

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2022/3889

A2022/3889

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 29 november 2022 naar aanleiding van de klacht van:

A, B, C, D, E, F,G, H en I,
wonende of woonplaats kiezende te J,
klagers, nabestaanden van K,
gemachtigde: mr. G. Grijs, werkzaam te Rotterdam,
tegen

R,

huisarts,

werkzaam te J,

verweerder, hierna ook: de huisarts,

gemachtigde: mr. M.E.M. van Eeden, werkzaam te Utrecht.

1. De procedure

Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 30 december 2021;
- de brief van mr. Grijs van 7 februari 2022, ontvangen op 8 februari 2022, met een toelichting op de relaties van klagers tot K;
- het aanvullende klaagschrift met als bijlage de 'Calamiteitenrapportage Huisartsenposten Rijnmond', ontvangen op 28 maart 2022;
- het verweerschrift met bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 20 juni 2022 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van 6 juli 2022, ontvangen op 8 juli 2022, van mr. Grijs met als bijlage een kopie patiëntenbrochure;
- de brief van 26 augustus 2022, ontvangen op 1 september 2022, van mr. Grijs met als bijlage een usb-stick met geluidsopnames;
- de brief van 27 september 2022, ontvangen op 28 september 2022, van mr. Grijs met als bijlage een usb-stick met geluidsopnames.

De zaak is behandeld op de openbare zitting van 18 oktober 2022. Mevrouw A, de heer H en de huisarts zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. Deze partijen en de gemachtigden hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Een derde klaagster was als toehoorder in de zaal aanwezig.

2. Waar gaat de zaak over en wat is de beslissing?

2.1 Mevrouw A is de moeder van K en de heer H is zijn stiefvader. De overige klagers zijn zussen en broers van K.

2.2 De moeder van K heeft in de nacht van 3 op 4 juli 2020 naar de Huisartsenpost (HAP) S gebeld vanwege verschillende klachten van haar zoon, waaronder benauwdheidsklachten. De huisarts had die nacht dienst op de HAP. De triagiste bij de HAP heeft, na overleg met een arts van de afdeling interne geneeskunde van N

(hierna: het ziekenhuis) en kort overleg met de huisarts, K ingepland voor een afspraak op de HAP voor ongeveer een uur later en de moeder verzocht met eigen vervoer te komen. K is in de taxi onderweg naar de HAP onwel geworden en korte tijd later overleden, op 19-jarige leeftijd. De klacht luidt in het kort dat de huisarts zich onvoldoende heeft geïnformeerd over de toestand van K, waardoor hij de situatie niet juist heeft beoordeeld.

2.3 Het college komt tot de conclusie dat de klacht gegrond is. Er wordt geen maatregel opgelegd. Het college licht dat hierna toe.

3. Wat is er precies gebeurd?

3.1 K, geboren op -- mei 2001, was bekend met ernstig nierfalen op basis van een steroidresistent nefrotisch syndroom en werd sinds begin juni 2020 gedialyseerd in het ziekenhuis in afwachting van een niertransplantatie.

3.2 In de avond van 3 juli 2020 werd K benauwd. Zijn moeder heeft op 4 juli 2020 omstreeks 0.12 uur telefonisch contact opgenomen met de spoedlijn van de HAP, waar de huisarts die nacht werkzaam was. Zij vertelde de triagiste dat K nierpatiënt was, dat hij dialyseerde, dat hij de dag ervoor niet goed gedialyseerd kon worden en dat hij in afwachting was van een niertransplantatie. Het transcript van de geluidsopname van dit telefoongesprek vermeldt het volgende (alle citaten inclusief eventuele typ- en taalfouten; in dit citaat heeft het college overal 'het' gelezen waar in de transcriptie 'fret' staat en evident 'het' is bedoeld):

