

(soortgelijke) tuchtrechtelijk verwijtbare gedragingen (r.o. 4.5).

22. Hier wringt iets. De klacht mag dan feitelijk niet zijn uitgebreid, het gewicht van de zaak is wel aanmerkelijk verzwaard met de informatie uit het dossier van de inspectie. In de zaak uit 1993 is komen vast te staan dat de hulpverlener zich heeft schuldig gemaakt aan seksueel misbruik: hij is daarvoor strafrechtelijk veroordeeld. Nog los van de inwerkingtredingsdatum die aan beoordeling van deze zaak in de weg zou staan, zou deze in 2003 verjaard zijn geweest (art. 65 lid 5 Wet BIG) en zou dus niet na ruim 10 jaar alsnog betrokken kunnen worden in een nieuwe zaak. De tweede zaak, gemeld in 1996, betrof een lichtere vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Of en in hoeverre dit is komen vast te staan is niet duidelijk. Of op basis daarvan geoordeeld mag worden dat "de ernst van de verweten gedraging, in combinatie met het verleden van verweerder en het gevaar voor herhaling, maken dat verweerder is aan te merken als een ernstige bedreiging voor de volksgezondheid"? Het lijkt mij wel erg dun ijs. Hoezeer ook gerechtvaardigd is dat patiënten beschermd worden tegen 'hulpverlenende' lieden die hun grenzen niet in acht nemen, altijd zal daarbij ook de rechtspositie van de aangeklaagde in het oog gehouden moeten worden. De tuchtrechtelijke procedure is dan wel geen criminal charge (CTC 19 juni 2007, *Stcr.* 2007, 127, r.o. 4.6), het proces moet wel aan de eisen van een behoorlijk proces voldoen. De uitkomst van deze zaak is dat de klacht heeft geleid tot oplegging van de zwaarste maatregel, mede op grond van de aanname dat de betrokkene zich eerder heeft schuldig gemaakt aan vergelijkbare gedragingen, waarbij deze feiten in het ene geval verjaard zouden zijn en in het andere geval zonder dat daaraan een eerlijk en onpartijdig onderzoek aan ten grondslag heeft gelegen. Dát is wat er in deze zaak wringt. Verzachtend is de – min of meer toevallige – omstandigheid dat betrokkene door de terugverwijzing wel het volle recht heeft gehad zijn zaak in twee instanties te verdedigen.

mr. A.C. de Die
Advocaat te Den Haag

2

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
4 september 2007, nrs. 2006/121 en 122
(mrs. E.J. van Sandick, G.P.M. van den Dungen,
prof. mr. H.L.C. Hermans, prof. dr. J.B.L.
Hoekstra, dr. R.T. Ottow, mr. C.M.J. Wuisman-
Jansen)
Noot E.P. Ceulen

**Mammacarcinoom. IKN-protocol. Afwijken
richtlijn. Leeftijd. Lichamelijke conditie en
prognose patiënte.**

[Wet BIG art. 47, 73 lid 1 onder a]

Bij een 87-jarige patiënte is een mammacarcinoom geconstateerd. De arts bespreekt met haar een viertal behandelmogelijkheden. Hormonaal behandelen of niet behandelen maakten hiervan geen onderdeel uit. Omdat patiënte geen eventuele tweede operatie wilde en een langdurige bestraling te belastend vond, koos de patiënte voor de eerste behandelmogelijkheid, namelijk een gemodificeerde radicale mastectomie (GRM). De patiënte is een paar dagen na de operatie overleden. Haar dochter dient een klacht in waarin onder andere wordt aangevoerd dat er een volledig foute diagnose is gesteld en het carcinoom met medicijnen te behandelen was geweest. Het verweer van de arts is dat hij zich heeft gehouden aan het IKN-protocol. Het Regionaal Tuchtcollege vindt het verweer van de arts onbegrijpelijk. Het bestaan van een protocol – het ging hier om een richtlijn – ontslaat een arts niet van de zelfstandige plicht om na te denken over de vraag of er aanleiding bestaat om van het protocol af te wijken. Die aanleiding bestond hier zeker, en het lijkt voor het Regionaal Tuchtcollege geen redelijke twijfel dat de patiënte, wanneer haar de mogelijkheid om hormonaal of zelfs niet te behandelen met goede uitleg was voorgehouden, daarvoor had gekozen. Het Regionaal Tuchtcollege legt de maatregel van waarschuwing op. De arts gaat in hoger beroep bij het Centraal Tuchtcollege. Deze oordeelt dat de door de arts uitgevoerde ingreep geheel in overeenstemming is met het IKN-protocol. Wanneer een protocol voor een medische behandeling een richtlijn geeft, moet deze richtlijn in beginsel in acht worden genomen. In bepaalde gevallen moet van een protocol of richtlijn worden afgeweken en dat

hangt af van de omstandigheden van het geval. De leeftijd van patiënte, haar lichamelijke conditie en prognose hoefden, mede gelet op de door de arts in acht genomen procedure, geen aanleiding te zijn om bij de behandeling van deze patiënte van het INK-protocol af te wijken. Het Centraal Tuchtcollege verklaart de klacht alsnog ongegrond.

Zaak 2006/121

A, wonende te B, appelland, klager in eerste aanleg,
tegen
C, chirurg te D, wonende te E, verweerder in eerste aanleg en in hoger beroep,
advocaat: mr. W.G. Verkruijzen, advocaat te Amsterdam.

Zaak 2006/122

C, voornoemd, appelland, verweerder in eerste aanleg,
tegen
A, voornoemd, verweerder in beroep, klager in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

A – hierna te noemen klager – heeft op 1 februari 2005 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen C – hierna te noemen de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 20 maart 2006, onder nummer G2005/09, heeft dat College overwogen dat de klacht deels gegrond en deels ongegrond is en de arts de maatregel van waarschuwing opgelegd. Klager en de arts zijn ieder van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen en hebben over en weer verweerschriften in beroep ingediend. Bij brief van 25 september 2006, ontvangen op 26 september 2006, heeft de arts de Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van premaligne en maligne aandoeningen in de IKN-regio 2003 (verder: het IKN-protocol) overgelegd en naar de inhoud daarvan verwezen. Op 26 juni 2007 heeft het Centraal Tuchtcollege een kopie van het medisch dossier van F, de moeder van klager, verder patiënte te noemen, ontvangen. De zaken zijn in hoger beroep gevoegd behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 juli 2007. Verschenen zijn klager, vergezeld van zijn zuster alsmede de arts, bijgestaan door mevrouw mr. A.E.A. Breekland, advocaat te Amsterdam en kantoor-genoot van mr. Verkruijzen.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“2. Vaststaande feiten.

