

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 001/2016 cmt

COLLEGE VAN MEDISCH TOEZICHT

Beslissing d.d. 29 juli 2016 naar aanleiding van de op 3 februari 2016 bij het College van Medisch Toezicht ingekomen voordacht van

A.A. Warris-Versteegen en J.M. Janson,
in hun hoedanigheid van senior inspecteur (jurist) voor de Gezondheidszorg,
werkzaam te Utrecht,
hierna ook te noemen: de IGZ,

-tegen-

A, arts, wonende te B,
bijgestaan door mr. M.J. de Groot, advocaat te Hilversum,
hierna ook te noemen: de arts.

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- de voordracht met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid te worden gehoord in het kader van het mondeling vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 21 juni 2016 te Zwolle, alwaar de IGZ is verschenen bij genoemde inspecteurs. De arts is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de voordracht, van het volgende te worden uitgegaan.

De arts, geboren in 1960, is in 1985 begonnen met de studie geneeskunde en studeerde in 1992 af. De opleiding tot huisarts werd door hem in 1996 afgerond. De arts is in 1997

begonnen in een huisartsenpraktijk, die hij in 1998 samen met zijn toenmalige echtgenote heeft overgenomen en uitgeoefend. Na echtscheiding heeft de arts in 2013 zijn deel van de huisartsenpraktijk overgedaan. In februari 2014 schreef de arts zich in bij de Kamer van Koophandel met een huisartsenpraktijk op zijn privé-adres. Hij is sinds 2 september 2014 niet meer ingeschreven in het BIG-register onder het specialisme huisarts, nog wel als arts.

De IGZ ontving in februari 2014 twee meldingen betreffende de arts. Dat betrof een melding van de huisarts van de toenmalige partner van de arts, die inhield dat deze partner in kritieke toestand was aangetroffen in de woning. Zij had bloederige diarree en was uitgedroogd en werd opgenomen in het ziekenhuis. De arts zou haar intraveneus Haldol en intramusculair diclofenac hebben ingespoten waardoor spuitabcessen zouden zijn ontstaan. Na ziekenhuisopname van de partner meldde de behandelend internist bij de IGZ dat door de arts toegediende injecties tot infectieuze complicaties hadden geleid waarbij chirurgische interventie nodig was. De abcessen in arm en been moesten worden uitgeruimd en zouden pas na langdurige behandeling kunnen genezen. De arts zou zich tijdens de opname hebben bemoeid met de behandeling en zelfstandig het infuus hebben gemanipuleerd.

Tevens werd gemeld dat de arts zijn 8-jarige zoon Ritalin voorschreef zonder dat daarvoor op dat moment een diagnose was gesteld.

De arts heeft (op 16 april 2014) hierover aan de IGZ verklaard dat hij geen weerstand kon bieden aan verzoeken van zijn partner om medicatie toe te dienen, bestaande uit fysiologisch zout en diclofenac. De arts meldde dat hij niet meer werkzaam was als huisarts en een sabbatical hield.

Op 18 juni 2014 werd door de IGZ een melding ontvangen van het hoofd zorg van de Dienst Justitiële inrichting C.

Deze melding hield in dat de arts, die medische zorg verrichtte in de penitentiaire inrichting C, per direct de toegang tot de inrichting was ontzegd omdat het mogelijk onveilig en onverantwoord was om hem zorg te laten verlenen aan patiënten. Zijn spraak was onsamenhangend en er werden fouten in de receptuur van voorgeschreven medicamenten gemaakt. De arts is op staande voet ontslagen. De reden voor het ontslag was dat de arts mogelijk onder invloed van alcohol zijn werkzaamheden verrichtte. De arts zou zichzelf veelvuldig krabben en er zou sprake geweest zijn van ongecontroleerd onverantwoord handelen. Een verslag van de gebeurtenissen op 17 juni 2014 in de P.I. omtrent het gedrag van de arts bevindt zich in het dossier.

Op 26 oktober 2014 ontving de IGZ een e-mailbericht inhoudende een plan van aanpak van de arts. De arts gaf aan dat hij in de toekomst onder behandeling zou blijven bij de transmuraal verpleegkundige van het D in E en één van de psychiaters bij F en blijvend ondersteunende medicatie zou moeten in nemen, ook als zijn stemmingsstoornis langdurig in remissie is. De arts was op dat moment werkzaam in een schadeherstelbedrijf van een vriend.

