

Stank voor dank

U heeft er allemaal mee te maken: familie, vrienden, bekenden of weer bekenden van hen, die een beroep op u doen. Soms om bij u of bij een collega van u een snellere behandeling te bewerkstelligen, soms voor een second opinion, af en toe om bij hun dokter over de schouder mee te kijken, maar ook wel om als hun hoofdbehandelaar op te treden. En wees eerlijk: het streelt uw ego toch als intimi zo'n vertrouwen in u stellen? U wilt dan - als lid van de medische clan - ongetwijfeld uw beste beentje voorzetten. Dat met die beste bedoelingen uw professionele verantwoordelijkheid niet afneemt - integendeel - illustreert onderstaande tuchtzaak.

Een internist verricht een vriendendienst door een familielid van een goede bekende, met galsteenklasten naar de chirurg in zijn ziekenhuis te verwijzen. Pre- en postoperatief blijft hij zich met de chirurgische behandeling bemoeien; hij laat zelfs voor de verpleging zijn telefoonnummer achter voor de momenten dat hij geen dienst heeft. Als alles goed gaat, zal er geen haan naar kraaien, zal er in de vriendenkring vol bewondering over worden gesproken. Het gaat echter helemaal mis. De patiënt



overlijdt aan een ernstige abdominale sepsis ten gevolge van gallekkage. De vriend wordt vijand en klaagt de arts aan, trekt de klacht in en later toch weer niet. Het regionaal tuchtcollege besluit dat vanwege 'algemeen belang' de zaak toch moet worden doorgezet. Het regionaal tuchtcollege veroordeelt de internist. Hij zou als medebehandelaar zijn niet-pluisgevoel beter hebben moeten objectiveren. Het hoogst tuchtcollege vindt dat hij dat afdoende heeft gedaan en spreekt hem vrij.

Een ook op inhoudelijke gronden leerzame zaak, maar wat ons betreft toch vooral vanwege het gladde ijs waarop u zich begeeft als u privé en professe met elkaar vermengt. Laat het behandelen van vrienden en familie aan uw collega over. Pas op voor rolwisseling. Het kan u een vriend kosten.

B.V.M. CRUL, arts
MR.W.P. RIJKSEN

De volledige uitspraak vindt u op onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek



Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 18 augustus 2005

Beslissing in de zaak onder nummer 2004/184 van: A, internist, wonende te B, appelland, verweerder in eerste aanleg, raadsman mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht,

tegen C, wonende te B, verweerder in hoger beroep, klager in eerste aanleg, raadsman mr. J.M. Beer, advocaat te Amsterdam.

1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Verweerder in hoger beroep - hierna te noemen klager - heeft op 30 juli 2003 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen appelland - hierna te noemen de internist - een klacht ingediend. Bij beslissing van 6 juli 2004, onder nummer 03/158 heeft dat College de klacht deels gegrond geacht en aan de internist de maatregel van waarschuwing opgelegd.

De internist is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Cen-

traal Tuchtcollege van 14 juni 2005, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mr. Beer, en de internist, bijgestaan door mr. De Ridder. Laatstgenoemde heeft de zaak bepleit aan de hand van een aan het college overgelegde pleitnota.

Voorts is D, internist te E, als deskundige onder ede gehoord.

2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

Voor de weergave van de in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer, alsmede de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten en de overwegingen die dat College aan zijn voormelde beslissing ten grondslag heeft gelegd, verwijst het Centraal Tuchtcollege naar die beslissing.

De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

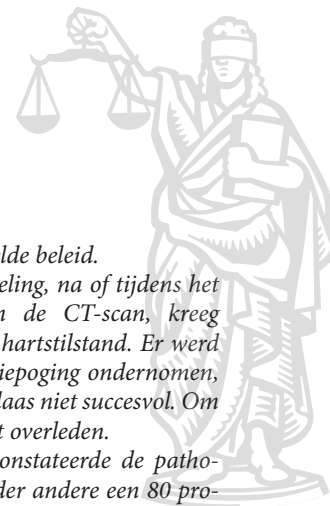
Verweerder is als internist deels verbonden aan het Ziekenhuis F, verder te noemen: het ziekenhuis.

Sinds 1997 was patiënt bekend met een galsteentje. Tussen de families van verweerder en klager bestonden persoonlijke banden.

