

Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Nr. C2025/2799

Beslissing in de zaak onder nummer C2025/2799 van:

A.,
wonende in B.,
appellante, klagster in eerste aanleg,
hierna: klagster,
gemachtigde: C., echtgenoot van klagster,

tegen

D.,
longarts,
destijds werkzaam in B.,
verweerder in beide instanties,
hierna: de longarts,
gemachtigde: L., en mr. M.F. Mooibroek, werkzaam te Utrecht.

1. De zaak in het kort

- 1.1 Klagster heeft klachten ingediend over de zorg die aan haar moeder is verleend in het E. (E.). Zij is – kort gezegd – niet tevreden over de zorg die haar moeder kreeg. De moeder van klagster is in 2022 in het E. overleden. De longarts was betrokken bij de behandeling van de moeder van klagster op 11 maart 2022 en was de dienstdoend longarts op 13 en 14 maart 2022.
- 1.2 Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klacht van klagster ongegrond verklaard. Het Centraal Tuchtcollege verklaart de klacht alsnog gedeeltelijk gegrond en legt de longarts een waarschuwing op.

2. Verloop van de procedure in beroep

- 2.1 Klagster heeft beroep ingesteld tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Amsterdam van 1 april 2025 met nummer A2024/7146 (ECLI:NL:TGZRAMS:2025:75). De beslissing van het Regionaal Tuchtcollege is als bijlage aan deze beslissing gehecht. De longarts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.
- 2.2 De zaak is op de zitting van 18 mei 2026 gezamenlijk maar niet gevoegd behandeld met de zaken C2025/2798 en C2025/2800. Klagster, haar echtgenoot, de longarts en de gemachtigden van de longarts waren daarbij aanwezig. De spreekantekeningen die klagster en mr. Mooibroek hebben gebruikt zijn toegevoegd aan het dossier van het Centraal Tuchtcollege.

3. Feiten

- 3.1 Het Centraal Tuchtcollege gaat bij de beoordeling van het beroep uit van de volgende feiten:
- 3.2 De moeder van klagster, geboren in 1959, (hierna: patiënte) was bekend met onder meer astma, diabetes, een verhoogde bloeddruk, obstructieve slaapapneusyndroom, obesitas en mammacarcinoom (borstkanker).
- 3.3 Patiënte was bij een collega van de longarts (verweerder in zaak C2025/2798; hierna: de behandelend longarts) in behandeling voor longklachten wegens haar astma. De behandeling van de borstkanker vond plaats in een ander ziekenhuis. Daar waren uitzaaiingen van de borstkanker in de lever vastgesteld.
- 3.4 Bij beeldvormend onderzoek in februari 2021 werden diverse verspreide noduli (verdichtingen) in de longen gezien, passend bij sarcoïdose dan wel metastasen (uitzaaiingen). Verder onderzoek hiernaar werd zowel risicovol als niet bijdragend geacht voor de behandeling van patiënte.
- 3.5 Patiënte is op 10 februari 2022 in een verpleeghuis opgenomen.
- 3.6 Na een bezoek aan de spoedeisende hulp (SEH) op 14 februari 2022 werd in overleg met de behandelend longarts een behandelcode B vastgelegd, inhoudende dat niet zou worden gereanimeerd of beademd, omdat dit als medisch zinloos werd beschouwd. Deze behandelbeperking werd op dat moment niet met patiënte besproken.
- 3.7 Op 1 maart 2022 vond telefonisch contact plaats tussen de behandelend longarts en patiënte, waarbij een pleurapunctie werd afgesproken. Op verzoek van patiënte werd deze vervroegd naar

