

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2084c

Uitspraak: 13 januari 2021

HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS- ZORG

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 1 juli 2020 ingekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klaagster
gemachtigde mr. A.C.H. Jansen te Wijchen

tegen:

[C]
Chirurg
werkzaam te [D]
BIG-registratienummer [E]
verweerder

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift.

De klacht is ter openbare zitting van 2 december 2020 behandeld. Partijen waren aanwezig, klaagster werd bijgestaan door haar gemachtigde.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klaagster, geboren in 1990, heeft op 15 april 2011 een galblaasverwijdering ondergaan. Zij had op dat moment een BMI van 16,85.

De operatie was gepland als een laparoscopie (kijkoperatie) en is uitgevoerd door een Belgische arts-assistent in opleiding (baios) die in Nederland zijn vijfde jaar van de op-

leiding tot chirurg doorliep. De baios was in België bij het verrichten van laparoscopische galblaasoperaties opgeleid in de gesloten of 'blinde' techniek. Daarbij wordt via een holle naald, de zogeheten Veress-naald, koolzuurgas (CO₂) in de buikholte geblazen. Vervolgens wordt op een andere plaats in de buikwand een trocar ingebracht (een holle buis waarin een gepunte mandrijn). Nadat de mandrijn is uitgenomen kan een instrument of laparoscoop worden ingebracht. De baios had van de vakgroep van het ziekenhuis toestemming gevraagd en gekregen om deze techniek in het ziekenhuis te gebruiken. In België was bij de opleiding van verweerder de Veress-naald methode de methode van voorkeur tijdens de opleiding en hij was daarin bekwaam geraakt. In het medisch dossier staat vermeld dat op 14 april 2011 door een bij naam genoemd staflid chirurg aan de baios specifiek toestemming is verleend om de operatie op klagster uit te voeren.

De galblaasoperatie heeft op 15 april 2011 plaatsgevonden op een satellietlocatie van het ziekenhuis en werd door de baios uitgevoerd volgens de hiervoor beschreven gesloten techniek. Daarbij is de Veress-naald ingebracht bij het zogeheten punt van Palmer en de eerste trocar bij de navel. Meteen hierna werd door verweerder een ernstige bloeding waargenomen, waarop hij de operatie direct converteerde naar een laparotomie, waarbij de buik wordt geopend. Tevens vroeg hij om assistentie van zijn supervisor van die dag, een gastro-intestinaal chirurg, terwijl de bloeding werd getamponneerd. De supervisor is onmiddellijk gekomen en heeft de bloeding weten te stelpen.

In het operatieverslag staat het volgende vermeld (alle citaten voor zover van belang en inclusief eventuele taal- of typefouten):

"Vorm van anaesthesie: algehele anaesthesie.

Introductie verresnaald li hypochonder en insufflatie tot 12 mmHg. Maken subumbilicale incisie en plaatsen 1e trocar. Bij introductie van de scoop zien we onmiddellijk een belangrijke bloeding en opzetting van het retroperitoneum, waarvoor onmiddellijk besloten wordt een laparotomie uit te voeren te paard op de navel. Dr. [F] wordt onmiddellijk verwittigd en stapt mee in, terwijl de bloeding wordt getamponneerd. Pt doet een kortdurende bloeddrukval tot 60/40, maar blijft gedurende het verdere verloop van de ok HD stabiel.

Opzoeken bloedingsfocus, dewelke in het mesocolon van het re colon lijkt te liggen, DD bloeding uit een mesenteriale vene danwel uit de VCI. De bloeding wordt door Dr. [F] doorstoken dmv 2x Prolene 2/0. Het retroperitoneum wordt gesloten, en er wordt gedurende 10 min getamponneerd. Pt blijft intussen HD-stabiel, en het retroperitoneale hematoom breid niet uit.

Het Hb blijkt gedaald tot 4.7, waarvoor transfusie wordt toegediend. Augmentin wordt opgestart. Een CVL wordt geplaatst ter monitoring.

Vervolgens wordt een open cholecystectomie uitgevoerd nadat pt stabiel blijft. Adhaesioolyse van het omentum aan de galblaas. Vervolgens retrograad vrijprepareren van de galblaas uit zijn leverbed. Identificeren van de a cystica en de d cysticus, dewelke onderbonden worden. Aldus wordt een CCE uitgevoerd. Galblaas wordt weggegeven voor PA.

