

uitspraak tuchtcollege

De hoofdbehandelaar

Zoals onlangs in dit tijdschrift al aan de orde kwam (MC 14/2008: 605 en 607) is er een discussie gaande over de taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar. Wat houden diens verantwoordelijkheden eigenlijk in? En hoe moet aan die verantwoordelijkheden in de praktijk gestalte worden gegeven? Het begrip hoofdbehandelaar lijkt steeds meer een andere invulling te krijgen, waarbij het veel meer gaat om regie en coördinatie van het zorgproces dan om inhoudelijke verantwoordelijkheid.

Onderstaande uitspraak van het Centraal Tuchtcollege sluit daarbij goed aan. De uitspraak (sterk ingekort, zie voor de volledige tekst www.medischcontact.nl) trekt niet alleen de aandacht vanwege de uitvoerige beschrijving en analyse van de casus, maar ook vanwege de algemene beschouwingen van het college over de inhoud van het hoofdbehandelaarschap (onder 5.3.2 en 5.3.3.)

Het ging in deze zaak om een spina bifida-patiëntje met een urinestoma en een spitz-holterdrain. Zij was bij verscheidene artsen bekend en moest nu een cholesteatoomoperatie ondergaan. Op zich verliep de operatie probleemloos maar een aantal uren later werd zij levenloos in haar bedje aangetroffen. Het regionaal tuchtcollege berispte de kno-arts omdat hij zich te veel had beperkt tot zijn eigen vakgebied bij deze complexe patiënte en onvoldoende zijn regierol over het totaal had waargemaakt. Het Centraal Tuchtcollege neemt vervolgens wel het (beperkte) deskundigheidsgebied van de medisch specialist in ogenschouw bij de beoordeling van de vraag of de kno-arts zich in dit specifieke geval naar behoren van zijn taak als hoofdbehandelaar heeft gekwetend en vernietigt de beslissing. Toch blijven er nog wel vragen over. Bijvoorbeeld of het concept van de hoofdbehandelaar nog wel hanteerbaar is bij de behandeling van patiënten met complexe, op verscheidene deskundigheidsgebieden gelegen, problematiek. 'Het ware beter als de kno-arts tevoren overleg had gepleegd met', lezen wij toch geregeld. Opmerkelijk is ook dat het Centraal Tuchtcollege vindt dat de dossiervorming van de anesthesioloog moet plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van de operateur.

Soms kunnen de door het college genoemde regietaken niet altijd door een en dezelfde persoon worden uitgevoerd. Maar de algemene overwegingen van het college sluiten goed aan bij de conceptnormen die de KNMG heeft opgesteld (zie MC 14/2008: 607) en helpen zeker bij het verder uitwerken daarvan. Wordt dus zeker vervolgd.

B.V.M. Crul, arts
prof. mr. J. Legemaate

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (ingekort door red. MC)

Beslissing van 1 april 2008 in de zaak onder nummer 2007/037 van A, kno-arts, wonende te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde mr. H.W.P.B. Taminiou, advocaat te Tilburg, tegen C en D, wonende te E, verweerders in hoger beroep, klagers in eerste instantie, gemachtigde mr. Z.J. Rittersma, advocaat te Arnhem.

1. Verloop van de procedure (...)

2. Beslissing in eerste aanleg (...)

3. Vaststaande feiten en omstandigheden (...)

4. Beoordeling van de ontvankelijkheid (...)

5. Procedure in hoger beroep

5.1 Het regionaal tuchtcollege heeft aan de arts een berisping opgelegd ter zake van - kort gezegd - het nemen van onvoldoende voorzorgsmaatregelen rond de operatie en het verstrekken van onvoldoende informatie over G aan de overige zorgverleners. De arts is hiertegen in beroep gekomen. Het beroep strekt tot vernietiging van de beslissing van het regionaal tuchtcollege en de ongegrondverklaring van de klacht van klagers.

5.2 Klagers hebben gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

5.3.1 In deze zaak staat vast dat G niet is overleden als direct gevolg van de operatie die door de arts is uitgevoerd of door andere nalatigheden van de arts bij de uitvoering van zijn specialistische zorg. De operatie is immers zonder complicaties verlopen en tot een goed einde gebracht en ook daarvoor of daarna is niet gebleken dat de arts is tekortgeschoten in de uitoefening van zijn specialisme van kno-arts. In deze procedure staat centraal het optreden van de arts als hoofdbehandelaar en in het bijzonder de vraag of de arts in die hoedanigheid de zorg heeft betracht die hij behoorde te betrachten ten opzichte van G.