Als enerzijds gesteld en anderzijds niet of onvoldoende betwist gaat het College uit van de navolgende vaststaande feiten:

De 87-jarige moeder van klager – verder te noemen: de patiënte – werd op 17 november 2003 door haar huisarts verwezen naar de arts voor onderzoek en advies betreffende een ongeveer 3 cm grote gevoelige, spoelvormige zwelling in de rechterborst. De arts onderzocht de patiënte op 24 november 2003 op het mammaspreekuur van het G.. Het onderzoek, in de vorm van klinische en radiologische diagnostiek, gaf aanwijzingen voor een maligne proces en een cytologische punctie leverde maligne cellen op. Gelet hierop concludeerde de arts dat de patiënte een mammacarcinoom had en heeft hij op diezelfde dag met haar de volgende behandelmogelijkheden besproken:

- een gemodificeerde radicale mastectomie (GRM), waarbij de borst en de lymfeklieren in de oksel verwijderd worden;
- een mammasparende behandeling waarbij de tumor en de lymfeklieren in de oksel verwijderd worden, gevolgd door zeven weken bestraling;
- een ablatie in combinatie met een schildwachtklierprocedure, waarbij de borst wordt verwijderd met de schildwachtklier;
- een mammasparende behandeling met schildwachtklierprocedure, waarbij de tumor en de schildwachtklier worden verwijderd, gevolgd door zeven weken bestraling. De schildwachtprocedure impliceerde dat bij een positieve klier patiënte in tweede instantie nog een okselklierdissectie zou moeten ondergaan.

Omdat de patiënte geen eventuele tweede operatie wilde en een langdurige bestraling te belastend vond koos zij voor een GMR. De voorgenomen mamma-amputatie is op 26 november 2003 besproken in het zogeheten oncologie-overleg, dat met de voorgenomen ingreep akkoord ging. Het verslag, dat van die bespreking is opgemaakt, vermeldt onder meer dat de tumor palpatoir een diameter had van 1,5 cm en radiologisch een geschatte grootte van ongeveer 2 cm, dat de conclusie was een cT1N0M0 mammacarcinoom (d.w.z. een primaire tumor zonder verspreiding naar de lymfeklieren en zonder uitzaaiingen naar andere

organen), d
en dat het b
verzoek van
Op 3 decer
tief beoorden
zijn verslag
meen sprak
toestand en
genomen o
de patiënte
men in het
zien door d
daarvan o
schreef:

“Is dit het w
band met le
Op 16 dece
met een an
gevoerd. M
arts geen be
op 19 dece
zaalarts nog
patiënte op
opereerd in
De patiënte
De uiteinde
anatomisch
“Centrolate
ferentieerd
grootste dia
tief voor zo
progesteron.

3. De klacht

De klacht volgt.

1. Er is ee
waardoor, z
een ingrijpe
carcinoom
geweest en
sist en de f
werden gezu
2. Bij de be
rechte nage
(sentineltes
slagen op d
teit, de zwa
ciënte van
3. De arts l
gebruik van
tiënte, die b
oud was, en

organen), dat het therapieplan een GRM was en dat het beleid conform voorstel zou zijn, op verzoek van patiënte.

Op 3 december 2003 werd patiënte pre-operatief beoordeeld door de cardioloog H, die in zijn verslagbrief vermeldde dat er over het algemeen sprake was van wel een redelijke cardiale toestand en dat hij geen bezwaar tegen de voorgenomen operatie (mammatumor) had. Nadat de patiënte op 15 december 2003 was opgenomen in het ziekenhuis is zij pre-operatief gezien door de anesthesist I, die naar aanleiding daarvan op het zogeheten proponmapje schreef:

“Is dit het waard gezien verhoogd risico in verband met leeftijd en cardiale situatie.”

Op 16 december 2003 is door de arts samen met een andere arts de mamma-amputatie uitgevoerd. Met de zorg na deze operatie heeft de arts geen bemoeienis gehad, anders dan dat hij op 19 december 2003 door de dienstdoende zaalarts nog in consult werd geroepen nadat de patiënte op 18 december 2003 opnieuw was geopereerd in verband met grote nabloedingen. De patiënte is op 19 december 2003 overleden. De uiteindelijke uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek luidde onder meer: “Centrolateraal in de mamma een goed gedifferentieerd infiltrerend ductaal carcinoom, grootste diameter 1,8 cm”; “De tumor is positief voor zowel de oestrogenenreceptor als de progesteronreceptor”.

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

1. Er is een volledig foute diagnose gesteld waardoor, zonder goed overleg met de familie, een ingrijpende operatie is verricht terwijl het carcinoom met medicijnen te behandelen was geweest en er door de cardioloog, de anesthesist en de familie vraagtekens bij de operatie werden gezet.

2. Bij de beslissing om te opereren is ten onrechte nagelaten de schildwachtprocedure (sentineltest) uit te voeren en is geen acht geslagen op de hoge leeftijd, de beperkte mobiliteit, de zwakke gezondheid en de nierinsufficiëntie van de patiënte.

3. De arts had zich moeten realiseren dat het gebruik van fraxiparine risico's gaf bij deze patiënte, die bekend was met nierinsufficiëntie en oud was, en dienovereenkomstig moeten han-

delen door bijvoorbeeld meer pre- en post-operatieve controles uit te voeren c.q. te laten uitvoeren.

