

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2021/11

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN

Beslissing d.d. 28 januari 2022 naar aanleiding van de op 17 februari 2021 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, KNO-arts, (destijds) werkzaam te B,

bijgestaan door mr. M. Kremer, advocaat te Groningen,

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 repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 4 november 2021 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 17 december 2021, waar partijen zijn verschenen. Beklaagde werd bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. DE FEITEN

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

Klager is de zoon van D (hierna: patiënte) en heeft onderhavige klacht ingediend.

Patiënte – geboren in 1937 - was reeds bekend met een lange voorgeschiedenis die onder andere bestond uit een supraglottisch larynxcarcinoom waarvoor verwijdering van haar strottenhoofd en een dubbelzijdige halsklierdissectie gevolgd door nabestraling in 1994. Vanwege keel- en slikproblematiek is patiënte door haar huisarts doorverwezen naar beklagde. De verwijfsbrief van de huisarts van 10 april 2015 behelst het volgende:

“ *reden van verwijzing,*

Vraagstelling *graag uw evaluatie ivm keelklachten/slikklachten, pt heeft een tracheostomie*

(E) evaluatie, conclusie *10-04-2015 keelklachten, st na tracheitis*

(S) anamnese 10-04-2015 Bij het slikken van brood last van keelpijn, zoon dacht aan keelontsteking en gaf moeder keelpastilles, echter geen effect, geen koorts, pte heeft een tracheostoma

(O) lichamelijk onderzoek 10-04-2015 insp mond: achterin niet rood, geen afwijkingen

(P) ingestelde behandeling 10-04-2015 verw naar KNO arts

Relevante -01-05-2014 CVA

Probleem-/episodelijst -30-09-2004 ASTMA
-25-06-2009 tracheitis.”

Patiënte heeft beklagde voor het eerst op 29 april 2015 gezien op de polikliniek keel,- neus en oorheelkunde (KNO) van E. Het medisch dossier vermeldt met betrekking tot voornoemd consult als volgt:

“CONTACTREDEN:

Algemeen: keel, slikproblematiek

RELEVANTE VOORGESCHIEDENIS:

Diagnoses:

2014-05-01: CVA.

2009-06-25: Tracheitis.

2004-09-30: Astma.

1994-01-01: T4N2M0 supraglottisch larynxcarcinoom waarvoor totale larynxextirpatie en halsklierdissectie.

Anamnese:

Algemeen: pijn in hals net onder linker oor. Tevens prikkelend gevoel

in de keel links.

Medicatie/intoxicatie:

Medicatie: Pramipexol, Nitrazepam, Lisinopril, Omeprazol, Lorazepam,

Infvlst NAHCO₃, Zinkoxide, Acetylsalicylzuur/Dipyridamol, flixotide,

thyrox, paracetamol, elocon, amytriptiline, pramipexol, fentanylpleister 12 ug, nitrofurantoin.

LICHAMELIJK ONDERZOEK:

Oren: Gaaf, grijs, glanzend trommelvlies / luchthoudend middenoor.

Neus: open en schoon

Nasopharynx: Niet afwijkend.

Mondholte / oropharynx:

Overig: glad slijmvlies, soepel tong bij palpatie.

Pharynx/larynx:

Onderzoek middels: flexibele scopie.

Status na laryngectomie: button niet in situ,

Stoma rustig,

Trachea rustig,

Hypofarynxtrechter rustig.

Overig: pijn hals links wordt aangegeven op fibrotische halsmusculatuur.

Halslymfomen: Geen palpabele.

CONCLUSIE:

Geen aanwijzingen maligniteit pharynx/ mond. Fibrotische hals links met tendomyogene pijn. Cave schimmelinfect op bestraaldslijmvlies

in

combinatie met flixotide.

BELEID:

Conservatief / medicatie: Effect trisporal OS 2 dd 100 mg ged 14 d over 3 weken beoordelen. Start fysiotherapie hals links (eventueel te

combineren met reeds gestarte fysiotherapie).

REVISIE:

Termijn: 4 weken.

Opmerking: dan opnieuw flexibele scopie.”