Sluiten van de fascia met 2x PDS loop. Sluiten van de huid dmv Monocryl 3/0 intradermaal.

Operatieduur: 90 min.

Bloedverlies: 500 ml + retroperitoneaal hematoom.

(...)

Conclusie:

Bij patiënte werd op 15-04-2011 een laparoscopische cholecystectomie geconverteerd naar een open procedure, owv een belangrijke retroperitoneale bloeding.

Verder bericht volgt.”

Op 15 april 2011 na de operatie is klaagster eerst naar de recovery van het ziekenhuis gebracht en vervolgens ter bewaking overgebracht naar de intensive care op de hoofdlocatie. Op 19 april 2011 is zij uit het ziekenhuis ontslagen. Enkele dagen later wordt zij heropgenomen en blijkt zij een trombose van de distale vena cava inferior te hebben, alsmede een aneurysma spurium van de arteria iliaca communis rechts.

Klaagster heeft het ziekenhuis aansprakelijk gesteld voor schade, ontstaan als gevolg van tekortkomingen bij de operatie. In het kader daarvan heeft de rechtbank Limburg, zittingsplaats Maastricht, bij beschikking van 15 mei 2017 een voorlopig deskundigenbericht bevolen, waarbij verweerder tot deskundige is benoemd. De rechtbank heeft hem opgedragen om uiterlijk drie maanden na de beslissing een schriftelijk en ondertekend rapport in te leveren.

Verweerder heeft klaagster in het kader van zijn taak als deskundige op 27 oktober 2017 gezien. Omdat het conceptrapport uitbleef, hebben beide advocaten en de rechtbank verweerder herinneringen gestuurd. Op 19 juni 2018 heeft verweerder zijn conceptrapport aan klaagster verzonden. Ondertussen had de advocaat van het ziekenhuis de rechtbank bij brief van 20 juni 2018 verzocht een andere deskundige te benoemen.

Klaagster heeft verweerder bij brief van 16 juli 2018 bericht dat zij geen gebruik maakte van haar blokkeringsrecht, waarop verweerder het conceptrapport aan beide partijen heeft verzonden. Dit is op 10 augustus 2018 door hen ontvangen. Beide partijen hebben op het rapport gereageerd.

De gemachtigde van klaagster heeft vervolgens de rechtbank bij brief van 25 september 2018 verzocht alsnog een andere deskundige te benoemen, vanwege het feit dat de definitieve rapportage nog steeds niet gereed was en vanwege een aantal inhoudelijke bezwaren tegen het conceptrapport. Bij brieven van 22 oktober 2018 en 12 november 2018 is dit verzoek namens klaagster herhaald. Daarop heeft de rechtbank – na herhaalde herinneringen aan verweerder, waarop hij niet heeft gereageerd – bij brief van 19 november 2018 klaagster en het ziekenhuis bericht dat zij voornemens was verweerder te ontslaan uit zijn functie als deskundige. Omdat de gemachtigde van het ziekenhuis bezwaar had tegen dat ontslag, heeft op 11 januari 2019 een zitting plaatsgevonden bij de rechtbank, waar ook verweerder is verschenen.

Bij beschikking van dezelfde datum heeft de rechtbank het verzoek tot ontslag van verweerder als deskundige afgewezen. Blijkens die beschikking heeft verweerder ter zitting van de rechtbank uitvoerig excuses aangeboden voor de lange tijdsduur van het onderzoek en uitgelegd waardoor die vertraging was ontstaan. Ook heeft verweerder gereageerd op de inhoudelijke bezwaren van klaagster ten aanzien van zijn conceptrapport, is hij verder ingegaan op zijn bevindingen zoals daarin verwoord en heeft hij vragen van partijen daarover beantwoord. Ook heeft verweerder op de zitting verklaard dat het definitieve rapport binnen afzienbare tijd gereed kon zijn. In de beschikking van 11 januari 2019 heeft de rechtbank bepaald dat verweerder zijn definitieve rapport uiterlijk op 15 februari moest inleveren, onder bijvoeging van een gespecificeerde declaratie.

Op 12 februari 2019 heeft verweerder zijn eindrapport aan de rechtbank toegezonden. De rechtbank heeft het rapport bij brief van 30 april 2019 aan partijen toegezonden, onder mededeling dat de nota van het onderzoek nog niet was ontvangen.