De arts meldde in het gesprek met de IGZ op 5 november 2014 dat tijdens zijn werk in de penitentiaire inrichting geen sprake was geweest van alcoholgebruik. Het veelvuldig krabben zou komen omdat de arts aanvalsgewijs last heeft van urticaria. Dermatologen zochten de oorzaak daarvoor bij een specifieke allergische constitutie. De arts vroeg zich af of er sprake kon zijn van een bijwerking of interactie van citalopram met Imigran

per injectie en antihistaminica, geneesmiddelen die hij toentertijd gebruikte. De arts meldde dat hij vanwege relatieproblemen met zijn partner van huis weg wilde zijn en daarom als arts werkzaam was. De arts gaf tevens aan dat hij kampt met een alcoholverslaving, dat hij lijdt aan depressies en stemmingstoornissen en dat hij volgens zijn behandelaren narcistische trekken vertoont. In augustus 2014 heeft de arts, volgens eigen zeggen, een terugval gehad in zijn alcoholverslaving en sindsdien gebruikte hij op voorschrift van zijn psychiater Refusal, citalopram en Remeron. De arts gaf toestemming voor het opstellen van een psychiatrisch expertiseonderzoek.

De door G, psychiater, opgemaakte rapportage van psychiatrisch onderzoek, inclusief psychologisch onderzoek door gz-psycholoog H, betreffende de arts, luidde, voor zover thans van belang:

“10. SAMENVATTING

Deze expertise werd op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verricht naar aanleiding van twee klachten in 2014 wegens disfunctioneren als arts. (...) Bij de beoordeling is gebruik gemaakt van het rapport van I, psychiater, die betrokkene in 2009 zag in het kader van een expertise voor de werkgever, en een uitgebreid verslag van de F, waar betrokkene in 2012 met een dwangmaatregel enkele maanden opgenomen werd naar aanleiding van ernstige suïcidaliteit en intoxicatie met alcohol en sinds 2013 nog in ambulante behandeling is.

Er is zowel psychiatrisch als psychologisch onderzoek verricht. Uit het psychologisch onderzoek kwam naar voren dat betrokkene ontwijkende en schizoïde trekken in de persoonlijkheid laat zien. Tevens bleek hij een gemiddelde intelligentie met een disharmonisch profiel te scoren, waarbij zijn verbale vermogens sterker zijn dan de perceptuele. Het executieve functioneren bleek normaal en er was geen sprake van malingering.

Uit het psychiatrisch onderzoek kwam naar voren dat er sprake is van recidiverende depressies, momenteel in remissie met behulp van medicatie, een ernstige alcoholafhankelijkheid, waarbij het gebruik 7 maanden in remissie is, en een persoonlijkheidsstoornis NAO met vermijdende en schizoïde trekken.

(...)

12. CONCLUSIE

Ten aanzien van de meldingen aangaande de veroorzaakte infiltraten bij zijn partner en de gedragsproblemen door medicatie tijdens het werk als arts in de gevangenis is de rode draad dat hij zijn verantwoordelijkheid als arts onvoldoende heeft genomen, in het eerste geval heeft nagelaten een behandeling te weigeren en in het tweede geval niet zelf de verantwoordelijkheid heeft genomen om zijn patiënten en collega's niet bloot te stellen aan de gedragsstoornissen ten gevolge van dit medicatiegebruik. Dit falen als arts was een samenspel van de ontredering die was ontstaan ten gevolge van de escalaties in de destructieve relatie met zijn partner in combinatie met zijn wilszwakte door de persoonlijkheidsstoornis en mogelijk de alcoholafhankelijkheid.

13. BEANTWOORDING VAN DE VRAGEN

1. Is er bij onderzochte sprake van een psychiatrische stoornis (inclusief verslavingsproblematiek, en zo ja, hoe is die in diagnostische zin te omschrijven?

Er is bij betrokkene sprake van recidiverende depressies, een persoonlijkheidsstoornis en ernstige alcoholafhankelijkheid waarvan het misbruik momenteel in remissie is.

2. Zo ja, kunt u beargumenteren (onderbouwen) hoe u tot deze diagnose bent gekomen? (Gaarne beschrijving gebruikte instrumenten, aard onderzoeksmethoden, bevindingen uit heteroanamnese, neuropsychologisch, somatisch en laboratorium onderzoek).

