

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6349

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 28 oktober 2024 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klager,

tegen

C,
internist,
destijds werkzaam in D,
verweerster, hierna ook: de internist,
gemachtigde: mr. T.A.M. van den Ende en mr. J.I. Eijpe, werkzaam te Utrecht.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 Klager is de zoon van wijlen E. E is na een cystectomie op 25 september 2019 in F overleden. Volgens klager is het overlijden te wijten aan ontoereikend medisch handelen. De internist was betrokken bij het (calamiteiten)onderzoek naar het overlijden van E. Daarbij heeft zij volgens klager op meerdere fronten onzorgvuldig gehandeld.

1.2 De internist betreurt het overlijden van E ten zeerste. Zij is evenwel van mening dat zij het onderzoek zorgvuldig heeft verricht. Overigens meent zij primair dat klager in zijn klacht ten aanzien van haar handelen niet-ontvankelijk is, omdat zij niet bij de behandeling was betrokken, maar uitsluitend is opgetreden als voorzitter van de calamiteitencommissie.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat klager in zijn klacht ontvankelijk is en dat de internist op enkele punten tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en de klacht dus op onderdelen gegrond is. Het opleggen van een maatregel acht het college echter niet nodig. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 12 oktober 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de e-mail van klager, binnengekomen op 30 januari 2024, met als bijlage de verklaring van de echtgenote van wijlen E;

- het proces-verbaal van het op 27 maart 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- aanvullende informatie van klager, met bijlagen.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 16 september 2024, tegelijk met de

zaken tegen de urologen die bij de behandeling betrokken waren. De partijen zijn verschenen. De internist werd bijgestaan door mr. T.A.M. van den Ende. Klager is ter zitting bijgestaan door enkele familieleden. De partijen en mr. Van den Ende hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 Klager is de zoon van wijlen E, hierna ook 'patiënt' te noemen. Patiënt heeft op 19 september 2019 in F te D (hierna: het ziekenhuis) een zenuw- en prostaatsparende cystectomie ondergaan. Dit is een operatie waarmee blaaskanker wordt behandeld die in de spierlaag van de blaaswand is gegroeid. Bij de operatie van patiënt werd een neoblaas aangelegd (nieuwe blaas, gemaakt van het laatste deel van de dunne darm). Deze neoblaas is op de plasbuis aangesloten.

3.2 Na opname op de afdeling Intensive Care en de afdeling Urologie is patiënt op 25 september 2019 in F overleden. Op het lichaam is obductie verricht. De conclusie van de patholoog is dat patiënt is overleden aan de directe gevolgen van een acute bilaterale (broncho)pneumonie.

3.3 Na het overlijden van patiënt heeft een van de bij de behandeling van patiënt betrokken urologen het overlijden bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis gemeld. De internist was als voorzitter van de calamiteitencommissie vervolgens belast met het oriënterend onderzoek naar de gang van zaken omtrent en de oorzaak van het overlijden van patiënt, om te bepalen of deze casus een calamiteit betrof. In eerste instantie was de conclusie dat er geen sprake was van een calamiteit, later is de calamiteitencommissie van deze conclusie terugkomen en is er na een melding op 12 september 2021 aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), op 1 februari 2022 een rapportage opgesteld. Om inzichtelijk te maken hoe dit alles is verlopen en wat daarbij de afwegingen waren, wordt hieronder de inleiding van de rapportage weergegeven:

12-09-2021 (...). De patiënt (...) onderging op 19-09-2019 een cystectomie met het aanleggen van een neoblaas en locoregionale lymfeklierdissectie in verband met blaascarcinoom. De operatie verliep ongecompliceerd. Op 25-09-2019 is de patiënt op de grond aangetroffen, voorover liggend in zijn braaksel. Hierop is reanimatie gestart, wat echter geen positief gevolg had en waarop de patiënt overleden is.

De casus is op 25-09-2019 door de vakgroep urologie bij de raad van bestuur gemeld vanwege het onverwachte overlijden.