Verweerder concludeert in het rapport –zakelijk weergegeven – het volgende.

Van onzorgvuldig handelen door de baios is geen sprake geweest voor wat betreft het gebruik van de Veressnaald-methode (tegenover de open introductie van de eerste trocar), en ook niet bij het inbrengen van de eerste trocar. Er is geen wetenschappelijk bewijs om wel of niet de eerste trocar op een bepaalde manier in te brengen, ook niet bij magere patiënten. Het kan zijn:

- dat door de operateur te veel kracht gebruikt is, maar ook
- dat de patiënte niet voldoende verslapt was of relatief te weinig bij de gebruikte kracht, of
- dat er verklevingen waren die ervoor gezorgd hebben dat de dam met het mesenterium onvoldoende afstand hadden tot de buikwand.

Er is kortom een aantal parameters onbekend, waardoor een betrouwbare uitspraak niet geheel mogelijk is, aldus het rapport. De incidentie van het letsel zoals ontstaan bij klaagster is laag (minder dan 0,3%), maar dit komt helaas nog steeds voor, zowel bij gebruik van de Veressnaald als bij de open laparoscopietechniek, zowel bij niet-dikke, dikke als dunne mensen. Er is een zeldzame complicatie ontstaan bij een ingreep die als routine beschouwd mag worden.

Ook bij het constateren van de bloeding is lege artis gehandeld door de baios en de superviserend chirurg. Het retroperitoneum laat zich in geval van een acute bloeding lastig exploreren en het was onduidelijk of het om een mesenteriale vene ging of om de vena cava zelf. Het is voorstelbaar dat de punctie met de trocar verantwoordelijk is voor het uiteindelijk ontstane letsel, zijnde trombose van de vena cava. Het zou ook kunnen zijn dat de doorsteking van de bloeding in combinatie met het tamponneren hiervoor verantwoordelijk was. Het exploreren van het retroperitoneum door een visceraal of vaatchirurg is onwenselijk, tenzij de bloeding niet onder controle gekregen kan worden; nu dat wel gelukt is, was het niet noodzakelijk een vaatchirurg te consulteren, aldus nog steeds het rapport.

Klaagster heeft ook tegen de baios (dossiernummer 2084b) en de superviserend chirurg (dossiernummer 2084a) klachten ingediend.

3. Het standpunt van klaagster

Klaagster verwijt verweerder:

- a) dat hij, ondanks diverse herinneringen van beide advocaten en de rechtbank, veel te lang over het opstellen van zijn conceptrapport heeft gedaan;
- b) dat hij, ondanks diverse herinneringen van beide advocaten en de rechtbank, nog eens veel te lang over het opstellen van zijn definitieve rapport heeft gedaan;
- c) dat hij zijn nota niet tijdig naar de rechtbank heeft gestuurd, waardoor opnieuw vertraging is ontstaan;
- d) dat hij de opgetreden bloeding in zijn rapport bagatelliseert, dan wel onjuist omschrijft;
- e) dat hij bij het opstellen van zijn rapport de richtlijn "Minimaal invasieve chirurgie/laparoscopie" onvoldoende heeft meegenomen en/of onjuist interpreteert;
- f) dat het door hem opgestelde deskundigenrapport niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet en onjuistheden bevat.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft erkend dat hij veel te lang over het opstellen van zijn conceptrapport heeft gedaan. Nadat hij ter zitting van 11 januari 2019 van de rechtbank is verschenen en zijn excuses heeft aangeboden aan de rechtbank en aan partijen, heeft hij zich wel aan de gestelde nieuwe termijn gehouden. De indiening van de nota verloopt via het ziekenhuis, omdat verweerder in loondienst is en het ziekenhuis het honorarium voor

de door hem als deskundige verrichte werkzaamheden incasseert. Ook de overige klachtonderdelen heeft verweerder bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hierna ingegaan.

5. De overwegingen van het college

Het college komt tot het oordeel dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. Het zal verweerder daarvoor een waarschuwing opleggen. Hierna zal het college toelichten hoe dit oordeel tot stand is gekomen.