“M: Ehm, hallo, dit is A. Ehm, mijn zoon die is, zegt dat hij het heel heel heet heeft, maar ehm, zijn ehm, temperatuur is 35, hoeveel was het? [...] 35,6. Ehm. Hij is een nierpatiënt bij jullie. Bij de dialyse. Ehm. Hij had... T: Ik ga u heel even onderbreken. U belt op dit moment op de lijn voor mensen in acuut levensgevaar. Is hij op dit moment in acuut levensgevaar? M: Nou, hij hoest bloed ten minste, een beetje bloed op. Hij heeft dus vocht in zijn longen dus ik weet het niet. T: Oke, dus hij heeft vocht in zijn longen van zijn nieren? M: Ja. Dus eh, de arts had al gezegd dat hij dus vocht in zijn. . dus het hart was afgenomen maar ze konden hem niet goed dialyseren, ehm op eh donderdag. En nu moet hij dus morgen moet hij dus sowieso dialyseren. Maar, ehm ik weet niet, moet hij dat, gaat hij dat redden nu hij ook hoest? Het is rode, roze, ge... ehm. slijm dat hij ophoest. Met ook dat dus ook met vocht in zijn longen. Vandaar dus dat ik heb gebeld. Ik weet niet of hij in levensgevaar is. [...] T: Is hij op dit moment goed aanspreekbaar? M: Ehm, redelijk. T: Wat bedoelt u met redelijk? M: Redelijk, omdat hij is heel de tijd, hij is heel misselijk en hij is heel de tijd aan het hoesten en hij eh. Ademt vervelend. Ehm. T: En wat bedoelt u met vervelend? M: Nou, hij praat geen hele heel hele zinnen af. Hij zegt alleen maar wat hij moet. [...] T: Prima. Ehm. Is er op dit moment nog iets anders bekend dan met zijn nierproblemen? M: Nee. Hij is nu dus eh, hit dialyseert dus sinds kort. Een paar weken. Er staat voor de niertransplantatie. Maar ja. We hebben hier wel allemaal in ieder geval griep dus ik weet niet of hij dat nu ook heeft. Plus met zijn long, eh ja. En hij heeft dus nooit nog gehoest en dan rood opgehoest. Dus en tenminste roze opgehoest. J a. T: En normaal praat hij wel gewoon lustig er op los? M: Ja, nou , erop los niet, maar meer dan nu. Dus En hij wil eigenlijk niet naar het ziekenhuis. Dus ik zou niet hebben gebeld als ik denk dat het wel meevalt.”

In de loop van het gesprek heeft de triagiste geprobeerd met K zelf te spreken, maar hij was niet in staat om te vertellen wat er aan de hand was. De kleur van zijn gelaat is besproken met de moeder en zij heeft verteld welke medicatie K op dat moment gebruikte.

3.3 Tijdens dit gesprek nam de triagiste tussendoor contact op met een arts van de afdeling interne geneeskunde van het ziekenhuis met de vraag of K meteen naar het

ziekenhuis moest voor een beoordeling of dat een arts op de HAP hem eerst zou moeten zien. In dit overleg heeft de betreffende arts besloten dat eerst op de HAP kon worden beoordeeld of er daadwerkelijk sprake was van hematurie (bedoeld zal zijn: van bloed in het opgehoeste slijm) en of K echt benauwd was of dat hij zich ergens druk om maakte.

3.4 Tijdens het telefoongesprek met de moeder heeft de triagiste ook twee keer kort overleg gevoerd met de huisarts. Beide overleggen vonden face-to-face plaats. In het eerste overleg is aan de orde gekomen dat sprake was van een 19-jarige dialysepatiënt van het ziekenhuis, die klachten had van bloed ophoesten en enige benauwdheid. Besproken is dat de dag ervoor de dialyse niet goed gelukt was en dat de triagiste al met de dienstdoende arts van de afdeling interne geneeskunde van het ziekenhuis had overlegd over de vraag of de patiënt niet direct daar gezien kon worden. Ook is aan de orde gekomen of hij de patiënt aan de 'covid-kant' of op de andere, 'schone' afdeling wilde ontvangen. Het tweede overleg had als onderwerp hoe K, die geen vervoer had, naar het ziekenhuis zou kunnen komen.