Conform de calamiteitenprocedure F heeft de calamiteitencommissie het oriënterend onderzoek gestart. Op basis van de verzamelde gegevens is het advies aan de raad van bestuur geformuleerd dat deze casus geen calamiteit betrof. Dat wil zeggen, dat er geen tekortkomingen in de behandeling/zorg geconstateerd waren, die tot dit ernstige beloop hebben geleid. Op 10-10-2019 ging de raad van bestuur akkoord met dit advies.

De familie heeft in oktober 2020 aan F aangegeven een aansprakelijkstelling te

hebben ingediend, melding bij Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) te hebben gedaan en een klacht bij de klachtencommissie F te hebben ingediend. De familie was met name van mening dat de patiënt overleden is aan een sepsis en dat deze niet tijdig onderkend en behandeld is.

Hierop zijn diverse vragen van de familie schriftelijk beantwoord door twee urologen, een arts-assistent urologie, het toenmalig unithoofd van de verpleegafdeling urologie (comL) en de voorzitter van de calamiteitencommissie. Tevens heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen de familie, de voorzitter en een lid van de calamiteitencommissie.

Aangezien dit voor de familie niet tot een bevredigende toelichting heeft geleid, heeft de calamiteiten-commissie het advies van een externe deskundige (internist-intensivist H) gevraagd. Zie ook de toelichting van de familie in bijlage 8.b. Op 06-09-2021 heeft de commissie het advies ontvangen. In dit advies is geconcludeerd dat er sprake was van een calamiteit. Niet op grond van een gemiste sepsis, maar op grond van het gevoerde beleid met betrekking tot de maagretentie. Dit is niet uitgevoerd conform het F protocol en bij obductie bleek dat er onder andere sprake was van massale aspiratie. Op grond hiervan hebben de raad van bestuur en de calamiteitencommissie besloten de casus bij IGJ te melden en een calamiteitenrapportage op te stellen, welke zich met name focust op het gevoerde beleid m.b.t. de maagretenties. De familie is hiervan op de hoogte gesteld.

De familie heeft het concept rapport eind november 2021 ontvangen, waarna F een schriftelijke reactie met vragen en opmerkingen van de familie ontvangen heeft (7-1-2022), zie bijlage 8.a. Deze vragen en opmerkingen zijn op 19-1-2022 besproken in een fysiek gesprek met de contactpersoon van de familie (zoon), echtgenote van de patiënt, de uroloog, de voorzitter van de onderzoekscommissie, een lid van de onderzoekscommissie en de beleidsmedewerker van de onderzoekscommissie. Hierop heeft F op 27-01-2022 een schriftelijke reactie van de familie reactie ontvangen. Op grond hiervan zijn aanvullende opmerkingen in het rapport aangebracht en is de reactie van de familie in zijn geheel als bijlage 8.b bij het rapport opgenomen.”

3.4 De conclusie van de calamiteitencommissie is de volgende:

“Zoals reeds in de inleiding vermeld is, is naar aanleiding van het advies van een extern deskundige geconcludeerd dat er wel sprake is van een calamiteit in verband met het gevoerde beleid ten aanzien van de maagretenties.

Er was sprake van forse maagretenties, waarbij het gevoerde beleid niet conform het Noordwest protocol was. Er had maagzuigdrainage toegepast moeten worden ter voorkoming van aspiratie. De patiënt is waarschijnlijk overleden ten gevolge van een aspiratie.

Overigens is tijdens de avond en nacht voor het overlijden de maag wel handmatig gelegegd via de neusmaagsonde. Het is daarom niet duidelijk of het beloop anders zou zijn geweest wanneer er wel maagzuigdrainage was toegepast. Vanwege het niet volgen van het protocol op dit punt is de onderzoekscommissie van mening dat er sprake is van een calamiteit.”

3.5 De calamiteitencommissie heeft vier verbetermaatregelen in het rapport genoemd, alsook drie aandachtspunten en een algemene verbetermaatregel.

