

## Niets helpt

Omdat uit recent lezersonderzoek blijkt dat u deze rubriek in Medisch Contact nog steeds als hoogste waardeert, durven wij het aan: het integraal plaatsen van een uitspraak van maar liefst 3500 woorden (of vier pagina's). Als wij onderstaande zaak zouden inkorten, mist u de clou. Ook de diagnose verklappen we nu niet. Dat zou u namelijk verhinderen om stap voor stap mee te denken. Het publiceren van uitspraken van het tuchtcollege betekent immers leren van mogelijke fouten van een ander.

Wat zou u hebben gedaan? Niet als superdokter, maar als arts met een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekeninghoudend met de stand der wetenschap en hetgeen in de beroepsgroep als norm is aanvaard. Dat behelst immers de tuchtrechterlijke toetsing van professioneel handelen. De ingrediënten zijn: een huisarts die slecht dossier houdt (altijd goed voor tenminste een waarschuwing), een patiënt met wisselende buikpijn en verder een



MDL-arts, een internist, een gynaecoloog, een chirurg en een patholoog-anatoom, plus een eenmalig matig verhoogde CRP.

Het Centraal Tuchtcollege trok de strafmaat op van waarschuwing naar berisping. Vragen en antwoorden. Wat doe je als een patiënt niet terugbelt over een bloeduitslag, waarbij sprake is van een matig verhoogde CRP-waarde? In hoeverre mag een huisarts nog vertrouwen op het oordeel van een superspecialist? Is het mogelijk om als arts steeds een consequent, doortastend en inzichtelijk gevoerd behandelbeleid te hebben, bijvoorbeeld bij buikklachten? Dit keer laten wij het commentaar eens over aan u.

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

Log in en discussieer mee of  
bekijk eerdere uitspraken op onze  
website: [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl)



## Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 6 december 2007

Beslissing in de zaak onder nummer 2006/294 van: A, wonende te B, appellant, klager in eerste aanleg, gemachtigde: mr. B. Holthuis, advocaat te Deventer, tegen C, huisarts, wonende te B, verweerder in beide instanties.

### 1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

A, hierna te noemen klager, heeft bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C, hierna te noemen de huisarts, een klacht ingediend, ingekomen op 11 mei 2005. Bij beslissing van 3 augustus 2006, onder nummer 058/2005 heeft dat college de huisarts de maatregel van waarschuwing opgelegd. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De huisarts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

Klager heeft een door patholoog D opgesteld deskundigenrapport overgelegd.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 27 september 2007, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mr. B. Holthuis, en de huisarts. Mr. Holthuis heeft pleitnotities overgelegd.

### 2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

Het regionaal tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

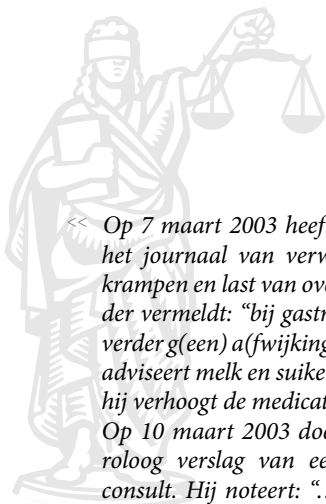
#### 'De feiten

Op grond van de stukken waaronder het medisch dossier dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht heeft betrekking op de echtgenote van klager E (hierna patiënte). Zij is op 8 april 2003, op 43-jarige leeftijd, in het F overleden. Zij was vanaf eind 2000 patiënte bij verweerder. Patiënte raadpleegde verweerder voor het eerst op 22 december 2000 met een gevoelige onderbuik sinds twee dagen. Verweerder constateerde een urineweginfectie en schreef een antibioticumkuur voor. Op 2 juli 2001 bezocht patiënte verweerder met krampen in de onderbuik. Verweerder vond geen afwijkingen, concludeerde "cologeen" en adviseerde meer vocht te gebruiken. Een jaar later, op 16 juli 2002, wendt patiënte zich tot verweerder met maagklachten. Verweerder schrijft 40 mg Pantozol, tweemaal daags voor in verband met "gastritis". Op 19 augustus

2002 wordt dit recept herhaald. Patiënte heeft verweerder tussen 23 en 31 december 2002 en in de week van 6 tot 10 januari 2003 bezocht, maar deze bezoeken staan niet in het journaal van verweerder vermeld.