- 2 maart 2022. Tevens wijzigde de behandelend longarts op dringend verzoek van patiënte de behandelcode van B naar een A, inhoudende dat in beginsel alle medisch noodzakelijke behandelingen, inclusief reanimatie, beademing en intensieve zorg zouden worden ingezet wanneer daar aanleiding voor zou zijn.
- 3.8 Bij de punctie van 2 maart 2022 werden kankercellen gevonden in het vocht tussen de longvliezen. Er was toen sprake van pleurale metastasering.
- 3.9 Op 10 maart 2022 werd patiënte bij de SEH van het ziekenhuis binnengebracht in verband met dyspnoe (benauwdheids-) klachten. Er werd lichamelijk onderzoek verricht en een X-thorax (longfoto) gemaakt. Door een collega longarts werd afgesproken dat de volgende dag een echo-thorax zou worden verricht, waarna eventueel een punctie kon plaatsvinden. Met patiënte werd besproken dat het afhing van het onderzoeksresultaat of er daadwerkelijk een punctie gedaan zou worden.
- 3.10 Op vrijdagdag 11 maart 2022 zag de longarts patiënte voor het eerst tijdens het endoscopieprogramma. Zij verrichtte een echo-thorax, waarbij slechts een minimale hoeveelheid pleuravocht werd gezien. Van een punctie werd afgezien, omdat daarvoor geen indicatie bestond. De risico's van de ingreep werden te groot geacht en er werd geen reële verbetering van de benauwdheidsklachten verwacht. Dit werd met patiënte besproken. Tevens werd besproken dat het, gezien de multi problematiek, wenselijk was de zorg in één ziekenhuis onder te brengen. De longarts gaf aan dit te zullen bespreken met haar collega, de behandelend longarts.
- 3.11 Twee dagen later, op zondagavond 13 maart 2022, werd patiënte vanuit het verpleeghuis naar de SEH van het ziekenhuis gebracht omdat zij niet wekbaar was, met als werkdiagnose sepsis. Zij werd opgevangen door een arts-assistent (verweester inzake C2025/2951), onder supervisie van een SEH-arts (verweester inzake C2025/2950). Zij kreeg onder meer twee liter vocht toegediend, waarop zij reageerde. De arts-assistent zocht in overleg met de SEH-arts contact met de longarts, die op dat moment achterwacht had, en met het ziekenhuis dat oncologisch bij patiënte betrokken was, onder meer over behandelbeperkingen. Besloten werd een Code B-beleid (zie hiervoor in 3.6) te hanteren. De SEH-arts en de arts-assistent zijn hierover samen in gesprek gegaan met patiënte en de aanwezige broer van patiënte. Daarna sloot ook de longarts aan bij dit gesprek aan, omdat zij voor een andere patiënt inmiddels in het ziekenhuis aanwezig was.
- 3.12 Later sloot ook de schoonzoon van patiënte, de echtgenoot van klaagster, aan. In het gesprek hebben de artsen het Code B-beleid aan patiënte en haar naasten uitgelegd. Patiënte en haar familie waren het niet eens met dit beleid en hadden er moeite mee om dat te accepteren. De dienstdoend internist-oncoloog in het ziekenhuis is geraadpleegd en de dienstdoend intensivist is patiënte tweemaal komen beoordelen. Deze laatste oordeelde dat het medisch niet zinvol was om patiënte op de IC op te nemen. Uiteindelijk werd besloten patiënte op te nemen op een reguliere verpleegafdeling en is een opnamebeleid gemaakt. Hierbij werd onder meer afgesproken dat de arts-assistent de logistieke overgang naar de afdeling zou regelen waarbij zij de SEH-arts of de longarts kon bellen als zij vragen had. De arts-assistent heeft zelfstandig de medicatielijst van patiënte beoordeeld en de thuismedicatie – zonder wijzigingen – omgezet naar opnamemedicatie. Het ging om 21 verschillende medicijnen waaronder:
Furosemide tablet 40 mg;
Metoprolol tablet 50 mg;
Midazolam 30 mg;
Pregabaline capsule 75 mg.
- 3.13 In de nacht en de daaropvolgende ochtend van 14 maart 2022 vonden meerdere controles plaats en ontbeet patiënte nog zelfstandig. Later die ochtend waarschuwde de echtgenoot van klaagster het verplegend personeel omdat patiënte niet meer aanspreekbaar was. De verpleegkundige verzocht daarop een arts-assistent om te komen en de arts-assistent belde de longarts met het verzoek mee te gaan. De longarts kwam direct. Zij besloot tot bloedafname, waaronder een veneus en capillair bloedgas. Op het moment dat de uitslag van het veneuze bloedgas binnenkwam, verslechterde het ademhalingspatroon van patiënte en werd zij grauw. Er werden direct nieuwe controles gedaan, maar patiënte had een hele zwakke pols en overleed vrijwel direct.
- 3.14 Bij de schouw door de longarts en een collega werd als doodsoorzaak genoteerd hypercapnisch coma bij sepsis en bij gemetastaseerd mammacarcinoom. Dit werd direct gemeld aan de aanwezige echtgenoot van klaagster, die klaagster belde. Klaagster wilde dat patiënte gereanimeerd werd, maar de artsen legden haar uit dit niet te doen conform het code B-beleid. In de periode erna hebben er vijf nazorggesprekken plaatsgevonden met klaagster en haar echtgenoot, waarbij de longarts aanwezig was.