Klachtonderdeel a) ondanks herinneringen veel te lang gedaan over opstellen concept-rapport

Verweerder heeft erkend dat hij, in zijn ter zitting gebruikte woorden, ‘absurd lang’ over het opstellen van het conceptrapport heeft gedaan. Het college vindt het op zichzelf aannemelijk dat de vertraging is ontstaan als gevolg van de door verweerder genoemde omstandigheden, die leidden tot een grote instroom van patiënten in het ziekenhuis waar hij werkzaam is, maar dat maakt de vertraging nog niet verschoonbaar. Het had onder die omstandigheden op de weg van verweerder gelegen om de rechtbank en partijen in een vroeg stadium, toen hem duidelijk werd dat hij de gestelde termijn niet kon halen, daarvan op de hoogte te stellen en de opdracht terug te geven.

Dit klachtonderdeel is gegrond.

Klachtonderdeel b) nog eens veel te lang gedaan over het opstellen van het definitieve rapport

In de beschikking van de rechtbank van 11 januari 2019 is bepaald dat verweerder zijn definitieve rapport uiterlijk op 15 februari 2019 moest inleveren. Nu verweerder zijn eindrapport bij brief van 12 februari 2019 bij de rechtbank heeft ingediend, waar het blijkens het daarop geplaatste stempel op 14 februari 2019 is ontvangen, kan dit niet als te laat worden beschouwd. Dit klachtonderdeel is niet gegrond.

klachtonderdeel c) nota niet tijdig ingestuurd, waardoor opnieuw vertraging

De tijdige verzending van de declaratie aan de rechtbank behoorde tot de persoonlijke verantwoordelijkheid van verweerder, nu de rechtbank hem persoonlijk tot deskundige heeft benoemd. Het staat vast dat verweerder niet heeft voldaan aan de opdracht van de rechtbank om bij het definitieve rapport een gespecificeerde declaratie te voegen. Verweerder heeft niet betwist dat dit tot verdere vertraging bij het doorzenden naar partijen van het definitieve rapport heeft geleid.

Dit klachtonderdeel is gegrond.

Klachtonderdeel d) in rapport opgetreden bloeding bagatelliseren, dan wel onjuist omschrijven

Uit de toelichting op de klacht leidt het college af dat klaagster ervan uitgaat dat sprake is geweest van een levensbedreigende bloeding van de vena cava inferior, terwijl verweerder dat niet in zijn rapport heeft opgeschreven. Klaagster heeft gewezen op:

- het anesthesieverslag, dat vermeldt ‘*Bloeding perforatie van vena cava inferior*’;
- de decursus van de poli, waarin is opgenomen: ‘*co na gecompliceerde lap chol met conversie owv vena cava letsel*’ en
- een pagina uit het medisch dossier van het ziekenhuis waar klaagster later onder behandeling is gekomen, waarin bij de datum van 26 april 2011 onder andere is vermeld: ‘*geoccludeerde v. cava inferior tot aan de v. renalis*’.

Verweerder heeft in zijn rapport, in antwoord op de reacties van partijen op het conceptrapport, genoteerd dat de anesthesist geen direct zicht heeft op het operatieveld en een dergelijke diagnose (‘vena cava letsel’) niet kan stellen. Dit wordt door het college

onderschreven. Verder vermeldt verweerder dat het onduidelijk was of het om een mesenteriale vene ging of om de vena cava zelf.

In het operatieverslag staat vermeld dat de bloedingsfocus is opgezocht, die in het mesocolon van het rechter colon leek te liggen (waarbij overigens een bloeding uit de vena cava inferior ook in de differentiaaldiagnose stond). Het college kan niet vaststellen dat dit onjuist is. Het feit dat verweerder, uitgaande van de bloeding in de mesenteriale vaten, deze heeft doorstoken, waardoor in combinatie met het tamponneren het bloeden daadwerkelijk is gestopt, maakt een bloeding uit de vena cava inferior minder waarschijnlijk. Het college ziet daarvoor in het dossier ook geen andere doorslaggevende aanwijzingen. Ook een mesenteriale bloeding kan tot veel bloedverlies leiden en in zoverre ernstig en ook levensbedreigend zijn. Dat de baios en de superviserend chirurg de origine van de bloeding niet precies hebben kunnen vaststellen houdt verband met het feit dat het haematoom het zicht op de plaats van oorsprong ontnam, zoals ook verweerder op goede gronden schrijft.

Aan een vermelding van vena cava-letsel in de decursus van de poli kan geen doorslaggevende waarde worden gehecht. De volgens het rapport van verweerder ongeveer twee weken later opgetreden trombose in de vena cava kan verder, zoals verweerder op goede gronden in zijn rapport heeft betoogd, verschillende oorzaken hebben, zodat ook op grond daarvan niet gezegd kan worden dat bij de operatie de vena cava is geraakt.