Verweerder verwees patiënt in oktober 2001 naar de chirurg in het ziekenhuis. Patiënt werd op de wachtlijst geplaatst voor het verrichten van een electieve laparoscopische cholecystectomie. Op 28 oktober 2001 verzocht de huisarts van patiënt om een vervroegde ingreep vanwege heftige galkoliek van patiënt. Patiënt werd door tussenkomst van verweerder geplaatst op de operatielijst van chirurg G voor 31 oktober 2001.

Nadat patiënt preoperatief cardiologisch was nagezien en daarbij geen bijzonderheden waren vastgesteld, werd hij op dinsdag 30 oktober 2001 wegens plaatsgebrek op de afdeling Chirurgie opgenomen op de afdeling Interne, waar verweerder hem diezelfde dag bezocht.

Woensdag 31 oktober 2001 werd patiënt laparoscopisch geopereerd door chirurg G. Ook na de ingreep werd patiënt op de afdeling Interne verpleegd. Diezelfde



avond was er telefonisch contact over de toestand van patiënt tussen klager en verweerder, omdat patiënt aangaf pijn te hebben. Woensdag 31 oktober vond de operatie plaats door chirurg G. Tijdens de ingreep hadden zich geen bijzonderheden voorgedaan. Er was een minimale lekkage in het leverbed, die G niet verontrustte. In de postoperatieve fase bezocht verweerder de patiënt dagelijks. Donderdag 1 november omstreeks 13.30 uur trad er verergering op van de pijnklachten. Er werd urine onderzocht, bloedonderzoek verricht en een echo van de buik aangevraagd. Het bloedonderzoek was niet verontrustend en in het urinesediment werden bloed en bacteriën aangetroffen.

Bij de echografie werd vochtschil rond de lever gevonden. Patiënt gaf aan pijn te hebben.

Vrijdag 2 november braakte patiënt. Wederom werd een abdominale echo gemaakt, waarbij ongeveer dezelfde hoeveelheid vocht rond de leverkwab werd getoond. Onder echogeleide werd een drainage verricht, waarbij veel troebele gele vloeistof werd verkregen.

Klager zocht via de huisarts contact met G, omdat de patiënt bleef aangeven pijn te hebben.

Zaterdag 3 november bezocht verweerder patiënt 's middags omstreeks 15.00 uur, waarbij hij constateerde dat het beter met hem ging. Die avond trad er omstreeks 18.30 uur weer een verslechtering op. G besloot alsnog tot een laparotomie. Tijdens de ingreep omstreeks 19.30 uur, werd 500 cc gelig buikvocht afgezogen. Er waren geen tekenen van een ernstige peritonitis. De darmen werden geïnspecteerd, maar er werd geen perforatie aangetroffen. Tevens bleek dat de clips tijdens de eerdere operatie goed waren geplaatst. G belde verweerder om omstreeks 22.00 uur om het beleid door te spreken.

Zondag 4 november ging het klinisch redelijk goed met patiënt. Hij had geen koorts, de urineproductie kwam goed op gang, de drains liepen weinig en gaven helder sereus vocht af. Uit de laboratoriumuitslagen bleek dat het leucocytengehalte normaal bleef en het creatinegehalte, dat aanvankelijk fors was gestegen, weer wat daalde. Verweerder bezocht patiënt omstreeks 15.00 uur.

Tijdens de ochtendvisite van maandag 5 november constateerde verweerder, evenals G, dat patiënt moe en uitgeput

was. De buik bleek soepeler en de drains liepen niet meer. Omdat er inmiddels een bed was vrijgekomen op de afdeling Chirurgie werd patiënt aan het eind van de ochtend naar die afdeling overgeplaatst. Tevens werd er laboratoriumonderzoek verricht, ECG en X-thorax aangevraagd. Verweerder bezocht die middag patiënt driemaal, mede omdat de bloeddruk wisselend was.

Tijdens de röntgenbespreking omstreeks 16.30 uur werd patiënt in aanwezigheid van internisten en chirurgen besproken. G was die middag niet aanwezig. Daar verweerder niet gerust was op de situatie van de patiënt, heeft hij tijdens de daaropvolgende interne overdracht omstreeks 18.00 uur voorgesteld patiënt naar de afdeling IC over te plaatsen. De internisten, onder wie de dienstdoende internist, meenden dat overplaatsing niet geïndiceerd was gezien de klinische toestand van patiënt, die ook niet in shock was. Gelet op de bloeddruk aan het einde van de middag (110/80 mmHg), de temperatuur die schommelde tussen de 37,5°C en 38,0°C, de goede diurese, de hemodynamische stabiliteit en de adequate antibiotische therapie werd tijdens de overdracht, uiteindelijk ook met instemming van verweerder, besloten om van overplaatsing van de patiënt naar de IC af te zien.