Op 21 januari 2003 consulteert patiënte verweerder en meldt hem dat de maag nu viermaal per nacht pijnlijk is. Ze verdraagt bepaalde producten niet. Verweerder noteert: "maagpunt gevoelig, buik soepel. Gastritis. 1 maand medicatie." Verweerder schrijft omeprazol voor. Op 7 februari 2003 noteert verweerder "gaat niet beter" en hij verwijst door naar een gastro-enteroloog in G. Op 18 februari 2003 wordt een gastroduodenoscopie uitgevoerd. Indicaties voor het onderzoek zijn, blijkens het verslag "anorexie met vermagering en misselijkheid". De gastro-enteroloog vindt geen afwijkingen aan de maag. Hij concludeert een "gastritisbeeld". Hij vindt het klinische beeld echter niet duidelijk en er worden aanvullend lab- en policonroleafspraken gemaakt. Op 19 februari 2003 schrijft verweerder, na consult in verband met forse maagklachten en overgeven, de pijnstiller diclofenac voor. >>



Op 7 maart 2003 heeft patiënte volgens het journaal van verweerder nog forse krampen en last van overgeven. Verweerder vermeldt: "bij gastro-enteroloog: IBS verder g(een) a(fwijkingen)... Verweerder adviseert melk en suiker te laten staan en hij verhoogt de medicatie (diclofenac).

Op 10 maart 2003 doet de gastro-enteroloog verslag van een recent tweede consult. Hij noteert: "...Het braken was inmiddels over, nu had ze met name pijn in de onderbuik met af en toe een steek en borrelen. Geen gewichtsverlies meer. De laatste dagen had ze enkele dagen diarree gehad: geen bloedverlies per anum." De brief vermeldt ook de laboratoriumuitslagen waaronder een CRP van 17 en een Hb van 8,5. De gastro-enteroloog concludeert: "Haar anamnese past eigenlijk nog het beste bij een prikkelbaredarmsyndroom..." Als patiënte zich op 24 maart 2003 opnieuw met pijn meldt, laat verweerder eerst laboratoriumonderzoek doen. De CRP blijkt dan opgelopen tot 58,4. Er is tussen patiënte en verweerder geen contact geweest over deze CRP-waarde. Opnieuw worden pijnstillers voorgeschreven.

Naar aanleiding van een huisbezoek, dat evenals de eerdergenoemde consulten niet in het journaal is terug te vinden, wordt tot een consult bij een internist besloten. Verweerder doet geen lichamenlijk onderzoek. Verweerder heeft patiënte na 1 januari 2003 niet meer onderzocht of gewogen. Op 3 april 2003 wordt patiënte poliklinisch gezien door de internist van het ziekenhuis in H. Verweerder zendt een kopie van de patiëntenkaart vanaf 1 januari 2003 met daaronder de toevoeging: "Gezien laboratoriumonderzoek andere diagnose mogelijk". Verweerder zendt de uitslagen van laboratoriumonderzoek en het verslag van het onderzoek bij de gastro-enteroloog mee. De internist in H oordeelt op 3 april 2003, zoals blijkt uit zijn verslag van 18 april 2003 aan verweerder, dat zeker nadere analyse nodig is. Dit wordt poliklinisch gepland. Later wordt de afspraak gemaakt dat patiënte opgenomen kan worden als de pijn niet verdwijnt. Wegens acute verergering van de klachten in de nacht van 6 op 7 april wordt patiënte op 7 april 2003 opgenomen. Uit genoemd verslag van 18 april 2003 blijkt dat haar toestand achteruit was gegaan. Ze had veel pijn gekregen met misselijkheid en overgeven. Er was geen koorts. Er is sprake van een "acute buik bij onderliggend lijden".

De chirurg en de gynaecoloog worden in consult geroepen, ook in verband met een verhoogde CA 125. In het verslag van het klinisch consult van de chirurg wordt aangetekend "enige spoed" en de conclusie luidt: "geen acute chirurgie op dit moment". De chirurg noteert in zijn verslag van 8 april 2003 dat patiënte uiteindelijk op 7 april 2003 's avonds wordt geopereerd "vanwege een onbegrepen sepsis waarschijnlijk van abdominale oorsprong". Er blijkt sprake van perforatie van het ileum met een langer bestaande volvulus van het ileum op basis van een streng. Gelet op de verdenking van de ziekte van Crohn blijkend uit onder meer de PA van de darm, concludeert de internist in H dat "patiënte lijdende was aan de ziekte van Crohn, welke uiteindelijk heeft geleid tot ernstige pathologie van de buik. Hetgeen de klachten in de afgelopen 6 maanden verklaart en uiteindelijk resulteerde in een perforatie met een sepsisbeeld. De definitieve bevindingen van de patholoog komen nog binnen."

