

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 027-2020

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 8 januari 2021 naar aanleiding van de op 24 februari 2020 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A en **B**, wonende te **C**,
bijgestaan door **D**,

k l a g e r s

-tegen-

E, kinderarts, (destijds) werkzaam te **F**,
bijgestaan door mr. K. Mous, advocaat te Nijmegen,

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;
- de op 8 juli 2020 ontvangen cd-Rom met beeldvormend onderzoek alsmede het daarvan op 16 juni 2018 gemaakte en op 18 juni 2018 aangevulde verslag;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met bijlagen;
- de brief van 8 september 2020 van mr. Mous met een correctie van de dupliek;
- de brief van 30 september 2020 van klager met bijlage;
- de brief van 12 november 2020 van klager met bijlagen;
- de brief van 25 november 2020 van mr. Mous met bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 27 november 2020. Partijen zijn verschenen, waarbij klagers zich hebben laten bijstaan door hun gemachtigde en beklaagde door haar raadsman.

De zaak is gelijktijdig doch niet gevoegd behandeld met de zaak van klagers tegen een tweetal collega's van beklaagde (028 en 029/2020). Het college heeft tegelijkertijd, in (gedeeltelijk) andere samenstelling, de zaak behandeld van klagers tegen een neuroloog, radioloog en internist (030, 031 en 032/2020). In deze zaken wordt ook vandaag uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medische dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klagers zijn de ouders van G (hierna: patiënt), geboren in 2012 en overleden in juli 2018. Beklaagde is (superviserend) kinderarts en had dienst toen patiënt op 16 juni 2018 werd opgenomen in het H (hierna: het ziekenhuis). De dienst van beklaagde eindigde de volgende ochtend rond 8.30 uur.

Beloop

Patiënt werd op vrijdag 15 juni 2018 gezien door de huisarts in verband met (toenemende) hoofdpijn. Patiënt had enige weken daarvoor een middenoorontsteking gehad. Uit bloedonderzoek bleek (enkel) een licht verhoogd BSE.

Op zaterdag 16 juni 2018 werd klager met patiënt gezien op de huisartsenpost. Tegen de huisarts vertelde klager dat patiënt sinds een oorontsteking niet meer de oude was geweest en nu sinds een week in toenemende mate last van (aanvallen met) hevige hoofdpijn had en ook nog klaagde over oorpijn. Patiënt kon die ochtend de kin niet helemaal op de borst leggen. Klager gaf ook aan zich zorgen te maken over mogelijke hersenvliesontsteking. De huisarts constateerde bij onderzoek een valneiging en veel uitstappen bij de koorddansersgang en dat patiënt niet op één been kon blijven staan. Bij de huisarts lukte het wel de kin op de borst te doen, hoewel daarbij sprake was van nekpijn. Ook was de nek drukpijnlijk. De huisarts heeft telefonisch overleg gehad met de afdeling kindergeneeskunde van het ziekenhuis. Van dit overleg heeft de huisarts genoteerd:

“Overleg ass kindergnk [ziekenhuis]: kan bij pijn zijn, maar voor haar ook niet zo uit te sluiten, beoordeling SEH.”

Op 16 juni 2018 werd patiënt omstreeks 14.45 uur gezien door een coassistent. Die noteerde onder meer: *“een gestoorde koorddansersgang “stapt uit” en een lichaams-temperatuur van 37.2”*.

De dienstdoende AIOS neurologie werd in consult gevraagd. In de anamnese neurologie staat bij 16 juni 2018:

“Gecombineerde anamnese bij patiënt en bij vader. Patiënt heeft sinds enige weken hoofdpijn. Dit is ontstaan na een oorontsteking rechts en sindsdien in wisselende mate aanwezig. Hierbij sinds een week progressie van klachten, met sinds 15-06 een evidente

toename en >20 keer braken. Hierbij is [patiënt] meer teruggetrokken dan anders. Verder is sprake van fotofobie. Afgelopen donderdag 14-06 was eenmalig sprake van een verhoogde temperatuur. Overigens niet ziek geweest en geen koorts gehad. In de familie op dit moment geen andere zieken.”

De AIOS neurologie constateerde geen meningeale prikkeling. Wel constateerde hij een moeizame koorddansersgang. In het medisch dossier neurologie staat over het lichamelijk onderzoek:

“Alert en adequate patiënt, coöperatief. Geen dysartrie, geen fatische stoomissen, praat zeer zacht.

HZ: pupillen +/+, isocoor; GVO oriënterend intact; OVB intact, geen diplopie, geen nystagmus. Sensibiliteit: grove tastzin oriënterend intact; motoriek gelaat symmetrisch; symmetrische gehemeltebogen; m trapezius 5/5; tong mediaan, wordt naar midden uitgestoken

Geen meningeale prikkeling.

BE+OE: Barré -/-, symmetrisch vaardig, sensibiliteit: grove tastzin oriënterend intact links=rechts; reflexen symmetrisch laag; coördinatie: VTNP, VVVP en KHP ongestoord G&S: Kan zonder hulp staan en lopen. KDG moeizaam.”

De AIOS neurologie vermeldde als differentiaal diagnose: virale meningitis, sinuïtose, abces, andere structurele pathologie.

De AIOS neurologie, die in het laatste jaar van zijn opleiding zat, heeft zijn bevindingen besproken met superviserend neuroloog I.

