, diagnostiek moeilijk ivm rollen/onrust

23:24 O Moeder Mw geeft drukgevoel aan; segment zichtbaar, start persen. Geboorte van neonat AS 0 B: Kinderats gebeld, start reanimatie

23:25 L Moeder Geen HA meer op echo zichtbaar. Ineens persdrang. Hoofd komt, in 1 persee kind strak omstrengeld, AS 0/0. KA gebeld, start reanimatie

23:35 O Moeder Geboorte placenta, vlot en compleet. Opvallend klein. Geen delle, placenta insereert wat lateraal maar niet op de rand. Klein hematoom rand. 3 vaten. 10 EH synto iv gespoten

23:57 L Moeder Placenta weet 330 gr. Lijkt klein hematoom

*aan 1 rand, geen dellen. Er wordt gestopt met reanimatie”*

*8.00 uur L Moeder Verslag achteraf Rond 22.00. Pte nog steeds onrustig. VT: 3 cm, twijfel over wel of niet staande vliezen. Toucher ook zeer moeizaam ivm angst pte. Pte vraagt om pijnstilling. Beleid en CTG besproken met M (was in huis): CTG nu acceptabel. Pethidine en Phenergran voor de nacht. Beleid was volgens mij afgesproken voordat ik ging toucheren. Daarna nog wel met M Pethidine en Phenergran besproken, want M heeft bij verpleging op medicijnkamer daarna nog de Phenergran verhoogd. (lp 100 mg Pethidine en 25 mg Phenergran afgesproken, M verhoogd Phenergran naar 50 mg). Verpleging geeft dit aan pte, aangegeven dat CTG bewaking over de nacht gehandhaaft moet worden. Hierna tot 23.00 geen info van verpleging gehoord.  
23.00 Verpleging vertelt in koffiekamer dat pte vaginaal bloedverlies heeft gehad, ruim voor tekenen. Ze heeft kortdurend cortonen geluisterd, waren goed. CTG zeer slechte registratie, ws obv onrust pte.”*

Op verzoek van de onderzoekscommissie E te B heeft D, emeritus hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie, een rapportage opgesteld.

Dit rapport vermeldt in de conclusie onder meer:

*“1. Het was achteraf gezien inderdaad een geval van foetale groeivertraging door onderontwikkeling van de placenta. Een gewicht van 330 gram (wellicht nog met vliezen gewogen) is een extreem laag placentagewicht. Het kind is dan overleden ten gevolge van de (opgewekte) weeën, mogelijk met hyperstimulatie door de prostin en mogelijk gecompliceerd door een gedeeltelijke loslating van de placenta in de laatste drie kwartier. 2. Dit geval van perinatale sterfte was vrijwel zeker niet nodig geweest bij eerder termineren van de baring, door middel van een keizersnede. Diverse factoren hebben een rol gespeeld, waardoor dat niet tijdig is gebeurd.*

*3. De inleiding is begonnen vanwege foetale groeivertraging. Het CTG is aanvankelijk goed, maar verslechtert tussen 14.00 en 15.00 duidelijk en wordt daarna nooit meer goed. Er was toen al genoeg reden voor multidisciplinair overleg over wat te doen. De verloskundige, de assistent, de dienstdoende gynaecoloog, en de verpleegkundige, hadden toen een beleidsplan kunnen maken. De keuze was dan direct termineren of nog even aan te zien, maar dan bijvoorbeeld niet langer dan een uur; en in de hoop, dat dan de ontsluiting van de baarmoedermond het plaatsen van een meer betrouwbare schedelelektrode zou toelaten en eventueel het verrichten van aanvullend bloedonderzoek (microbloedonderzoek) voor het bepalen van de capillaire pH waarde in de foetale schedelhud.*

*4. Tussen 15.30 uur en de tijd van de overdracht (16.45 uur) is het CTG zonder meer uiterst verdacht voor foetale nood en was er eigenlijk direct reden voor een keizersnede. Er was dus nog steeds of opnieuw (bij eerder uitgesteld beleid) reden voor multidisciplinair overleg en dat is niet geweest.*