3.5 De triagiste heeft vervolgens aan de moeder laten weten dat zij een afspraak had ingepland om 1.20 uur. Zij adviseerde de moeder om samen met K een taxi te nemen. Daarbij gaf ze klaagster mee dat K hoogstwaarschijnlijk na de beoordeling op de HAP naar het ziekenhuis zou worden doorgestuurd. De code die de triagiste aan de afspraak heeft verbonden was urgentie 3, dat wil zeggen: 'dringend, reële kans op schade/humane redenen (binnen enkele uren)'.

3.6 K is onderweg naar de HAP in de taxi onwel geworden en in een reanimatiesetting beland. De reanimatie mocht niet baten en K is die nacht om 1.39 uur overleden.

3.7 Toen de huisarts opmerkte dat zijn patiënt niet was komen opdagen, nam hij telefonisch contact op met de moeder. Hierop hoorde hij dat K was overleden.

3.8 Naar aanleiding van het gebeurde is een melding gedaan bij de IGJ en een Calamiteitenrapportage opgemaakt door de calamiteitencommissie van de HAP S. Het rapport vermeldt onder andere:

“Contactmoment 1: Huisartsenpost: telefonisch contact door TA1 (triagiste, opmerking college)

- Kennis/ervaring: niet kundig genoeg in uitvragen dyspnoe klachten ten behoeve van toestandsbeeld, wanneer matig, wanneer hevig. Het goed weergeven/voor zich zien werd bemoeilijkt door de ingewikkelde klachtenpresentatie.
- Klinisch redeneren: aanname gedaan dat de patiënt verstandelijk/lichamelijk beperkt was. Dat heeft TA niet geverifieerd.
- Samenwerking ketenpartners: krijgt vaker het gevoel vanuit de 2e lijn, dat het niet op prijs wordt gesteld als de HAP belt (cultuurprobleem).

Contactmoment 2: Huisartsenpost: Autorisatie door HA1 (de huisarts, opmerking college)

- Houvast voor overleg (dit betreft kennelijk een intern protocol, opmerking college) niet gevolgd. Daarnaast is het aan te bevelen aan regieartsen om altijd mee te lezen in de Topicus registratie van de triagist.

[...]

Conclusie van de calamiteitencommissie [...] Er is sprake van een calamiteit met een delay in diagnostiek en behandeling bij een dyspnoeïsche patiënt met een nefrotisch syndroom. De belangrijkste basisoorzaak hierin was onvoldoende uitvragen van de hoofdklacht (dyspnoe) door onvoldoende ervaring op dat moment met uitvragen dyspnoe in de ABCD-beoordeling. Beide betrokkenen hebben zich reflectief opgesteld bij de bespreking.”

3.9 Op 23 september 2020 heeft de huisarts de moeder van K gebeld en hebben zij met elkaar over het gebeurde in de nacht van 3 op 4 juli 2020 gesproken.

4. Wat houdt de klacht in?

Volgens klagers is de huisarts op laakbare wijze tekortgeschoten en heeft dit de dood van K tot gevolg gehad. Hij heeft onzorgvuldig gehandeld door K niet met spoed op de HAP of de SEH te laten beoordelen of een ambulance te sturen. Hij had een eigen verantwoordelijkheid bij het onderscheiden van acute en niet-acute situaties. Daarom had hij bij de triagiste, gelet op haar zeer summiere verslag en de daarin genoemde alarmsignalen, beter moeten uitvragen wat er nu exact aan de hand was, of zelf met (de moeder van) K en/of met de arts van de afdeling interne geneeskunde van het ziekenhuis moeten bellen. Door onvoldoende de risicofactoren te onderzoeken en verschillende alarmsignalen te negeren is er een onjuiste urgentiecode toegekend.

5. Wat is het verweer?

De huisarts heeft de klacht bestreden, maar ook te kennen gegeven dat hij zich toetsbaar wil opstellen. Hij verzoekt het college bij de beoordeling rekening te houden met alle omstandigheden van het geval. Het verweer wordt voor zover nodig hierna verder besproken.