Vervolgens is patiënte op 20 mei 2015 gezien door beklagde op de polikliniek van de KNO-afdeling. Het medisch dossier geeft ten aanzien van het consult het volgende weer:

“[...]

ANAMNESE:

Algemeen: minder pijn in de hals, wel nog problemen met wegslikken met name vaster voedsel (brood).

LICHAMELIJK ONDERZOEK:

Nasopharynx: Niet afwijkend.

Mondholte / oropharynx: Normaal.

Pharynx/larynx:

Onderzoek middels: flexibele scopie.

Status na laryngectomie: button niet in situ,

Stoma rustig,

Trachea rustig,

Hypofarynx-trechter rustig.

Overig: stase secreet neopharynx.

CONCLUSIE:

Geen duidelijke afwijkingen die passageklachten verklaren. .

BELEID:

Aanvullende aanvragen: X-videoslik.

REVISIE:

Na diagnostiek.”

Naar aanleiding van bovenstaand poliklinisch consult heeft beklagde een oesofagogram (slikonderzoek onder doorlichting) aangevraagd, dat is uitgevoerd op 10 juni 2015. Uit het onderzoeksverslag van het slikonderzoek onder doorlichting volgt onder meer:

“[...]

Slokdarm-Slikonderzoek-Met Ora: X-slik met 3 consistenties

Verslag:

Slikonderzoek onder doorlichting.

Er werd gebruik gemaakt van vloeibaar barium houdend contrastmiddel, in twee instantie en derde instantie aangevuld met gering vast voedsel.

Geen eerder slikonderzoek ter vergelijking.

Het onderzoek wordt enigszins bemoeilijkt door matige conditie van patiënte.

Patiënte kan niet zelfstandig staan, derhalve wordt het onderzoek uitgevoerd in liggende houding. Hierdoor iets gewijzigde projectie.

Status na larynxextirpatie. Tracheacanule in situ.

Het lukt patiënte niet goed de instructies op te volgen en te wachten het slikken. Zodra er enig contrastmiddel in de mond komt slikt zij direct door.

Hierbij vormt een zeer kleine bolus.

Synnemtrische vulling van de sinus piriformis beiderzijds. Vlotte passage door de orofarynx en hypofarynx. Enige reflux naar de nasofarynx.

Vlotte passage door de proximale oesophagus. Geen lekkage of fisteling naar de trachea of bronchiaalboom.

Bij vast voedsel zeer aarzelende slikactie. Uiteindelijk wel enige bolusvorming, zonder verslikken, geen hoesten, geen lekkage of fisteling naar de trachea.

Verder vlotte passage door de oesophagus, zonder aanwijzingen voor obstructie.

Geen HHO.

Conclusie:

Status na totale larynxextirpatie.

Bij vloeibaar contrastmiddel onvermogen slikken uit te stellen en instructies op te volgen. Kleine bolusvorming en enige reflux naar de nasofarynx.

Bij vast voedsel zeer aarzelende slikactie met kleine bolusvorming. Vlotte passage door orofarynx, hypofarynx en proximale oesophagus.

Geen fisteling of lekkage naar de trachea of bronchiaalboom.”

Patiënte is op 24 juni 2015 poliklinisch gezien door beklaagde. Tijdens dit consult is de uitslag van het slikonderzoek besproken. Uit het medisch dossier volgt dat de slikklachten waarschijnlijk het gevolg zijn van een combinatie van de oncologische voorgeschiedenis en behandeling daarvan, alsmede als gevolg van een doorgemaakt CVA (beroerte) en ouder worden. Beklaagde heeft tijdens het consult geconcludeerd dat een tumor niet was uit te sluiten. Omdat dit op de polikliniek van de KNO via een flexibele scopie niet goed in beeld is te brengen heeft beklaagde een endoscopisch onderzoek van de slokdarm (oesophagoscopie) aangevraagd bij het endoscopiecentrum.

Middels een brief van 26 juni 2015 heeft de familie van patiënte beklaagde bedankt voor het grondige onderzoek tot nu toe en de vriendelijke en duidelijke uitleg. Daarbij is tevens gevraagd om een verwijzing naar de logopedie van de KNO.