Omstreeks 16.00 uur is patiënt gezien door een ANIOS Kindergeneeskunde. In de anamnese staat hierover:

“[patiënt] klaagde 6 weken geleden over oorpijn rechteroor, wat de huisarts duidde bij een herstellende oorontsteking. Ouders vonden hem de weken daarna niet zichzelf, hij was afzijdig en stiller. Begin deze week klaagde hij over hoofdpijn, met name rechts voor (zit soms ook rondom rechteroor). Sinds gisteren is deze hoofdpijn heviger geworden, met aanvallen van hoofdpijn, waarbij hij licht niet kan verdragen. Zo'n aanval duurt 10-20 minuten, waarbij hij in foetus houding op de grond ging liggen met zijn ogen dicht. Hij braakt ook sinds gisteren. Vader denkt dat hij alleen vannacht al 20 keer heeft gebrakt. Donderdag had hij koorts van 38.1 graden, de dagen daarna had hij geen koorts. Ouders hebben hem ibuprofen en paracetamol gegeven (spuugde echter veel). Gisteren kon [patiënt] zijn kin niet op zijn borst doen omdat dit pijn deed aan zijn nek. Nu heeft hij dat niet meer. Hij heeft weinig gegeten en gedronken, hij houdt het niet binnen. Vader vindt [patiënt] nu iets beter te pas dan gister en afgelopen nacht, maar het gaat op en af. Net nog gespuugd. [Patiënt] vindt de hoofdpijn erger worden wanneer hij overeind gaat zitten. Hij is duizelig bij het staan. [Patiënt] voelt de hoofdpijnaanvallen niet aankomen, geen tekenen van een aura. Er zijn geen trekkingen gezien. Hij heeft in ieder geval 2/3 dagen geen ontlasting gehad. Vanmorgen heeft hij nog geplast.”

Bij onderzoek van het oor werd in beide oren oorsmeer aangetroffen zodat het trommelvlies niet (goed) beoordeeld kon worden. Er was geen sprake van een afstaand oor. Labonderzoek toonde een CRP van 9 mg/l; Glucose 4.4 mmol/L, BSE 38 mm/uur, leukocyten 20.1 X10⁹/L, neutrofielen 16.7 X 10⁹/L, lymfocyten 2.3 X 10⁹/L, trombocyten 571 X 10⁹/L en een Hb van 6.9 mmol/L.

De ANIOS kindergeneeskunde besprak haar bevindingen met beklagde.

Bij overleg tussen de ANIOS kindergeneeskunde, beklagde, AIOS neurologie en neuroloog I werd besloten tot een MRI/MRV wegens een verdenking op sinustrombose (als complicatie na een oorontsteking), een hersenabces of een ruimte innemend proces. Een meningitis werd onwaarschijnlijk geacht vanwege afwezigheid van koorts en een laag CRP. Klager werd hierover ingelicht.

De AIOS neurologie heeft met spoed een MRI aangevraagd. Voorafgaand aan de MRI werd morfine gegeven omdat patiënt op dat moment veel pijn had en stil moest liggen voor de MRI.

In het door radioloog J op 16 juni 2018 18:10 gemaakte verslag van deze MRI staat:

“Klinische gegevens:

Progressieve hoofdpijn, braken en fotofobie na eerdere otitis media rechts.

Indicatie/Vraagstelling:

Aanwijzingen voor cerebraal abces, veneuze sinustrombose of afwijkingen in achterste schedelgroeve?

[...]

Verslag

[...]

Normale perifere en centrale liquorroimten. Symmetrisch beeld. Geen tekenen van drukverhoging of massawerking. Normale signaalintensiteit van grijze en witte stof. Geen aanwijzing voor abces, RIP of oedeem. Geen diffusierestrictie. Geen hemosiderinedeposities. Geen veneuze sinustrombose. Heldere paranasale sinussen en normale luchthoudendheid van de mastoïden.

Conclusie:

Geen verklarende pathologie.”

Radioloog J gaf haar bevindingen telefonisch door aan de AIOS neurologie, waarbij ook een door haar waargenomen gesluierd mastoïd rechts aan de orde kwam. Besproken werd dat dit paste bij de doorgemaakte oorontsteking. De AIOS neurologie heeft deze specifieke bevinding niet besproken met zijn supervisor en/of de betrokken kinderartsen.

Na de uitslag van de MRI bespraken de ANIOS kindergeneeskunde, beklagde en de AIOS neurologie onder meer het voorstel van neuroloog I een lumbaalpunctie te doen. Een lumbaalpunctie werd overwogen, maar niet gedaan omdat een bacteriële meningitis onwaarschijnlijk werd gevonden. Patiënt had geen koorts, er was een laag CRP en er was geen mingeale prikkeling. Neuroloog I kon zich in deze overwegingen vinden. Wel werd genoteerd dat een heroverweging zou plaatsvinden als patiënt zieker werd. Patiënt werd opgenomen ter observatie met neurologie in medebehandeling. Pijnstilling werd bepaald op paracetamol (3d 500mg + diclofenac 3d 12.5mg). De volgende dag zou geen standaard bloedonderzoek plaatsvinden. De ANIOS kindergeneeskunde en

beklaagde bespraken de mogelijkheid van een mastoïditis, maar dit werd onwaarschijnlijk gevonden omdat er geen afstaand oor was, geen pijn ter plaatse van het mastoïd, geen koorts, geen verhoogde infectieparameters en op de MRI een normale luchthoudendheid van het mastoïd was gezien. De volgende differentiaal diagnose werd genoteerd:

“DD

- KNO focus

- Migraine

- Meningitis, onwaarschijnlijk bij geen koorts en laag CRP”

Het beleid werd door de ANIOS kindergeneeskunde en de AIOS neurologie met klagers besproken.

Uit bezorgdheid over de casus bekeek radioloog J de beelden van de MRI en haar verslag thuis nogmaals. Daarbij heeft zij ook het elektronisch patiëntendossier van G geraadpleegd. Behalve de sluijing van het mastoïd zag zij geen afwijkingen. Wel zag ze dat ze de door haar waargenomen sluijing van het mastoïd rechts niet had vermeld in het verslag en dat daarin - in plaats daarvan - heldere paranasale sinussen en een normale luchthoudendheid van de mastoïden werden beschreven. Omdat het niet mogelijk was het verslag van uit huis aan te passen en ze de sluijing ook niet klinisch relevant achtte, besloot ze na het weekend een addendum op te nemen bij het verslag.