De recidiverende depressie kunnen we opmaken uit de anamnese en wordt ook door (...) vermeld, terwijl dat uit het verslag van de F minder naar voren komt.

De persoonlijkheidsstoornis komt naar voren uit de anamnese en uit het testonderzoek. De ernstige alcoholafhankelijkheid met periodiek destructief alcoholmisbruik wordt inmiddels door betrokkene erkend, en komt duidelijk naar voren uit het verslag van de F en de klinische gedwongen behandeling in 2012.

3. Kunt u aangeven hoe lang deze stoornis bestaat en kunt u een uitspraak doen over de ernst en de prognose van deze stoornis?

De recidiverende depressie bestaat sinds 2004 en reageert in principe goed op farmacotherapie.

De persoonlijkheidsstoornis bestaat al vanaf de vroege volwassenheid. Met name in de relatie met [naam ex-partner, RTC] liep hij volkomen vast door de beperkingen die voortkomen uit deze persoonlijkheidsstoornis, zoals zijn besluiteloosheid, het onvoldoende grenzen kunnen stellen, te weinig daadkracht tonen, zich laten manipuleren.

De alcoholafhankelijkheid bestaat in elk geval sinds 2011 en is heel hardnekkig en misbruik kan in korte tijd tot ernstig disfunctioneren leiden. Betrokkene is zo'n zeven maanden abtinent, maar zodra er weer relationele spanningen zijn, zoals in de relatie met [naam ex-partner, RTC], is de kans op terugval erg groot. Betrokkene gebruikt refusal om te voorkomen dat hij gaat drinken.

4. Kunt u de aard en ernst van de stoornis aangeven ten tijde van de periode waarop de laatste meldingen bij de inspectie betrekking hebben ?

De meldingen die gaan over het ontstaan van de infiltraten bij zijn partner hangen samen met de geëscaleerde relationele problemen, en zijn beperkingen vanuit zijn persoonlijkheidsstoornis. Het is onduidelijk of alcoholmisbruik van zijn kant een rol daarin heeft gespeeld, dat wordt door hem ontkend.

De melding of de gedragsproblemen toen hij als arts in de gevangenis werkte hangen volgens hem zelf samen met een reactie op het gebruik van verschillende geneesmiddelen. Betrokkene vermeldt dat hij een dergelijke reactie wel vaker had vertoond door deze cocktail van medicatie. Het was wellicht verstandiger geweest als hij zich met die wetenschap had ziek gemeld en zelf de verantwoordelijkheid had genomen voor zijn gedrag. Hij heeft, als arts, wel erg weinig verantwoordelijkheid genomen.

5. Beperkt de eventuele psychiatrische stoornis de gedragsmogelijkheden van onderzochte, en zo ja hoe?

Wij vragen u hierbij speciale aandacht te besteden aan die aspecten voor de beroepsuitoefening, op grond waarvan de patiëntveiligheid in het geding kan komen.

Er was sprake van een samenspel van factoren waarbij de ernstige relationele problemen en de doorlopende spanning die dat met zich meebracht de beperkingen vanuit de persoonlijkheidsproblematiek - met name de besluiteloosheid, wilszwakte, het moeilijk grenzen kunnen stellen - en de alcoholafhankelijkheid de gedragsmogelijkheden van betrokkene ten aanzien van het volledig verantwoordelijkheid nemen als arts verminderde.

6. Indien de eventuele psychiatrische stoornis de gedragsmogelijkheden van de onderzochte beperkt, kunt u gemotiveerd aangeven:

a. op welke manier dat geschiedt, en

b. in welke mate het geschiedt, en

c. tot welke risico's voor de patiëntveiligheid dit leidt?

a. Op grond van zijn persoonlijkheidsproblematiek is hij onder (relationele) druk niet afdoende in staat om grenzen te stellen die hij als arts hoort te stellen, namelijk mensen uit de eigen kring niet behandelen en heeft hij ten aanzien van de tweede melding niet

zelf ingegrepen toen bleek dat hij zich niet goed voelde en mentaal in elk geval disfunc-tioneerde.