Van bagatellisering of een onjuiste omschrijving van de bloeding door verweerder is dan ook geen sprake. Hij heeft zijn conclusie voldoende onderbouwd met navolgbare argumenten.

Dit klachtonderdeel is dus ongegrond.

Klachtonderdeel e) bij opstellen rapport richtlijn "Minimaal invasieve chirurgie/laparoscopie" onvoldoende meegenomen en/of onjuist geïnterpreteerd, en

Klachtonderdeel f) deskundigenrapport voldoet niet aan de eisen en bevat onjuistheden
Het college ziet aanleiding om deze klachtonderdelen vanwege de samenhang gezamenlijk te bespreken.

In de richtlijn 'Minimaal invasieve chirurgie/laparoscopie Open versus gesloten techniek', die is geautoriseerd door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde en geldt vanaf 1 januari 2011, staat – voor zover hier van belang – vermeld:

"Uitgangsvraag

Welke entreetechniek, de open of de gesloten, brengt de minste risico's met zich mee?

Aanbeveling :

Er is geen algemene aanbeveling te geven omtrent het veiligste type entreetechniek. Specialisten kunnen zich het beste houden bij de techniek die zij geleerd hebben en waar zij vertrouwd mee zijn. De mening is dat ervaring met een specifieke entreetechniek de risico's beperkt.

Er zijn uitzonderingen op deze regel, die in de tekst in module (...) 'Speciale patiëntengroepen' worden besproken (...).

(...)

Conclusies :

Er zijn geen verschillen aangetoond in het aantal vasculaire en viscerale letsels bij de open versus gesloten entree techniek."

In de bedoelde module 'Speciale patiëntengroepen' staat – voor zover hier van belang – vermeld:

"De magere patiënt

(...) extreem magere patiënten ((...) cachectische patiënten met een BMI < 18) hebben het grootste risico op een retroperitoneaal vasculair letsel bij de entree, daar de aorta zich op minder 2,5 cm afstand van de huid kan bevinden. Om deze reden moet veel voorzichtigheid worden betracht bij de primaire entree en wordt de hassontechniek of entree op het punt van Palmer aanbevolen.”

Verweerder heeft deze richtlijn niet met zoveel woorden in zijn rapportage benoemd en klaagster moet worden nagegeven dat verweerder deze ook in zijn eindrapport weinig expliciet behandelt. Op bladzijde 6 van het definitieve rapport vermeldt hij alleen – zakelijk weergegeven – dat de door de gemachtigde van klaagster aangehaalde richtlijn een aanbeveling laat zien de ‘open’ techniek te gebruiken, maar dat de conclusie destijds, net als in 2019, was dat er onvoldoende onderzoek gedaan is om conclusies te mogen trekken. Verweerder heeft daarvoor verwezen naar een overzichtsartikel uit 2019, dat hij bij zijn rapport heeft gevoegd en waarin wordt bevestigd dat er geen bewijs is voor verschillen in vasculaire of viscerale letsels bij verschillende laparoscopische entreetechnieken (*Cochrane Library, Laparoscopic entry techniques (Review)*, Ahmad, Baker, Finnerty, Philips and Watson, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: D006583).

Het college overweegt dat het beter zou zijn geweest als verweerder de van belang zijnde passages uit de bewuste richtlijn zou hebben aangehaald en daar uitgebreider bij zou hebben stilgestaan, maar niet gezegd kan worden dat zijn conclusie of de gronden waarop die berust onjuist zijn. Er wordt in de richtlijn geen voorkeur voor een bepaalde methode uitgesproken. Het hanteren door de baios van de gesloten of Veressnaald-methode, waarbij de Veressnaald is ingebracht op het punt van Palmer, links onder de ribbenboog, was dan ook niet in strijd met de geldende richtlijn, zodat verweerder niet kan worden verweten dat zijn rapport op dit punt niet aan de eisen voldoet of onjuistheden bevat.