6. Wat zijn de overwegingen van het college?

6.1 Het college wil voorafgaand aan de beoordeling benadrukken dat het duidelijk is dat de omstandigheden rondom het overlijden van K heel ingrijpend zijn geweest voor zijn moeder en de verdere familie. Het is heel verdrietig dat K op zo jonge leeftijd is overleden. Duidelijk is dat zijn naasten daar nog dagelijks pijn en gemis van ondervinden. De gebeurtenis heeft ook diepe indruk gemaakt op de huisarts. Zijn (alle) klagers ontvankelijk?

6.2 Het college moet ambtshalve de ontvankelijkheid van de klagers beoordelen en overweegt naar aanleiding daarvan als volgt.

6.3 Volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld: ECLI:NL:TGZCTG:2014:117) dient voor de ontvankelijkheid van een klager als nabestaande aanknopingspunt te worden gezocht bij artikel 7:465, derde lid, Burgerlijk Wetboek. Dit artikel wijst in geval van wilsonbekwaamheid van een patiënt de levensgezel aan als gesprekspartner van de arts inzake de geneeskundige behandeling, of, als er geen levensgezel is, een ouder, kind, broer, zus, grootouder of kleinkind.

6.4 Volgens de parlementaire geschiedenis mag aan de volgorde waarin deze laatste personen in artikel 7:465, derde lid, Burgerlijk Wetboek worden genoemd geen bijzondere betekenis worden toegekend (Nadere MvA, Kamerstukken 1991/92, 21561, 11, p.39). Is er geen echtgenoot of levensgezel, en dienen zich vervolgens verschillende familieleden aan, dan zal de hulpverlener moeten kiezen, omdat nakoming slechts ten opzichte van één vertegenwoordiger mogelijk is (Nadere MvA, kamerstukken II 1991/92, 21561, 11, p.38).

Deze werkwijze wordt ook in het tuchtrecht gevolgd om de ontvankelijkheid van klagers te beoordelen.

6.5 Het is niet gebleken dat K een levensgezel had. Zijn moeder is gedurende zijn hele leven zeer nauw bij zijn behandeling betrokken geweest. Zij was ook aanwezig ten tijde van het handelen waarover geklaagd wordt. Dat maakt dat zij in de ogen van het college de meest aangewezen persoon is om de wil van K te vertegenwoordigen. Het college merkt haar daarom als klaagster aan. Voor ontvankelijkheid van de andere familieleden is dan geen plaats meer. Dat neemt niet weg dat het college duidelijk is dat de in het klaagschrift genoemde familieleden achter de klacht staan,

dat zij allemaal heel direct bij het leven van K betrokken zijn geweest en dat zijn overlijden op hen allemaal een grote impact heeft.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

6.6 De vraag is of de huisarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. Dat is een zakelijke beoordeling. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende huisarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en de stand van de wetenschap ten tijde van het handelen. Verder geldt als uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. Onder bepaalde voorwaarden kunnen zij echter ook tuchtrechtelijk worden aangesproken op het handelen van anderen die onder hun verantwoordelijkheid werken. Verder beoordeelt het college de situatie aan de hand van de beschikbare informatie op het moment van handelen. Kennis over de gebeurtenissen daarna mag dus geen rol spelen.

De inhoudelijke beoordeling

6.7 De huisarts heeft in het verweerschrift, tijdens het mondeling vooronderzoek en tijdens de zitting uitleg gegeven over de gang van zaken in de bewuste nacht. Hij heeft hierbij toegelicht dat het eerste gesprek met de triagiste plaatsvond op de gang, omdat hij met een andere patiënt bezig was toen zij met hem wilde overleggen. Zij gaf hem tijdens dit eerste, korte overleg een samenvatting van de klachten van K. Op grond van die klachten gingen bij hem niet meteen alarmbellen rinkelen. Volgens de huisarts is in dit gesprek niet naar voren gekomen dat er sprake zou zijn van ernstige benauwdheid of kortademigheid. Dat er geen alarmbellen gingen rinkelen, had volgens de huisarts hoogstwaarschijnlijk ook te maken met het feit dat de triagiste op dat moment al overleg had gehad met een arts van de afdeling interne geneeskunde in het ziekenhuis. Dat heeft volgens de huisarts bij hem onbewust voor geruststelling gezorgd. Daarnaast was de vraag van de triagiste aan hem niet óf en hoe snel de patiënt moest worden gezien, maar waar (op de covidafdeling of in een normale kamer); de urgentiecode was al bepaald en er was al een afspraak op de HAP gepland. Er was geen directe hulpvraag van de triagiste en ook de urgentiecode riep bij de huisarts geen vragen op. Hoewel de huisarts naar eigen zeggen wel verbaasd was dat de dienstdoende arts uit het ziekenhuis de patiënt niet zelf wilde zien, juist omdat het om een dialysepatiënt van het ziekenhuis ging, heeft hij ermee ingestemd om de patiënt toch eerst op de HAP te zien. Hij gaf de triagiste mee dat hij ervan uitging dat de patiënt na de beoordeling op de HAP toch naar het ziekenhuis zou worden gestuurd.