*5. In een (opleidings)kliniek verloskunde, dient altijd een formele (in dit geval namiddag) overdracht plaats te vinden, in aanwezigheid van de betrokken verpleegkundigen, verloskundigen, assistenten en gynaecologen. Alle casus worden daar besproken en er wordt voor iedere patient beleid gemaakt. Beleid maken betekent dat wordt vastgelegd wat te doen in verschillende situaties in de toekomstige uren. Hier is een belangrijk moment gemist om in deze teambespreking alsnog te besluiten de baring te termineren.*

*6. Het is niet goed te begrijpen, dat omstreeks 18.00 uur het CTG als goed is afgegeven en patiente niet door de betrokken gynaecoloog is gezien en onderzocht. Dat geldt ook voor het oordeel over de CTG van 21.50 uur. Er was toen 3 cm ontsluiting en dat had reden kunnen/moeten zijn om een schedelelektrode aan te brengen voor een betere*

registratie van het CTG, dat vrijwel zeker onveranderd slecht zou zijn geweest. Vanaf 22.00 uur is het (uitwendige) CTG technisch volstrekt onbetrouwbaar.

[...]

Onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog van dagdienst is het besluit van terminering van de baring ten onrechte niet genomen. Of er, na 13.44 uur, wel of niet contact is geweest tussen de verloskundige, de verpleegkundige en de betrokken gynaecoloog van de dagdienst is niet duidelijk uit de ziektegeschiedenis. De niet gehouden overdracht is een gemiste kans geweest, om (mits daar dan voldoende deskundigheid aanwezig wenst te zijn) het beleid alsnog te corrigeren. De dienstdoenden daarna zijn voortgegaan in het beleid, dat eerder is ingezet; het genoeg nemen met een slecht CTG en een onrustige patiënte, zonder het beleid alsnog te herzien. Dat is overigens ook onjuist.”

Het rapport van de IGZ vermeldt onder meer:

“In deze casus is patiënte opgenomen door de Aios, na telefonisch overleg met de dienstdoend gynaecoloog. Deze heeft patiënte nooit gezien. Ook is hij gedurende de opname niet geïnformeerd over het beloop van de partus. De gynaecoloog die 's avonds dienst had heeft patiënte ook niet zelf beoordeeld. De inspectie stelt dat de gynaecoloog integraal verantwoordelijk is voor de begeleiding van de baring en dat hij zich daarom in het algemeen persoonlijk op de hoogte dient te stellen van de voortgang van de partus, doch zeker bij patiënten die met een dergelijke indicatie worden opgenomen. Grote drukte op de verloskamers is een verklaring van het gebeuren, doch geen excuus. Deze ervaring laat zien dat het goed is tevoren na te denken over dergelijke zaken en een opschalingsplan te maken voor het geval deze situatie zich weer voordoet. Juist bij grote drukte is de overdracht belangrijk. De patiënt mag niet de dupe worden van een organisatorische tekortkoming.”

Het rapport van G vermeldt onder meer:

“Er was sprake van een hoogrisico bevalling. Patiente werd geprimed om de bevalling op gang te brengen. Dat is juist, maar vereist wel adequate foetale bewaking gezien het aanzienlijk risico op foetale nood. (een afwijkende Doppler is bij 37+ weken zwangerschapsduur een zeldzaamheid). Tijdens priming was mogelijk sprake van overstimulatie. Bij herhaling waren er deceleraties op de CTG, die nauwgezet vervolgen noodzaakten. Om 21.49 besluit de gynaecoloog patiente te laten slapen en de dag erna de bevalling voor te geleiden. Dit is naar mijn mening geen goede gedachte. Ze heeft inmiddels al 3 cm ontsluiting en daarmee is dus waarschijnlijk de bevalling begonnen (eerder had ze geen ontsluiting). Bovendien waren er eerdere tekenen geweest van een niet-optimale foetale conditie. Continueren van bewaking was aangewezen (en is na 21.49 uur overigens ook gebeurd). Het was logisch geweest om 21.49 uur de vliezen te breken en een schedelelectrode te plaatsen, waarmee goede kwaliteit van foetale bewaking gegarandeerd zou zijn. Slechte signaalkwaliteit maakt beoordeling van het CTG herhaaldelijk niet mogelijk. Ook is de uterusactiviteit niet goed geregistreerd. Dit laatste bemoeilijkt de interpretatie van het hartfrequentiepatroon. Vanaf 22.00 uur verslechteren van het CTG (eerst niet goed te interpreteren ivm signaalverlies), en vanaf 22.00 uur verslechteren van het CTG dat ingrijpen noodzakelijk maakte. Uiteindelijk is dit een half uur later ingezien. Al met al een suboptimaal beleid, waarbij niet gezorgd is voor kwalitatief voldoende bewaking, waardoor te laat besloten is in te grijpen. Hierbij is niet gehandeld zoals dat van een redelijk bekwaam en handelend gynaecoloog mag worden verwacht. Volgens schrijven van de ouders is de gynaecoloog nooit bij patiente langs geweest [t]en tijde van de bevalling. Ook het medisch dossier maakt geen melding

*van het feit dat de gynaecoloog zich persoonlijk op de hoogte heeft gesteld. Dit acht ik niet juist, gezien de recidiverende CTG afwijkingen, hoogrisico patiënte en grote onrust/angst/pijn bij patiënte.”*

Het rapport van de MIP-commissie bevat onder meer aanbevelingen tot verbetering van de overdracht tussen de disciplines, de verbetering van de vastlegging van verantwoordelijkheden voor en omgang met een slecht registrerend CTG, het schriftelijk en in daad vastleggen van verantwoordelijkheden en de voor de medisch eindverantwoordelijke benodigde informatie.

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

Klaagster verwijt beklagde - zakelijk weergegeven - dat zij nalatig, onprofessioneel heeft gehandeld en niet adequaat volgens de professionele standaard heeft ingegrepen tijdens de bevalling van klaagster, waarbij F levenloos werd geboren. En het bagatelliseren van de klachten van klaagster.

### 4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde stelt zich in het verweerschrift op het gemotiveerde standpunt dat de tegen haar ingediende klacht ongegrond is. Voor zover nodig wordt daarop hieronder 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

In antwoord op de schriftelijke vragen van het college heeft beklagde onder andere aangevoerd dat zij door middel van beeldschermen op de teamposten en de verloskundigekamer continu overzicht kon houden van het CTG. Zij is ook voldoende in de gelegenheid geweest de CTG's te zien. Beklaagde geeft aan regelmatig binnen te zijn gelopen. Zij heeft geprobeerd om een betere registratie van het CTG te verkrijgen door bijvoorbeeld de CTG-banden van positie te veranderen en/of de houding van klaagster te veranderen. Beklaagde geeft aan dat er ook nadat klaagster [het college begrijpt: rond 22.00 uur] Pethidine en Phenergan kreeg voldoende controle op het CTG is geweest. Zij herinnert zich dat zij haar bezorgdheid over het CTG bij M heeft aangegeven, toen hij deze opdracht gaf. Hij vond het CTG op dat moment acceptabel. Beklaagde stelt dat zij diverse malen in haar dienst aan de arts-assistent heeft aangegeven dat het CTG niet optimaal was. Zij ging ervan uit dat de arts-assistent dit heeft besproken met de dienstdoende gynaecoloog.