4. Beoordeling van het beroep

Waar gaat het in beroep over?

- 4.1 Volgens klagster heeft de longarts onzorgvuldig/onjuist gehandeld, omdat zij – kort en zakelijk weergegeven –:
- a) patiënte van de punctieafdeling heeft laten gaan zonder verder behandelplan;
 - b) ten onrechte behandelcode A heeft gewijzigd in behandelcode B;
 - c) heeft belemmerd dat patiënte naar de intensive care is gegaan en patiënte in plaats daarvan naar een niet geschikte afdeling is gebracht zonder verdere monitoring (in samenwerking met de SEH-arts, verweester inzake C2025/2950);
 - d) onvoldoende informatie heeft gegeven over de slechte status waar patiënte in verkeerde;
 - e) geen aandacht heeft besteed aan de slechte bloedgaswaarden van patiënte;
 - f) de medicatielijst niet heeft aangepast aan de klachten die patiënte had;
 - g) heeft gelogen dat zij de avond voor het overlijden van patiënte zou hebben aangegeven dat de situatie van patiënte ernstig was;
 - h) de ernst van de situatie van patiënte heeft benadrukt in het nazorgtraject, waardoor er een ander beeld is ontstaan dan dat er werkelijk was.
- 4.2 Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klacht kennelijk ongegrond verklaard. Klagster is het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege. Zij verzoekt het Centraal Tuchtcollege om de klacht alsnog gegrond te verklaren. De longarts heeft verweer gevoerd. Zij verzoekt het Centraal Tuchtcollege om het beroep van klagster te verwerven.

Omvang beroep

- 4.3 Uit het oogpunt van een goede en eerlijke procesorde kunnen in beroep alleen die klachten ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege worden voorgelegd die deel uitmaken van de oorspronkelijke klacht die aan het Regionaal Tuchtcollege is voorgelegd. Nieuwe klachten vallen buiten het bereik van het beroep. Klagster is niet-ontvankelijk in de nieuwe klachten die zij in beroep heeft toegevoegd. Dit betekent dat het Centraal Tuchtcollege deze klachten niet inhoudelijk kan beoordelen.

Toetsingskader

- 4.4 De vraag is of de longarts de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende longarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Inhoudelijk oordeel

Klachtonderdeel a) patiënte van de punctieafdeling laten gaan zonder verder behandelplan

- 4.5 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het Regionaal Tuchtcollege dit klachtonderdeel terecht ongegrond heeft verklaard. Het behandelplan en de uitvoering daarvan is primair de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Het Centraal Tuchtcollege heeft niet kunnen vaststellen dat de longarts op de hoogte was van het verdriet en de radeloosheid van patiënte na de echo-thorax op 11 maart 2022. Het Centraal Tuchtcollege heeft ook niet kunnen vaststellen dat de verpleging de longarts hierover heeft benaderd. De longarts kan daarom niet verweten worden dat zij hierop geen passende actie heeft ondernomen.