b. Al in de rapportage van (...) in 2009 wordt gemeld dat hij het met het voorschrijven aan zichzelf en kind niet zo nauw neemt en werd hij ook hiervoor gewaarschuwd. In het eerste geval heeft hij onvoldoende weerstand geboden tegen de druk van zijn partner, hij had ook veel eerder hulp in kunnen schakelen, en in het tweede geval heeft hij nagelaten zijn eigen conditie in ogenschouw te nemen en de verantwoordelijkheid te nemen om te besluiten niet te gaan werken of op tijd te stoppen met werk die dag. In het tweede geval komt het ook in de nabespreking niet in hem op dat hij zelf de verantwoordelijkheid zou hebben kunnen nemen, maar volstaat hij met krachtig te stellen dat de omstanders het mis hadden.

c. De wilszwakte en besluiteloosheid kunnen betekenen dat betrokkene onder druk van derden kan bezwijken en als arts dan de verkeerde beslissingen neemt. Het voorschrijven van medicijnen aan c.q. behandelen van zichzelf en naasten wordt onder artsen algemeen als bedenkelijk zo niet als taboe gezien - omdat de band met hen de oordeels-vorming kan vertroebelen. Dat hij zijn eigen functioneren onvoldoende monitort en niet ingrijpt als het slecht met hem gaat kan natuurlijk betekenen dat hij in de patiëntenzorg, indien hij onvoldoende functioneert, de verkeerde beslissingen neemt. De

alcoholafhankelijkheid kan betekenen dat hij onder stress terugvalt in alcoholmisbruik en dan onvoldoende als arts gaat functioneren.

7. Kunt u op grond van uw onderzoek een prognose geven over een verantwoord (be-kwame) beroepsuitoefening door de onderzochte?

Betrokkene heeft zijn huisartsenbevoegdheid opgegeven. Een verstandige keuze, gezien alles wat er is gebeurd. Zijn werk als huisarts was ook een vlucht voor de daadwerkelijke en ernstige relationele problemen en zijn onmacht om daar wat aan te doen. Ik adviseer, op grond van hetgeen al is voorgevallen en zijn persoonlijkheidsproblematiek en de alcoholafhankelijkheid, dat het niet verantwoord is als betrokkene direct patiënten be-handeld. Hij kan zich erbij neerleggen dat hij niet meer als huisarts en in de directe patiëntenzorg werkt. Hij zou wel graag in een adviserende diagnostische rol als arts zijn vak willen kunnen uitoefenen. Hij kan dan anderen en zichzelf geen medicatie meer voorschrijven.

Welke factoren voortkomend uit of samenhangend niet de stoornis(sen) van onderzochte zijn van belang bij de beoordeling van de kans op (eventueel recidive van het) disfunc-tioneren?

De grootste risico's liggen op het gebied van relationele spanningen en alcoholgebruik. - Welke mogelijke oudere factoren en condities dienen hierbij in ogenschouw genomen te worden?

Indien betrokkene geen medicatie meer mag voorschrijven dan is die veiligheid van patiënten niet meer in het geding.

- is er iets te zeggen over eventuele onderlinge beïnvloeding van deze factoren en condities?

Juist onder druk van omstandigheden komt de besluiteloosheid en wilszwakte van be-trokkene naar voren en is er een verhoogd risico op terugval in alcoholmisbruik met als gevolg dat hij dan geen adequate beslissingen meer neemt als arts.

8. Heeft u naar aanleiding van uw onderzoek een behandeladvies met betrekking tot de door u geconstateerde stoornis en/of de daaruit voortvloeiende beperkingen?

Ik heb het volgende advies:

A. Betrokkene gaat in psychotherapie bij de heer (...), psychotherapeut in J. Hij heeft dit zelf ook voorgesteld, hij heeft vertrouwen in hem. De heer (...) is daartoe door mij benaderd en ook bereid gevonden. Hij is eveneens bereid de Inspectie te melden wanneer de behandeling wordt beëindigd. Over de inhoud van de behandeling kan hij geen mededelingen aan de inspectie doen. Vanuit de F is al langere tijd aangedrongen op psychotherapie en door betrokkene steeds afgehouden. Hij vindt het heel moeilijk om open kaart te spelen. En dat is een vereiste bij psychotherapie. De voorgestelde psychotherapie heeft als doelen:

- het vergroten van de zelfmonitoring.
- het bewust worden van de impact van de traumatisering in zijn jeugd op zijn persoonlijkheidsontwikkeling en wat voor valkuilen dat in met name intieme relaties, maar ook in behandelrelaties met zich meebrengt
- een vorm van coaching en signalering wanneer hij tegen problemen oploopt en dat zelf onvoldoende overziet.