Op verzoek van beklaagde heeft op 17 juli 2015 een onderzoek van de slokdarm, maag en twaalfvingerige darm (gastroduodenoscopie) plaatsgevonden. Het onderzoeksverslag vermeldt het volgende:

[...]

afgelopen 3 mndn progressieve slikklachten voormn vaster voedsel. aanwijzingen voor stenose?

tumor?

nb. Bij x-oesofagus moeite met doorslikken, proximale oesofagus zou zonder afwijkingen zijn.

Verslag

Introductie verloopt probleemloos. De endoscopie wordt goed verdragen.

Oesofagus

Bij introductie, eigenlijk al boven het begin van de oesofagu een irregulaire, bolronde afwijking, poliepeus ogend. Cave maligniteit. Niet te passeren met de gewone scoop.

Wissel voor p-scoop.

Hiermee wel passage mogelijk van deze lesie vanaf geschat 13-15cm van de tandenrij(zie ook video). Verde is de oesogafus gaaf. Geen retentie. Geen hernie hiatus oesophagei. De hiatus sluit goed, de slijmvliesovergang is scherp. Geen afwijkingen. Cardia en hiatus(diafragma impressie) op ca. 36 cm van de tandenrij. Z-lijn ter plaatse van de cardia.

Geen tekenen van oesofagitis. Geen varices. Geen suspecte laesies.

Maag

Maag heeft normale vorm en ligging. Geen voedselretentie. De maag is goed te insuffleren. Geen afwijkingen aan plooienpatroon en slijmvlies, met name geen tekenen van gastritis, geen erosies, geen ulcera of littekens. Geen poliepen, tumoren of suspecte laesies. Bij inspectie in inversie worden geen afwijkingen gezien.

Pylorus

De pylorus is rond en goed te passeren.

Duodenum

Bulbus duodeni ontplooit goed, geen ontsteking, erosies, ulcera of littekens. In duodenum descendens eveneens normaal aspect slijmvlies en kerckringse plooien.

Materiaal histologie

3 bipten met p-bioteur genomen. Gezien lokalisatie en tolerantie van pte niet meer bipten genomen.

Complicaties

Geen. Indien binnen 30 dagen een mogelijke late complicatie wordt waargenomen, verzoek ik u dit aan ons te melden.

Conclusie

1) Bolronde lesie tpv bovenste slokdarmsfincter DD postradiatie, recidief op opnieuw carcinoom van KNO gebied of toch proximale oesofagus?

Advies

PA afwachten. Indien geen afwijkingen, bipten via KNO(starre scoop?) overwegen. Uitslag telefonisch doorgegeven aan coll F, AIOS KNO in afwezigheid van de aanvrager.”

De patholoog heeft in aansluiting op de gastroduodenoscopie de bipten bolronde lesie ter hoogte van de bovenste slokdarmsfincter beoordeeld en heeft een matig gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom waargenomen. Het bestaan van het plaveiselcelcarcinoom (tweede primaire tumor in de neopharynx) is door een collega van beklagde met patiënte op 23 juli 2015 besproken en er is aanvullende beeldvorming voorgesteld, te weten een MRI-scan van het hoofd en de hals en een CT-scan van de thorax.

De uitkomst van de aanvullende beeldvorming is – wederom door een collega van beklagde – op 7 augustus 2015 besproken met patiënte. De conclusie was dat er sprake was van een tweede primaire tumor in de neopharynx en dat patiënte een behandelwens had. In samenspraak met patiënte werd het beleid afgestemd, te weten het verrichten van een starre neofaryngoscopie. Tevens werd besloten opnieuw een CT-scan te vervaardigen van de hals en aanvullend van de thorax.