Klachtonderdeel b) ten onrechte behandelcode A gewijzigd in behandelcode B

- 4.6 Het Centraal Tuchtcollege heeft er begrip voor dat de familie van patiënte zich overvallen voelde door de beslissing om een Code-B beleid te hanteren, vooral omdat patiënte een aantal dagen daarvoor met haar behandelend longarts had afgesproken dat in haar dossier een Code A-beleid zou worden opgenomen. Dat de longarts samen met de andere betrokken artsen in de nacht van 14 maart 2022 heeft besloten tot een Code-B beleid kan het Centraal Tuchtcollege echter goed volgen. De medische situatie van patiënte was zeer zorgelijk. Er was sprake van een uitgebreid gemetastaseerd mammacarcinoom, patiënte was een aantal malen achter elkaar op de SEH gezien en er was een verdenking van sepsis. Gelet op de zorgelijke medische situatie van patiënte is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de betrokken zorgverleners op goede gronden hebben besloten om een Code B-beleid te hanteren. Op grond van artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek (BW) is een arts gehouden te handelen als een goed zorgverlener. Dit houdt onder meer in dat een

medische behandeling gerechtvaardigd moet kunnen worden. Die rechtvaardiging moet liggen in een bepaald belang voor de patiënt. Als een behandeling niet (meer) in het belang van de patiënt is, is sprake van medisch zinloos handelen. Het is een zorgverlener niet toegestaan om een medisch zinloze behandeling uit te voeren, ook niet wanneer het de uitdrukkelijke wens van de patiënt is dat een behandeling wordt uitgevoerd die als medisch zinloos moet worden beschouwd. De beoordeling en besluitvorming of een behandeling medisch zinloos is, ligt uitsluitend bij de zorgverlener. Dit betekent dat het besluit op medische gronden om over te gaan tot een Code B-beleid een besluit is waarvoor de toestemming van de patiënt en/of familie niet is vereist. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel c) belemmerd dat patiënte naar de intensive care is gegaan en patiënte niet naar een geschikte afdeling is gebracht zonder verdere monitoring

4.7 Het is aan de IC-arts om te beslissen of er een indicatie is voor behandeling op de intensive care. De IC-arts heeft patiënte toen zij in de avond en nacht van 13 op 14 maart 2022 op de SEH verbleef, tweemaal beoordeeld. De longarts was hier niet bij betrokken. De longarts kan hiervan dan ook geen verwijt worden gemaakt. Nadat de longarts had besloten om patiënte op te nemen, is er binnen het ziekenhuis gezocht naar een plek voor patiënte. De longarts gaat hier niet over. Zij was uitsluitend verantwoordelijk voor de beslissing om patiënte op te nemen en voor het opnamebeleid. Omdat de longafdeling vol was, is patiënte opgenomen op een verpleegafdeling van een ander specialisme. Daar heeft ook de monitoring plaatsgevonden. Dat die afdeling ongeschikt zou zijn, is niet gebleken. Ook dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel d) onvoldoende informatie gegeven over de slechte status waar patiënte in verkeerde, g) gelogen dat zij de avond voor het overlijden van patiënte zou hebben aangegeven dat de situatie van patiënte ernstig was en h) de ernst van de situatie van patiënte heeft benadrukt in het nazorgtraject, waardoor er een ander beeld is ontstaan dan dat er werkelijk was

4.8 Het Centraal Tuchtcollege ziet aanleiding om de klachtonderdelen d, g en h gezamenlijk te behandelen. Het Centraal Tuchtcollege kan goed volgen dat patiënte en haar familie hoop putten uit het feit dat patiënte leek op te knappen tijdens haar verblijf op de SEH en dat zij weer goed aanspreekbaar was toen zij werd opgenomen op de verpleegafdeling. Dat neemt niet weg dat patiënte in een ernstige medische situatie verkeerde en dat haar situatie weliswaar stabiliseerde maar nog steeds zorgelijk was. Dat zij in de ochtend van 14 maart 2022 zou overlijden, was niet te voorzien, maar dat de artsen voorafgaand aan de opname op de afdeling het Code B-beleid aan de orde hebben gesteld, geeft wel aan dat een spoedig overlijden zeker niet uitgesloten was. Op basis van de verslaglegging in het medisch dossier en de door klaagster ingebrachte geluidsopnames is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de longarts patiënte en de familie op basis van de situatie op dat moment correct en adequaat heeft geïnformeerd over de situatie van patiënte. Hieruit volgt dat de longarts hier niet over gelogen heeft en zij dit ook niet pas in het nazorgtraject heeft benadrukt. Deze klachtonderdelen zijn ongegrond.