4. Het verweer

Het verweer luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

ad 1. De diagnose cT1N0M0 mammacarcinoom was juist. Het gebruikelijke IKN-protocol voorzag niet in een hormonale behandeling of het achterwege laten van behandeling. De arts heeft de vier in aanmerking komende behandelmethoden met de patiënte besproken en in goed overleg met haar is de keus gemaakt voor de GRM. De arts heeft wegens tijdgebrek het overleg met de familie overgelaten aan de mammacare-verpleegkundige, die hem na het gesprek met de familie heeft laten weten dat alles duidelijk was en dat er geen bezwaren meer bestonden tegen de voorgenomen operatie. De cardioloog vond de operatie verantwoord en de arts heeft dit oordeel zwaarder laten wegen dan de bedenking van de anesthesist zoals vermeld op het proponmapje.

ad 2. Omdat de patiënte niet het risico op heroperatie wenste te lopen en geen langdurige bestraling wilde was de te maken keuze duidelijk en was een schilwachtprocedure niet aan de orde.

ad 3. De arts is van mening de nodige voor- en nazorg (voor zover hij daarvoor verantwoordelijk was) te hebben verleend.

5. De beoordeling

Het College oordeelt gelet op de stukken en het verhandelde ter zitting als volgt.

1.1. Er is geen reden om te twijfelen aan de juistheid van de gestelde diagnose. Voor zover de klacht daarop betrekking heeft is die ongegrond.

1.2. Voor zover de klager zich erover beklagt dat de diagnose de verrichte ingreep niet rechtvaardigde komt het College tot het oordeel dat dit klachtonderdeel gegrond is.

Er waren meerdere redenen waarom de arts van operatie had dienen af te zien, zeker wanneer die in samenhang in ogeschouw worden genomen:

a. het gegeven dat een carcinoom zoals het gediagnosticeerde bij een patiënte van de leeftijd als deze patiënte zeer langzaam groeit, zodat – wanneer al behandeld wordt, hetgeen niet noodzakelijkerwijs het geval behoef te zijn –

een groeiremmende behandeling met hormonale medicatie normaliter afdoende is;

b. het gegeven dat de cardioloog enige scepsis over de toestand van de patiënte liet blijken, maar meer nog de ronduit kritische opmerking van de anesthesist op het proponmapje;

c. de twijfels van de familie, die de arts niet vóór de operatie heeft vernomen omdat hij – naar het oordeel van het College ten onrechte – het door de familie uitdrukkelijk gewenste gesprek heeft uitbesteed aan de mammacare- verpleegkundige, aan wie wel een gesprek over technische details mag worden overgelaten maar niet een gesprek over de vraag of een voorgenomen ingreep al dan niet verantwoord of aangewezen is. Dat de familie in het onderhavige geval geen beslissing toekwam over het al dan niet uitvoeren van de operatie doet hieraan niet af.

1.3. Het verweer van de arts, dat de mogelijkheid van een hormonale behandeling, of afzien van behandeling (welke mogelijkheden de arts wel kent) niet in het IKN-protocol voorkwamen, acht het College onbegrijpelijk waar de arts dit aanvoert om te rechtvaardigen dat hij deze mogelijkheden niet met de patiënte besproken heeft. Zoals reeds ter zitting opgemerkt ontslaat het bestaan van een protocol – het ging hier overigens slechts om een richtlijn – een arts niet van de zelfstandige plicht om na te denken over de vraag of er aanleiding bestaat om van het protocol af te wijken. Die aanleiding bestond hier zeker, en het lijdt voor het College geen redelijke twijfel dat de patiënte, wanneer haar de mogelijkheid om hormonaal of zelfs niet te behandelen met goede uitleg was voorgehouden, daar voor gekozen zou hebben.

1.4. Om bovenstaande redenen is het verweer, inhoudende dat de patiënte zelf voor de GRM koos, niet valide. Die keuze berustte immers op een onvolledig scala van voorgelegde en uitgelegde mogelijkheden en aldus kan niet gesproken worden van “informed consent”. In feite was er daardoor derhalve geen sprake van instemming van de patiënte.

2. Het hierboven omschreven tweede klachtonderdeel is op grond van hetgeen hierboven onder 1.4 is overwogen eveneens gegrond. Bovendien behoeft de schildwachtklierprocedure niet gevolgd te worden om tot de conclusie te komen dat een operatie niet geïndiceerd was; die conclusie was op basis van de voorhanden informatie reeds te trekken.

3. Wat het derde klachtonderdeel betreft is het College van oordeel dat de arts hierin geen verwijt treft, al zou het zeer zorgvuldig zijn geweest wanneer hij zich meer in de juiste afstemming van de medicatie op deze specifieke patiënte had verdiept en pre-operatief kennis had genomen van de medicatielijsten; wellicht was de arts dan de hoge dosering van de fraxiparine, die te kort voor de operatie nog werd toegediend opgevallen en waren de gevolgen daarvan te voorkomen geweest.

4. Het College overweegt dat in het tuchtrecht niet wordt getoetst of gekozen is voor de meest optimale behandeling, maar beoordeeld wordt of een beroepsbeoefenaar vanuit tuchtrechtelijk standpunt binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdende met de stand der wetenschap op het moment dat de behandeling heeft plaatsgevonden en met hetgeen toen in de beroepsgroep gebruikelijk was. Het College is van oordeel dat de arts niet binnen die grenzen is gebleven. Het toepassen van een medicinale behandeling, of het achterwege laten van behandeling, was niet alleen, in dit geval, de optimale behandeling, maar het kiezen voor een zo ingrijpende operatie als is uitgevoerd zonder de optimale behandelingen zelfs maar te overwegen is een handelwijze van de arts die niet meer binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening past. Er is dan ook sprake van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen, waarvoor het College de na te melden maatregel passend acht.

5. Het College hecht er aan nog op te merken dat er geen reden is te veronderstellen dat de operatie op zichzelf en de uitvoering daarvan tot het overlijden van de patiënte heeft geleid. De overbodigheid van de ingreep maakt haar overlijden echter wel zeer tragisch.”

3. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchcollege uit van de feiten zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchcollege en hiervoor onder “2. Vaststaande feiten” zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep in beide zaken:

4.1. De oorspronkelijke klacht bestond uit drie onderdelen. Het Regionaal Tuchcollege heeft het eerste klachtonderdeel, voor zover daarin

wordt gekla
diagnose, o
grond verkl
klacht heeft
grond en he

in de zaak o
4.2. Klager
tegen het oc
lege dat ten
len van de j
van de opgel
dat het der
heeft klager
leerd.

4.3. Op gro
eerste lid on
in de indivic
kan een kl
een regionaa
dien en voo
hij in zijn kl
Klager kan
hoogte van c
Nu klager ti
heeft verkla
dat de door
nose wel juu
aan zijn ber
som is dat kl
lijk is.

In de zaak o
4.4. De arts
van het Reg
klachtonder
derdeel gehe
het Regiona
wogen dat h
zien en dat
van een hor
behandeling
kwam, onbe
het oordeel v
er geen sprak
4.5. Klager l
tiverseerd best
handhaving
naal Tuchtc
spronkelijke
arts de maat
legd.
4.6. Allereer

wordt geklaagd over het stellen van de juiste diagnose, ongegrond en voor het overige gegrond verklaard. Het tweede onderdeel van de klacht heeft het Regionaal Tuchtcollege gegrond en het derde ongegrond geoordeeld.

in de zaak onder nummer 2006/121:

4.2. Klager heeft beroepsgronden aangevoerd tegen het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat ten onrechte is geklaagd over het stellen van de juiste diagnose en tegen de hoogte van de opgelegde maatregel. Tegen het oordeel dat het derde klachtonderdeel ongegrond is heeft klager geen beroepsgronden geformuleerd.

4.3. Op grond van het bepaalde in artikel 73, eerste lid onder a. van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), kan een klager slechts van een beslissing van een regionaal tuchtcollege in beroep komen indien en voorzover zijn klacht is afgewezen of hij in zijn klacht niet-ontvankelijk is verklaard. Klager kan dus niet in beroep komen van de hoogte van de aan de arts opgelegde maatregel. Nu klager tijdens de mondelinge behandeling heeft verklaard dat hem achteraf is gebleken dat de door de arts bij patiënte gestelde diagnose wel juist is, is ook overigens de grondslag aan zijn beroep komen te ontvallen. De slot-som is dat klager in zijn beroep niet-ontvankelijk is.

In de zaak onder nummer 2006/122:

4.4. De arts kan zich niet vinden in het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat het eerste klachtonderdeel deels en het tweede klachtonderdeel geheel gegrond is. Volgens de arts heeft het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte overwogen dat hij van de operatie had moeten afzien en dat zijn verweer dat de mogelijkheid van een hormonale behandeling of afzien van behandeling niet in het IKN-protocol voorkwam, onbegrijpelijk is. Voorts bestrijdt de arts het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat er geen sprake was van "informed consent".

4.5. Klager heeft het beroep van de arts gemotiveerd bestreden en heeft geconcludeerd tot handhaving van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voorzover daarin de oorspronkelijke klacht gegrond is verklaard en de arts de maatregel van waarschuwing is opgelegd.

4.6. Allereerst zal beoordeeld worden of de arts

tuchtrechtelijk moet worden verweten dat hij bij patiënte, een 87-jarige vrouw met een gediagnosticeerd mammacarcinoom in de rechterborst, een gemodificeerde radicale mastectomie heeft uitgevoerd. In het tuchtrecht is de vraag niet of de zorg beter had gekund, maar of de beroepsbeoefenaar binnen de grenzen is gebleven van wat van een redelijk bekwaam arts verwacht mag worden. Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat deze vraag bevestigend beantwoord moet worden en dat de arts geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Daartoe wordt het volgende overwogen. De arts heeft met patiënte en twee familieleden de onder de feiten genoemde behandel mogelijkheden besproken. Patiënte heeft de arts kenbaar gemaakt slechts één ingreep/ behandeling te wensen en niet het risico te willen lopen van een mogelijke vervolgooperatie en/of bestraling. Tegen die achtergrond is gekozen voor een gemodificeerde radicale mastectomie. Van de besproken behandelingen kwamen een mammasparende behandeling met okseldissectie als ook een ablatie of mammasparende behandeling in combinatie met een schildwachtklierclearing procedure, gelet op de wens van patiënte, immers niet in aanmerking.

4.7. De voorgenomen ingreep is door de arts besproken in en geaccordeerd door het zogenaamde oncologieoverleg, waaraan wordt deelgenomen door een internist-oncoloog, een chirurg-oncoloog, een radioloog, een radiotherapeut, een patholoog anatoom, een oncologisch verpleegkundige en een arts assistent. De arts heeft patiënte voorts voor een preoperatieve beoordeling verwezen naar een cardioloog. De cardioloog, die patiënte eerder had gezien, heeft lichamelijk en echocardiologisch onderzoek gedaan. Hij concludeert in zijn brief d.d. 5 december 2003 aan de arts dat er bij klaagster over het algemeen sprake is van een toch wel redelijke cardiale toestand en dat er geen bezwaar is tegen de voorgenomen operatie.

4.8. De door de arts bij klaagster uitgevoerde ingreep is voor de aandoening waaraan klaagster leed geheel in overeenstemming met het in die tijd geldende IKN-protocol. Wanneer een protocol voor een medische behandeling een richtlijn geeft moet deze richtlijn in beginsel in acht worden genomen. In bepaalde gevallen moet van een protocol of richtlijn worden afgeweken. Of dat zo is hangt steeds af van de omstandigheden van het geval waarbij als

maatstaf heeft te gelden dat aan een patiënt die zorg behoort te worden verleend, die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts mag worden verlangd. De door klager gestelde omstandigheden met betrekking tot de leeftijd van patiënte, haar lichamelijke conditie en haar prognose hoefden, mede gelet op de door de arts in acht genomen procedure, geen aanleiding te zijn om bij de behandeling van deze patiënte van het IKN-protocol af te wijken.

