



Uitspraak Regionaal Tuchtcollege te Zwolle

Nr. 027/2011

Beslissing d.d. 29 maart 2012 naar aanleiding van de op 25 januari 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
gemachtigde: E.M.L. Verschuur,
klaagster

– Tegen –

C, neuroloog, werkzaam te D,
gemachtigde: mr. C.W.M. Verberne, advocaat te Eindhoven,
verweerster

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek;
- het medisch dossier.

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

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 17 februari 2012, alwaar is verschenen verweerster bijgestaan door haar gemachtigde. Klaagster is niet verschenen maar heeft zich doen vertegenwoordigen door haar gemachtigde. Ter zitting is eveneens behandeld de klacht tegen een collega van verweerster, de heer E. In die zaak bekend onder nummer 028/2011 wordt afzonderlijk uitspraak gedaan.

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.

Klaagster is de echtgenote van de heer F, verder patiënt te noemen geboren op 20 januari 1954 en overleden op 2 april 2009.

Op 24 juli 2007 werd patiënt, na verwijzing door de huisarts, gezien op de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis te D, in verband met een acuut ontstane slikstoornis tijdens vakantie op 19 juli 2007. Op de SEH vond een neurologische beoordeling plaats door neuroloog E, die patiënt kende vanwege poliklinische consulten in 2005 wegens passagère slik- en spraakstoornissen en een hemihypaesthesie rechts, toen geduid als multiple infarctjes in het linker arteria cerebri media gebied. Tevens werd in 2005 vastgesteld dat patiënt leed aan diabetes mellitus type 2. Het beleid ten aanzien van de diabetes mellitus werd in 2005 aan de huisarts overgedragen. Bij presentatie op 24 juli 2007 gebruikte patiënt geen bloedsuiker verlagende middelen.

Bij het neurologisch onderzoek op 24 juli 2007 werd een niet nader te objectiveren slikstoornis gevonden en een lichte coördinatioestoornis bij het lopen. Er is oriënterend bloedonderzoek uitgevoerd. Daaruit kwam een glucosewaarde van 11.3 naar voren.

E heeft patiënt opgenomen voor observatie en verdere diagnostiek. Op het opnameformulier, waar E als hoofdbehandelaar stond genoemd, staat vermeld dat patiënt al zeker drie dagen niets meer heeft kunnen drinken en eten. Tevens staat daarop vermeld dat hij bekend is met 'lichte DM'. Wegens dreigende uitdroging werd opdracht gegeven te starten met 3 liter NaCl 0,9% per 24 uur. Op het afsprakenblad staat evenwel vermeld 3 liter zoutglucose. Er werd een MRI van de hersenen aangevraagd.



Op 25 juli 2007 vond overplaatsing van patiënt plaats naar de afdeling neurologie. De logopedist werd in medebehandeling gevraagd. Tevens volgde er die dag een consult van de KNO-arts. Die heeft een maagsonde onder fiberoscopie ingebracht zodat gestart kon worden met sondevoeding. De KNO-arts zag bij fiberoscopisch onderzoek geen faryngeale slikbewegingen en stelde als differentiaal diagnose een neurologische aandoening of een lokale maligniteit.

Bij het multidisciplinaire overleg op 26 juli 2007 werd gesproken over mogelijke spasmen van de larynx-musculatuur als oorzaak van de slikklachten. Na de aangevraagde MRI-scan zou overleg met de KNO-arts volgen over het eventueel plaatsen van een PEG-sonde. Ondertussen vond oefentherapie ten behoeve van het slikken plaats.

Vanaf maandag 30 juli 2007 was verweerster de verantwoordelijke neuroloog op de afdeling neurologie. Vanwege het hoesten van patiënt werd door haar een X-thorax aangevraagd. De X-thorax liet op 30 juli 2007 geen afwijkingen zien.

Op de uitslag van de gemaakte MRI-scan werd het beeld beschreven van mogelijk een al wat ouder staminfarct en supratentorieel wat periventriculaire witte stof afwijking. Verweerster heeft op 31 juli 2007 met de KNO-arts overlegd. Tijdens dit overleg is in verband met de eenzijdige stembandparalyse en het beeld bij de MRI-scan een MRI-scan van de hals aangevraagd.