Klachtonderdeel e) geen aandacht besteed aan de slechte bloedgaswaarden van patiënte

4.9 Bij aankomst op de SEH op 13 maart 2022 zijn de bloedgaswaarden van patiënte gemeten. De uitslag van de arteriële bloedgas (ABG) was: "pH 7.3, PO₂ 12.8, pCO₂ 8.2, bic 27.6". Bij het eerdere bezoek aan de SEH op 24 februari 2022 waren de waardes: "pH 7.430, PO₂ 11.2, pCO₂ 5.8, bic 28.1". Op 13 maart 2022 was de PCO₂-waarde duidelijk verhoogd. Dit betekent dat er sprake was van acute hypercapnie. De acute hypercapnie is bij opname niet geduid en hier is geen (apart) beleid op gevoerd. De longarts heeft op de zitting in beroep uitgelegd dat afwijkend bloedgas veel verschillende oorzaken kan hebben. Het medicijngebruik, overgewicht en ook de sepsis met een ernstige infectie kunnen hierop van invloed zijn. De diagnose sepsis stond op de voorgrond, het eerst wat dan moet gebeuren, is vullen en daar leek patiënte goed op te reageren. Patiënte kwam verder binnen met veel zuurstof en dat is afgebouwd naar 2L per uur. Mede gelet op de normale bloedgaswaarden op 24 februari 2022 is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat er onvoldoende aandacht is geweest voor de acute hypercapnie. Zo had het voor de hand gelegen om voorafgaand aan het bepalen van het medicatiebeleid het bloedgas te meten en het vervolgen van het bloedgas op te nemen in het opnamebeleid. Dat de longarts dit heeft nagelaten, acht het Centraal Tuchtcollege tuchtrechtelijk verwijtbaar zodat het college dit klachtonderdeel alsnog gegrond zal verklaren.

Klachtonderdeel f) de medicatielijst niet aangepast aan de klachten die patiënte had

4.10 Uitgangspunt is dat de verantwoordelijkheid voor de opname en het opnamebeleid, waaronder

het medicatiebeleid, ligt bij de opnemend specialist die besluit tot opname, in dit geval de longarts. Bij de opname is in dit geval onder meer afgesproken dat de arts-assistent van de SEH de logistieke overgang van de SEH naar de afdeling zou regelen. De medicatielijst was daar een onderdeel van.