### 5.3

Het college overweegt als volgt. In deze casus waren er gedurende de dienst van beklagde, die die dag om 15.00 uur begon en voortduurde tot en met de uiteindelijke bevalling, bij herhaling deceleraties op het CTG te zien. Beklaagde heeft daarvan aantekeningen gemaakt in het dossier. Beklaagde heeft in het dossier echter geen aantekeningen gemaakt van de overlegmomenten met de arts-assistent of de gynaecoloog, ondanks dat zij aangaf erg ongerust te zijn geweest en het gevoel had onvoldoende gehoord te zijn door de arts-assistent. Het was beter geweest als beklagde wel aantekeningen had gemaakt over het contact met de arts-assistent en de gynaecoloog. Het college gaat er echter op basis van de (achteraf gemaakte) dossieraantekening van de volgende ochtend 8.00 uur van de hand van de arts-assistent vanuit dat er tot althans rond 22.00 uur en om 23.00 uur wel contact tussen de verpleging en de arts-assistent is geweest. De arts-assistent schrijft namelijk dat zij (ter gelegenheid van het besluit om Pethidine en Phenergan te geven) heeft aangegeven dat de CTG-bewaking over de nacht gehandhaafd moest worden. Ook blijkt uit die aantekening dat er rond die tijd contact is geweest tussen de verpleging en de gynaecoloog over de dosering Phenergan. De arts-assistent vermeldt echter ook dat er tot 23.00 uur geen informatie van de verpleging is vernomen. Op de daarop nadrukkelijk gerichte vraag 1.d van het college over de monitoring van het CTG na 22.00 uur antwoordt beklagde dat daarop voldoende controle is geweest. En tevens dat beklagde haar bezorgdheid over het CTG bij de gynaecoloog had aangegeven "toen hij deze opdracht gaf". Het college begrijpt dat dit dus kort voor 22.00 uur gebeurd moet zijn. Na 22.00 uur verslechterde het CTG andermaal en wel zodanig dat ingrijpen noodzakelijk was. Dit wordt in de rapportages van D en G nog eens benadrukt. Gelet op de zorgen die reeds tijdens de gehele dienst van beklagde over klaagster bestonden, had echter van een verpleegkundige met de kennis en ervaring van beklagde verwacht mogen worden dat zij na 22.00 uur opnieuw aandacht voor klaagster had gevraagd bij de gynaecoloog of de arts-assistent. Dat gebeurt pas weer om 23.00 uur naar aanleiding van de geconstateerde bloeding. Het college acht het handelen van beklagde in dit opzicht niet overeenkomstig met een redelijk bekwame beroepsuitoefening. De klacht is in zoverre gegrond.

### 5.4

Klaagster heeft tevens aangevoerd dat zij zich niet serieus genomen voelde. Beklaagde zou haar bij haar schouders hebben gepakt en hebben gezegd: "niet zo aanstellen, u heeft al een bevalling achter de rug, dus u weet hoe het is." Beklaagde heeft aangegeven dat zij zich niet kan herinneren dat zij heeft gezegd dat klaagster zich niet moest aanstellen. Zij kan zich ook niet voorstellen dat zij dit zo heeft gezegd. Ze weet wel dat zij haar excuses heeft aangeboden. Het college overweegt dat het erop lijkt dat er wel iets is gebeurd. Anders had beklagde immers haar excuses niet hoeven aanbieden. Maar wat dat precies is geweest, kan thans niet meer met redelijke mate van zekerheid worden vastgesteld. De standpunten van partijen staan tegenover elkaar en andere kenbronnen zijn niet voorhanden. In zoverre is de klacht ongegrond.

### 5.5

Nu de klacht deels gegrond is, staat het college voor de vraag welke maatregel opgelegd dient te worden. Beklaagde is een specialistisch opgeleide verpleegkundige met een vervolgopleiding gynaecologie/obstetrie en obstetrische high care. Daarbij mag zij als bij uitstek als kundig worden beschouwd bij het begeleiden van gecompliceerde beval-

lingen zoals in dit geval. Anderzijds weegt mee dat de dienstdoende gynaecoloog tot in ieder geval 22.00 uur in overleg met de arts-assistent het beleid heeft bepaald. Alles afwegend acht het college de maatregel van een berisping passend.

## 6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gedeeltelijk gegrond;
- legt de maatregel van berisping op.

Aldus gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, C. Smulders en C.E.B Driessen, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van P. van der Stroom, 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.