Na de overdracht is verweerder zelf bij patiënt langsgegaan, waarbij hij de verpleging heeft geïnstrueerd om bij wijzigingen of problemen de dienstdoende internist en chirurg te waarschuwen, en dat hij zo nodig zelf thuis kon worden gebeld, ook al had hij geen dienst. Dit laatste is expliciet in de verpleegkundige status genoteerd.

Tijdens de ochtendvisite van dinsdag 6 november, omstreeks 8.00 uur, bezocht G patiënt. Diens situatie bleek in de loop van de nacht te zijn verslechterd. De verpleging had daarin echter geen aanleiding gezien de dienstdoende arts-assistent, chirurg of internist te benaderen. Patiënt was op dat moment zeer onrustig. Hij had zijn infuus eruitgetrokken, zijn maagsonde verwijderd en maakte een verwarde indruk. G legde opnieuw een infuus aan, besloot patiënt naar de IC te laten overplaatsen en een CT-scan van het abdomen aan te vragen. Voorts stelde G verweerder van de verslechtering en van zijn beslissingen op de hoogte. Verweerder was direct ter plaatse en onderschreef, na onderzoek van patiënt,

het door G ingestelde beleid.

Op de röntgenafdeling, na of tijdens het vervaardigen van de CT-scan, kreeg patiënt een acute hartstilstand. Er werd nog een reanimatiepoging ondernomen, maar deze was helaas niet succesvol. Om 9.50 uur is patiënt overleden.

Bij de obductie constateerde de patholoog-anatoom onder andere een 80 procent occlusie van de belangrijkste coronair arterie, alsook dat beide bijniere door bloedingen gedestruëerd waren. Een toxisch shocksyndroom met bijnier-necrose werd als doodsoorzaak afgegeven.

Het standpunt van klager en de klacht

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder als medebehandelend arts van de patiënt op maandag 5 en dinsdag 6 november 2001 heeft nagelaten de patiënt voor de dreigende shock te behandelen en tot intensieve bewaking en stabilisatie te besluiten.

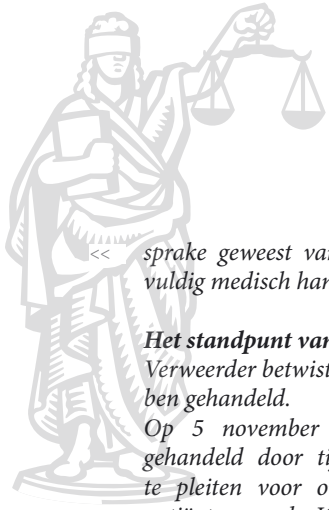
Klager heeft de klacht geadstrueerd met rapportages van twee externe deskundigen, D, internist te E, en H, chirurg te I. De conclusie van D luidde:

'Er was een evidente indicatie voor een intensieve bewaking van vitale functies en agressieve therapie op de middag van 5/11 op grond van bedreigde vitale functies en een circulaire insufficiëntie. Op 06-11-01 was er een absolute indicatie voor intensieve bewaking en therapie alvorens CT-onderzoek te verrichten.'

De conclusie van H was:

'Tijdens de laparoscopische cholecystectomie op 31-10-'01 is lekkage van gal opgetreden. De waarschijnlijke oorzaak is een aberrante galgang vanuit het galblaasbed in de lever naar de galblaas, welke per operationem werd gekliefd. Op zichzelf is dit niet verwijtbaar.

Hoewel er op de eerste postoperatieve dag echografisch en bij laboratoriumonderzoek aanwijzingen waren voor gallekkage, is pas een dag later de gal gedraineerd en nog een dag later een laparotomie uitgevoerd. Op zijn minst is er sprake van 'doctor's delay' in de behandeling. Daarna is een ernstige abdominale sepsis ontstaan, die niet meer te corrigeren was. Het is aannemelijk dat de eerder ingestelde therapie - op de eerste postoperatieve dag - de verslechtering van de algemene toestand en het ontstaan van een ernstige gallige peritonitis in gunstige zin had kunnen beïnvloeden. Mijns inziens is hier >>



sprake geweest van onvoldoende zorgvuldig medisch handelen?