Wat

Eigenaar

Wanneer

Borging

Verbetermaatregel 1:

De calamiteitencommissie verzoekt de centrale coördinator documentbeheer, in samenwerking met de inhoudsdeskundigen, de tekst in het ziekenhuisbrede protocol "Beoordeling en behandeling maagretentie" te nuanceren m.b.t. hoge maagretenties bij postpylorisch voeden.

Vz calcom,

Centrale

Coörd.

Document-beheer

Protocol

1-2-2022

aangepast

Opgenomen in documentbeheer

communicatie

Verbetermaatregel 2:

Aanvullen Studer- en Bricker-protocol met:

- De bekende complicaties na de operatie: het niet goed op gang van de maag/darmen, gastroparese en (hoge) maagretenties.

- Artsen en verpleegkundigen hebben een proactieve functie bij tekenen van complicaties. Bij Studer- en Brickerpatiënten wordt dagelijks, minimaal tijdens de visite, besproken of er tekenen van deze complicaties zijn. De arts heeft de regie in deze.

- Verpleegkundigen dienen hogere maagretenties met de arts te bespreken enige tijd nadat dit geconstateerd is.

- In de titels van het Studer- en Bricker-protocol is aangegeven dat het protocol voor verpleegkundigen geldt. De artsen gebruiken dit protocol ook. Onder het kopje "functionaris" dienen ook de urologen en arts-assistenten en diëtisten vermeld te worden.

De vakgroep urologie zal de casemanager urologie verzoeken het Studer- en Bricker-protocol in samenwerking met de urologen, verpleegkundigen urologie, diëtetiek en het darmfalenteam aan te passen voor 1-2-2022.

Casemanager

Urologie

1-2-2022

Opgenomen in documentbeheer

Evaluatie regie en visites door disciplinevert. en unithoofd

Verbetermaatregel 3:

Het unithoofd gaat na of de afspraken m.b.t. juiste rapportage over vochtbalans en maagretentie en de signalerende rol daarbij onder de huidige verpleegkundigen bekend zijn en juist toegepast worden. Indien nodig wordt dit opnieuw bekend gemaakt onder de verpleegkundigen (voor 1-1-2022).

Zo nodig, wordt de juiste wijze van rapportage en signalerende rol ter borging in de veiligheidsrondes van de afdeling opgenomen.

Unithoofd

urologie

1-1-2022

Evaluatie door regievp.

Veiligheidsrondes

Verbetermaatregel 4:

Het unithoofd urologie neemt het aangescherpte Studer- en Bricker-protocol, wanneer deze gereed zijn, op in de verplichte scholing voor de verpleegkundigen van de afdeling urologie.

De leerpunten zijn inmiddels gedeeld met de urologen, arts-assistenten urologie en verpleegkundigen urologie.

Unithoofd urologie

1-3-2022

Opname in het Leerportaal

DUO-jaargesprekken

Aandachtspunten m.b.t. bestaand beleid weer bespreken met betrokkenen. Het betreft:

1. Het consequent toepassen van het EWS-beleid conform het EWS-protocol F. Het gaat m.n. om:

- *het op de voorgeschreven tijdstippen alle metingen van de EWS uit te voeren en te registreren door de verpleegkundigen, zodat de EWS-scores getoond worden in het EPD en het EWS-belooft inzichtelijk is;*
- *het informeren van de arts bij de hogere EWS-scores, zoals benoemd in het EWS-protocol;*
- *indien er afspraken gemaakt worden m.b.t. een ander EWS-beleid (bijvoorbeeld andere EWS-waarden om te bellen, andere frequentie van de uit te voeren EWS-controles), dan dient dat helder in het EPD genoteerd te worden door zowel de arts als de verpleegkundige.*

Uroloog 1,

Unithoofd urologie

15-1-2022

Periodieke evaluatie door disciplinevert. en unithoofd

4. De klacht en de reactie van de internist

4.1 Klager verwijt de internist dat zij onzorgvuldig gehandeld heeft in het calamiteitenonderzoek. Zij heeft opzettelijk (willens en wetens) een valse verklaring/rapportage afgegeven over de oorzaak van het overlijden van zijn vader, dan wel over het al of niet bestaan of bestaan hebben van ziekten, zwakheden of gebreken. De rapportage heeft de volgende tekortkomingen:

- De internist stelt niet dat er in strijd is gehandeld met vier protocollen (EWS, SIT, sepsis en maagretentie), en dat als gevolg de patiënt tekort is gedaan in de zorg die redelijkerwijs wel verleend diende te worden;
- De internist heeft niet gesteld dat de dossiervoering (waar de behandelaren voor de inhoud verantwoordelijk zijn) van de behandelaren ontoereikend is. Motivering om van protocollen af te wijken ontbreekt op alle momenten bij diverse behandelaren. Tevens ontbreken de urgente motiveringen waarom in het patiënt belang van de protocollen afgeweken moest worden;
- De internist miskent dat de behandelaren inadequaat differentiaal diagnostisch geredeneerd hebben. De differentiaaldiagnose had afgestemd moeten worden op de mogelijke bedreigingen en deze hadden door middel van aanvullend onderzoek aangetoond of uitgesloten moeten worden. Daarbij is er inadequaat collegiaal overleg gevoerd. En zijn er geen andere specialisten in consult geroepen terwijl daarvoor voldoende aanleiding bestond. Ook de dossiervoering van de behandelaren is op sommige punten ontoereikend en er is onvoldoende regie gevoerd;
- De internist miskent dat de behandelaren onvoldoende diagnostiek hebben laten uitvoeren. Beeldvormend onderzoek is achterwege gebleven;
- De internist miskent de alarmsignalen/symptomen van ernstige sepsis en MODS. Klager verwijt de internist ook dat zij opzettelijk onjuiste en misleidende informatie verschaft aan de nabestaanden en daarmee niet integer heeft gehandeld zoals van een arts mag worden verlangd. Tevens heeft de internist daarbij haar eed geschonden doordat zij haar kennis misbruikt heeft om fouten te verdoezelen/maskeren. Daarmee heeft verweerster zich schuldig gemaakt aan het plegen van een strafbaar feit, conform artikel 228 van het wetboek van strafrecht.

4.2 De internist heeft het college verzocht de klager niet-ontvankelijk te verklaren en de klacht dus niet inhoudelijk te behandelen. Voor het geval het college de klacht wel inhoudelijk gaat beoordelen, heeft de internist het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college stelt voorop dat de klachten van klager betrekking hebben op het overlijden van zijn vader, een verdrietige gebeurtenis die zowel klager als de betrokken zorgverleners hebben aangegrepen. Het college heeft daar oog voor en wil dat benadrukken, maar benadrukt tegelijkertijd dat een beoordeling van de geleverde kwaliteit van zorg een zakelijke aangelegenheid is, waarbij hetgeen als vaststaand kan worden aangemerkt en het juridisch kader leidend zijn.

Is de klacht ontvankelijk?

5.2 Gelet op het feit dat de internist niet bij de behandeling van de vader van klager was betrokken, maar haar rol gelegen is in haar deelname (als voorzitter) aan het calamiteitenonderzoek, moet eerst worden beoordeeld of klager in zijn klacht jegens de internist ontvankelijk is. Door de internist is niet-ontvankelijkheid bepleit. Het college is echter van oordeel dat klager in zijn klacht kan worden ontvangen.

5.3 Daarvoor is relevant dat op grond van artikel 47, eerste lid, onder b, Wet BIG (ook wel de 'tweede tuchtnorm') kan worden geklaagd over handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt mits de desbetreffende beklagde zich daarbij tevens heeft begeven op het terrein waarop de beklagde de deskundigheid bezit die behoort bij de inschrijving in het BIG-register en dat het handelen of nalaten voldoende weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Dit is het geval. De internist heeft zich bij de uitvoering van het calamiteitenonderzoek en in de calamiteitenrapportage als arts met deskundigheid op het gebied van de intensieve zorg begeven. Haar hoedanigheid als arts kan dus niet los worden gezien van haar functie bij het calamiteitenonderzoek.