In de nacht van 16 op 17 juni 2018 gaf patiënt twee keer over en leken de hoofdpijnaanvallen iets in ernst te zijn afgenomen. De lichaamstemperatuur nam gedurende de nacht af tot 35 graden in de vroege ochtend. Om 6.30 uur was patiënt wakker. Hij bewoog zijn hoofd niet vanwege de pijn en pakte met zijn hand naar zijn voorhoofd. De verpleegkundige constateerde dat patiënt geprikkeld was, waarbij hij wel de knieën omhoog kon doen maar zijn hoofd en nek stijf hield. In overleg met de ANIOS kindergeneeskunde werd de diclofenac vast gegeven. Om 7.00 uur was de pijn flink toegenomen. De ANIOS kindergeneeskunde kwam om patiënt te beoordelen en noteerde in het dossier:

“Rustige nacht gehad, goed geslapen, sinds gisteravond maar 2 keer gebraakt. Sinds wakker worden om 07:00 echter weer forse hoofdpijn, met name in het voorhoofd, geen andere symptomen. Wisselende presentatie, kermt soms van de pijn, ligt dan weer rustig in bed en praat makkelijk aantal zinnen achter elkaar. Zonnebril ligt naast [patiënt], op het moment dat ik er ben geen fotofobie, eerder wel. Nergens anders pijn. Geen last van de nek, niet nekstijf. Geen huidafwijkingen.”

Over het lichamelijk onderzoek noteerde ze:

“Alerte jongen, antwoordt adequaat. Niet meningeaal geprikkeld. Kernig en Brudzinski negatief. In de mond geen afwijkingen.

Cor, pulmones en abdomen niet afwijkend. Geen huidafwijkingen.

Neurologisch: hersenzenuwen intact, isocore pupillen, beweegt symmetrisch, kracht niet specifiek getest. Niet laten lopen.”

Na overleg met beklagde werd besloten tramadol te proberen en de (her)beoordeling die ochtend door neurologie af te wachten.

Omstreeks 8.30 uur droeg de ANIOS kindergeneeskunde de zorg over aan superviserend AIOS kindergeneeskunde K. Zij voerde (telefonisch) overleg met beklagde. Beklaagde besprak dat een lumbaalpunctie aangewezen was omdat het klinische beeld niet goed te verklaren was.

Ondertussen was ook de verpleegkundige dienst overgedragen, waarbij de verpleegkundige van dienst een ziekere jongen aantrof dan zij op basis van de overdracht verwachtte. Omdat de vervolgens door haar uitgevoerde controles niet afwijkend bleken te zijn, besloot zij haar bevindingen tijdens de visite onder de aandacht te brengen.

Rond 10.00 uur werd patiënt gezien door de AIOS neurologie en superviserend neuroloog I. Superviserend neuroloog I trof een ander kind dan hij op basis van de informatie tot dan toe had verwacht. Hij vond patiënt zeer pijnlijk. Patiënt maakte een matte indruk maar was wel coöperatief. De AIOS neurologie en superviserend neuroloog I constateerden nu wel meningeale prikkeling. Rechts zagen zij geen papiloedeem, links was de papil niet goed a vue.

De AIOS neurologie en superviserend neuroloog I hebben hierop de visite van de afdeling kindergeneeskunde onderbroken om hun bevindingen te delen en te kunnen overleggen met superviserend AIOS kindergeneeskunde K, een andere AIOS kindergeneeskunde en een verpleegkundige. Vanwege de bevindingen bestond een verdenking op een virale meningitis en werd besloten tot een lumbaalpunctie met drukmeting. Differentiaal diagnostisch werd gedacht aan een idiopathisch verhoogde intracraniale druk of "iets anders vanuit de otitis". Een bacteriële meningitis werd nog altijd onwaarschijnlijk geacht. Wel was de lumbaalpunctie mede gericht op het kunnen uitsluiten daarvan. Besproken werd dat de lumbaalpunctie zou worden uitgevoerd door de afdeling kindergeneeskunde. Afsproken werd dat de AIOS neurologie zou worden gebeld om te assisteren bij de drukmeting.

Omstreeks 11.30 uur vond een telefonische terugkoppeling plaats tussen superviserend AIOS K en superviserend kinderarts L, die de supervisie die ochtend van beklaagde had overgenomen. Ze bespraken de eerste uitslagen van de liquorafname af te wachten alvorens te starten met medicatie.

Rond 11.45 uur werd een verpleegkundige controle gedaan, waarbij een stille, bleke jongen werd gezien, die af en toe klam aanvoelde, niet wilde eten en veel sliep. Bij hoofdpijn bleef hij stil liggen met de deken over zijn ogen. Patiënt wilde niks en was lusteloos. De verpleegkundige constateerde een ademhalingsfrequentie van 20/min, een hartslag van 77/min, een bloeddruk van 111/58(76) mmHg, een temperatuur van 35.2 en een pijnscore van 7. Klager verzocht vanwege de toegenomen pijn de lumbaalpunctie snel(ler) te verrichten. Dit verzoek werd door de verpleegkundige besproken met superviserend AIOS kindergeneeskunde K. Zij besloot daarop snel de visite af te maken om daarna de lumbaalpunctie te kunnen doen.

Superviserend AIOS K zag patiënt voor het eerst voorafgaand aan de lumbaalpunctie. Patiënt had op dat moment net midazolam gekregen en was pijnlijk maar rustig met stabiele parameters.

De lumbaalpunctie werd uitgevoerd vanaf 13.00 uur in aanwezigheid van superviserend AIOS kindergeneeskunde K, een AIOS kindergeneeskunde, de AIOS neurologie, de dienstdoend verpleegkundige en de ouders van patiënt. Bij afname was er heldere liquor. De openingsdruk was licht verhoogd namelijk 26 cm H₂O.

Vanwege het ontbreken van eigen (vocht)intake en de afwezigheid van mictie werd besloten vocht toe te dienen per infuus.