Tijdens de ochtendvisite op 31 juli 2007 heeft verweerster de uitslag van de MRI meegedeeld aan patiënt. Die bevond zich op dat moment in de badkamer. Diezelfde dag is er een gesprek geweest op de polikliniek tussen verweerster en patiënt en zijn echtgenote, waarbij is gesproken over de uitslag van de MRI en over het verdere beleid. In overleg met de KNO-arts is een MRI-scan van de hals aangevraagd. Omdat op korte termijn geen verbetering van de gestoorde slikfunctie werd verwacht werd een plaatsing van een PEG-sonde aangevraagd. Patiënt heeft in een vlaag van verwardheid zijn neussonde eruit getrokken. Er is een nieuwe ingebracht met behulp van een scopie in afwachting van de plaatsing van de PEG-sonde.

Op 2 augustus 2007 werd in overleg met de internist een PEG-sonde geplaatst. De plaatsing van de PEG-sonde verliep ongecompliceerd. Wel leek patiënt lichte cognitieve stoornissen te ontwikkelen en vertoonde hij in wisselende mate geagiteerd gedrag. Patiënt werd die dag ook op het MDO besproken. Verweerster heeft een neuropsychologisch onderzoek aangevraagd.

Op 3 augustus 2007 vond de MRI van de hals plaats. Deze was slecht te beoordelen ten gevolge van bewegingsartefacten. Er was een verdenking op een pathologisch vergrote lymfeklier links in de hals met afmetingen van 1,8 bij 1 cm. Tevens werden er kleinere lymfeklieren beiderzijds in de hals gezien. De radioloog adviseerde een consult met de KNO-arts en een CT hals/larynx en CT-thorax.

Op 5 augustus 2007 is patiënt op dagverlof naar huis gegaan. Op 6 augustus 2007 had verweerster een ontslaggesprek met patiënt en klaagster. Ontslag werd gepland op 8 augustus 2007.

Op 7 augustus 2007 was patiënt overdag suf en verward. Hij was ook meer instabiel bij het lopen. Het ontslag werd op verzoek van klaagster uitgesteld door verweerster. In de avond werd de dienstdoende arts-assistent door de verpleging bij de patiënt geroepen in verband met verwardheid, sufheid en vermoeidheid zonder pijn. Bij lichamelijk onderzoek waren er geen bijzonderheden. Bloedonderzoek leverde een Hb op van 10,2 mmol/l Kreat 126 mmol/l Na 162 K4,5 mmol/l Calc 2,66 mmol/l en Glucose 47,0 mmol/l. E had die avond dienst en gaf het advies direct te overleggen met de dienstdoende internist. Deze adviseerde een actrapid-infuus en regelde het vochtbeleid. Er bleek sprake van hyperosmolair-pre-comadiabeticum bij een patiënt bekend met diabetes mellitus. In het medisch dossier staat tevens vermeld 'nu ook infecteus' en dat augmentin is voorgeschreven.

Op 9 augustus 2007 werd de patiënt klinisch slechter. Hij was suffig, had een lage bloeddruk en irregulaire trage hartactie. Het ECG toonde een zeer traag ritme met mogelijk atriumfibrillatie. De internist overlegde met E. Ook de cardioloog werd in consult gevraagd. Die heeft patiënt overgeplaatst naar de ICU. Daar werd een externe pacemaker ingebracht. Op de ICU is de intensivist hoofdbehandelaar.

Op 10 augustus 2007 werd een CT-thorax en hals gemaakt. Daarop is een lymfekliervergroting links in de hals te zien en een asymmetrie ter hoogte van de stemband links zonder duidelijke massa op halsnivo of mediastinaal. Er is een infiltraat in de linker onderkwab.