Het standpunt van verweerder

Verweerder betwist onzorgvuldig te hebben gehandeld.

Op 5 november heeft hij adequaat gehandeld door tijdens de overdracht te pleiten voor overplaatsing van de patiënt naar de IC. Gelet op klinische toestand van de patiënt op dat moment was het niet verwijtbaar dat verweerder zich door zijn collegae ervan heeft laten overtuigen dat overplaatsing naar de IC toen nog niet noodzakelijk was.

Met de dienstdoende arts-assistent chirurgie en de dienstdoende internist is afgesproken dat patiënt extra in de gaten zou worden gehouden en verweerder heeft dit ook persoonlijk aan de verpleging van de afdeling Chirurgie gemeld, met de vermelding dat hij, hoewel hij geen dienst had, zo nodig mocht worden gebeld.

Voor het beleid van 6 november acht verweerder zich in het geheel niet verantwoordelijk nu de hoofdbehandelaar G de nodige beslissingen al had genomen. Verweerder heeft daarmee slechts in goed overleg met G ingestemd. Verweerder heeft daarbij niet expliciet aangedrongen op de noodzaak dat patiënt eerst op de IC diende te zijn gestabiliseerd alvorens de CT-scan te laten maken, omdat dit gebruikelijk is en hij niet hoefde te verwachten dat het in dit geval anders zou gaan, vooral niet omdat doorgaans enige tijd verstrijkt voordat een CT-scan kan worden vervaardigd. Verweerder ging er dan ook van uit dat patiënt eerst naar de IC-afdeling zou worden overgeplaatst.

De overwegingen van het college

Het college zal eerst ingaan op het standpunt van verweerder dat niet duidelijk is in welk juridisch kader de behandeling van de zaak wordt voortgezet nu klager zijn klacht heeft ingetrokken en verweerder vervolgens te kennen heeft gegeven geen prijs te stellen op voortzetting van de behandeling, waarna klager de intrekking van de klacht heeft herroepen.

Het college overweegt dienaangaande het volgende.

De enkele intrekking van de klacht beëindigt de behandeling van de klacht niet. Daartoe is een beslissing van het college vereist, waarbij uitgangspunt is het staken van de behandeling na intrek-

king van de klacht, tenzij zich één van de drie in artikel 65 lid 10 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) genoemde uitzonderingen voordoet.

In dit geval staat vast dat de als eerste en als derde genoemde uitzondering zich niet voordoet.

Dit betekent dat voortzetting van de behandeling slechts mogelijk is als herroeping van de intrekking van de klacht toelaatbaar is of als het college heeft beslist dat de behandeling van de zaak om reden van algemeen belang dient te worden voortgezet.

Naar het oordeel van het college is op het tuchtrecht krachtens de Wet BIG art. 6 EVRM van toepassing nu de maatregelen die kunnen worden opgelegd een punitief karakter hebben en ingrijpend van aard (kunnen) zijn. De beginselen die ten grondslag liggen aan het bepaalde in artikel 6 EVRM verzetten zich tegen toelaatbaarheid van herroeping van een intrekking van een klacht. Verweerder heeft recht op een tijdig en eerlijk proces om hem voor onnodig strafleed te behoeden. Zou de intrekking van een klacht kunnen worden herroepen, ook nog nadat de intrekking daarvan aan een verweerder bekend is geworden en deze kenbaar heeft gemaakt geen belang te hebben bij voortzetting, dan zou een verweerder afhankelijk worden van willekeurig handelen van een klager, hetgeen niet strookt met het vereiste van een eerlijk proces. Door de herroeping van de intrekking van de klacht kan klager zich derhalve niet onttrekken aan het bepaalde in artikel 65 lid 10 Wet BIG.

Echter, uit de correspondentie van het secretariaat van het RTC met partijen blijkt dat op 3 februari 2004 de raadkamer, na kennisneming van de herroeping door klager van de intrekking van de klacht heeft besloten de zaak voor behandeling naar de zitting te verwijzen. Nu de raadkamer geen gemotiveerde beslissing heeft gegeven waaruit blijkt dat deze verwijzing is geschied omdat naar het oordeel van de raadkamer de behandeling dient te worden voortgezet op gronden van algemeen belang, dient thans alsnog te worden vastgesteld of de behandeling dient te worden voortgezet op gronden aan het algemeen belang ontleend.