B. De huisarts, (...), krijgt dit verslag ook en werkt mee aan het voorstel. Hij heeft zich daartoe bereid verklaard. Evaluatie van de farmacotherapie is aangewezen en daar moet de huisarts regie over nemen. De huisarts moet mi. niet in een controlerende rol komen. Ik heb het (wat ondoordachte) voorstel van betrokkene dat de huisarts de ad random alcoholcontroles op zich neemt, afgewezen.

C. (...), psychiater, adviseert gedurende een periode van twee jaar ad random alcoholcontroles te laten doen via een wijkteam, waar de heer (...) na de reorganisatie bij de F, deel van gaat uitmaken. (...) kent betrokkene goed. Indien betrokkene positief is op middelengebruik adviseer ik de Inspectie hiervan in kennis te stellen.

D. Betrokkene meldt aan c.q. overlegt met de Inspectie waar hij werkt en wat voor werk hij doet als arts. Hij dient naar zijn werkgever open te zijn over zijn antecedenten.

E. Het is van belang dat betrokkene binnen kantoortijden werkt en geen diensten doet.”

Psychiater I heeft in 2009 navolgende diagnose betreffende de arts gesteld:

“een combinatie van een depressieve stoornis, waarschijnlijk recidiverend, en een angststoornis NAO, bij persoonlijkheidsstoornis NAO met cluster A kenmerken (afhankelijk en conflictvermijdend)”.

3. HET STANDPUNT VAN DE IGZ

De IGZ stelt zich op het standpunt dat de geestelijke gesteldheid, en de mogelijke kans op terugval in alcoholmisbruik in stresssituaties van de arts zodanig is dat hij moet worden geacht de geschiktheid tot het uitoefenen van zijn beroep als arts te missen. De arts heeft volgens de IGZ naast onvoldoende zelfinzicht ook onvoldoende ziekteinzicht hetgeen een extra risicofactor voor de patiëntveiligheid vormt. Daarnaast is de arts onbetrouwbaar gebleken jegens de IGZ omdat hij, in strijd met zijn mededeling in het eerste gesprek met de IGZ dat hij een sabbatical had, nadien nog bleek te werken in de penitentiaire inrichting. De IGZ verzoekt de registratie van de arts in het BIG-register door te halen en hem – bij wijze van voorlopige voorziening – te schorsen. Subsidiair verzoekt de IGZ de beroepsuitoefening door de arts met expliciet door de IGZ genoemde waarborgen te omkleden opdat recht wordt gedaan aan het over de arts uitgebrachte expertiserapport.

4. HET STANDPUNT VAN DE ARTS

De arts is van mening dat doorhaling van zijn registratie als arts in het BIG-register een te vergaande maatregel is, die niet is gerechtvaardigd op grond van de feiten en omstandigheden noch op grond van het verrichte onafhankelijk psychiatrisch onderzoek. Volstaan kan worden met het binden van bijzondere voorwaarden aan de bevoegdheid tot inschrijving in het BIG-register dan wel een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid om het beroep van arts uit te oefenen. De arts bestrijdt onjuiste informatie aan de IGZ te hebben verstrekt over zijn werk bij de penitentiaire inrichting. Van ongeschiktheid om het beroep van arts uit te oefenen is geen sprake. De arts is bereid de door de IGZ gestelde beperkingen en voorwaarden te accepteren, met uitzondering van de verplichting open te zijn over zijn antecedenten naar een toekomstige werkgever omdat dit hem het werken de facto onmogelijk zal maken.

5. DE BEOORDELING VAN HET COLLEGE

5.1

Aan de orde is de vraag of de arts wegens zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid of wegens de gewoonte van drankmisbruik of van misbruik van middelen de geschiktheid tot het uitoefenen van zijn beroep moet worden geacht te missen (artikel 79 Wet BIG) en of hij niet in staat kan worden geacht zijn werkzaamheden als arts naar behoren te verrichten. Bij die beoordeling neemt het college ook in aanmerking of de arts mogelijk zijn beroep wel kan uitoefenen na door het college te stellen bijzondere waarborgen.