Rond 15.00 uur was de uitslag van de lumbaalpunctie bekend: Leukocyten $685 \times 10^9/L$. Dit maakte een bacteriële meningitis het meest waarschijnlijk. Supervisorend kinderarts L zag de uitslag thuis en belde direct met onder anderen supervisorend AIOS kindergeneeskunde K. Deze gaf aan de uitslag te kennen en in overleg met de medisch microbioloog beleid te bepalen. Een bloedkweek werd ingezet en in overleg met de medisch microbioloog werd gestart met standaard antibiotica (ceftriaxon om 15.26 uur). Aangevuld met dexamethason (15.36 uur) en aciclovir (16.15 uur). Het bloedonderzoek van 16.16 uur liet een gestegen CRP zien (125 mg/L).

Om 15.30 uur werd de uitslag van de lumbaalpunctie en het te voeren beleid met klagers besproken door supervisorend AIOS kindergeneeskunde K, de AIOS kindergeneeskunde en de AIOS neurologie.

Bij controle om 16.18 uur constateerde de verpleegkundige een hartslag van 45/min, een bloeddruk van 111/59(76), een ademhalingsfrequentie van 16/min en een temperatuur van 35 graden. De verpleegkundige uitte haar zorgen bij supervisorend AIOS kindergeneeskunde K. Besloten werd tot monitorbewaking en saturatiemeting en neurocontrole elke twee uur. Ook werd afgesproken dat bij dalende hartfrequentie, stijgende bloeddruk en verandering in gedrag laagdrempelig contact met de kinderarts zou plaatsvinden.

De AIOS kindergeneeskunde noteerde van een lichamelijk onderzoek rond 17.30 uur: *“Volledig LO medebeoordeeld door [supervisorend AIOS kindergeneeskunde K] en [supervisorend kinderarts L].*

Alg: matig reactief, klaagt/jammert als hij zich om moet draaien, af en toe komt hij even wat meer overeind, maar gaat dan snel weer liggen. Geeft fotofobie aan.

KNO: bdz cerumen en hierbij trommelvliezen niet goed te beoordelen, rechts klein deel (1/4e) zichtbaar. Dat niet rood en/of bomberend. Ziet er rustig uit.

Resp: rustige ademhaling, geen tekenen van dyspnoe, over alle longvelden goe dinkomend ademgeruis, geen bijgeluiden.

Cir: s1s2, geen soufflé, HF 55/min, RR 114/70 (systolisch p90 110. p99 122, diastolisch p90 70, p99 82)

Abdomen: soepel, geen splenomegalie

Huid: geen afwijkingen, met name geen petechieën.”

Supervisorend kinderarts L noteerde van deze beoordeling:

“Beoordeling 18 uur

N/Pijnlijke maar alerte jongen, ligt met de ogen gesloten, opent deze op aanspreken en geeft antwoord op vragen, waar ben je>ziekenhuis, waar heb je pijn> voorhoofd en wijst dan het voorhoofd aan. E3M6V5.

PEARL bdz 4 mm.

C/HF 60-80x/min wisselend, RR 114 systolisch. CRT 2 sec, lauwe voeten, warme handen normale perifere pulsaties

A/vrij

B/AF 20-25 x, geen bradypnoe, geen dyspnoe. [...]”

Supervisorend kinderarts L en de AIOS kindergeneeskunde bespraken de werkdiagnose bacteriële meningitis en het ingezette beleid met de ouders. Supervisorend kinderarts L legde klagers uit dat gezien de lage hartslag en de licht verhoogde druk bij de lum-

baalpuntie een risico bestond op een verhoogde intracranieële druk. Overleg zou plaatsvinden met de kinderintensivist.

Na voorbespreking met superviserend kinderarts L nam superviserend AIOS kindergeneeskunde K contact op met de kinderintensivist van het M en informeerde haar over het klinisch beloop van de opname, de klinische toestand van patiënt, de recente metingen en de laboratoriumuitslagen. Besloten werd dat geen aanleiding was het beleid aan te passen en geen aanleiding was patiënt over te plaatsen naar een centrum met PICU.

Om 18.23 uur constateerde de verpleegkundige een hartslag van 56/min, een bloeddruk van 112/64 (80) mmHG, een ademhalingsfrequentie van 20/min en een saturatie van 100%.

Om 19.00 uur ging patiënt rechtop in bed zitten en riep hij dat hij moet plassen. Na het plassen viel patiënt (weer) in slaap.

Iets na 20.00 uur constateerde de verpleegkundige dat patiënt niet wakker was en dat beide pupillen lichtstijf waren. De hartslag was op dat moment 110/min en de bloeddruk 139/94. De verpleegkundige alarmeerde superviserend AIOS kindergeneeskunde K. Zij informeerde de AIOS neurologie en de superviserend kinderarts die de dienst zou overnemen van superviserend kinderarts L. De AIOS kindergeneeskunde en de ANIOS kindergeneeskunde gingen naar patiënt om Advanced Pediatric Life Support te bieden. Superviserend kinderarts L arriveerde kort daarna. Ondertussen nam superviserend AIOS kindergeneeskunde K contact op met de kinderintensivist van het M, waarop besloten werd dat patiënt zou worden opgehaald en zou worden opgenomen op de PICU.

Die avond is patiënt geïntubeerd en gesedeerd overgebracht naar het M. Daar werd bij opname een CT-scan gemaakt die een *“communicerende hydrocefalus, tevens otitis media rechts en gedestruëerd os petrosum”* toonde. Ook werd de eerder gemaakte MRI opnieuw beoordeeld. Daarvan is het volgende genoteerd:

“Ogenschijnlijk een intracranieel uitbreidende otitis media rechts. Hierbij een volledig opvulling van de inwendige gehoorgang, alsook extra-axiale massa achter langs het os petrosum (5 mm dikte). Hierin focaal diffusie-restrictie, geduid als uitbreiding van het infect. Aanwezigheid empyeem niet volledig uit te sluiten. Voorts betrokkenheid van apex os petrosum. Geen sinustrombose”.

Bij het aanleggen van een lumbaaldrain is liquor afgenomen, met daarin leukocyten $6000 \times 10^6/L$.