5.3.2 Bij de beantwoording van die vraag wordt het volgende als uitgangspunt genomen.

De hoofdbehandelaar is, naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Dit traject bestaat uit de voorbereiding van de operatie (de preoperatieve fase), de operatie zelf (de peroperatieve fase) en de nazorg na de operatie (de postoperatieve fase). De regie houdt in het algemeen in dat de hoofdbehandelaar

1. ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die in een of meer van de genoemde fasen beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn - en dus ook zijn eigen verrichtingen -, op elkaar zijn afgestemd en zijn gecoördineerd, in zoverre als een en ander is vereist voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt, en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
2. voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:
a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden heeft geschapen waaronder een operatie verantwoord

- kan worden uitgevoerd met vermindering van complicaties;
- b) de betrokken specialisten in staat heeft gesteld op hun vakgebied een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;
 - c) in de mate die van hem als arts mag worden verwacht alert is geweest op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten heeft laten informeren door de specialisten op die andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;
 - d) toetst of de door de betrokken specialist(en) geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft zorg gedragen dat de bij de verschillende specialisten ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;
 - e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken specialisten en andere zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
 - f) de hoofdbehandelaar de patiënt en diens naaste betrekkingen voldoende op de hoogte heeft gehouden van het beloop van de behandeling van de patiënt en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

5.3.3 Ten slotte moet worden onderstreept dat de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor de uitvoering van zijn regiefunctie haar grens hierin vindt dat hij niet de verantwoordelijkheid draagt voor de door andere specialisten tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop de hoofdbehandelaar als specialist werkzaam is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere specialisten zelf ten volle verantwoordelijk.

5.4 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de arts als hoofdbehandelaar over het gehele behandeltraject de regie heeft gevoerd op een wijze die voldoet aan de onder 5.3 genoemde eisen.

Het Centraal Tuchtcollege overweegt daartoe als volgt.

Preoperatieve fase

5.5 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het optreden van de arts als hoofdbehandelaar in de preoperatieve fase de toets der kritiek kan doorstaan.

5.6 Het Centraal Tuchtcollege is ervan overtuigd dat de arts in de fase voorafgaand aan de ooperatie de raakvlakken met het specialisme neurochirurgie voldoende heeft onderkend en daarop ook de nodige actie heeft ondernomen. Uit de stukken en het verhandelde ter terechtzitting is gebleken dat de arts, nadat hij bij het eerste consult ter zake van de cholesteatomoperatie door klagers op de hoogte was gesteld van het feit dat G een ernstige neurologische afwijking had waarvoor zij in het I te K zou worden geopereerd, dit bij de behandelend neurochirurg aldaar heeft geverifieerd en de planning van de ooperatie op de operatie in het I heeft afgestemd. Toen de arts een maand later van klagers hoorde van een mogelijk disfunctionerende ventrikeldrain bij G en weer later (een dag voor de operatie) van de revalidatiearts dat bij G een nervus facialis parese was opgetreden, heeft hij wederom de behandelend neurochirurg geraadpleegd. Deze deelde hem mede dat hij de mogelijkheid van een draindisfunctie onder ogen had gezien, maar dit als oorzaak van G's klachten terzijde had geschoven. Haar klachten waren naar zijn oordeel namelijk waarschijnlijk terug te voeren op een *tethered spinal cord* waarvoor eerdergenoemde operatie in het I was gepland. Voorts achtte de behandelend neurochirurg het onwaarschijnlijk dat een intracranieële aandoening de oorzaak was van de opgetreden facialis parese indien er verder geen sprake was van de daarbijbehorende klinische alarmverschijnselen. Hij heeft in dat verband de arts gewezen op de symptomen van intracranieële drukverhoging en hem geadviseerd dit te onderzoeken. Nu de behandelend neurochirurg met G's speciale problematiek bekend was en haar ook recentelijk nog uitvoerig had onderzocht, heeft de arts naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege op diens deskundigheid kunnen