5.2

Wat de geestelijk gesteldheid van de arts betreft, beschikt het college over de rapportage van het psychologisch en psychiatrisch onderzoek, waarbij is vastgesteld dat bij de arts sprake is van recidiverende depressies, een persoonlijkheidsstoornis en ernstige alcoholafhankelijkheid, waarvan het misbruik momenteel in remissie is. De recidiverende depressie bestaat sinds 2004 en reageert in principe goed op farmacotherapie.

De persoonlijkheidsstoornis bestaat al vanaf de vroege volwassenheid. Met name in de relatie met zijn ex-partner liep de arts volkomen vast door de beperkingen die voortkomen uit deze persoonlijkheidsstoornis, zoals zijn besluiteloosheid, het onvoldoende grenzen kunnen stellen, te weinig daadkracht tonen, zich laten manipuleren. De alcoholafhankelijkheid bestaat sinds 2011 en is heel hardnekkig en misbruik kan in korte tijd tot ernstig disfunctioneren leiden. Betrokkene is abstinente, maar zodra er weer relationele spanningen zijn, zoals in de relatie met zijn ex-partner, is de kans op terugval groot, aldus de deskundigen. Het college kan zich vinden in de overgelegde rapportage en verenigt zich daarmee. Op grond van de conclusies van psychiater I zoals vervat in het rapport van psychiater G, welke conclusies bij de opstelling van de rapportages niet door de arts zijn bestreden, moet worden aangenomen dat bij de arts sprake is van een persoonlijkheidsstoornis NAO met vermijdende en schizoïde trekken. De arts is in ieder geval vanaf de zomer van 2012 in toenemende mate de controle over zichzelf en zijn alcohol- en middelengebruik kwijtgeraakt.

5.3

Genoemde persoonlijkheidsproblematiek heeft - naar de arts ook erkend heeft - geleid tot ernstig onprofessioneel gedrag, waarbij in ieder geval voor patiënten in de penitentiaire inrichting, de ex-partner, alsmede de zoon risico's voor de gezondheid zijn ontstaan. Ook het alcoholmisbruik in de jaren 2010 tot 2014, stond een behoorlijke beroepsuitoefening in de weg. Mede door suïcidale uitingen is de arts voor een klinische behandeling opgenomen geweest bij F en is een ambulante behandeltraject in gang gezet. Uit de

stukken en de toelichting ter zitting blijkt dat de arts de nodige inzichtgevende en steunende behandeling heeft gezocht, ondersteund met medicatie. Ook heeft hij de destructieve relatie met zijn partner beëindigd en zich in september 2014 als huisarts uitgeschreven uit het BIG-register. Dat na 2014 nog sprake is van alcoholmisbruik, kan het college niet vaststellen. Het alcoholgebruik zou – naar de arts heeft betoogd – en naar het college wel wil aannemen het gevolg zijn geweest van diverse life-events en mede in interactie met medicijngebruik tot disfunctioneren hebben geleid. Dat vindt steun in het rapport van G die beschrijft dat de meldingen zijn ontstaan als gevolg van geëscaleerde relationele problemen en beperkingen vanuit zijn persoonlijkheidsstoornis. Dat bij de arts sprake is van gewoonte van drankmisbruik of van misbruik van middelen, kan het college niet vaststellen. Het college heeft aanknopingspunten dat het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de arts met de nodige begeleiding en medicatie thans beter verloopt.