Op 11 augustus gaf klaagster aan dat zij graag overplaatsing van patiënt wilde naar de IC van een academisch ziekenhuis. G kon patiënt niet overnemen, ook H had geen plaats. Verweerster heeft tevens gebeld met het ziekenhuis in I. Daar werd aangegeven dat wanneer sprake was van een arteria basillaris trombose patiënt in aanmerking zou kunnen komen voor intra-arteriele trombolysie. Om 23.00 uur die avond was er bij patiënt sprake van toenemende verwardheid en heeft de intensivist een gesprek met de familie gehad. Van dat gesprek heeft klaagster begrepen dat de situatie somber werd



ingeschat. Tijdens dit gesprek heeft de familie ingestemd met een niet-reanimeren beleid. In het medisch dossier staat door de intensivist genoteerd: 'Gesprek met echtgenote gehad, deze wil geen overplaatsing, wel een NTBR beleid'.

Op 12 augustus 2007 werd een MRI-scan gemaakt en een MRI-angio van het cerebrum en cerebropetale vaten. Er waren atheromateuze plaques in cerebrale vaten te zien. De arteria basillaris was open. De rechter arteria vertebralis wordt niet afgebeeld. Er waren geen nieuwe infarcten en er was geen hersenoedeem. Er waren vele microvasculaire stoornissen.

Verweerster overlegde die dag met een neuroloog uit G. Die gaf aan dat er geen indicatie was voor een intra-arteriële trombolysse. Op verzoek van de familie, die overleg had gevoerd met een nicht die arts-assistent is, werd het aanvankelijk overeengekomen NTBR-beleid door de dienstdoende intensivist weer omgezet in een actief beleid met zo nodig reanimatie en beademing.

In de loop van de middag werd patiënt respiratoir insufficiënt en werd hij geïntubeerd en beademd en werd het sepsis protocol opgestart omdat het waarschijnlijk werd geacht dat een verslikpneumonie was opgetreden. Er vond overleg met de IC van het UMC I plaats, als er plaats was zou patiënt worden overgeplaatst.

Op maandag 13 augustus 2007 was E consulent neuroloog op de afdeling ICU en werd patiënt door hem neurologisch beoordeeld. Hij constateerde isocore pupillen en beiderzijds was er matige lichtreactie. Patiënt kneep op verzoek links beter dan rechts. Er was een paraparese, de VZR was beiderzijds indifferent. E concludeerde tot toename van de hersenstamdysfunctie en noteerde in zijn differentiaal diagnose:

- toename van de ischemie?
- metabool-toxische beïnvloeding vanwege de hyperglycemie
- hypernatriemie
- koorts door pneumonie

Er werd een EEG gemaakt dat een subklinische status epilepticus uitsloot. Wel werd een diffuus traag tracé gezien ten teken van diffuse cerebrale hypnofunctie. E had een gesprek met de familie en heeft telefonisch met nog een ander familielid gesproken. Die avond werd patiënt overgeplaatst naar I. Daar kon hij na drie dagen van de beademing af. Er volgden vele complicaties.

Patiënt is op 2 april 2009 overleden aan een schimmelinfectie in zijn longen.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht

Klaagster stelt dat ten onrechte niet is onderkend dat er sprake was van een extreme hyperglycemie bij een patiënt die leed aan diabetes mellitus. De glucose die bij opname was geprikt had een waarde van 11,3 mmol/l en had als een nuchtere glucose moeten worden aangemerkt nu patiënt al dagen niet meer gegeten en gedronken had. Deze waarde was derhalve te hoog. Voorts was het bekend dat patiënt aan diabetes mellitus leed.

Bij een patiënt die bekend is met diabetes mellitus dient in het geval via een neussonde, danwel via een PEG-sonde hoog calorisch voedsel wordt toegediend, controle van de suiker plaats te vinden. De symptomen die patiënt ontwikkelde, zoals cognitieve stoornissen, toenemende sufheid, en zoals uit het verpleegkundig dossier blijkt veel plassen, continue dorst en verwardheid, pasten ook bij het beeld van een te hoog suiker gehalte in het bloed. Klaagster heeft dit meermalen aangegeven bij de verpleging. Ten onrechte is niet onderkend dat er bij patiënt sprake was van metabole verstoringen. Na de opname is pas op 7 augustus 2007, en wel mede na aandringen van de familie, de bloedsuikervalue weer bepaald. Die bleek toen extreem verhoogd. Dat er sprake was van een diabetisch subcoma is volledig gemist. Doordat in het ziekenhuis te laat is opgemerkt dat er sprake was van een te hoog bloedsuikergehalte, heeft patiënt zich verslikt waardoor een longontsteking ontstond. Klaagster acht het onjuist dat patiënt zonder monitor bewaakt werd op de afdeling neurologie bij een hyperglycemisch subcoma terwijl hij aan de insulinepomp lag. Hij hoorde niet meer op de verpleegafdeling thuis.