Op 18 augustus 2015 werd onder algehele anesthesie een starre neofaryngoscopie met bipten verricht waarbij een drie centimeter grote afwijking in de neopharynx werd gezien. Patiënte is de volgende dag in goede conditie uit het ziekenhuis ontslagen. Vanwege een te verwachten groot complicatierisico bij een nieuwe chirurgische ingreep werd in multidisciplinair overleg op 3 september 2015 besloten hier van af te zien. Wel werd besloten patiënte – in verband met de tweede primaire tumor in de neopharynx – te bestralen. Hiervoor is patiënte opgenomen van 21 september 2015 tot en met

14 oktober 2015 op de afdeling radiotherapie van E te B.

In de navolgende periode is patiënte fysiek achteruitgegaan, onder andere als gevolg van de radiotherapie. Uiteindelijk – zo volgt uit het medisch dossier- is patiënte van

15 februari 2016 tot en met 19 februari 2016 wegens sepsis opgenomen geweest op de afdeling interne geneeskunde van E. Patiënte is op 19 februari 2016 met terminale zorg naar huis gegaan en is aldaar op 21 februari 2016 overleden.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Tijdens het mondeling vooronderzoek zijn de volgende klachtonderdelen in overleg met klager vastgesteld. Klager verwijt beklaagde - zakelijk weergegeven – dat:

1. hij de pijnklachten in de hals net onder het linker oor van patiënte onjuist heeft geïnterpreteerd, dit op basis van een onvolledige anamnese en op basis van een gegeven dat de pijnklachten veroorzaakt kunnen worden door een combinatie van tendomyalgie en een tweede tumor;
2. er sprake is van onjuist gebruik van statistiek van aandoeningen in het licht van de voorgeschiedenis van patiënte;
3. hij bij patiënte tijdens het eerste consult al een tumor op het grensgebied van de neofarynx en de oesofagus had moeten constateren;
4. hij al na het eerste consult meteen andere onderzoeksmethoden had moeten initiëren en daarnaast had hij patiënte moeten verwijzen naar anesthesie om het risico van narcose in kaart te brengen;
5. hij bij het tweede consult de beschikbare informatie onjuist heeft geïnterpreteerd. De conclusie van beklaagde had moeten zijn dat er geen duidelijke afwijkingen waren die slik- en of passageklachten konden verklaren. Het was een medische fout om patiënte door te verwijzen voor onderzoek naar een CVA als oorzaak van het klachtenpatroon, net als het doorverwijzen naar een slikfoto/video om een tumor of stenose op te sporen. Ook heeft beklaagde ten tijde van het tweede consult de keuze tussen het narcoserisico en het risico op het weigeren daarvan verzwegen;
6. hij bij het derde consult de keuze tussen endoscopie met afzuiging en een starre endoscopie had moeten bespreken.

4. HET STANDPUNT VAN BEKLAAGDE

Beklaagde voert – zakelijk weergegeven en op gronden genoemd in het verweerschrift – aan dat hij binnen de grenzen van een redelijk bekwame en behoorlijke beroepsuitoefening heeft gehandeld. Beklaagde betwist wat hem door klager wordt verweten en stelt dat de klacht als ongegrond dient te worden afgewezen. Voor zover nodig wordt hierna meer specifiek op het verweer ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college ziet aanleiding de klachtonderdelen gezamenlijk te bespreken, daar klager een aantal klachten heeft geformuleerd die er in de kern op neer komen dat de juiste diagnose is gemist dan wel te laat is gesteld en dat verkeerde onderzoeken zijn verricht. Daarbij wijst het college erop dat het stellen van een verkeerde, dan wel laat gestelde, diagnose niet behoeft te betekenen dat tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld. De klacht is enkel gegrond indien komt vast te staan dat de wijze waarop beklaagde tot de onjuiste diagnose is gekomen in strijd is met hetgeen van een redelijk bekwame beroepsbeoefenaar verwacht mag worden, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Met inachtneming van wat onder 5.1 is gesteld, overweegt het college als volgt. Beklaagde werd tijdens het eerste consult op 29 april 2015 geconfronteerd met een patiënte die in haar medische voorgeschiedenis reeds het nodige had meegemaakt.