Het uitgevoerde calamiteitenonderzoek (en mede in het verlengde daarvan de voorgestelde verbetermaatregelen) en het daarna opgestelde rapport hebben voorts voldoende weerslag op de individuele gezondheidszorg. Het gaat om de beoordeling van de zorg die de vader van klager heeft gekregen en het onderzoek is daarbij een instrument dat erop is gericht tekortkomingen in de zorg te signaleren en in de toekomst te voorkomen.

De criteria voor de beoordeling

5.4 De vraag is of de internist het calamiteitenonderzoek en de calamiteitenrapportage als een redelijk bekwame en redelijk handelende internist heeft uitgevoerd. Daarbij is van belang dat het enkele feit dat de calamiteitencommissie tot een andere conclusie komt ten aanzien van de oorzaak van het overlijden dan klager, niet reeds maakt dat sprake is van een onjuiste en onzorgvuldig totstandgekomen conclusie.

Wat het college voorts niet beoordeelt is of de internist opzettelijk heeft gehandeld en of (mede) in die zin de gebeurtenissen moeten worden geduid als een medische strafzaak. Nog daargelaten dat het college geen aanwijzingen heeft voor enig opzet of een strafbaar feit, behoort een dergelijke beoordeling niet tot haar wettelijke taak.

Bespreking van de klachtonderdelen

Klachtonderdeel a) niet vaststellen dat er in strijd is gehandeld met protocollen (EWS, SIT, sepsis en maagretentie) en klachtonderdeel b) niet vaststellen dat dossiervoering ontoereikend was omdat motiveringen om af te wijken van de protocollen ontbreken

5.5 Wat deze klachtonderdelen betreft, verwijst het college in de eerste plaats naar de overwegingen daarover in de beslissingen in de parallelle zaken tegen de betrokken urologen en de verpleegkundige (de beslissingen met als kenmerk A2023/6344, A2023/6345, A2023/6346 en A2023/6348). Kort gezegd volgt uit deze overwegingen dat de betrokken urologen zich hebben gehouden aan het EWS en SIT-protocol en dat zij zich niet hoefden te houden aan het Sepsis-protocol omdat er geen aanwijzingen zijn dat de patiënt een sepsis had (en daaraan is overleden). In zoverre is de conclusie dat het calamiteitenonderzoek evenmin onvolkomenheden vertoonde. Dit ligt anders voor het Maagretentieprotocol. De internist zelf heeft in dit verband naar voren gebracht dat voor wat betreft de maagretenties niet volgens protocol is gehandeld waar dat wel had moeten. Het beeld dat volgens de internist uit het dossieronderzoek naar voren kwam was dat de retenties hoog waren, maar dat de maag regelmatig leeggezogen werd. Van continue zuiging was echter geen sprake. Ook enkele uren voor het overlijden werd de maag nog leeggezogen en de maagretentie bevatte geen sondevoeding. Dat er aandacht was vanuit de verpleging voor de maagretenties en dat deze regelmatig werd verwijderd heeft er bij de eerste beoordeling toe geleid dat er geen calamiteit was. Bij de tweede beoordeling is door de calamiteitencommissie geoordeeld dat de tekortkoming wél invloed heeft gehad op het overlijden, ervan uitgaande dat het overlijden het gevolg was van aspiratie. Daarom was de conclusie toen wel dat sprake was van een calamiteit.

In de beslissing in de zaak tegen de verpleegkundige (A2023/6348) heeft het college overwogen dat zij zowel het EWS-protocol als het Maagretentieprotocol niet heeft gevolgd -de protocollen zelfs niet kende - en dat zij niet uitsluitend op haar klinische blik mocht vertrouwen. Bij het calamiteitenonderzoek is dit niet (voldoende) onderkend. Dit alles betekent dat de internist in de uitvoering van het calamiteitenonderzoek wat betreft het niet naleven van het Maagretentieprotocol en het EWS-protocol tekort is geschoten en dat klachtonderdeel a) in zoverre gegrond is. Daarbij verdient ten voordele van de internist nog opmerking dat er ten aanzien van het Maagretentieprotocol een bijstelling heeft plaatsgevonden waardoor de casus uiteindelijk wel als calamiteit is aangemerkt. Klachtonderdeel b) is ongegrond.