en mogen afgaan. Naar aanleiding van het overleg met de behandelend neurochirurg heeft de arts vervolgens nader onderzoek gedaan naar de door eerstgenoemde omschreven symptomen. Klagers gaven hem desgevraagd aan dat G behoudens oorspijn verder geen klachten had. Ook het resultaat van het onderzoek dat de arts zelf direct voorafgaand aan de ooperatie heeft verricht, wees niet op de door de neurochirurg genoemde symptomen. Daarop heeft de arts geconcludeerd dat de facialisparese niet kon worden herleid naar een 'centraal neurologisch probleem' (daaronder begrepen een intracranieële aandoening en/of de zeldzame arnold-chiarimalformatie) zodat er geen contra-indicaties waren voor het op gebruikelijke wijze - zonder extra voorzorgsmaatregelen - uitvoeren van de ooperatie. Deze conclusie van de arts geeft naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geen blijk van een onjuiste inschatting van de actuele medische situatie van G op dat moment. Weliswaar had het de arts gelet op zijn beperkte expertise op neurologisch gebied niet misstaan om - zoals de behandelend neurochirurg hem bij twijfel had voorgesteld te doen - voorafgaand aan de operatie nog een kinderarts of een neuroloog naar G te laten kijken, maar het achterwege laten hiervan betekent niet dat de arts niet als goed hoofdbehandelaar heeft gehandeld. Hierbij weegt mee dat, achteraf bezien, ook onder de deskundigen geen eensluidend oordeel bestaat over de vraag of de arts na het advies van de behandelend neurochirurg al dan niet nog nadere neurologische deskundigheid had moeten inroepen of met zijn eigen onderzoek kon volstaan. G's medische voorgeschiedenis behoefde voor de arts evenmin aanleiding te zijn om extra zorgmaatregelen in te zetten, nu de arts G reeds tweemaal eerder zonder bijzondere maatregelen had geopereerd (plaatsing trommelvliesbuisjes op 4 september 2000 en 11 september 2002), welke operaties zonder complicaties waren verlopen.

5.7 Ook wat betreft de anesthesiologische aspecten acht het Centraal Tuchtcollege het handelen van de arts conform de professionele standaard.

Vaststaat dat de preoperatieve anesthesiologische polikliniek die thans standaard is in ziekenhuizen, toentertijd in het H nog niet plaatsvond. Deze is pas na het overlijden van G en na daartoe gedane aanbevelingen in het ziekenhuis gerealiseerd. Hoewel het gemeten naar de huidige maatstaven beter zou zijn geweest wanneer de arts de anesthesioloog voor de operatie meer tijd had gegund om tot een verantwoord anesthesieplan te komen, heeft de arts de anesthesioloog destijds geheel in overeenstemming met het toenmalige beleid in het ziekenhuis een uur voor de operatie in het bezit gesteld van G's medisch dossier. Zijn handelen kan hem dan ook niet tuchtrechtelijk worden tegengeworpen, eens te minder nu - achteraf - aannemelijk is geworden dat ook het eerder ter hand stellen van het dossier aan de anesthesioloog niet had geleid tot een ander anesthesiebeleid dan in dit geval door de anesthesioloog is toegepast. Het mag zo zijn dat de anesthesioloog zich door de handelwijze van de arts 'overrompeld' heeft gevoeld, maar niet in geschil is dat de anesthesioloog voorafgaand aan de operatie niet aan de arts in zijn hoedanigheid van hoofdbehandelaar heeft kenbaar gemaakt dat hij onder de gegeven omstandigheden niet tot een verantwoord narcosebeleid kon komen en de operatie wenste uit te stellen of af te gelasten, iets wat, zoals volgt uit hetgeen hiervoor in 5.3.3 is overwogen, op zijn weg zou hebben gelegen in de onderlinge verhouding tussen hem en de hoofdbehandelaar. Bij gebreke daarvan mocht de arts als hoofdbehandelaar dan ook ervan uitgaan dat zich op anesthesiologisch gebied geen belemmeringen voordeden om de operatie doorgang te laten vinden.

5.8 Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege zou het beter zijn geweest wanneer de arts voorafgaand aan de ooperatie de overige betrokken zorgverleners - waaronder de verpleegkundigen, het OK-personeel en gelet op G's leeftijd ook de kinderarts - had ingelicht over het feit dat G een spina bifida-patiënte was. Het betreft immers informatie die voor de overige betrokken zorgverleners van belang kan zijn bij de uitoefening van hun taken, omdat het G plaats in de categorie pa-

tiënten met een aanzienlijk hoog risico en bekendheid hiermee kan bijdragen aan een verantwoorde behandeling. Het gaat het Centraal Tuchtcollege echter te ver om in het onderhavige geval hieraan de conclusie te verbinden dat de arts daarmee dusdanig in de communicatie is tekortgeschoten dat hij niet aan de in redelijkheid aan de aan een hoofdbehandelaar te stellen eisen heeft voldaan. Immers, ook als in aanmerking wordt genomen dat G op grond van haar spina bifida-conditie in het algemeen gesproken een verhoogd risico liep, dan nog is niet aannemelijk geworden dat haar actuele medische situatie in de preoperatieve fase in dier voege speciale medische aandacht vroeg dat met het oog op dat verhoogde risico bijzondere maatregelen geboden waren. Zo waren er geen aanwijzingen dat G's vitale functies werden bedreigd en na het overleg met de behandelend neurochirurg lag een 'centraal neurologisch probleem' ook niet in de rede, terwijl G's medische voorgeschiedenis bij de kno-afdeling evenmin aanleiding gaf tot het treffen van zodanige maatregelen, nu zij daar - zoals gezegd - reeds tweemaal met succes zonder bijzondere maatregelen was geopereerd.