6.8 De huisarts heeft voorts ook het NTS-systeem benoemd (Nederlandse Triage Standaard), het systeem dat voor het triëren van klachten van patiënten wordt gehanteerd. Hoewel het systeem niet 100% waterdicht is, meent de huisarts dat hij wel van dit systeem mag uitgaan. De klachten werden volgens de huisarts mild aan hem gepresenteerd. Hij mag erop vertrouwen dat het systeem juist wordt gebruikt door de triagist, dat de juiste ingangsklacht wordt gehanteerd en dat op basis daarvan de juiste urgentiecode wordt bepaald. De urgentiecode 3 duidde erop dat de patiënt binnen enkele uren gezien zou moeten worden. De huisarts heeft ook gezegd dat het, achteraf gezien, heel duidelijk was dat K heel ziek was, maar dat hem dat op het moment van het overleg met de triagiste over het telefoontje van de moeder van K naar de HAP helemaal niet duidelijk was geworden. Desondanks vindt de huisarts achteraf dat hij meer vragen had kunnen stellen aan de triagiste, aan de moeder en/of aan de dienstdoende arts in het ziekenhuis. Volgens de huisarts had K niet als patiënt op de HAP terecht mogen komen en had hij meteen in het ziekenhuis moeten worden gezien.

6.9 Het college overweegt dat een op een HAP werkzame arts zich in eerste instantie bij zijn beoordeling mag en moet baseren op de informatie die de triagist over een patiënt verstrekt. Triagisten zijn opgeleid om aan de telefoon situaties te beoordelen en de triage te doen, dat wil zeggen: te bepalen of zieke of gewonde mensen op basis van hun klachten daadwerkelijk medische noodhulp behoeven en daarbij aan iedere patiënt een urgentiecode toe te kennen. Een huisarts behoudt echter wel een eigen verantwoordelijkheid om voldoende informatie te verzamelen om een adequate beoordeling te kunnen doen.

6.10 Naar het oordeel van het college heeft de huisarts in dit geval deze verantwoordelijkheid onvoldoende genomen. Hij had kritischer moeten zijn op het moment dat de triagiste benoemde dat sprake was van een bij het ziekenhuis bekende nierpatiënt die dialyse onderging, bij wie de dialyse de dag ervoor niet goed gelukt was, die enigszins benauwd was en die bloed ophoestte. Dit zijn, ook zonder kennis van de tragische afloop, verschijnselen die kunnen wijzen op een acute, levensbedreigende situatie. Dat betekent dat de huisarts ten minste bij de triagiste had moeten doorvragen naar de aard en ernst van de benauwdheid. Uit het verhaal van de huisarts blijkt dat er bij hem wel vraagtekens zijn gerezen: het verbaasde hem dat de dienstdoende arts interne geneeskunde uit het ziekenhuis wilde dat de patiënt eerst op de HAP zou worden beoordeeld. Deze verbazing had de huisarts aanleiding moeten geven om meer informatie op te (laten) vragen. Hij had daarbij, gelet op de genoemde verschijnselen, ook alerter moeten zijn op de urgentiecode die de triagiste had bepaald. Als de huisarts daadwerkelijk zou hebben doorgevraagd, ligt het voor de hand dat hij een ambulance naar K zou hebben gestuurd. Het college is zich ervan bewust dat in deze situatie sprake is van een keten van samenwerking en verantwoordelijkheden, waarin de triagist, de huisarts en de dienstdoende arts in het ziekenhuis allen een eigen rol vervullen. De beoordeling van de ene zorgverlener binnen de keten beïnvloedt echter de besluitvorming van de andere ketenzorgverlener(s). Ieder moet in zijn eigen positie in beginsel op de ander(en) kunnen vertrouwen, maar dit ontslaat – in dit geval – de huisarts niet van zijn eigen verantwoordelijkheid om zich goed te (laten) informeren. De huisarts had dit kunnen doen door de triagiste meer vragen te stellen, haar terug te laten bellen om door te vragen op de benauwdheid, zelf de moeder van K te bellen en/of contact op te nemen met de dienstdoende arts in het ziekenhuis. Dit heeft de huisarts niet gedaan, waardoor hij er niet van op de hoogte is geraakt dat K vocht in zijn longen had. Daarmee is hij tekortgeschoten in de zorg voor K.