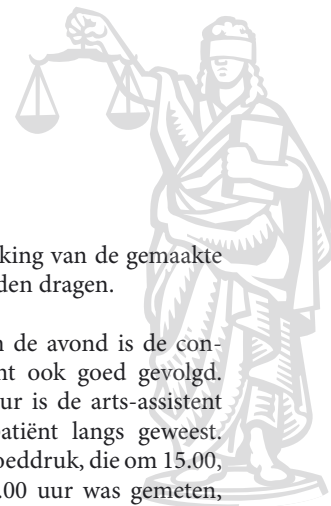
Het college is van oordeel, in aanmerking nemend de ernstige gevolgen van de aan verweerder verweten gedragingen

en de aard van de verweten gedraging, zulks in het licht ook van de vriendschap die ten tijde van de behandeling van de patiënt tussen verweerder en hem en zijn ouderlijk gezin bestonden en die mogelijk van invloed waren op het handelen van verweerder jegens patiënt, het algemeen belang voortzetting van de behandeling verlangt. Om die reden zal de behandeling worden voortgezet. Met betrekking tot de klacht maakt het college in zijn overwegingen onderscheid tussen het handelen van verweerder op 1. maandag 5 november 2001 en 2. dinsdag 6 november 2001.

ad 1. Het college stelt voorop dat verweerder, door naast de hoofdbehandelaar G actief op te treden gedurende de gehele opname van patiënt, zich heeft opgeworpen als medebehandelaar en dus als zodanig dient te worden beschouwd. Verweerder heeft niet alleen bij de artsen en het verplegend personeel, maar ook bij de patiënt zelf en diens ouders de indruk gewekt dat hij tezamen met G verantwoordelijk was voor het beleid dat de beslissingen in gezamenlijk overleg werden genomen en dat de beslissingen in afwezigheid van G, mede onder de verantwoordelijkheid van verweerder vielen. Ook uit de stukken, waaronder de notities van verweerder in de status van de patiënt, kan geen andere conclusie worden getrokken.

Verweerder was derhalve eerst tijdens röntgenbespreking waarbij patiënt besproken is in aanwezigheid van chirurg en internisten en later tijdens de overdracht van 5 november 2001 in afwezigheid van G, medeverantwoordelijk voor het toen afgesproken beleid. Aannemelijk is geworden dat hij toen heeft aangedrongen op overplaatsing van patiënt naar de IC-afdeling, maar dat hij uiteindelijk is meegegaan met de mening van zijn collegae dat daartoe niet behoefde te worden overgegaan omdat patiënt circulatoir en respiratoir stabiel was. Het feit dat verweerder zich heeft laten overhalen acht het college niet verwijtbaar.

Echter, nu het verzoek van verweerder tot overplaatsing van patiënt naar de IC niet werd gehonoreerd, had het in de lijn gelegen dat verweerder zijn niet-pluisgevoel had geobjectiveerd. Zulks heeft echter niet plaatsgevonden. In vervolg hierop is verweerder wel tekortgeschoten in het geven van gedegen niet mis te verstane



instructies aan de verpleging omtrent de gelet op de bij verweerder zelf bestaande verontrusting over de toestand van de patiënt, noodzakelijke bewaking van diens vitale functies in de daarop volgende avond en nacht. In het bijzonder had het op de weg van verweerder gelegen op te dragen welke controles moesten worden uitgevoerd, met welke tijdsinterval en bij welke veranderde bevindingen moest worden gewaarschuwd. De verpleging was immers belast met de directe zorg en bewaking van de patiënt en had daarom moeten worden voorzien van door verweerder zelf geschreven of geparafeerde instructies in het verpleegkundig dossier.

Dat verweerder geen hoofdbehandelaar van de patiënt was, maar medebehandelaar, doet niet af aan zijn verantwoordelijkheid voor het geven van de juiste instructies, te meer daar hij het was die na de overdracht van 5 november naar de verpleging van de patiënt is gegaan. Ook als instructies door een arts-assistent gegeven zouden zijn, blijft de specialist verantwoordelijk voor de inhoud en de toezicht op de naleving daarvan. Niet kan worden uitgesloten dat bij meer concrete instructies alsnog was besloten die avond of nacht de patiënt voor behandeling of bewaking naar de afdeling IC over te plaatsen. Verweerder heeft hiermee gehandeld in strijd met de zorg die hij jegens patiënt had behoren te betrachten. Het college acht dit klachtonderdeel derhalve gegrond. Daarmee is niet gezegd dat het overlijden van patiënt zou zijn voorkomen als verweerder zich niet schuldig zou hebben gemaakt aan de in dit klachtonderdeel vastgestelde nalatigheid.