Op 21 juni 2018 nam superviserend kinderarts L telefonisch contact op met klager. Klager gaf daarbij - onder meer - aan zich af te vragen of er voldoende was gedaan, maar zich nu bezig wilde houden met het gezin. Superviserend kinderarts L vertelde - onder meer - dat er een onafhankelijke beoordeling was opgestart in het ziekenhuis. Ze spraken af na de zomer nogmaals contact te hebben en een gesprek te plannen, maar dat als klagers hier eerder behoefte aan hadden, dit mogelijk was.

Op 26 juni 2018 werd na nieuwe beeldvorming geconcludeerd dat de prognose infaust was. Naar de wens van klagers werd patiënt overgebracht naar huis waar hij enkele dagen later overleed.

Natraject

Beklaagde en superviserend kinderarts L namen allebei op 19 juni 2018 contact op met de unit Kwaliteit, Veiligheid en Verantwoording (KVV). Hierop startte de calamiteitencommissie een (voor)onderzoek. De calamiteitencommissie bestaat onder meer uit de manager KVV die tevens de voorzitter is, de Medical Safety Officer, vaste leden van de calamiteitencommissie en ad hoc leden.

Op 31 juli 2018 was er een bijeenkomst met de leden van de calamiteitencommissie, een externe deskundige (kinderarts) en de betrokken artsen. Op 7 augustus 2018 hadden twee leden van de commissie een gesprek met klagers. Klagers hadden voor dit gesprek een aantal vragen op papier gezet. Na dit gesprek zonden klagers nog een aanvulling op één van de vragen.

Op 13 september 2018 was er een gesprek tussen klagers (en twee broers van klager), beklagde, superviserend kinderarts L en superviserend neuroloog I. Afsproken werd dat nog een vervolggesprek zou plaatsvinden.

De onderzoeksrapportage werd op 24 oktober 2018 vastgesteld. De conclusie luidde – kort gezegd – dat ondanks de andere interpretatie van de versluiting van het mastoïd, de medische zorg volgens de standaard was verleend.

Wel werden verbeterpunten geformuleerd namelijk:

“Uit het onderzoek zijn een aantal verbeterpunten geformuleerd, met name gericht op het aannemen van signalen van ouders en de beleving van ouders tijdens opname van hun kind dat het kind in veilige handen is. Om hier concrete actiepunten op te formuleren is lastig. Daarom zijn de verbeterpunten gericht op de beleving van ouders. Wat maakt dat zij een veilig gevoel hebben tijdens opname, wat hebben zij daarvoor nodig en hoe kunnen professionals (verpleegkundigen, A(N)IOS, kinderartsen) hieraan bijdragen. Daarnaast is een verbeterpunt geformuleerd over de uitvoering van de triage op de SEH.

- *Adequaat reageren op signalen van ouders/familie -> belang hiervan frequent bespreken binnen vakgroep kindergeneeskunde.*
- *Beleid bepalen door de vakgroep kindergeneeskunde bij kinderen die worden opgenomen waarvan niet bekend is wat de diagnose is -> de kinderarts heeft dan zelf ook contact met het kind en de ouders. Dit om ongerustheid bij de ouders zoveel mogelijk weg te nemen.*
- *Verscherpte afspraken t.a.v. het beoordelen van een patiënt binnen de gestelde trage-termijn door een arts kindergeneeskunde A(N)IOS of medisch specialist.”*

De rapportage werd op 25 oktober 2018 door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ontvangen. Op 31 oktober 2018 werd de rapportage naar klagers gestuurd.

Op 7 november 2018 vond een nabespreking plaats waarbij – naast leden van de commissie – klagers en de broers van klager aanwezig waren. Internist N was ook bij

dit gesprek aanwezig. Voor hem betrof het een eerste kennismaking met klagers nadat hij per 1 september 2018 als Medical Safety Officer was aangesteld.

Tijdens het gesprek werd door een lid van de commissie een presentatie gegeven met een toelichting van de wijze van onderzoek, onderzoeksvragen, conclusie en verbeterpunten. Hierna gaven de broers van klager een presentatie. De (leden van de) calamiteitencommissie gaf (gaven) aan tijd nodig te hebben om te kunnen reageren op de presentatie. Een nieuw gesprek zou worden gepland.

Bij brief van 20 november 2018 liet IGJ weten te concluderen dat de aangelegenheid waarop de melding betrekking had, voldoende zorgvuldig was onderzocht, dat voldoende verbetermaatregelen waren genomen en dat het onderzoek naar de melding werd beëindigd.

Met een aanvullende notitie reageerde de commissie op de tijdens het nagesprek van 7 november 2018 door de broer van klager gehouden presentatie. In deze notitie werd – kort gezegd – wederom geconcludeerd dat met de kennis die op dat moment voorhanden was, de juiste afwegingen zijn gemaakt en het beleid lege artis is ingezet.

Het vervolgesprek was op 11 december 2018. Naast leden van de calamiteitencommissie, klagers en de broers van klager, waren hierbij ook aanwezig beklagde, superviserend kinderarts L en superviserend neuroloog I. Internist N nam in het gesprek een leidende rol op zich en hij gaf een toelichting op de aanvullende notitie. Het gesprek verliep voor alle betrokkenen niet naar wens.

Na dit gesprek verzocht de calamiteitencommissie de Raad van Bestuur met klagers in contact te treden. Op 2 april 2019 vond een gesprek plaats tussen klagers en een lid van het bestuur. Gezocht werd naar een mogelijkheid nogmaals een gesprek tussen ouders en betrokken zorgverleners te organiseren. Vanwege uiteenlopende verwachtingen zagen klagers af van zo'n gesprek.

Op verzoek van klagers werd nagegaan of de eerder door de broer van klager gegeven presentatie naar de IGJ was verzonden. Dit bleek niet het geval te zijn waarop genoemde presentatie op 29 mei 2019 alsnog naar de IGJ werd verzonden, voorzien van een uiteenzetting van de na afronding van het onderzoek ondernomen acties. Bij brief van 11 juli 2019 liet de IGJ weten de reactie toe te voegen aan het dossier van de melding.