4.9. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de arts nog verweten dat hij is voorbijgegaan aan een door anesthesist I op het proponmapje geplaatste vraag "Is dit het waard gezien verhoogd risico in verband met leeftijd en cardiale situatie." Het Centraal Tuchtcollege heeft echter niet kunnen vaststellen dat deze op de middag voor de operatie gestelde vraag de arts onder ogen is gekomen. Bovendien is niet gebleken dat de anesthesist zijn twijfels mondeling met de arts heeft gedeeld. Een en ander brengt mee dat het Centraal Tuchtcollege het verwijt dat het Regionaal Tuchtcollege de arts heeft gemaakt niet kan onderschrijven.

4.10. De arts heeft met klagster niet gesproken over de mogelijkheid van een hormonale behandeling. Voor de arts kwam een hormonale behandeling niet in aanmerking omdat deze niet voldeed aan de wens van patiënte om slechts één behandeling te hoeven ondergaan. Bij een hormonale behandeling staat de patiënt voor geruime tijd onder medische controle en kan niet worden uitgesloten dat niet alsnog moet worden geopereerd. Onder deze omstandigheden kan niet worden geoordeeld dat de arts door deze optie van behandeling met hormonen met patiënte niet te bespreken tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Daarbij overweegt het Centraal Tuchtcollege dat deze optie niet in het IKN-protocol is beschreven. Het eerste klachtonderdeel is dus in zijn geheel ongegrond.

4.11. Het Regionaal Tuchtcollege heeft het tweede klachtonderdeel gegrond geacht. Volgens het Regionaal Tuchtcollege heeft klager de arts terecht verweten dat bij de beslissing om te opereren ten onrechte is nagelaten de schildwachtklierprocedure uit te voeren en dat ook overigens geen acht is geslagen op de situatie van patiënte (hoge leeftijd, beperkte mobiliteit, de zwakke gezondheid en de nierinsufficiënte). Zoals het Centraal Tuchtcollege hiervoor on-

der 4.6. tot en met 4.8. heeft overwogen heeft de arts bij de behandeling van patiënte onder de geschetste omstandigheden gehandeld zoals van een redelijk bekwaam en handelend arts mag worden verwacht en valt hem niet tuchtrechtelijk te verwijten dat hij bij patiënte een mamma-amputatie heeft gedaan. Dat betekent impliciet dat het tweede onderdeel van de klacht niet kan slagen.

4.12. Partijen hebben geen gronden aangevoerd tegen het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege met betrekking tot het derde klachtonderdeel. Niettemin overweegt het Centraal Tuchtcollege in dit verband dat de arts gelet op de organisatie in dit ziekenhuis, waar de patiënt postoperatief was opgenomen op een afdeling waarover de arts niet de supervisie had, in beginsel geen verantwoordelijkheid droeg voor de aan de patiënte voorgeschreven medicatie. De arts heeft patiënte postoperatief wel bezocht. Niet gebleken is dat hem signalen hebben bereikt dat hij op het vlak van de medicatie had moeten ingrijpen.

4.13. Al het voorgaande leidt tot de slotsom dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege niet in stand kan blijven voor zover de oorspronkelijke klacht deels gegrond is verklaard. De oorspronkelijke klacht, voorzover gegrond verklaard, wordt alsnog ongegrond verklaard. De aan de arts opgelegde maatregel van waarschuwing komt hiermee te vervallen.

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

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

In de zaak 2006/121:

verklaart klager niet-ontvankelijk in het beroep;

In de zaak 2006/122:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover de klacht gegrond is verklaard en opnieuw rechtdoende, verklaart de door het Regionaal Tuchtcollege gegrond verklaarde onderdelen van de oorspronkelijke klacht alsnog ongegrond; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden

aangeboc
heidsrech
Medisch

NOOT

1. In deze len van e
diagnosti
maligne i
(aangedu
rechtelijk
het Integ
(IKN) in 2
voor diag
lende voi
regio No
hulpverle
zorg.¹

2. De art
vrouw vc
de patiër
een bors
de lymfe
2) een bc
mor en d
wijderd,
3) een bc
procedur
klier wor
rende be
waarbij c
den verv
bestralin
positief r
schildwa
tiënt een
lymfeklie
patiënte

1. In de regi
saties in
thuiszorg
gen en pa
als platfor
en ervarir
IKN hoog
patiënt (b
Een proc
lymfeklier
van de bc
aangetast
banen ver

aangeboden aan het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact* met het verzoek tot plaatsing.