Zo was patiënte bekend met supraglottisch larynxcarcinoom waarvoor verwijdering van haar strottenhoofd en een dubbelzijdige halsklierdissectie gevolgd door nabestraling in 1994. Tevens was patiënte bekend met COPD, had patiënte in 2005 een luchtpijpontsteking doorgemaakt en in 2015 een cerebro vasculair accident (CVA/beroerte) gehad.

Beklaagde heeft ter zitting uitgebreid zijn werkwijze – alsmede de door hem gestelde werkdiagnose – uiteengezet. Patiënte was verwezen in verband met slikklachten, maar daar kwamen ten tijde van het eerste consult pijnklachten achter het oor bij. Ook uit het medisch dossier volgt dat in beginsel de pijnklachten op de voorgrond stonden. Beklaagde heeft de pijnklachten onderzocht door middel van lichamelijk onderzoek en een flexibele scopie en oordeelde dat de pijn herleidbaar was tot tendomyogene klachten. Uit het onderzoek volgden geen massalesie van de pharynx en waren er geen afwijkingen te zien in de nasopharynx. Beklaagde heeft ter zitting nog aangevoerd dat hij de mogelijkheid van een tumor uiteraard in zijn achterhoofd had. Echter, er waren op grond van het lichamelijk onderzoek en de gestelde anamnese nog geen aanwijzingen voor een tumor. Beklaagde heeft in aanvulling op de flexibele scopie – in samenspraak met patiënte en haar familie – een conservatief beleid voorgesteld, inhoudende medicatie en de start van fysiotherapie voor de hals links, waardoor – zo volgt uit de aantekeningen – enige verbetering bij patiënte optrad. Tevens heeft hij patiënte binnen drie weken terug willen zien teneinde een vinger aan de pols te houden. Het college acht op grond van de conditie van patiënte en de gepresenteerde klachten, alsmede de bevindingen van het onderzoek in combinatie met de door beklagde afgenomen anamnese, het ingezette beleid ten tijde van het eerste consult verdedigbaar.

5.3

Voorts verwijt klager beklagde dat hij tijdens het tweede consult de tumor van patiënte had moeten opmerken. Zoals volgt uit het medisch dossier en wat beklagde ter zitting heeft verklaard, waren er naast pijnklachten (die tijdens het tweede consult verminderd waren) ook slikklachten bij patiënte. Beklaagde heeft wederom een onderzoek uitgevoerd – te weten een flexibele scopie – en op basis daarvan geconcludeerd dat er geen duidelijke afwijkingen waren die de passageklachten verklaarden. Het doorgemaakte CVA, het ouder worden, een stenose of een tumor zouden de klachten bij patiënte kunnen veroorzaken. In aanvulling op het voorgaande onderzoek heeft hij een slikvideo aangevraagd teneinde een verklaring te vinden voor de slikklachten. De slikvideo gaf geen uitsluitsel met betrekking tot de klachten van patiënte en heeft beklagde doen concluderen dat de slikklachten waarschijnlijk het gevolg zijn van een combinatie van de oncologische voorgeschiedenis en de op basis daarvan uitgevoerde behandelingen. Dat van een tumor sprake was kwam niet uit de onderzoeken naar voren. Dat beklagde zijn onderzoek onvoldoende zorgvuldig heeft uitgevoerd, is het college niet gebleken.

Om een tumor als oorzaak van de aanhoudende klachten uit te sluiten heeft beklagde patiënte na het derde consult doorverwezen voor het maken van een oesophagoscopie bij de MDL-arts. Uitkomst van het endoscopisch onderzoek liet een tweede tumor aan de onderzijde van de neopharynx - ter plaatste van de overgang naar de slokdarm - zien.