In het kader van een door klagers gedane aansprakelijkstelling van het ziekenhuis zijn zowel door het ziekenhuis als door ouders rapportages overgelegd van niet bij de behandeling van patiënt betrokken artsen.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten beklagde - zakelijk weergegeven - dat zij als hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk kinderarts:

na doorverwijzing in verband met een mogelijke (bacteriële) meningitis en in aanwezigheid van diverse alarmsymptomen én bij een persisterend onduidelijke etiologie voor het klinisch beeld herhaaldelijk en voortdurend geweigerd heeft patiënt persoonlijk te zien en te beoordelen; geen, onvoldoende of niet tijdig kennis heeft genomen van essentiële beschikbare informatie verkregen uit anamnese, lichamelijk onderzoek en

aanvullende diagnostiek; geen of onvoldoende aanvullende diagnostiek heeft verricht teneinde potentieel levensbedreigende aandoeningen die differentiaal diagnostisch overwogen werden met zekerheid uit te sluiten; geen of onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar verantwoordelijkheid om de destijds gehanteerde diagnostische en therapeutische overwegingen zorgvuldig te documenteren en inzichtelijk te maken voor derden, waaronder andere betrokken zorgverleners; geen of onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar verantwoordelijkheid als superviserend kinderarts; onvoldoende heeft toegezien op en/of zorg gedragen heeft voor een adequate en tijdige organisatie, structuur en inhoud van de aan patiënt verleende zorg; op basis van de hierboven beschreven onzorgvuldige manier van handelen op een laakbare wijze tot een onjuiste diagnose kwam; op basis van de hierboven beschreven onzorgvuldige manier van handelen op een laakbare wijze verzuidde patiënt adequaat te behandelen; de expliciete zorgvraag van klagers, alsook hun herhaaldelijk geuite alarmsignalen niet serieus genomen heeft, noch deze betrokken heeft in haar overwegingen ten aanzien van het te voeren beleid; klagers niet, niet volledig, niet tijdig en onjuist heeft geïnformeerd over (de ontwikkeling van) het klinisch beeld, het beloop tijdens opname, de (uitslagen van) verrichte diagnostiek, de differentiaal diagnostische overwegingen, het voorgenomen beleid, alsook de daarbij behorende risico's en mogelijke alternatieven; klagers door bovenstaande manier van handelen feitelijk buiten spel heeft gezet en geen of onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar wettelijke plicht tot 'informed consent'; klagers ook tijdens het traject ná opname van patiënt onjuist, onvolledig en niet tijdig heeft geïnformeerd over evidente tekortkomingen in de eerder aan patiënt verleende zorg; geen of onvoldoende inzicht toont in de betekenis en consequenties van haar medisch handelen voor de patiënt, diens vertegenwoordigers, toekomstige patiënten, collega zorgverleners en zichzelf; zelfs na door nabestaanden herhaaldelijk en in diverse vormen te zijn aangesproken geen of onvoldoende verantwoordelijkheid neemt voor de door zorgverleners gemaakte overwegingen en beleidskeuzes en de daaruit voortvloeiende consequenties; geen of onvoldoende verbetermaatregelen treft (of: helpt treffen) om soortgelijke incidenten en/of calamiteiten in de toekomst te voorkomen; zich tegenover nabestaanden uitlaat op een wijze die zowel medisch inhoudelijk als communicatief niet past bij hetgeen van een zorgprofessional verwacht mag worden.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde stelt zich op het standpunt dat de verwijten ongegrond zijn. Voor zover nodig zal hieronder nader ingegaan worden op het verweer.

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. Voorts wijst het college erop dat ondanks het verschrikkelijke feit dat patiënt is overleden, de toetsing van het handelen van beklaagde moet plaatsvinden in het licht van wat haar op dat moment bekend was en redelijkerwijs bekend kon zijn.

5.2

Klagers hebben een veelheid aan klachten ingediend tegen beklaagde. In een dergelijke situatie dient het college te komen tot een voor de beoordeling van de klacht bruikbare samenvatting van de geuite bezwaren. Klagers verwijten beklaagde, kort gezegd en zakelijk weergegeven:

- I. dat zij als superviserend kinderarts onvoldoende verantwoordelijkheid heeft genomen voor de behandeling van patiënt;
- II. dat ten onrechte geen (aanvullend) onderzoek is gedaan naar de - ook door klagers herhaaldelijk onder de aandacht gebrachte - mogelijke aanwezigheid van een doorgebroken oorontsteking, leidend tot een bacteriële meningitis;
- III. dat klagers onvoldoende op de hoogte zijn gehouden gedurende en na de opname van patiënt, ook met betrekking tot onvolkomenheden in de zorg;
- IV. dat het dossier niet zorgvuldig is bijgehouden;
- V. dat zij in het natraject onvoldoende reflectie heeft betracht, onvoldoende verbetermaatregelen zijn getroffen en dat zij in de communicatie richting klagers tekort is geschoten.

Over deze klachtonderdelen zal het college een oordeel geven.

5.3

5.3.1

Gelet op het klinisch beeld, de anamnese en de resultaten van het lichamelijk onderzoek tot dan toe, was de afweging eerst met spoed een MRI te laten maken, gerechtvaardigd. Beklaagde mocht daarbij afgaan op wat de ANIOS kindergeneeskunde en de AIOS neurologie haar over anamnese en hun bevindingen vertelden. De op dat moment in het dossier benoemde (differentiaal) diagnostische overwegingen waren inzichtelijk en pasten bij wat op dat moment bekend was.

5.3.2

Met de MRI werd geen verklaring gevonden voor het klinisch beeld van patiënt. Na een heroverweging van de (differentiaal) diagnoses bleven over: een niet nader beschreven KNO-focus, migraine en meningitis. De differentiaal diagnostisch overwogen meningitis werd nog altijd onwaarschijnlijk geacht vanwege de afwezigheid van koorts en het lage CRP.