NOOT

1. In deze zaak speelde de vraag of het handelen van een arts, conform de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van premaligne en maligne aandoeningen in de IKN-regio 2003 (aangeduid als het IKN-protocol 2003), tuchtrechtelijk verwijtbaar was. Het betrof een door het Integraal Kankercentrum Noord-Nederland (IKN) in 2003 uitgegeven regionale richtlijn voor diagnostiek en behandeling van verschillende vormen van kanker. Het IKN biedt in de regio Noord-Nederland ondersteuning aan hulpverleners in de oncologie en palliatieve zorg.¹
 2. De arts in kwestie behandelde een 87-jarige vrouw voor borstkanker. De arts besprak met de patiënte vier behandelmogelijkheden: 1) een borstamputatie, waarbij naast de borst ook de lymfeklieren in de oksel worden verwijderd; 2) een borstbesparende operatie, waarbij de tumor en de lymfeklieren in de oksel worden verwijderd, gevolgd door zeven weken bestraling; 3) een borstamputatie met een schildwachtprocedure,² waarbij de borst en schildwachtklier worden verwijderd en 4) een borstbesparende behandeling met schildwachtprocedure, waarbij de tumor en de schildwachtklier worden verwijderd, gevolgd door zeven weken bestraling. Als een schildwachtprocedure een positief resultaat oplevert, heeft de schildwachtklier tumorcellen en dient de patiënt een tweede ingreep te ondergaan om alle lymfeklieren in de oksel te verwijderen. De patiënte deelde de arts mede geen tweede operatie te willen ondergaan en een langdurige bestraling te belastend te vinden, waardoor de behandelmogelijkheden 2, 3 en 4 afvielen. De patiënte koos voor behandelmogelijkheid 1.
 3. Na het overleg met patiënte werd de voorgenomen ingreep in het oncologieoverleg besproken en goedgekeurd.³ In het verslag van dit overleg werd vastgelegd dat sprake was van een tumor van ongeveer 2 cm, zonder uitzaaiingen naar de lymfeklieren en andere organen.
 4. De behandelend cardioloog oordeelde vóór de operatie dat de cardiale toestand van de patiënte redelijk was en had geen bezwaar tegen de voorgenomen ingreep. De anesthesioloog schreef voorafgaand aan de operatie in het dossier: "Is dit het waard gezien verhoogd risico in verband met leeftijd en cardiale situatie." Vervolgens heeft de arts de ingreep uitgevoerd. Twee dagen later werd de patiënte vanwege hevige nabloedingen (door een andere arts) geopereerd en weer een dag later is de patiënte overleden. De patholoog anatoom trof bij de autopsie een tumor van ongeveer 1,8 cm aan. De tumor was positief voor zowel de oestrogenenreceptor als de progesteronreceptor. Dat betekent dat met behulp van medicatie vrouwelijke hormonen kunnen worden onderdrukt, waarmee de groei van de tumor kan worden geremd.
 5. De centrale vraag was of de arts de juiste behandelmethode had gekozen. De klacht⁴ luidde onder meer dat de gekozen behandeling te ingrijpend was terwijl de tumor met medicijnen te behandelen was. De arts werd verweten dat hij had nagelaten de schildwachtprocedure uit te voeren en geen acht had geslagen op de hoge leeftijd, de beperkte mobiliteit, de zwakke gezondheid en de nierinsufficiëntie van de patiënte. Het verweer van de arts luidde dat het gebruikelijke IKN-protocol niet voorzag in een hormonale behandeling of geheel geen behandeling. Omdat de patiënte niet het risico op een tweede operatie wilde lopen en geen langdurige bestraling wilde, was een schildwachtprocedure niet aan de orde.
1. In de regio werkt het IKN samen met allerlei organisaties in de gezondheidszorg, zoals ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties, GGD'en, huisartsenverenigingen en patiëntenverenigingen. Door binnen de regio als platform te fungeren voor uitwisseling van kennis en ervaring op het gebied van kanker, bevordert het IKN hoogwaardige en continue zorgverlening aan de patiënt (bron: www.ikcnet.nl).
 2. Een procedure waarbij met een speciale techniek de lymfeklieren worden opgespoord die als eerste lymfe van de borst ontvangen. Deze klier wordt het eerste aangetast wanneer tumorcellen zich door de lymfebanen verspreiden.
 3. Aan dat overleg nemen deel een internist-oncoloog, een chirurg-oncoloog, een radioloog, een radiotherapeut, een patholoog-anatoom, een oncologisch verpleegkundige en een arts-assistent.
 4. Voor de volledige klacht verwijs ik naar de uitspraak.

6. Het Regionale College oordeelde dat het bestaan van een protocol een arts niet ontslaat van de zelfstandige plicht om na te denken over de vraag of er een aanleiding is om van het protocol af te wijken. De arts had de patiënte voorafgaand aan de ingreep moeten informeren over de mogelijkheid van geen behandeling en een hormonale behandeling. Volgens het College stond buiten twijfel dat wanneer de patiënte de behandel-mogelijkheden had gekend, zij daarvoor had gekozen. Het verweer van de arts dat de patiënte zelf voor de ingreep had gekozen, liep daarmee stuk op het feit dat de arts niet had voldaan aan de ingevolge art. 7:448 BW op hem rustende verplichting om de patiënt voorafgaand aan een ingreep duidelijk en begrijpelijk in te lichten (informed consent). De keuze voor een ingrijpende operatie als hier aan de orde, zonder ook maar de mogelijkheid van geen behandeling of een medicinale behandeling te overwegen, werd de arts tuchtrechtelijk verweten.

7. Het Centraal Tuchtcollege maakte met dit oordeel korte metten. Het College overwoog dat de door de arts uitgevoerde ingreep geheel in overeenstemming was met het in die tijd geldende IKN-protocol. In lijn met de bestaande rechtspraak van de Hoge Raad⁵ oordeelde het College dat wanneer een protocol voor een medische behandeling een richtlijn geeft, als uitgangspunt geldt dat de richtlijn in acht moet worden genomen. In het zogenoemde Protocol I arrest oordeelde de Hoge Raad voor het eerst dat van een arts en het ziekenhuis mag worden verwacht dat zij zich in beginsel houden aan de door henzelf gestelde voorschriften voor medisch verantwoord handelen. Van het protocol afwijken is indien noodzakelijk toegestaan, aldus de Hoge Raad in het Protocol II arrest. Of kan worden afgeweken van een protocol of richtlijn is afhankelijk van de omstandigheden van het concrete geval, waarbij als maatstaf geldt dat een arts steeds die zorg moet verlenen die van een redelijk bekwaam arts mag worden verlangd.

In bepaalde omstandigheden kan het in het belang van de patiënt zijn om van een voorgeschreven behandelingsmethode in een protocol af te wijken. Dat speelde in het *Protocol II*-arrest. Daar ging het om een patiënte die overgevoelig was voor penicilline. De betrokken arts en verpleegkundigen waren daarvan op de hoogte. Op basis van het geldende protocol kreeg de patiënte toch penicilline toegediend, hetgeen voor haar desastreus was. De patiënte raakte in een coma. Dit arrest maakte duidelijk dat een protocol niet mag leiden tot slaafse navolging.⁶ Een goede en verantwoorde patiëntenzorg dient voorop te staan, waarbij de arts zich moet laten leiden door de norm van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot. Het College oordeelde in deze zaak dienovereenkomstig.