Peroperatieve fase

5.9 Het optreden van de hoofdbehandelaar in deze fase dient te worden beoordeeld tegen de achtergrond van het feit dat in deze fase de operatie centraal staat. Hoewel de arts ook in deze fase als hoofdbehandelaar onverminderd eindverantwoordelijk is voor de regie, ligt voor hem in deze fase het zwaartepunt bij zijn taak als operateur. Opereren betekent nauw samenwerken met de overige specialisten en andere zorgverleners waarbij een ieder over en weer op elkaars kennis en expertise moet kunnen vertrouwen. Het is in deze context dat de regiefunctie van de hoofdbehandelaar praktisch gesproken samenvalt met zijn functie van operateur. Bezien tegen deze achtergrond en gelet op het feit dat de ooperatie op zich zonder problemen is verlopen en overigens niet is gesteld, noch anderszins is gebleken dat de arts in deze fase als operateur op enigerlei wijze is tekortgeschoten, acht het Centraal Tuchtcollege aannemelijk dat de arts

ook zijn taak als hoofdbehandelaar in deze fase naar behoren heeft vervuld.

Postoperatieve fase

5.10 Ook in de postoperatieve fase kan de arts als hoofdbehandelaar geen verwijt worden gemaakt. Deze fase dient te worden onderscheiden in de periode in directe aansluiting op de operatie, de zogenoemde verkoeverperiode, en de daaropvolgende periode van postoperatieve nazorg.

5.11 De verkoeverperiode is een integraal onderdeel van de anesthesiologische behandeling tijdens de operatie, en evenals in de peroperatieve fase is de anesthesioloog ook in de verkoeverperiode nog steeds verantwoordelijk voor de bewaking, het respiratoire en hemodynamische management en pijnbestrijding van de patiënt. De hoofdbehandelaar is in deze periode voor de 'bewaking' van een verantwoorde behandeling van de patiënt sterk afhankelijk van de anesthesioloog, hetgeen betekent dat gedurende de verkoeverperiode voor hem noodgedwongen slechts een beperkte rol is weggelegd. Voor de hoofdbehandelaar van wie (toch) geacht wordt dat hij in deze periode de vinger aan de pols houdt is in deze periode goede communicatie met de anesthesioloog van groot belang. Daarbij wordt van de anesthesioloog verwacht dat deze actief de hoofdbehandelaar, niet alleen met het oog op diens eigen specialistische zorg voor de patiënt, maar ook met het oog op zijn coördinerende en informerende taken als regievoerende hoofdbehandelaar, op de hoogte houdt van het verloop van de behandeling. Het Centraal Tuchtcollege is uit de stukken en het verhandelde ter terechtzitting gebleken dat de verkoeverperiode zonder problemen of bijzonderheden is verlopen en heeft voorts niet kunnen ontwaren dat de arts in deze periode ten opzichte van de anesthesioloog op communicatief vlak is tekortgeschoten. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kan het optreden van de arts als hoofdbehandelaar in de verkoeverperiode dan ook de toets der kritiek doorstaan. Hierbij maakt het Centraal Tuchtcollege echter wel de kanttekening dat de dossiervoering van de anesthesioloog

ter zake van de verkoeverperiode te summier is geweest. Hoewel het toezicht op de voormelde dossiervoering onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar valt, acht het Centraal Tuchtcollege dit verzuim in het onderhavige geval echter niet van dermate gewicht dat dit de arts in zijn hoedanigheid van hoofdbehandelaar dient te worden aangerekend.