- 4.11 De longarts heeft tijdens de zitting in beroep toegelicht dat zij bij opname vanaf de SEH normaal gesproken de medicatie met de arts-assistent van de SEH doorneemt, maar dat dat in dit geval niet is gebeurd. Het was midden in de nacht en omdat het gesprek met patiënte en de familie over het Code B-beleid veel tijd had gekost, is zij er niet aan toe gekomen om de medicatielijst door te nemen met de arts-assistent. Zij heeft tegen de arts-assistent gezegd dat zij haar kon bellen bij vragen. De arts-assistent heeft de thuismedicatie zelfstandig beoordeeld en ongewijzigd omgezet naar opnamemedicatie, en heeft de longarts niet gebeld voor overleg. Dit heeft ertoe geleid dat de longarts pas de volgende ochtend toen zij rond 11.00 uur bij patiënte werd geroepen, zag welke ochtendmedicatie patiënte had gekregen. De longarts heeft verder toegelicht dat zij, als zij de medicatielijst had gezien, zeker bepaalde medicatie zou hebben gestopt of hierover overleg zou hebben gezocht met de psychiater.
- 4.12 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de longarts als opnemend specialist de opnamemedicatie had moeten reviseren. Bij het bepalen van de opnamemedicatie hadden ook de acute hypercapnie en de lage bloeddruk in de beoordeling moeten worden betrokken. Het college kan de uitleg van de longarts dat het gesprek over het Code B-beleid zoveel tijd nam dat de medicatielijst erbij inschoot, goed volgen, maar dat neemt niet weg dat het college van oordeel is dat de longarts op dit punt tuchtrechtelijk verwijtbaar tekort is geschoten.
- 4.13 Voor de arts-assistent van de SEH was het haar vijfde dienst op de SEH. Dat dit de longarts niet bekend was, kan haar niet toegerekend worden maar zij had er niet zonder meer op mogen vertrouwen dat de arts-assistent op de SEH voldoende kennis en ervaring had om zelfstandig de medicatielijst te beoordelen en te kunnen inschatten over welke medicatie overleg noodzakelijk was. Daarbij komt dat het in deze zaak gaat om een ernstig zieke patiënte die te kampen had met een grote diversiteit aan problematiek en de daarbij horende medicatie. In die situatie is het van wezenlijk belang dat de opnemend specialist de medicatielijst zelf beoordeelt, al dan niet samen met een arts-assistent, en het initiatief tot overleg over de medicatielijst niet overlaat aan de arts-assistent.
- 4.14 Wat betreft de medicatielijst heeft de longarts inhoudelijk nog toegelicht dat na het overlijden uit onderzoek door de incidentencommissie is gebleken dat er sprake is geweest van een fout bij de apotheek waardoor de artsen ten onrechte in de veronderstelling waren dat patiënte 30 mg midazolam gebruikte in de ochtend. De incidentencommissie heeft dit niet beoordeeld als mogelijke calamiteit omdat er door de commissie geen relatie werd gezien met het overlijden. Het Centraal Tuchtcollege merkt hierover op dat de foutieve vermelding van midazolam het belang van een grondige medicatiecheck door de opnemend specialist onderstreept, waarbij het college zich niet uitlaat over de vraag of de toediening van de midazolam heeft bijgedragen aan het overlijden. Het Centraal Tuchtcollege zal ook klachtonderdeel f alsnog gegrond verklaren.

Conclusie en maatregel

- 4.15 De conclusie is dat het Regionaal Tuchtcollege de klachtonderdelen e en f ten onrechte ongegrond heeft verklaard. Het Centraal Tuchtcollege zal de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege in zoverre vernietigen en de klachtonderdelen e en f alsnog gegrond verklaren. Gelet op de aard en ernst van de normoverschrijdingen acht het college het passend om een maatregel op te leggen. Bij de bepaling van de zwaarte van de maatregel neemt het college het volgende in aanmerking.
- De longarts heeft bij het bepalen van het opnamebeleid gelet op de acute hypercapnie van patiënte ten onrechte nagelaten voorafgaand aan het bepalen van het medicatiebeleid het bloedgas te meten en het vervolgen van het bloedgas op te nemen in het opnamebeleid. Zij heeft voorts ten onrechte nagelaten de opnamemedicatie door te nemen. Het doornemen van de opnamemedicatie is een belangrijk onderdeel van het opnamegesprek dat niet mag worden overgeslagen. Het toedienen van onjuiste medicatie kan immers vergaande gevolgen hebben. Daarnaast heeft zij in de nagesprekken met de familie en tijdens de procedure tot in beroep volgehouden dat de verantwoordelijkheid voor de opnamemedicatie niet bij haar lag omdat de arts-assistent die belast was met de logistieke afwikkeling van de opname haar niet had gebeld voor overleg terwijl zij wel had gezegd dat zij bij vragen gebeld kon worden. Bij deze verwijten past in beginsel de maatregel van berisping.
- Daar staat tegenover dat de longarts in de nacht van 13 op 14 maart 2022 een grote betrokkenheid bij patiënte en de familie heeft laten zien. Zij is naar de SEH gekomen en heeft patiënte zelf gezien en gesproken. Hierbij heeft zij ook deelgenomen aan de discussie die ontstond over het code B-beleid en heeft zij geprobeerd om deze beslissing goed toe te lichten. De discussie en het overleg hierover met de daarbij behorende emoties van de familie hebben die nacht veel tijd gekost. Rekening houdend hiermee en met het feit dat de longarts die nacht een drukke nacht als achterwacht had, heeft het college er begrip voor dat het opnamegesprek minder zorgvuldig

is verlopen dan had gemoeten en dat de opnamemedicatie daarom niet aan de orde is gekomen.