Ten onrechte is aangegeven dat patiënt een nieuw infarct had meegemaakt. In het weekeinde van 11 en 12 augustus 2007 werd aan klaagster medegedeeld dat zij er rekening mee moest houden dat het niet goed zou aflopen met patiënt. Patiënt zou er volgens verweerster klinisch zo slecht aan toe zijn door een slechte doorbloeding in de hersenstam ten gevolge van een nieuw infarct, waarbij bijna de hele hersenstam eruit zou liggen. Op basis van deze informatie is klaagster akkoord gegaan met het niet-reanimeren beleid. Deze informatie was onjuist. Patiënt bleek metabool onregelgd te zijn. Klaagsters nicht heeft geadviseerd dit beleid te staken. Uit onderzoek dat op advies van de neuroloog uit I is uitgevoerd, bleek dat er geen sprake was van een nieuw infarct en dat de aan klaagster verstrekte informatie onjuist was. Als het niet-reanimeren beleid niet was herroepen was patiënt in het weekeinde van 11 en 12 augustus 2007 al overleden. Klaagster acht het tevens tuchtrechtelijk verwijtbaar dat de uitslag van de MRI-scan patiënt op 31 juli 2007 is medegedeeld terwijl hij zich in de



badkamer bevond en stond af te drogen na het douchen. Dit is onjuist, temeer daar klaagster had aangegeven bij dit gesprek aanwezig te willen zijn.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster voert – zakelijk weergegeven – het volgende aan.

Uiteraard is het ziektebeloop van patiënt dramatisch te noemen en had verweerster liever gezien dat het anders was gelopen. Er moet gekeken worden of verweerster destijds, met de wetenschap van dat moment, adequate specialistische hulp heeft verleend. Daar is naar de mening van verweerster sprake van geweest. Verweerster is verantwoordelijk geweest voor de patiënt vanaf 30 juli 2007 op de afdeling neurologie tot aan overplaatsing naar I.

Met betrekking tot het niet onderkennen van de hyperglycemie stelt verweerster dat achteraf gezien het inbrengen van de sonde, gevolgd door het toedienen van sondevoeding zodanig belastend is geweest voor patiënt, dat daardoor zijn bloedsuiker erg is opgelopen. Tijdens de opname had verweerster echter geen enkele aanleiding om aan te nemen dat dat zou kunnen gebeuren. Voor wat betreft het meedelen van de uitslag in de badkamer is verweerster van mening dat, wanneer de diagnose zoals eerder gesteld, wordt bevestigd, dit tijdens de visite kan worden meegedeeld. Op dat moment zat patiënt in de badkamer op een stoel gehuld in een badlaken. Verweerster is nagegaan of patiënt het aankon om de uitslag op deze manier verteld te krijgen en dat was in dit geval mogelijk. Verweerster schatte in dat het bespreken van de uitslag, patiënt zorgen over andere (kwaadaardige) mogelijkheden zou besparen. Er is ook meteen een afspraak gemaakt voor een nader gesprek met patiënt en klaagster op de polikliniek. Dat gesprek heeft diezelfde dag nog plaatsgevonden. Er is regelmatig overleg geweest met de familie. Verweerster betwist dat dit niet het geval zou zijn geweest. De klacht over het verkeerd inlichten van de familie is niet specifiek tegen verweerster gericht. Verweerster meent dat daar geen sprake van is geweest.

Naar mening van verweerster is voor het bewaken van een patiënt die is gestart met een insulinepomp geen overplaatsing naar een intensive care dan wel een andere wijze van bewaking aangewezen. Zij stelt dat dit bovendien ter beoordeling van de internist was en dat de patiënt cardio-pulmonaal en hemodynamische stabiel was. Verweerster is niet betrokken geweest bij het afspreken van het NTBR-beleid. Er is door de intensivist aangegeven dat te allen tijde op deze beslissing kon worden teruggekomen en dat is vervolgens ook gebeurd.