5.12 Op het moment dat G door de anesthesioloog van de verkoeverafdeling werd ontslagen eindigde de verkoeverperiode en kwam de nazorg in handen van de arts, als specialist (operateur) en regievoerende hoofdbehandelaar. Onweersproken is dat de arts zich na G's ontslag van de verkoeverkamer met de anesthesioloog heeft verstaan over de - na de verkoeverperiode - in te zetten postoperatieve pijnbestrijding en dat de anesthesioloog de arts daarbij heeft medegedeeld dat zich geen bijzonderheden hadden voorgedaan en er in zijn optiek verder geen bijzondere pijnbestrijdingsmaatregelen waren vereist. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege getuigt dit van een zorgvuldige overdracht. Voor de verdere postoperatieve nazorg heeft de arts daarna als operateur en hoofdbehandelaar kunnen terugvallen op zijn eigen expertise als kno-arts. Aannemelijk is dat G bij het eerste postoperatieve bezoek van de arts op de kinderverpleegafdeling goed aanspreekbaar is geweest. Immers, uit de aantekeningen van de verpleging in de status van 13 november 2002 blijkt dat G tijdens dit bezoek 'babbeltjes voor 10' had en ook de arts heeft over dit bezoek onweersproken verklaard dat hij een vrolijk kind aantrof dat aan hem vroeg wanneer ze weer naar huis mocht. Dat G pijn had, was de arts bekend. De arts heeft tijdens het bezoek gezien dat G naar haar oor greep en klagers en de verpleegkundige hebben de arts toen ook medegedeeld dat de tot dan toe aan G verstrekte paracetamol onvoldoende hielp tegen de pijn. Tijdens dit bezoek heeft er zelfs aan het bed van G een discussie over het medicatiebeleid plaatsgevonden tussen klagers en de arts in aanwezigheid van de verpleegkundige. Klagers hadden de arts verzocht G vanwege de pijn sterkere medicatie (antibiotica) toe te

dienen, waarna de arts heeft uitgelegd dat dat niet gebruikelijk was. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege heeft de arts G's pijnklachten op dat moment op grond van haar actuele medische situatie - een goed verlopen operatie, geen bijzonderheden of problemen tijdens de verkoeverperiode, een medisch advies van de anesthesioloog dat na de verkoeverperiode geen bijzondere pijnbestrijdingsmaatregelen zijn vereist en een goed aanspreekbare patiënt - kunnen en mogen inschatten als behorend bij de - relatief kort na een ooperatie van deze aard - te dragen 'normale' pijn en was er voor de arts bij gebreke van contra-indicaties geen reden om af te wijken van het standaard postoperatieve kno-beleid bij dit soort operaties. Het Centraal Tuchtcollege acht het dan ook niet onjuist dat de arts de verpleegkundige vervolgens conform het standaard postoperatieve beleid de instructie heeft gegeven G's oorverband in te knippen teneinde de druk of pijn te verlichten en dat hij - ondanks het aandringen van klagers om G antibiotica toe te dienen - heeft vastgehouden aan de gebruikelijke pijnmedicatie na dit soort ooperaties, te weten 4x daags 500 mg paracetamol. Anders dan klagers, acht het Centraal Tuchtcollege het niet onzorgvuldig dat de arts de verpleegkundige(n) niet nog eens expliciet de instructie heeft gegeven om bij iedere noodzaak tot het geven van een zwaarder middel dan paracetamol een arts in te schakelen. Op grond van voormelde omstandigheden en met name vanwege de discussie omtrent het antibioticabeleid had dit de verpleging reeds duidelijk moeten zijn. In ieder geval mocht de arts als hoofdbehandelaar er op grond van voormelde omstandigheden van uitgaan dat de verpleegkundige had begrepen dat de arts het standaardbeleid hanteerde en mocht hij er op rekenen dat de verpleging hem ervan op de hoogte zou stellen wanneer G niet conform het 'normale' pijnverloop na een ooperatie zou herstellen en de standaardpijnmedicatie voor G niet (langer) adequaat was. Het is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat de arts zich ten opzichte van de verpleging onvoldoende communicatief heeft opgesteld waardoor

het mogelijk aan hemzelf te wijten zou zijn dat de verpleging toen G's pijnbestrijding later die bewuste avond onvoldoende adequaat bleek, geen contact met hem heeft opgenomen en zelfstandig buprenorfine (Temgesic) heeft toegediend. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kan derhalve ook postoperatief niet worden geconcludeerd dat de arts niet als goed als operateur of als hoofdbehandelaar heeft gehandeld.

5.13 Het Centraal Tuchtcollege is - niettegenstaande de andere beleving van klagers in deze - niet gebleken dat de arts als hoofdbehandelaar gedurende het behandeltraject als onvoldoende aanspreekpunt voor klagers, patiënt en specialisten en andere zorgverleners heeft gefungeerd of hen onvoldoende op de hoogte heeft gesteld van het beloop van de behandeling.

5.14 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege anders over de zaak oordeelt dan het regionaal tuchtcollege en dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege niet in stand kan blijven.

6. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;
- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door mr. W.D.H. Asser, voorzitter, mr. C.H.M. van Altena en mr. R.A. Torrenga, leden-juristen en dr. J.H. Hulshof en J.S. Pöll, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 1 april 2008, door mr. W.D.H. Asser, in tegenwoordigheid van de secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op onze site:

www.medischcontact.nl. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.