De internist was toen bekend met een verslag gedateerd 10 april 2003 van het PA-onderzoek van het in H verwijderde materiaal. "dunne darmresectie (lengte ongeveer 35 cm, ileum): chronisch actieve ulcererende (deels transmurale) ontsteking (zonder granulomen) verspreid lymfatische/folliculaire hyperplasie en neurale hyperplasie, perforatie en fistelvorming. Lokale chronisch actieve fibrineuze peritonitis. De mogelijkheid van een onderliggend IBD moet worden overwogen (morbus Crohn?). Geen aanwijzingen voor maligniteit." Na de operatie is er sprake van snel progressief orgaanfalen. Patiënte wordt overgeplaatst naar het F voor een nierfunctievervangende therapie. Blijkens het verslag van de internist in F lukt dit niet vanwege het uitgesproken low output-syndroom. Echo cor toont hypokinesie van het gehele hart. Geen enkele therapie slaat meer aan en patiënte is hierna binnen enkele uren overleden.

### 3. De klacht

Klager verwijt verweerder, zakelijk weergegeven:

1. Een veel te afwachtend beleid, onvoldoende onderzoek en onjuiste diagnose.
2. Onvoldoende communicatie met de patiënte
3. Onjuiste verwijzing
4. Onjuiste verwijsbrieven

5. Onjuiste dossiervorming
6. Onjuiste medicatie

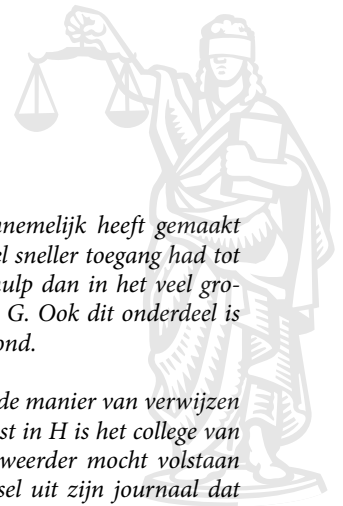
### 4. Het verweer

Het verweer komt - zakelijk weergegeven - op het volgende neer. Weliswaar heeft verweerder de diagnose morbus Crohn niet gesteld, maar het wisselende klachtenpatroon en de resultaten van het gastroscopisch onderzoek hebben verweerder geen aanleiding gegeven om aan een ernstig lijden te denken. Om dezelfde redenen verwachtte verweerder in eerste instantie geen resultaat van een eigen nader onderzoek dan wel van een andere doorverwijzing. De voorgeschreven dosering van de medicijnen is gebruikelijk. De pijnbestrijding had effect. Toen de klachten verergerden, werd weer doorverwezen. Behalve over het resultaat van het laatste bloedonderzoek, waarover niet is gecommuniceerd, is er over medicatie, doorverwijzing en opname altijd goed overleg met patiënte mogelijk geweest. Bij de verwijzingen is zowel sprake geweest van een voldoende duidelijke vraagstelling als van het bijvoegen van alle relevante informatie. Helaas zijn er in het verleden enkele consulten onvermeld gebleven ten gevolge van het gebruik van een primitief registratiesysteem.

### 5. De overwegingen van het college

5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekeninghoudend met de stand der wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2 In de eerste plaats moet de vraag worden beantwoord of verweerder nalatig is geweest in het doen van het juiste onderzoek dan wel het tijdig doorverwijzen of in het stellen van de juiste diagnose. Bij de beantwoording van deze vraag stelt het college voorop dat de thans bekende diagnose morbus Crohn een moeilijke diagnose is. Er is geen aanwijzing dat de specialisten zonder operatie tot deze diagnose zouden zijn gekomen en ook



nu nog is de diagnose niet helemaal zeker zonder de definitieve bevindingen van de pathologen. In het hierboven geciteerde verslag van de PA van 10 april 2003 staat er immers een vraagteken bij en er werden geen granulomen gezien. Verweerder, als huisarts, kan op dit punt dan ook geen verwijt worden gemaakt. Het college is voorts van oordeel dat verweerder ook voor het overige met het stellen van zijn diagnose dan wel zijn onderzoek en verwijzen heeft gehandeld binnen de grenzen zoals een redelijk handelend en bekwaam vakgenoot betaamt. Hiervoor is het volgende van belang. Voor juli 2002 was er slechts één enkel consult in verband met pijn in de onderbuik en kennelijk was hiervoor geen medicijngebruik geïndiceerd.