8. Het Centraal Tuchtcollege achtte geen omstandigheden aan de zijde van de patiënte aanwezig die de arts ertoe hadden moeten brengen om van het IKN-protocol af te wijken. In de hoge leeftijd van de patiënte, haar lichamelijke conditie en de vooruitzichten zag het College geen aanleiding om aan te nemen dat de arts van het IKN-protocol had moeten afwijken. Een goede en verantwoorde patiëntenzorg noopte in dit concrete geval derhalve niet tot een afwijking van het protocol. Dat lijkt gelet op de uitspraak in eerste instantie, die daar lijnrecht tegenover stond, opmerkelijk. Het Regionale Tuchtcollege vond juist dat er wel omstandigheden aanwezig waren om van het protocol af te wijken. Daarbij werd ook waarde gehecht aan de opmerking van de anesthesioloog, die vanwege de hoge leeftijd en de cardiale toestand van de patiënte vraagtekens had geplaatst bij de gekozen ingreep. Het Centraal Tuchtcollege oordeelde dat niet was gebleken dat de arts voor de ingreep op de hoogte was van de bedenkingen van de anesthesioloog. Die overweging wekt de indruk dat de uitkomst van de zaak anders was geweest als de arts wél op de hoogte was geweest van de bedenkingen van de anesthesioloog. Ik betwijfel dat. De voor de arts kenbare, bij de patiënte aanwe-

zige risico's voor de om aan te r had moeter de anesthesie de arts z wetenschap voegd. Bov de ingreep mee is de ju om niet var ware reeds immers afg genoten ge de in het ov was er spra ook in het c het protoco zeer waarsc vallen als d weest van c loog.

9. Het Cent dat de horn niet in aanr voldeed aan arts behoef met de pati nale behan onder contr dan niet uit kennelijk ni deze weten hormonale nog was aa vraag. Blijk namelijk te quaat geïnf patiënt zou

5. HR 2 maart 2001, NJ 2001/649 m.nt. F.C.B. van Wijmen en J.B.M. Vranken (Protocol I) en HR 1 april 2005, NJ 2006/377 m.nt. F.C.B. van Wijmen en J.B.M. Vranken (Protocol II), ook gepubliceerd in GJ, 2005, 57 m.nt. E.P. Ceulen.

6. In de literatuur werd deze opvatting al veel langer gehuldigd, zie o.a. mr. P.P.M. van Reijssen en prof. mr. J.H. Hubben, *Jurisprudentieonderzoek Protocolen in de Gezondheidszorg*, Reeks Gezondheidsrecht, nr. 7, KUN 1997, p. 123.

7. Vgl. F.C.B. v. 2002, NJ 200

8. Deze norm i het informec vallen waarb dat wanneer risico's verb hebben verv hebben gekc schade zou l ber 2000, Tv 23 november: Vranken.

zige risicoverhogende omstandigheden vormen voor het College immers geen aanleiding om aan te nemen dat de arts van het protocol had moeten afwijken. Wanneer de uitlating van de anesthesioloog voorafgaand aan de operatie de arts zou hebben bereikt, zou dat aan de wetenschap van de arts weinig hebben toegevoegd. Bovendien was in het oncologieoverleg de ingreep besproken en goedgekeurd. Daarmee is de juistheid van het oordeel van de arts om niet van het protocol af te wijken als het ware reeds bevestigd. Bekwaamheid wordt immers afgemeten aan wat onder beroeps-genoten gebruikelijk en gangbaar is.⁷ Vanwege de in het overleg bereikte overeenstemming, was er sprake van een bredere consensus om ook in het concrete geval te handelen volgens het protocol. Het oordeel van het College zou zeer waarschijnlijk ook niet anders zijn uitgevallen als de arts wél op de hoogte was geweest van de bedenkingen van de anesthesioloog.

9. Het Centraal Tuchtcollège oordeelde verder dat de hormonale behandeling voor de arts niet in aanmerking kwam, omdat deze niet voldeed aan de wensen van de patiënte. De arts behoefde deze mogelijkheid dan ook niet met de patiënte te bespreken. Bij een hormonale behandeling staat een patiënt geruime tijd onder controle en de kans op een operatie is dan niet uitgesloten. Het College achtte het kennelijk niet waarschijnlijk dat de patiënte met deze wetenschap zou hebben gekozen voor de hormonale behandeling, zoals in eerste aanleg nog was aangenomen. Dat is echter maar de vraag. Blijkens de civiele rechtspraak dient namelijk te worden beoordeeld wat een adequaat geïnformeerde en redelijk denkende patiënt zou hebben besloten.⁸ Daarbij spelen

verschillende factoren een rol, waaronder de wijze waarop de situatie zich zou hebben ontwikkeld wanneer van de behandeling zou zijn afgezien, of redelijkerwijs minder risicovolle behandelmethoden voor toepassing in aanmerking kwamen en wat dan de kans op succes bij die behandelmethode zou zijn geweest. De patiënte had kenbaar gemaakt dat zij niet tweemaal wenste te worden geopereerd en zij langdurige bestraling te belastend vond. Die mededelingen waren immers gedaan in het licht van de besproken behandelmethoden, waarbij voor de behandel mogelijkheden 2 en 4 gold dat langdurige bestraling zou plaatsvinden en bij de schildwachtprocedure er een kans was op een tweede operatie. De daarmee samenhangende belasting, die de patiënte uit de weg wilde gaan, is van geheel andere aard dan de belasting verbonden aan het gedurende geruime tijd onder controle staan, met de kans op een operatie. Gelet op de gezondheid van de patiënte, haar hoge leeftijd en de ingrijpendheid van de gekozen ingreep, is goed voor te stellen dat zij, indien daarover geïnformeerd, wel had gekozen voor de veel minder ingrijpende hormonale behandeling. De redenering van het College, die zo moet worden uitgelegd dat een redelijk denkend patiënt van de hormonotherapie zou hebben afgezien, is dan ook moeilijk te volgen, waardoor dit deel van de uitspraak niet overtuigt.