Conclusie

6.11 De conclusie is dat de klacht gegrond is.

Maatregel

6.12 Bij de vraag of een maatregel passend is en zo ja, welke, neemt het college het volgende in aanmerking.

6.13 De huisarts is in de eerdergenoemde ketensamenwerking enigszins op het verkeerde been gezet. De insteek van de twee overlegmomenten tussen de triagiste en de huisarts was kennelijk niet óf K naar de HAP of het ziekenhuis moest, en hoe snel K gezien moest worden (urgentiecode), maar in welke kamer – wel of niet corona-proof – en hoe hij en zijn moeder naar de HAP konden reizen. Over de vraag waar K gezien moest worden had de triagiste al overleg gevoerd met de dienstdoende arts interne geneeskunde in het ziekenhuis, van wie de huisarts mocht aannemen dat hij over meer informatie beschikte dan hijzelf, en die had geoordeeld dat K eerst op de HAP kon worden gezien. Bovendien was de HAP in juli 2020 ondergebracht in het ziekenhuis, bij dezelfde ingang als die van de spoedeisende hulp, zodat doorsturen

weinig vertraging zou opleveren. Verder houdt het college rekening met het feit dat de covidpandemie in juli 2020 een grote rol speelde in de zorg en dat de beslissingen die in dat verband telkens moesten worden genomen soms de aandacht konden afleiden van andere wezenlijke kwesties. Ook heeft het tuchtcollege oog voor de gang van zaken op de HAP, waar in het algemeen sprake is van een zeer hoge werkdruk en waar vaak in korte tijd belangrijke beslissingen moeten worden genomen. Tot slot heeft de huisarts openheid van zaken gegeven, zich toetsbaar opgesteld en te kennen gegeven dat hij inziet dat hij meer vragen had moeten stellen. Op grond daarvan is te verwachten dat hij in de toekomst in vergelijkbare situaties daadwerkelijk meer zal doorvragen. Hoewel deze omstandigheden het gebrek aan een voldoende kritische blik van de huisarts – gelet op de hem meegedeelde alarmsignalen – niet kan verschonen, maken zij wel dat sprake is van een lichte mate van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid, ondanks de buitengewoon trieste afloop.

6.14 Gelet op al deze omstandigheden is het college van oordeel dat het niet passend is om de huisarts een maatregel op te leggen.

Publicatie

6.15 Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal deze beslissing – zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens – worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk lering kunnen trekken uit wat er in deze zaak is gebeurd.

7. De beslissing

Het college:

- verklaart klagers, uitgezonderd de moeder van K, niet-ontvankelijk;
- verklaart de klacht gegrond;
- bepaalt dat geen maatregel wordt opgelegd;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Gezondheidszorg Jurisprudentie.

Deze beslissing is gegeven door N.B. Verkleij, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, P.M. Netten, H.R.H. de Geus en V.M. Schijf, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 29 november 2022.

secretaris

voorzitter