Verweerder ziet patiënte alleen in de zomer van 2002 tweemaal kort na elkaar in verband met buikklasten, welke hij beoordeelt als gastritis. Na behandeling keert patiënte dan niet eerder terug dan eind december 2002/januari 2003. Verweerder schrijft dan in verband met forse maagklachten slechts medicatie voor één maand voor en als dit niet werkt verwijst hij direct door naar de specialist in G. De gastro-enteroloog concludeert ook een gastritisbeeld, vindt niets aan de maag en constateert geen gewichtsverlies meer.

Gelet op deze bevindingen van een superspecialist, het intermitterend klachtenpatroon en de presentatie van patiënte, die, zeker als zij bij een arts was, als flink wordt gekenschetst, kan het verweerder niet worden verweten dat hij vervolgens gedurende enkele weken tracht om de klachten met een pijnstillert (diclofenac) te behandelen alvorens opnieuw te verwijzen.

Na de brief van 10 maart 2003 verwachtte verweerder begrijpelijkerwijs ook niet veel van ander hulponderzoek. In dit verband wordt verweerder verweten dat hij het gewichtsverlies van patiënte had moeten constateren en dat hij hiermee iets had moeten doen. In de eerste plaats is het gewicht door de gastro-enteroloog meegenomen in zijn beoordeling, al dan niet op aanwijzing van verweerder. De specialist constateert vervolgens bij brief van 10 maart 2003 dat patiënte niet verder afvalt. Wat er dan van zij van het feit dat patiënte daarna enorm is afgevallen en verweerder dit signaal genegeerd zou hebben, verweerder verwijst dan binnen een maand opnieuw naar een specialist.

Hierdoor zijn de eigen constatering van verweerder niet langer relevant. Hetzelfde geldt voor de bloedsuitslag met de verhoogde CRP. Het is ongelukkig dat verweerder hierover niet heeft gecommuniceerd met patiënte, hetgeen hij ook heeft toegegeven, maar hiervan kan verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Kort erna is immers verweerder naar een specialist terwijl de uitslag niet dusdanig was dat onmiddellijk handelen was geboden. Tot slot kon over de uitslag door de patiënte worden gebeld wat niet is gebeurd.

Verweerder heeft, toen het ziektebeeld niet langer op en afging maar hij frequenter in consult werd geroepen, ondanks de eerdere bevindingen van de specialist een bloedonderzoek laten doen en binnen vier weken na genoemde brief toegang tot een nieuwe specialist gezocht.

Gelet op het bovenstaande en daarbij in aanmerking genomen dat het ziektebeeld nog onduidelijk was, zelfs ten tijde van de ziekenhuisopname, kan de huisarts dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt dat hij niet eerder nader onderzoek deed of verwees, laat staan dat hem kan worden verweten dat hij niet de juiste diagnose heeft gesteld. Het eerste onderdeel van de klacht is dan ook ongegrond.

5.3 Gelet op het tragische verloop van de ziekte is het begrijpelijk dat klager het gevoel heeft onvoldoende te zijn gehoord, maar het is gelet op het bovenstaande evenmin gebleken dat verweerder verwijtbaar heeft gehandeld in dat opzicht. Verweerder was niet onvoldoende bereikbaar voor patiënte, dan wel heeft niet onvoldoende gereageerd als hij hierom werd verzocht. Voorts in aanmerking genomen wat hierboven onder 5.2 met betrekking tot de communicatie over de bloedsuitslag is overwogen, slaagt ook het tweede klachtonderdeel niet.