10. Het College hecht in het kader van het informed consent waarde aan het IKN-protocol. Uit de uitspraak kan worden afgeleid dat het feit dat de hormonale behandeling niet in het protocol werd voorgeschreven, meebrengt dat de arts deze behandeling niet met de patiënte behoefde te bespreken. Opvallend is dat het College niet primair heeft overwogen dat de inhoud van het protocol meebrengt dat de arts heeft voldaan aan zijn informatieverplichting jegens de patiënte, maar dit als een soort opmerking ten overvloede in zijn uitspraak opneemt. Uitgangspunt is immers dat het protocol moet worden gevolgd, zolang er aan de zijde van de patiënt geen omstandigheden zijn die afwijking in het licht van een verantwoorde patiëntenzorg rechtvaardigen. Volgens Van Wijmen is de wens van de patiënt niet doorslaggevend. Voorop staat dat medisch verantwoorde zorg moet worden verleend. Van een protocol mag slechts op verzoek van een patiënt worden afgeweken, als dat medisch

7. Vgl. F.C.B. van Wijmen in zijn noot onder HR 12 juli 2002, *NJ* 2003/151.

8. Deze norm is aangelegd in geval van schending van het informed consent, waarbij het veelal gaat om gevallen waarbij de patiënt zich op het standpunt stelt dat wanneer hij op de hoogte zou zijn geweest van de risico's verbonden aan een ingreep, welke risico's zich hebben verwezenlijkt, hij niet voor de ingreep zou hebben gekozen en als gevolg van die keuze geen schade zou hebben opgelopen, zie o.a. HR 1 december 2000, *TvG* 2001, 47, m.nt. M.J.J. de Ridder en HR 23 november 2001, *NJ* 2002, 386 en 387 m.nt. J.B.M. Vranken.

verantwoord is.⁹ Van een verzoek was hier geen sprake.

11. Een protocol is een onverbindende handelingsinstructie bedoeld als hulpmiddel voor het verlenen van verantwoorde medische zorg.¹⁰ Een protocol gericht op medische behandeling is veelal gebaseerd op de bestaande medisch-wetenschappelijke inzichten (*evidence based*).¹¹ Het handelen van een arts moet immers zoveel mogelijk worden gebaseerd op inzichten van wetenschap en ervaring.¹² Alleen dan handelt een arts overeenkomstig de norm van het goed hulpverlenerschap en kan hem tuchtrechtelijk geen verwijt worden gemaakt (art. 47 lid 1 sub a Wet BIG). Daartegenover staat dat een protocol niet dwingend mag zijn en dat afwijking daarvan onder omstandigheden noodzakelijk zal zijn en derhalve mogelijk moet zijn. De omstandigheden van het geval bepalen of die noodzaak bestaat¹³ en daarbij geldt dat de arts steeds medisch verantwoorde zorg moet verlenen. Van een protocol afwijken zal in de praktijk eerder uitzondering dan regel zijn. Zeker naarmate het protocol in de praktijk meer een vaststaande (*evidence based*) standaard van handelen is geworden. De gevallen waarin de tuchtrechter of de civiele rechter zal oordelen dat moet worden afgeweken van een *evidence based* protocol zullen in mijn beleving dan ook zeer gering zijn.¹⁴ Het zal gaan om gevallen waarbij evident is dat naleving van het protocol leidt tot onverantwoorde zorg, zoals aan de orde was in het Protocol II arrest. Daarvan was in dit

geval geen sprake. Het volgen van het IKN-protocol leidde in deze zaak wellicht niet tot de beste behandeling, maar dat doet in het tuchtrecht niet ter zake. Het gaat er in het tuchtrecht om dat de arts binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Het IKN-protocol 2003 was daar het bewijs van. Hoewel in mijn optiek wel een aantal kanttekeningen kunnen worden geplaatst bij de overwegingen van het Centraal Tuchtcollege, vind ik de uitkomst van de zaak in het licht van het voorgaande wel te begrijpen.

12. Tot slot merk ik nog op dat deze uitspraak van het Centraal Tuchtcollege opnieuw bevestigt dat de open zorgvuldigheidsnormen van het civiele aansprakelijkheidsrecht en die van het medische tuchtrecht gelijk zijn.¹⁵ Het Centraal Tuchtcollege heeft de door de Hoge Raad voor het civiele aansprakelijkheidsrecht geformuleerde normen in het Protocol II arrest exact overgenomen. De door de Hoge Raad in de Protocol arresten geformuleerde normen vormden echter op hun beurt reeds grote overeenkomst met de eerder in de literatuur, op basis van de uitspraken van tuchtrechters,¹⁶ gehuldigde opvattingen.

mr. E.P. Ceulen
advocaat te Arnhem

9. F.C.B. van Wijmen in zijn noot onder HR 1 april 2005, NJ 2006/377.

10. Idem.

11. Vgl. G.R.J. de Groot, 'Standaarden, richtlijnen en protocollen in de gezondheidszorg. Een juridisch schemergebied', in *Variatie in cassatie, opstellen aangeboden aan prof. mr. H.A. Groen*, Deventer, Kluwer 2006, p. 107-116.

12. F.C.B. van Wijmen in zijn noot onder HR 12 juli 2002, NJ 2003/151.

13. Ook als blijkt dat het protocol niet voldoet aan de geldende professionele standaard, zal de arts gemotiveerd van het protocol moeten afwijken, De Groot, t.a.p., p. 113.

14. Een voorbeeld van een tuchtzaak waarbij afwijking van het IKN-protocol wel noodzakelijk werd geacht was de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Groningen 5 november 1992, TvG 1993/44.

15. Zie F.C.B. van Wijmen in zijn noot onder HR 12 juli 2002, NJ 2003/151.

16. Zie o.a. mr. P.P.M. van Reijssen en prof. mr. J.H. Hubben, *Jurisprudentieonderzoek Protocollen in de Gezondheidszorg*, Reeks Gezondheidsrecht nr. 7, KUN 1997, p. 122-126.

Centraal Tuchtcollege
9 oktober 2008
(mr. Scholte
kers, leden-
Jansen, sect
Noot A.C. de

Samenstell
Oplegging z
ding klacht.

[Wet BIG art

Het regionaal tuchtrecht
verweerder in z
peut de maatre
wege seksueel r
heeft tegen de
hoger beroep v
de uitspraak on
lege niet goed v
delde in de hu
maar in die var
college verwijst
tuchtcollege. Di
verklaard en de
BIG-register op
klacht en het be
regel heeft het t
vens die door o
procedure zijn
op eerder seks
hoger beroep st
niet bij de zaak
zoekt hij de bes
gen en te volsta
Tuchtcollege oo
beroep heeft in
zijn ingebracht c
dossier. Het coll
opnieuw behan
betrekken bij de
hoogte van de
tegen verweerde
inspecteur verki
werpt het beroep

A, te B,