Klachtonderdeel c) miskennen dat de behandelaren inadequaat diagnostisch hebben geredeneerd; Klachtonderdeel d) miskennen dat de behandelaren onvoldoende diagnostiek hebben laten uitvoeren en Klachtonderdeel e) miskennen van de alarmsignalen/symptomen van ernstige sepsis en MODS

5.6 Wat betreft de beoordeling van deze klachtonderdelen verwijst het college naar de overwegingen in de beslissingen tegen twee van de drie urologen, A2023/6344 en A2023/6346: daar wordt onder meer overwogen dat het college geen aanwijzingen heeft voor onzorgvuldig handelen. Het college acht navolgbaar dat er veel aandacht uitging naar de pijn van patiënt en dat de onderzoekshandelingen in eerste instantie gericht waren op het achterhalen van de oorzaak van die pijn. Gelet op de mate van pijn acht het college het ook niet onlogisch dat de uroloog de verstoorde ademhalingsfrequentie in verband bracht met de pijn. Omdat patiënt bovendien leek op te knappen, lag het voorts niet voor de hand een internist of intensivist om collegiaal advies te vragen. Daarmee is de conclusie dat de internist op dit punt in haar onderzoek in redelijkheid tot het oordeel kon komen dat er geen sprake was van een calamiteit.

Slotsom

5.7 Hiervoor is al overwogen dat er geen aanwijzingen zijn dat de patiënt een sepsis had. De slotsom is dat de klachtonderdeel a) deels gegrond is en de klachtonderdelen b), c), d), en e) ongegrond zijn.

5.8 Verder is niet gebleken dat de internist, zoals klager stelt, opzettelijk onjuiste en misleidende informatie heeft verschaft aan de nabestaanden. Het beeld dat uit het dossier naar voren komt is dat de internist heeft geprobeerd om klager te horen in zijn klachten en vragen te beantwoorden maar dat klager daar geen genoeg mee nam en het met de antwoorden grotendeels niet eens was. Er is gelet op de ontevredenheid van klager en de familie zelfs aanleiding gezien om een second opinion aan te vragen, waarna werd geconcludeerd dat sprake is geweest van een calamiteit. Verwezen wordt naar overweging 3.3 hierboven.

Maatregel

5.9 De klacht is deels gegrond bevonden. Desondanks ziet het college geen aanleiding om een maatregel op te leggen. Van belang daarbij is dat de calamiteitencommissie, waaronder dus ook de internist, de casus naar aanleiding van de tweede beoordeling wel als calamiteit heeft aangemerkt, zij haar handelwijze naar aanleiding van de casus nogmaals heeft bekeken en heeft gereflecteerd op hetgeen is gebeurd. De calamiteitencommissie heeft verbeteringen doorgevoerd die inhouden dat ook een eerste (oriënterende) beoordeling geformaliseerd plaatsvindt hetgeen inhoudt dat daarvan een verslaglegging wordt gemaakt. Onderdeel van die beoordeling en verslaglegging is onder andere het al dan niet volgen van de geldende protocollen. Tegen deze achtergrond dient het opleggen van een maatregel geen redelijk tuchtrechtelijk doel.

Publicatie

5.10 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden onder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdeel a) gegrond voorzover dit onderdeel betrekking heeft op het niet naleven van het Maagretentieprotocol;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- bepaalt dat geen maatregel wordt opgelegd;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan het tijdschrift Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door E.A. Messer, voorzitter, R.P. Wijne, lid-jurist, T.D. Haan, H.R.H. de Geus, en E.J. van Lieshout, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door S.M. Geerding, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 28 oktober 2024.