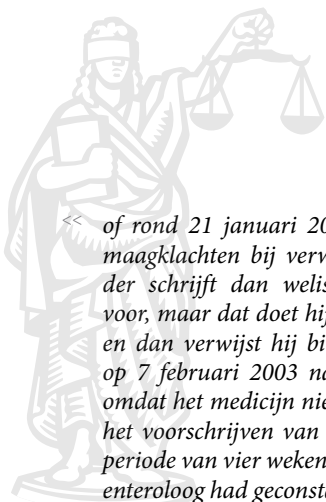
5.4 Het derde onderdeel van de klacht heeft blijkens de toelichting betrekking op de verwijzing door verweerder naar de internist in H in plaats van naar de al eerder geraadpleegde specialist in G. Wat er zij van het oordeel van de betrokken internist is het, anders dan klager meent, niet ongebruikelijk om naar een algemene internist te verwijzen na een meer specialistisch onderzoek dat onvoldoende bevredigend lijkt te zijn. Het college is bovendien van oordeel dat

verweerder aannemelijk heeft gemaakt dat hij in H veel sneller toegang had tot specialistische hulp dan in het veel grotere centrum in G. Ook dit onderdeel is daarom ongegrond.

5.5 Wat betreft de manier van verwijzen naar de specialist in H is het college van oordeel dat verweerder mocht volstaan met het uittreksel uit zijn journaal dat hij opstuurde, vergezeld van de brief van de gastro-enteroloog alsmede de recente labuitslagen. Weliswaar is de verwijzing uiterst summier maar uit de drie stukken samen blijkt dat het hier gaat om een reeds langer bestaande en onbegrepen klacht. Ook de medicatie is vermeld. Bovendien is de vraagstelling voldoende duidelijk nu verweerder vermeldt dat er gezien de labuitslagen een andere diagnose kan worden gesteld terwijl deze uitslagen zijn bijgevoegd. Ten overvloede wordt nog opgemerkt dat een specialist zich bij de anamnese zelfstandig een beeld vormt van het ziektebeeld van de betreffende patiënte. Dit klachtonderdeel is eveneens ongegrond.

5.6 Het vijfde klachtonderdeel betreft het niet vermelden in het journaal van twee consulten eind december 2002 en begin januari 2003, evenals het ontbreken van gegevens over de datum van het huisbezoek rond april 2003 en tot slot het niet vastleggen van de redenen voor de verwijzing van 7 april 2003 naar de internist in H. Van de verwijzing van 3 april 2003 is een uitdraai aanwezig, de overige genoemde gegevens ontbreken inderdaad. Het vastleggen van dergelijke gegevens is van groot belang voor de continuïteit van de zorg. Niet alleen voor de arts zelf maar ook voor het geval andere hulpverleners de gegevens moeten kunnen terugvinden. Het college is van oordeel dat verweerder hiervan een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Niet alleen ontbreken deze gegevens, maar verweerder heeft er ter zitting blijk van gegeven hierdoor een aantal zaken niet te kunnen reconstrueren. Dit vijfde klachtonderdeel is derhalve gegrond.

5.7 Tot slot het zesde onderdeel van de klacht. Dat verweerder op 19 augustus 2002, dus na een maand, de maagzuurremmers niet stopt, is niet ongebruikelijk en gelet op het intermitterend klachtenpatroon niet verwijtbaar. Patiënte kwam vervolgens immers eerst op >>



<< of rond 21 januari 2003 opnieuw met maagklachten bij verweerder. Verweerder schrijft dan weliswaar omeprazol voor, maar dat doet hij voor een maand en dan verwijst hij binnen een maand op 7 februari 2003 naar een specialist omdat het medicijn niet werkt. Ook van het voorschrijven van diclofenac in een periode van vier weken, nadat de gastro-enteroloog had geconstateerd dat er geen maagproblemen en of andere afwijkingen gevonden waren, kan verweerder geen verwijt worden gemaakt. Nadat de klachten verergeren laat verweerder bloedonderzoek doen en verwijst weer, nu naar H. Dit onderdeel van de klacht treft geen doel.

5.8 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de klacht in de onderdelen 1 tot en met 4 en 6 ongegrond is en wat betreft onderdeel 5 gegrond is.

5.9 De gegrondheid van een deel van de klacht brengt mee dat een maatregel moet worden opgelegd. Zoals al overwogen moet het verweerder worden aangerekend dat hij onvoldoende zorg heeft gedragen voor een goede verslaglegging in het belang van de continuïteit van zorg. Anderzijds is aannemelijk geworden dat verweerder destijds gebruikmaakte van een verouderd systeem zodat er thans van kan worden uitgegaan dat hij voor een betere gegevensverstrekking zorg zal dragen. Derhalve kan worden volstaan met een waarschuwing.”

### 3. VASTSTAANDE FEITEN EN OMSTANDIGHEDEN

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet althans onvoldoende is bestreden.