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.

5.2 Verweerster heeft op 30 juli 2007 de behandeling van patiënt overgenomen van haar collega, neuroloog E. Vanaf dat moment was zij hoofdbehandelaar. Verweerster heeft met betrekking tot het niet onderkennen van de hyperglykemie opgemerkt dat achteraf gezien het inbrengen van de sonde, gevolgd door toediening van sondevoeding voor patiënt zodanig belastend is geweest dat zijn bloedsuiker daardoor erg is opgelopen. Het college verwerpt de stelling van verweerster dat haar dat niet verweten kan worden omdat zij naar haar mening tijdens de opname geen enkele reden heeft gehad om aan te nemen dat zulks zou kunnen gebeuren. Ter zitting heeft verweerster in dit kader toegelicht dat zij niet bekend was met het feit dat patiënt leed aan diabetes mellitus type 2.

Het college overweegt dat het de verantwoordelijkheid is van de (opvolgend) hoofdbehandelaar om zich op de hoogte te stellen van de medische voorgeschiedenis van patiënt. De behandelaar dient zich immers daarover actief te informeren door middel van het medisch dossier dat met betrekking tot patiënt is opgemaakt. Indien verweerster zich aan de hand van het dossier over de medische voorgeschiedenis had geïnformeerd, had zij geweten dat er sprake was van een diabetes mellitus patiënt. Dat was reeds in 2005 bekend toen hij ook in onderhavig ziekenhuis behandeld werd en ook op het opnameformulier van 24 juli 2007 stond dit vermeld. Daaraan kan niet afdoen dat haar collega dit feit, hoewel dat wenselijk ware geweest, niet in de overdracht aan verweerster heeft vermeld.

Dat er sprake was van diabetes mellitus was ook relevant in verband met het feit dat aan patiënt sondevoeding werd gegeven, eerst via de neussonde en later via de PEG-sonde. In het geval van een bekende diabetes mellitus patiënt, ook indien die daar niet met medicijnen voor wordt behandeld, is dit bij het toedienen van sondevoeding aanleiding om controle van de bloedsuiker plaats te laten vinden. Indien bij een bekende diabetes patiënt, die ziek is en sondevoeding krijgt, geen controle plaatsvindt bestaat het risico dat patiënt ongemerkt metabool ontregeld raakt, hetgeen op enig moment ook gebeurd is. Een controle van de bloedsuiker heeft – nu verweerster

de diabetes mellitus heeft gemist – bijgevolg vanaf opname tot aan 7 augustus 2007 ten onrechte niet plaatsgevonden.

Ten patiënt begin augustus 2007 tekenen begon te vertonen van toenemende verwardheid en agitatie, alsmede van een lichte verstoring in het looppatroon, had gezien deze medische voorgeschiedenis van patiënt, een ontregelde bloedsuiker als oorzaak voor de symptomen in de differentiaal diagnose opgenomen dienen te worden. Nu verweerster zich ten onrechte niet heeft gerealiseerd dat er sprake was van patiënt met diabetes mellitus, heeft zij dit evenmin in haar differentiaal diagnose opgenomen.

Het college is gelet op het vorenstaande van oordeel dat verweerster in tuchtrechtelijk opzicht te kort is geschoten en dat vorenstaande klachtonderdelen terecht zijn voorgedragen. In zoverre is de klacht gegrond.

Het college constateert voorts dat in de periode van 30 juli 2007 tot 7 augustus 2007 door verweerster in het geheel niet aan verslaglegging is gedaan. Het college hecht er aan op te merken dat het dit, hoewel het strikt genomen buiten de klacht valt, niet zorgvuldig acht.