5.4

Het college oordeelt met inachtneming van het voorgaande als volgt. Beklaagde heeft op grond van de getoonde klachten van patiënte een werkdiagnose gesteld en beleid gemaakt. Ter zitting heeft beklagde verklaard dat hij patiënte - op grond van een door hem uitgevoerde triage - vroegtijdig heeft willen zien en korte termijnen voor

vervolgafspraken heeft gehanteerd. Beklaagde was dus doordrongen van het feit dat patiënte op grond van haar voorgeschiedenis eerder gezien en beoordeeld moest worden. Tijdens voornoemde consulten heeft beklagde – met inachtneming van de voorgeschiedenis van patiënte – onderzoeken uitgevoerd, welke per consult een gradatie werden verzwaard om verschillende mogelijke oorzaken van de klachten uit te sluiten. Zo stelt het college vast dat beklagde, naast lichamelijk onderzoek, aanvankelijk een flexibele scopie heeft verricht, vervolgens weer een flexibele scopie, daarna een slikvideo heeft laten maken en als gevolg van de aanhoudende klachten en wegens het vermoeden van een tumor een endoscopisch onderzoek bij de MDL-arts heeft laten verrichten. Deze opvolgende onderzoeken – waarbij beklagde ter zitting heeft aangegeven dat dat de geijkte weg was gelet op de voorgeschiedenis, de matige conditie en het operatierisico bij patiënte – acht het college te billijken. Dat een starre scopie de aanwezigheid van de tumor in een eerder stadium had kunnen vaststellen, doet daar niet aan af.

Het college volgt dan ook de door beklagde gemaakte afwegingen en gestelde (werk)diagnoses. Daarbij heeft beklagde vervolgonderzoeken ingesteld die op grond van de voorgeschiedenis van patiënte – te weten het CVA en ook COPD niet alleen logisch waren maar ook het minst belastend voor haar waren, alsmede minder belastend zijn dan een scopie onder narcose. Bovendien was de voorgeschiedenis van patiënte zeer uitzonderlijk. Op basis van de geldende statistiek is er een uiterst kleine kans op een tweede tumor in een casus als de onderhavige. Het college acht de door beklagde gehanteerde werkwijze en gestelde diagnoses te verdedigen en acht het niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat niet al bij het eerste of tweede consult het bestaan van de tumor is vastgesteld. Bovendien is onvoldoende duidelijk of die tumor er toen al was. Bij het beroepsmatig handelen is beklagde gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van zijn handelen en met wat toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.5

Met betrekking tot het verwijt dat patiënte niet tijdig is verwezen voor endoscopie bij de MDL-arts of een scopie onder algehele narcose, overweegt het college als volgt. Gezien de bevindingen uit de opvolgende onderzoeken – zoals onder 5.3 uiteengezet – was er ten tijde van het tweede consult nog geen aanleiding om bij patiënte een endoscopie onder narcose uit te voeren. Evenmin bestond er noodzaak patiënte door te verwijzen naar de anesthesioloog of informatie hieromtrent te geven. Op grond van het medisch dossier en wat beklagde ter zitting heeft verklaard, oordeelt het college dat er tijdens het tweede consult nog geen indicatie bestond op grond waarvan van beklagde verwacht mocht worden dat hij anders had moeten handelen. Het college kan zich wel indenken dat de afweging tussen een endoscopie bij de MDL-arts en een starre scopie tijdens het derde consult duidelijker besproken had kunnen worden met patiënte, maar in het licht van de voorgeschiedenis begrijpt het college de door beklagde gemaakte afweging. Bovendien werd het ingezette beleid door de familie begrepen, zo blijkt uit de brief van 26 juni 2015. Het college merkt op dat de communicatie ten aanzien van de afweging tot het verrichten van een endoscopie bij de MDL-arts beter had gekund, maar acht voornoemde handelwijze niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Daarnaast heeft beklagde ter zitting gesteld zijn handelen uitvoerig tegen het licht te hebben gehouden, alsmede dit handelen te hebben voorgelegd aan zijn collega's. Daaruit blijkt dat beklagde voldoende beschikt over lerend vermogen.

5.6

De conclusie is dat de klacht in zijn geheel ongegrond is.

6. DE BESLISSING

Het college verklaart de klacht ongegrond.

Aldus gegeven door F.P. Dresselhuys-Doeleman, voorzitter, A.A.A.M. Schreuder, lid-jurist, A.C.P. Maas, M. Kraai en T.D. Bruintjes, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van V.R. Knopper, secretaris

voorzitter
secretaris

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

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

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.