Ad 2. *Het college acht dit klachtonderdeel ongegrond.*

Verweerder stelt zich terecht op het standpunt dat hij niet verantwoordelijk kan worden geacht voor het door G op de ochtend van 6 november 2001 reeds ingestelde beleid.

Gelet op het feit dat het niet gebruikelijk is dat een patiënt eerst een CT-scan ondergaat alvorens te zijn gestabiliseerd, mocht verweerder ervan uitgaan dat dit ook in dit geval niet zou gebeuren.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is.

Verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge art. 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individu-

ele gezondheidszorg jegens patiënt had behoren te betrachten.

De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend.

(volgt: waarschuwing)

3. VASTSTAANDE FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de door het Regionaal Tuchtcollege vastgestelde feiten, die in hoger beroep niet zijn bestreden.

4. BEOORDELING VAN HET HOGER BEROEP

4.1. Het Regionaal Tuchtcollege heeft op gronden die deze beslissing kunnen dragen, geoordeeld dat de behandeling van de zaak om redenen van algemeen belang diende te worden voortgezet nadat klager zijn klacht aanvankelijk had ingetrokken.

4.2. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is de internist niet tekortgeschoten in de zorg waarop de patiënt van wie hij de medebehandelaar was, aanspraak mocht maken. Tijdens de overdracht van patiënt op 5 november 2001, omstreeks 18.00 uur, heeft de internist het klinisch beeld en het te voeren beleid uitvoerig besproken met de na hem dienstdoende internist en de arts-assistenten interne en chirurgie. De internist (verweerder) was niet gerust op de situatie van de patiënt en heeft voorgesteld hem over te plaatsen naar de IC. In onderling overleg is besloten dit niet te doen. In het licht van de toen ter beschikking staande gegevens was dit een acceptabele beslissing. Wel is afgesproken de conditie van de patiënt goed te blijven volgen en dat de dienstdoende artsen in de loop van de avond nog bij hem zouden langsgaan. De internist (verweerder) is na de overdracht nog samen met de dienstdoende arts-assistent bij de patiënt langsgestaan en heeft toen gezien dat de bloeddruk goed was gebleven. Hij heeft de verpleging op het hart gedrukt de patiënt goed in de gaten te houden en bij verslechtering de dienstdoende artsen te waarschuwen en gemeld dat hij na overleg met deze artsen zonodig ook zelf kon worden gebeld.

Dat hij deze afspraken niet schriftelijk heeft vastgelegd in het verpleegkundig dossier, is hem niet te verwijten, omdat hij ervan mocht uitgaan dat de na de overdracht dienstdoende artsen voor

een passende bewaking van de gemaakte afspraken zorg zouden dragen.

4.3. In de loop van de avond is de conditie van de patiënt ook goed gevolgd. Omstreeks 22.00 uur is de arts-assistent chirurgie bij de patiënt langs geweest. Ook toen was de bloeddruk, die om 15.00, 18.00, 19.00 en 22.00 uur was gemeten, nog stabiel. Omstreeks 23.00 uur heeft de internist (verweerder) nog telefonisch geverifieerd hoe het met de patiënt ging en toen waren er geen bijzonderheden te melden. In de loop van de nacht is de toestand drastisch verslechterd, zonder dat de dienstdoende artsen zijn gewaarschuwd en zonder dat de internist (verweerder) daarover is gebeld.

4.4. Het voert te ver om de internist (verweerder) hiervan een verwijt te maken. Hij mocht erop vertrouwen dat het tijdens de overdracht door de dienstdoende artsen afgesproken beleid zou worden gevolgd.

4.5. Ook ten aanzien van het besluit om op 6 november 2001 in afwachting van de toen besloten overplaatsing naar de IC eerst een CT-scan van het abdomen te laten maken, treft de internist (verweerder) geen verwijt. Aan dit besluit had de internist part noch deel.

4.6. Het voorgaande betekent dat de klacht ongegrond is. De beslissing, waarvan beroep, kan dus niet in stand blijven.

Ingevolge artikel 71 van de Wet BIG bepaalt het Centraal Tuchtcollege op gronden ontleend aan het algemeen belang dat deze beslissing zal worden bekendgemaakt op de wijze zoals hieronder vermeld.

5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

*vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;
en opnieuw rechtdoende;
verklaart de klacht ongegrond;*

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing. ■