#### 4. PROCEDURE IN HOGER BEROEP

4.1 Klager beoogt met zijn beroep zijn klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. De klacht, die in verschillende onderdelen uiteenvalt, komt er in de kern op neer dat de huisarts gedurende een periode van 25 maanden een te afwachtend behandelbeleid heeft gevoerd ten aanzien van klagers vrouw.

4.2 De huisarts heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege kan zich wat betreft de beklagde verwijzing, verwijsbrieven en onvolledige dossiervoering verenigen met het oordeel van het regionaal tuchtcollege, maar komt op grond van de stukken en het verhandelde ter terechtzitting, anders dan het regionaal tuchtcollege, tot de slotsom dat de huisarts onvoldoende aan diagnostiek en onderzoek heeft gedaan en daardoor onvoldoende aandacht en zorg heeft besteed aan de patiënte, klagers vrouw. Met name heeft het de huisarts, zo oordeelt het Centraal Tuchtcollege, ontbroken aan een consequent, doortastend en inzichtelijk gevoerd behandelbeleid ten aanzien van klagers vrouw.

4.4 Meer concreet overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de huisarts gedurende de gehele periode dat klagers vrouw patiënte, met ernstige pijnklachten, bij hem is geweest, te weten vanaf eind 2000 tot en met haar overlijden in 2003, nimmer - zo heeft hij ter zitting erkend - lichamelijk onderzoek bij haar heeft verricht of haar heeft gevraagd naar haar ontlastingspatroon, op zichzelf voor de hand liggende onderzoeken/vragen bij de aan de huisarts voorgelegde aanhoudende buikproblematiek. Voorts is ter terechtzitting in hoger beroep komen vast te staan dat de huisarts bij geen van de consulten de sterke gewichtsafname van klagers vrouw heeft opgemerkt.

Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is de huisarts in deze tekortgeschoten in de professionaliteit die van een huisarts mag worden verwacht, waardoor bij herhaling mogelijkheden om mogelijke relevante symptomen bij zijn diagnose/onderzoek te (kunnen) betrekken, onbenut werden gelaten.

4.5 Wat betreft het behandelbeleid kan het Centraal Tuchtcollege er begrip voor opbrengen dat de huisarts mogelijk op het verkeerde been is gezet door de brief van gastro-enteroloog I van 10 maart 2003 waarin de specialist schrijft: ‘Haar anamnese past eigenlijk nog het beste bij een prikkelbaredarmsyndroom’. Dit neemt echter niet weg dat de huisarts zich vervolgens onafhankelijk van die diagnose een zelfstandig oordeel had dienen te vormen in plaats van deze zonder meer als vast uitgangspunt te nemen voor verder behandelbeleid, zeker nu die diagnose door de specialist enigszins vrijblijvend was geformuleerd.

Ook getuigt het vanaf februari 2003 gestaag verhogen van de diclofenac zonder (aantoonbare) onderliggende consulten en zonder de bevestiging dat de ondersteunende medicatie omeprazol nog werd ingenomen, niet van inzichtelijk behandelbeleid. Daarbij heeft de huisarts zijn eigen behandelplan niet consequent doorgevoerd, nu hij enerzijds laboratoriumonderzoek aanvraagt en hij anderzijds, als blijkt van een hoge CRP-waarde van 58,4, daarop niet op korte termijn vervolgactie onderneemt jegens klagers vrouw. De opmerking van de huisarts dat hij klagers vrouw had medegedeeld dat zij hem over de uitslag van het laboratoriumonderzoek moest bellen en zij dat niet heeft gedaan, kan hem niet baten, nu dit hem niet ontslaat van zijn eigen verantwoordelijkheid als huisarts ten opzichte van zijn patiënte.

4.6 Het voorgaande brengt mee dat de klacht gegrond is en een maatregel moet worden opgelegd. Het Centraal Tuchtcollege acht gelet op het bovenstaande, alsmede de omstandigheid dat de huisarts ter terechtzitting weinig blijkt heeft gegeven van inzicht in zijn handelen, een berisping onvermijdelijk. Het Centraal Tuchtcollege zal voorts bepalen dat deze beslissing om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal worden gepubliceerd.

### 5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;
- legt op de maatregel van berisping;

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.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. R.A. Torrenga en C.H.M. van Altena, leden-juristen en H.J. Blok en F.M.M. van Exter, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 6 december 2007 door mr. A.D.R.M. Boumans in tegenwoordigheid van de secretaris. ■