5.3.3

Het college is van oordeel dat beklaagde ná het uitblijven van een verklaring voor de ernstige hoofdpijn(aanvallen) bij patiënt, patiënt zelf had moeten beoordelen. Hierbij is het volgende van belang:

- het wisselende karakter van de klachten, waaronder de wisselende heftigheid van de hoofdpijn en de door ouders genoemde nekstijfheid, die bij onderzoek in het ziekenhuis niet geconstateerd werd;
- de omstandigheid dat het klinisch beeld van patiënt in eerste instantie zodanig werd ingeschat dat men met een spoed-MRI een aantal zeer ernstige afwijkingen wilde uitsluiten;

- de omstandigheid dat patiënt vanuit de afdeling kindergeneeskunde alleen was gezien door een ANIOS met beperkte ervaring;
- de omstandigheid dat bij laboratoriumonderzoek, naast een laag CRP, sprake was van duidelijke leucocytose met een verhoogd aantal neutrofielen, wat kan duiden op een bacteriële infectie dan wel ernstige stress.

Door de patiënt niet zelf te beoordelen is de mogelijkheid verloren gegaan (extra) (anamnestische) informatie bij patiënt en de aanwezige ouder te verkrijgen en heeft beklagde het risico genomen dat zij geen (volledig) beeld had van het klinisch beeld van patiënt.

5.3.4

Daarbij komt dat de overwegingen die hadden geleid tot de conclusie dat een mastoïditis onwaarschijnlijk was, niet volledig waren. Dat er geen afstaand oor was, geen pijn achter het oor werd aangegeven, geen koorts en geen hoge infectieparameters waren, maakte inderdaad een doorgebroken ontsteking van het mastoïd onwaarschijnlijk. Niet werd overwogen dat typische verschijnselen als afstaand oor, loopoor, koorts en hoge infectieparameters, regelmatig afwezig zijn bij een langer bestaande (niet doorgebroken) ontsteking van het mastoïd. Bovendien was het niet mogelijk geweest de trommelvlies te beoordelen. Beklaagde had zich kunnen en moeten realiseren dat het haar op dit punt als kinderarts mogelijk (en niet onbegrijpelijk) aan parate kennis ontbrak die een KNO-arts wel had.

Beklaagde heeft echter vervolgens genoeg genomen met een niet nader omschreven KNO-focus als differentiaal diagnose, zonder bij een KNO-arts te verifiëren of zij een mastoïditis terecht als onwaarschijnlijk terzijde had gelegd. Ook heeft zij niet nagevraagd of de KNO-arts een (andere) verklaring kon bieden voor de (onbegrepen) kliniek en/of nader onderzoek aangewezen achtte. De omstandigheid dat voor beklagde op dat moment een neurologische oorzaak als verklaring van het klinisch beeld op de voorgrond stond, laat onverlet dat zij de KNO focus, voor dat moment onvoldoende gemotiveerd terzijde heeft gelegd. Dat in het verslag van de MRI heldere sinussen en een normale luchthoudendheid van het mastoïd werden beschreven maakt het voorgaande niet anders. Een MRI is namelijk niet geschikt om afwijkingen aan het mastoïd uit te sluiten.

5.3.5

Dat beklagde er niet (al) op dat moment voor heeft gekozen een lumbaalpunctie te (laten) doen acht het college verdedigbaar. Gelet op de afwezigheid van koorts en meningeale prikkeling, alsmede de lage ontstekingswaarden, kon een meningitis op dat moment nog voor onwaarschijnlijk worden gehouden. Daarbij was als expliciet uitgangspunt gekozen dat een heroverweging zou plaatsvinden als patiënt zieker zou worden.

5.3.6

Aan dit expliciete uitgangspunt is onvoldoende navolging gegeven. Een duidelijke instructie aan de verpleging over wat moest worden verstaan onder 'zieker worden' ontbrak en patiënt is gedurende de avond en nacht niet (meer) door een arts gezien. Ook het achterwege laten van bloedonderzoek in de late avond of de vroege ochtend paste niet bij de noodzakelijke monitoring van een patiënt met onverklaarde ernstige hoofdpijn en een weliswaar onwaarschijnlijk geachte, maar niet uitgesloten, meningitis.

5.3.7

Daarnaast is patiënt niet direct door beklaagde gezien toen haar de volgende ochtend vroeg door de ANIOS kindergeneeskunde werd verteld dat de pijnstilling niet langer voldeed. Met de keuze patiënt niet nog voor het einde van haar dienst te zien maar de herbeoordeling die ochtend door neurologie af te wachten is beklaagde te afwachtend geweest.

Dat beklaagde zich ook zonder patiënt zelf te zien realiseerde dat een lumbaalpunctie nu wel geïndiceerd was, betekent niet dat zij beoordeling van patiënt door haarzelf achterwege kon laten. Door patiënt niet zelf te zien heeft zij zich geen weloverwogen oordeel kunnen vormen over het antwoord op de vraag of de lumbaalpunctie kon wachten tot na haar dienst en of de pijnmedicatie voldeed.

5.3.8

Uit het voorgaande volgt dat beklaagde op een aantal momenten onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar rol van (superviserend) kinderarts door patiënt niet zelf te beoordelen. Ook volgt uit het voorgaande dat beklaagde onvoldoende is nagegaan of nader onderzoek naar de oorzaken van de toestand van patiënt aangewezen was. Zo heeft zij haar bevindingen en overwegingen niet met een KNO-arts besproken en heeft zij (herhaling van) bloedonderzoek achterwege gelaten. Beklaagde is hiermee niet binnen de grenzen van een redelijke bekwame beroepsuitoefening gebleven. Dit leidt tot de conclusie dat de hiervoor onder I en II samengevatte verwijten gegrond zijn. Het college merkt daarbij op dat de vraag of een ander handelen tot een andere uitkomst zou hebben geleid door het college niet kan worden beantwoord. Dit betreft een vraag naar causaal verband en het college kan en zal zich daar niet over uitlaten. Het college kan slechts oordelen over het handelen/nalaten van beklaagde en niet over de mogelijke gevolgen daarvan.