5.4

Hoewel de arts sinds juni 2014 niet meer als arts werkzaam is geweest, ligt de vraag voor of hij op termijn weer in staat zal zijn om behoorlijk en professioneel als arts te functioneren. De arts heeft aangevoerd dat de door IGZ verzochte doorhaling een te ver gaande maatregel is en dat hij, na opleiding daartoe, werkzaam zou willen zijn als medisch adviseur. De arts heeft ter zitting verklaard dat directe betrokkenheid bij de patiëntenzorg hem teveel stress geeft en dat hij zich daarom als huisarts heeft uitgeschreven. Het college is van oordeel dat de arts een reëel inzicht heeft in zijn situatie en op de risico's op terugval die hem bedreigen. De persoonlijkheidsproblematiek bij de arts is wel zodanig dat de beroepsuitoefening met bijzondere waarborgen moet worden omkleed, een en ander grotendeels in navolging van het verzoek van de IGZ. Het college acht dit - mede gezien de acceptatie hiervan door de arts - gelet op de bij de arts gestelde diagnose, zijn huidige medicijngebruik en persoonlijkheidsproblematiek gerechtvaardigd om terugval of disfunctioneren te voorkomen, ook al zal de arts niet direct in de curatieve patiëntenzorg werkzaam zijn. Ook dan dient sprake te zijn van zorgvuldige bewaking en beoordeling van belangen door de arts. Gelet op de ernst van de problemen die de arts heeft ondervonden, het belang van de individuele gezondheidszorg en de vergewisplicht die een werkgever heeft op basis van de Wkkgz, acht het college het gerechtvaardigd van de arts een mededelingsplicht aan een toekomstige werkgever over zijn antecedenten te verlangen. Het gaat hier om een niet vast omliggende verplichting, maar in combinatie met de mededelingsplicht aan de IGZ stelt dit de IGZ in staat bij de werkgever na te gaan of de arts voldoende openheid heeft betracht. Gelet op deze beide voorwaarden behoeft niet de beperking te worden opgelegd dat de arts niet solistisch mag werken.

5.5

De conclusie van het voorgaande is dat het college de beroepsuitoefening door de arts zal binden aan na te melden voorwaarden. Deze beogen enerzijds te voorkomen dat de arts in zijn beroep terugkeert op een wijze en in een stadium dat dit risico's voor een goede individuele gezondheidszorg meebrengt. Anderzijds wordt de arts bij wege van laatste kans de gelegenheid geboden als basisarts, bijvoorbeeld als medisch adviseur, en aldus op beperkte wijze in zijn beroep werkzaam te zijn. Gelet op de persoonlijkheidsproblematiek is continuering van de behandeling daarvan geboden. Aan het volgen van de psychotherapie door de arts worden de volgende doelen gesteld:

- het vergroten van de zelfmonitoring;

- het bewust worden van de impact van de traumatisering in zijn jeugd op zijn persoonlijkheidsontwikkeling en wat voor valkuilen dat in persoonlijke relaties, maar ook in behandelrelaties met zich meebrengt;
- een vorm van coaching en signalering wanneer hij tegen problemen oploopt en dat zelf onvoldoende overziet.

Het college gaat ervan uit dat indien door de arts aan een van de voorwaarden zal zijn voldaan, de IGZ aan het BIG-register zal berichten dat de binding van de bevoegdheid aan de betreffende voorwaarde komt te vervallen en dat het register de registratie van die binding aan die voorwaarde alsdan zal beëindigen.

6. DE BESLISSING

Het College van Medisch Toezicht:

- ontzegt de arts de bevoegdheid om directe, curatieve patiëntenzorg te verlenen en medicatie voor te schrijven;
- en bindt de bevoegdheid van de arts het beroep van arts uit te oefenen aan de navolgende voorwaarden:
 - 1) De arts gaat in psychotherapie bij een psychotherapeut, die de IGZ zal melden wanneer de behandeling wordt beëindigd.
 - 2) De arts dient gedurende minimaal twee jaar mee te werken aan drie-maandelijke alcoholcontroles (via bloedonderzoek) en indien de arts positief is op middelengebruik zal de IGZ hiervan in kennis worden gesteld.
 - 3) De arts meldt aan de IGZ indien hij weer als arts werkzaamheden gaat verrichten.
 - 4) De arts zal naar zijn werkgever(s) open zijn over de problemen in zijn professionele functioneren in 2009 en 2014.
 - 5) De arts zal alleen werkzaam zijn gedurende kantoortijden en geen avond-, nacht- en weekenddiensten doen.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.A.A.M. Scheuder, voorzitter, mr. A.L. Smit, lid-jurist, L.M. Gualthérie van Weezel, dr. J.P. van der Sluijs en R. Vogelenzang, leden-artsen, in tegenwoordigheid van mr. J.W. Sijstra-Meijer, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 29 juli 2016 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

Het beroepsschrift moet binnen de termijn van zes weken na de dag van verzending van de beslissing zijn ontvangen.

Het beroepsschrift dient gericht te zijn aan de secretaris van het Centraal Tuchtcollege te 's-Gravenhage maar dient **gezonden** te worden aan de secretaris van het College voor Medisch Toezicht,
Postbus 10067, 8000GB te Zwolle.