- 5.3 Niet in geschil is voorts dat verweerster patiënt op 31 juli 2007 op de hoogte heeft gesteld van de uitslag van de MRI, te weten dat bij hem een ponsinfarctje in de hersenstam was gevonden. Ter zitting heeft verweerster toegelicht dat het informeren van patiënt plaatsvond tijdens het visite lopen op de afdeling. Zij heeft patiënt op dat moment mededeling van de uitslag van de MRI gedaan omdat zij patiënt, van wie zij wist dat hij erg bang was dat er sprake was van een kwaadaardige aandoening, gerust wilde stellen.
- Hoewel het op zich niet gelukkig is dat patiënt zich op dat moment in de badkamer bevond, is het college van oordeel dat niet gezegd kan worden dat verweerster daarmee in tuchtrechtelijk opzicht verwijtbaar heeft gehandeld door de uitslag op dat moment te vertellen. Daaraan doet niet af dat zijn echtgenote er op dat moment niet bij was, temeer niet nu aan patiënt en zijn echtgenote diezelfde dag nog een gesprek op de polikliniek is aangeboden en dat gesprek diezelfde dag ook heeft plaatsgevonden. Dat deze infarctdiagnose zou zijn gesteld zonder nieuw beeldmateriaal zoals klaagster ingang wil doen vinden, mist feitelijke grondslag nu deze diagnose is gesteld op basis van een MRI-scan.
- 5.4 Anders dan klaagster betoogt is – mede nu de lezing van partijen daaromtrent verschilt – onvoldoende gebleken dat door verweerster aan klaagster is medegedeeld dat een nieuwe infarctdiagnose was gesteld. Naar aanleiding van het klinisch beeld heeft onderzoek, zowel door middel van MRI-scan als MRI-angio, als een CT-scan en röntgenfoto's plaatsgevonden, maar dit heeft alstoen – nadat eerder een ponsinfarctje was geconstateerd – geen duidelijk beeld opgeleverd. Er zijn daarbij geen nieuwe infarcten geconstateerd, wel hersenoedeem en vele microvasculaire stoornissen. Wel is door verweerster in differentiaaldiagnostische zin overwogen dat er mogelijk sprake was van een toename van een inschemisch infarct in de hersenstam. Dat gezegd is dat 'de hele hersenstam eruit lag' acht het college dan ook onvoldoende aannemelijk geworden. Dat laatste lag ook niet voor de hand gelet op het klinisch beeld van patiënt, die op dat moment nog zelfstandig ademde. De klacht is op dit punt niet terecht voorgesteld.
- 5.5 Uit het medisch dossier blijkt dat het NTBR-beleid is afgesproken in het overleg tussen de intensivist en de familie. Niet is gebleken dat verweerster bij dat gesprek is geweest of dat zij door de intensivist betrokken is bij het besluit om dat beleid te gaan voeren, noch dat zij het advies aan de familie of aan de intensivist heeft gegeven om dat beleid te gaan voeren. Ter zitting heeft verweerster aangegeven dat zij verbaasd was toen zij hoorde dat dit beleid was afgesproken, omdat op dat moment nog niet duidelijk was wat er precies met patiënt aan de hand was.
- 5.6 De klacht dat patiënt op de afdeling neurologie lag bij een hyperglykemisch beeld terwijl hij aan de insulinepomp lag, is ongegrond. Verweerster had de avond van 7 augustus 2007 geen dienst maar haar collega E, zodat reeds om deze reden de klacht ongegrond is. Voorts overweegt het college dat er geen aanleiding was patiënt op dat moment naar de IC over te plaatsen nu er op dat moment geen sprake was van was dat patiënt cardio-respiratoir of hemodynamisch instabiel was.
- 5.7 Zoals hiervoor is overwogen is de klacht deels gegrond. Het college zal verweerster terzake een maatregel opleggen en acht de maatregel van waarschuwing passend. Het college acht termen aanwezig, aan het algemeen belang ontleend, om deze uitspraak voor publicatie aan te bieden.

6. De beslissing

Het college:

- waarschuwt verweerster;
- bepaalt verder dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekend gemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en 'Gezondheidszorg Jurisprudentie'.



Aldus gedaan in raadkamer door mr. D.M. Schuiling, voorzitter, mr. dr. Ph.S. Kahn, lid-jurist, en dr. R.B. van Leeuwen, dr. R.H. Boerman en dr. P.J.M. van Gulp, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. K.M. Dijkman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 29 maart 2012 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. M. Willemse, plv. secretaris.

Voorzitter.

Secretaris.

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.