Dat verweerder in zijn rapport tot de conclusie is gekomen dat de baios ook niet onzorgvuldig heeft gehandeld bij het inbrengen van de eerste trocar, is evenmin tuchtrechtelijk verwijtbaar. Verweerder heeft in het rapport uitgelegd dat er geen richtlijn is die voorschrijft dat bij een lage BMI er een open introductie gedaan moet worden. Dit stemt overeen met de inhoud van de zojuist aangehaalde richtlijn. Verweerder licht verder toe dat de mate van insouffleren van CO₂ in de buikholte en daarmee de afstand van de buikwand tot de centraal gelegen vaten en darmen gerelateerd kan zijn aan de lage BMI, maar dat dit niet altijd het geval hoeft te zijn. Dit kan ook samenhangen met de mate van verslapping ten tijde van de introductie van de eerste trocar en/of de gebruikte hoeveelheid kracht om de trocar in te brengen, of met verklevingen. Het college overweegt dat verweerder daarmee voldoende onderbouwd te kennen heeft gegeven dat niet met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld welke factor of factoren eraan hebben bijgedragen dat de trocar een bloedvat heeft geraakt, en dat daarmee ook niet kan worden vastgesteld dat de baios in strijd met de jegens klaagster in acht te nemen zorgvuldigheid heeft gehandeld. Ook deze conclusie is juist. In de geldende richtlijn staat vermeld dat bij patiënten met ondergewicht de open (hasson)techniek of entree via het punt van Palmer wordt aanbevolen. Dit laatste (entree via het punt van Palmer) heeft de baios gedaan.

Het college ziet dan ook geen aanwijzingen dat verweerder de genoemde richtlijn onvoldoende heeft meegenomen in zijn rapport en/of deze onjuist heeft geïnterpreteerd. Het feit dat een andere – door klaagster in een eerder stadium eenzijdig ingeschakelde – deskundige tot een andere conclusie kwam, maakt dit niet anders, nu deze spreekt in termen van ‘het relatieve risico op een introductieletsel is *mogelijk lager* (cursief college) bij de open introductie met de gesloten introductie ...’, ‘daarnaast *lijkt* (cursief

college) retroperitoneaal vaatletsel te zijn geassocieerd met de blinde operatietechniek (...), 'de schijn wordt gewekt (cursief college) dat er een groter risico op retroperitoneaal vaatletsel bestaat bij een blinde (gesloten) introductie.' Dit vormt een bevestiging dat er voor deze stellingen geen wetenschappelijk bewijs is. Ook de open methode brengt een risico op (ernstige) complicaties mee. Ondanks dat er bij veel Nederlandse chirurgen een voorkeur bestaat voor de 'open' introductie, is er dus geen voor scopisch opererende specialisten geldende professionele norm dat de open methode de voorkeur verdient boven de gesloten methode, ook niet bij magere patiënten. Dit heeft verweerder dus op goede gronden in zijn rapport vermeld.

Deze beide klachtonderdelen zijn derhalve ongegrond.

Conclusie

De klachtonderdelen a) en c) zijn gegrond, de overige klachtonderdelen ongegrond.

Maatregel

Verweerder kan worden verweten dat hij zijn rapport en de declaratie veel te laat bij de rechtbank heeft ingediend. Gelet op de zeer ruime overschrijding van de termijn door verweerder en het gebrek aan communicatie daarover met de rechtbank en partijen, vindt het college de maatregel van waarschuwing als zakelijke boodschap passend.

Kostenveroordeling

Met betrekking tot de gevraagde kostenveroordeling overweegt het college dat de rapportage te laat is ingediend, maar inhoudelijk wel aan de eisen voldoet. Het is aanmerkelijk dat klaagster door de te late indiening extra advocaatkosten heeft moeten maken, maar dit betreft schade die in deze tuchtprocedure niet voor vergoeding in aanmerking komt. De vastgestelde tekortkomingen zijn verder, gezien in het licht van de gehele klacht, niet van dien aard dat deze naar het oordeel van het college een kostenveroordeling rechtvaardigen. Het verzoek van klaagster tot veroordeling van verweerder in de kosten van deze procedure, inclusief de kosten van rechtsbijstand, wordt daarom afgewezen.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht gegrond voor wat betreft de klachtonderdelen a) en c);
- legt verweerder hiervoor de maatregel van waarschuwing op;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond.

Aldus beslist door N.B. Verkleij, voorzitter, P. Vlaardingerbroek, lid-jurist, G.J.M. Akkersdijk, J.H. Wijsman en J.A. Grotenhuis, leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van S.S. van Gijn, secretaris, en uitgesproken op 13 januari 2021 in aanwezigheid van de secretaris.