Daarbij komt dat de longarts niet kon voorzien dat de arts-assistent niet zou bellen voor overleg toen bleek hoe omvangrijk en complex de medicatielijst was en dat zij evenmin kon voorzien dat de medicatielijst die niet lang daarvoor nog was gereviseerd door de apotheek een foutieve vermelding van de midazolam bevatte. Het college overweegt verder nog dat de longarts niet eerder met het tuchtrecht in aanraking is gekomen en dat zij tijdens de zitting in beroep heeft erkend dat zij als opnemend specialist verantwoordelijk was voor de opnamemedicatie, dat zij de medicatielijst met de arts-assistent had moeten doornemen en dat ze die dan ook zou hebben aangepast, en voorts heeft uitgelegd dat zij er nog meer dan in het verleden op let dat zij de medicatielijst tijdens het opnamegesprek volledig doorneemt met de arts-assistent. Dat alles maakt dat het Centraal Tuchtcollege van oordeel is dat in deze zaak de maatregel van waarschuwing volstaat.

In zaak C2025/2823 is reeds gelast dat aan klaagster het door haar aan het Regionaal Tuchtcollege en Centraal Tuchtcollege betaalde griffierecht wordt vergoed.

Verzoek om proceskostenveroordeling

- 4.16 Klaagster heeft verzocht om de longarts te veroordelen in de kosten die klaagster heeft gemaakt in deze procedure. In artikel 69 lid 5 juncto artikel 74 lid 2 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is een regeling voor de gemaakte proceskosten opgenomen. Bij het bepalen van een eventuele kostenveroordeling zoekt het Centraal Tuchtcollege aansluiting bij de Oriëntatiepunten kostenveroordeling tuchtcolleges voor de gezondheidszorg. Hierin staat het volgende opgenomen:

Een kostenveroordeling dient uitdrukkelijk te worden verzocht, maar hoeft niet te worden gespecificeerd waar het gaat om kosten van rechtsbijstand en reiskosten. Voor vergoeding komen alleen in aanmerking de volgende redelijk geachte, door klager gemaakte proceskosten die in rechtstreeks verband met de tuchtprocedure staan:

- *kosten van door een derde beroepsmatig verleende rechtsbijstand (forfaitair, te berekenen volgens 3. en 4.);*
- *kosten van een getuige of deskundige die door een klager is meegebracht of opgeroepen, dan wel van een deskundige die aan klager verslag heeft uitgebracht (voor zover redelijk en op basis van een factuur);*
- *kosten van een tolk die door klager is meegebracht of opgeroepen (voor zover redelijk en op basis van een factuur);*
- *reiskosten van klager (forfaitair op basis van reisafstand enkele reis):*
 - < 10 km: € 0*
 - 10–50 km: € 25*
 - > 50 km: € 50.*

Omdat klaagster niet is bijgestaan door een derde die beroepsmatig bijstand heeft verleend, en omdat de reisafstand van klaagster naar de zitting minder dan 10 km bedraagt, zal het college het verzoek om een kostenveroordeling afwijzen.

Publicatie

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

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep, voor zover daarbij klachtonderdeel e en f ongegrond zijn verklaard;

en doet opnieuw recht:

verklaart klachtonderdeel e en f alsnog gegrond;

legt aan de longarts op de maatregel van waarschuwing;

verwerpt het beroep voor het overige;

wijst het verzoek om kostenveroordeling af;



bepaalt dat deze beslissing, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften "Tijdschrift voor Gezondheidsrecht", en "Gezondheidszorg Jurisprudentie".

Deze beslissing is genomen door Z.J. Oosting, voorzitter, R.A. Boon en H.M. Wattendorff, leden-juristen, en C.L. van den Brand en K.W. van Kralingen, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door K.M. ten Pas, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 6 juli 2026.

Voorzitter

Secretaris