5.4

Voorafgaand aan de MRI is klager door de ANIOS kindergeneeskunde geïnformeerd over de overwegingen voor de MRI. Toen de uitslag van de MRI bekend was heeft beklaagde klagers niet persoonlijk ingelicht over de bevindingen en overwegingen van dat moment. Zij heeft dit – na een voorbespreking met deze twee artsen – overgelaten aan de ANIOS kindergeneeskunde en de ANIOS neurologie. Dat zij klagers onvoldoende adequaat geïnformeerd hebben over de uitkomsten van de uitgevoerde MRI, de overwegingen om voor dat moment af te zien van een lumbaalpunctie én de reden voor opname is niet aannemelijk geworden. Voorts was beklaagde beschikbaar voor het geval er nog vragen waren. Dat klagers zich onvoldoende geïnformeerd voelden is te betreuren. Beklaagde was hier niet van op de hoogte en uit wat klager hierover ter zitting heeft verklaard blijkt ook niet dat klagers (duidelijk) kenbaar hebben gemaakt dat zij zich onvoldoende geïnformeerd voelden. Het college is dan ook van oordeel dat voldoende invulling is gegeven aan de onder de verantwoordelijkheid van beklaagde vallende informatieplicht.

Voorts kan niet worden geconcludeerd dat beklaagde heeft nagelaten klagers in de periode na het overlijden van patiënt van voldoende informatie te voorzien over mogelijke onvolkomenheden in de zorg. Beklaagde heeft twee dagen na overplaatsing van patiënt naar het M melding gedaan bij de KVV. Alle beschikbare informatie is verstrekt en er is geen enkele aanwijzing dat beklaagde bij de besprekingen in het kader van het calamiteitenonderzoek zaken heeft verzwegen die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg.

Het hiervoor onder III samengevatte klachtonderdeel is daarom ongegrond.

5.5

Gedurende de dienst van beklagde is het medisch dossier bijgehouden door anderen dan beklagde. Ondanks de omstandigheid dat de chronologie niet altijd op het eerste gezicht helder is, geven de dossieraantekeningen voldoende inzicht in (hetero)anamnese, het verrichte onderzoek, de uitslagen daarvan alsmede de overwegingen ten aanzien van de (differentiaal) diagnostiek en het te voeren beleid.

Het onder IV samengevatte klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

5.6

Beklaagde heeft zich ingespannen de kwaliteit van zorg beoordeeld te krijgen via de calamiteitencommissie en is daarbij transparant geweest over de geboden zorg. Beklaagde heeft gesprekken gevoerd met leden van de calamiteitencommissie en met klagers. De door de calamiteitencommissie voorgestelde verbetermaatregelen zijn (mede) door beklagde doorgevoerd en daarnaast heeft beklagde ook haar eigen werkwijze aangepast, bijvoorbeeld door zich eerder voor te stellen aan ouders en zich te laten informeren over de zorgen die zij hebben. Hiermee heeft beklagde voldoende verantwoordelijkheid genomen voor de door haar (en onder haar supervisie) gemaakte overwegingen en behandelkeuzes. Dat beklagde meent dat van een tekortkoming in de geleverde zorg geen sprake was, kan haar niet in tuchtrechtelijke zin worden verweten. Niet gebleken is dat beklagde hierin niet oprecht is geweest, terwijl het recht op deze overtuiging haar - binnen de grenzen van het redelijke - ook niet kan worden ontzegd. Niet kan worden geoordeeld dat beklagde op een onredelijke wijze en evident tegen beter weten in heeft vastgehouden aan haar standpunt.

Dat beklagde zich tegenover klagers heeft uitgelaten op een wijze die niet past bij wat van een zorgprofessional verwacht mag worden is niet komen vast te staan. Het college is niet bij de gesprekken aanwezig geweest en kan zich daarover geen compleet beeld vormen. Uit wat daarover wel bekend is, zoals de door klagers aangehaalde citaten die op zichzelf niet worden bestreden, blijkt op geen enkele manier dat beklagde zich op niet passende wijze heeft uitgelaten. Dat de gesprekken uiteindelijk niet bevredigend verliepen vanwege de uiteenlopende visies over de kwaliteit van de geleverde zorg, maakt dit niet anders.

5.7

Zoals hiervoor is overwogen zijn de onder I en II samengevatte verwijten gegrond.

Wat betreft de op te leggen maatregel overweegt het college dat beklagde, hoewel zij nog altijd meent dat van een tekortkoming in de zorg geen sprake was, zich wel toetsbaar heeft opgesteld en ook haar werkwijze heeft aangepast. Anderzijds is het zo dat zij op meerdere momenten onvoldoende invulling heeft gegeven aan haar rol van (superviserend) kinderarts. Zij is te veel op afstand gebleven door een patiënt met een onverklaarde klinische beeld niet zelf te beoordelen op momenten dat dat wel had moeten. Ook is zij onvoldoende nagegaan of (direct) nader onderzoek naar de KNO-focus aangewezen was. Dit is een ernstig verwijt en het college is van oordeel dat de oplegging van de maatregel van een berisping passend is.

5.8

Klagers hebben verzocht beklagde te veroordelen in de kosten van de procedure. In artikel 69 lid 5 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is een

regeling met betrekking tot de gemaakte proceskosten opgenomen. Omdat de klacht gedeeltelijk gegrond wordt verklaard en een maatregel wordt opgelegd, kan het college beklagde veroordelen in de proceskosten. Het college ziet daar in dit geval echter geen aanleiding toe. Klagers hebben niet gespecificeerd voor welke (proces)kosten zij vergoeding wensen en geen gebruik gemaakt van beroepsmatig verleende rechtsbijstand zoals een advocaat of andere professionele rechtsbijstandsverlener.

5.9

Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing (geanonimiseerd) worden gepubliceerd.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht gegrond als overwogen onder 5.3.8;
- legt een berisping op;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorg Jurisprudentie' en 'Medisch Contact'.

Aldus gegeven door W.J.B. Cornelissen, voorzitter, M. Willemse, lid-jurist, A.A.M. Leebeek-Groenewegen, E. van Pinxteren-Nagler en J.Q.P.J. Claessen, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van M. Keukenmeester, 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.