

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/5148

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing van 16 juni 2023 op de klacht van:

G.M.A. van Zeeland in zijn hoedanigheid van senior inspecteur van de

INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG EN JEUGD,

kantoorhoudende te Utrecht,

klager, hierna ook: IGJ,

gemachtigden: mr. A.A.B. Cornelissen en mr. Q.J.M.A. Amelink, werkzaam als
(senior) juridisch adviseurs bij de IGJ,

tegen

A,

psychiater,

destijds werkzaam te B,

verweerder, hierna ook: de psychiater,

gemachtigde: mr. S. Mosk, werkzaam voor ARAG SE, te Leusden.

1. De zaak in het kort

1. IGJ is door een derde gewezen op het overlijden van een patiënte die zorg ontving van de organisatie waarvoor de psychiater werkte. IGJ heeft hierna onderzoek gedaan naar de zorg voor patiënte bij deze organisatie. De patiënte leed aan anorexia nervosa en persoonlijkheidsproblematiek. Zij was sinds 2014 onder behandeling bij verschillende instellingen. Ook was zij diverse keren opgenomen. De psychiater was in ieder geval vanaf mei 2018 regiebehandelaar. Patiënte is eind 2018 overleden.

2. IGJ verwijt de psychiater dat hij de behandeling van patiënte op onzorgvuldige wijze heeft uitgevoerd en onvoldoende verslag heeft gedaan van haar behandeling.

3. Het college komt tot het oordeel dat de psychiater bij de behandeling van patiënte tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en dat de klacht gegrond is. De psychiater heeft – kort gezegd – onvoldoende regie gevoerd over de behandeling van patiënte en ook de verslaglegging daarvan was onvoldoende. Het college legt een geheel voorwaardelijke schorsing op van twee maanden. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2. Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2. De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

3. De zaak is behandeld op de openbare zitting van 12 mei 2023. De partijen zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. De gemachtigden hebben pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. De feiten

De psychiater werkte sinds februari 2017 als zelfstandig psychiater ongeveer één tot anderhalve dag per week bij C.

Op 1 september 2016 startte de behandeling van patiënte bij C. Zij was daarvoor (sinds 2014) bij verschillende andere instellingen onder behandeling geweest voor de indicatie anorexia nervosa, zowel klinisch als ambulante. Patiënte werd door een specialistische GGZ instelling verwezen naar C. Naast haar behandeling door C bleef patiënte aanvankelijk ook in behandeling bij D.

In de periode vanaf 1 september 2016 zijn de volgende zorginstellingen betrokken geweest:

Bij het aangaan van de behandelingsovereenkomst werden door patiënte en een verpleegkundig specialist van C een aantal contractvoorwaarden bepaald en ondertekend. Afgesproken werd onder meer dat het lichaamsgewicht van patiënte niet onder 45,5 kg zou komen.

In een behandelplan van mei 2017 werd de naam van de psychiater voor de eerste maal als hoofdbehandelaar genoteerd.

Op 15 augustus 2017 was er telefonisch contact tussen de behandelaar van D en de psychiater. De psychiater noteerde (alle citaten voor zover van belang en letterlijk weergegeven):

“t.c. overleg op verzoek over deze mij onbekende pte.

Collega legt mij dilemma voor waarover inhoudelijk geen mening kan geven:

Ofwel verder bij D, ofwel bij C.

Formele niet totaal zwart wit; indien verder bij D, dan zou [Initialen uitvoerend behandelaar C] daar nog emdr traject kunnen doen.

Coll [...] betwijfeld echter of gezien ernst van anorexia voortzetten behandeling bij C (nu) voor C te behappen is, c.q. verantwoord.

[Initialen uitvoerend behandelaar] acht e.e.a. haalbaar begrijp ik.

Ik kan er geen antwoord op geven, omdat ik pte. / casus / actuele toestand niet ken.

Maar na zoeken ontdek ik een eenmalig psychiatrisch consult van [naam collega psychiater] dd. 21-6-2016.

Wie hier dan nu de hoofdbehandelaar is c.q. beslissing kan dragen (ook omdat ik op vakantie ga) kan ik niet beantwoorden. [...]

Na beëindiging van de behandeling door D vond op 22 december 2017 een medicatie-evaluatie en suïcidetaxatie plaats door een collega-psychiater bij C.

Op 17 mei 2018 sprak de psychiater voor de eerste maal met patiënte. Hij noteerde onder meer:

“Ritueel PC vanwege overname regieschap door vertrek [initialen collega psychiater]. [...]

Diagnose/dd: anorexia nervosa, ernstig (loopt al 12 jaar?), ptss, gemengde persoonlijkheidsstoornis (BP, OC).

Lange tijd was er sprake van -coproductie/ coöperatie met eetkliniek D/E.

[...]

Doelen behandeling globaal;

1e fase: (nog bezig, langzame ontwikkeling) anorexia stabilisatie op zijn minst..., gezonder gewicht borgen, actie radius optimaliseren.

2e fase trauma behandeling in engere zin. Veel systeemproblematiek achterliggend. [...]

In namiddag op verzoek personeel bij bespreking ivm hun vrees 'op het randje te zitten' gezien onbekende en lage gewicht pte...

Effe formeel: als regiebehandelaar ligt mijn ondergrens bij 30 kg. Daaronder is elke behandeling hier een illusie. Medisch optimaliseren heeft dan voorrang. C heeft niet middelen/expertise omdat dan veilig te borgen. Bij die ondergrens staat somatisch gevaar voorop. Dus formeel terug naar HA -> internist dan.

Als werkers hier collectief een hogere onder grens willen (programma eisen, beloop, eigen gemoedsrust) ook goed. 35 kg?

Zij moeten dat expliciteren.

F pte. Moet bekend zijn; regelmatig bij HA laten bepalen en contact erover [en die bepaalt dan zelfstandig bijstelling somatiek beleid] of hier via vpk-s en als pte grens minimumgewicht + 5 kg (bijv.: 30+5) bereikt of onderschrijdt dan automatisch overleg somatiek vpk-s/HA. [...]"

Op 18 mei 2018 werd in het dossier genoteerd dat het team 35 kg als ondergrens voor het lichaamsgewicht van patiënte aangaf. Het team maakte zich zorgen over de lichamelijke gesteldheid van patiënte en het team vermoedde dat patiënte haar sondevoeding niet consequent nam. Omdat patiënte naar eigen zeggen onder de 35 kilogram woog werd contact opgenomen met de huisarts. Deze gaf aan dat hij patiënte de dinsdag daarna op consult kon zien. De psychiater werd per e-mail geïnformeerd over deze ontwikkelingen.

De volgende dag verbleef patiënte bij haar oma. Van daaruit werd patiënte opgenomen in het ziekenhuis.

Op 24 mei 2018 noteerde de psychiater dat de grens van 30 kilogram medisch technisch gezien te laag was, dat de minimumgrens daarmee tot 35 kilogram werd verhoogd en dat hij met minder geen genoeg zou nemen.

Op 4 juni 2018 had de psychiater overleg met de klinisch behandelaars van patiënte.

Patiënte woog op dat moment 30 kilogram. De psychiater noteerde onder meer:

"Vanaf 40 kg m.i. pas is een gespecialiseerde behandeling een realistische optie.

Enkel uit wandelgangen alhier weet ik dat D/Et 'niet stond te springen' om pte. (nu?) terug te nemen.

[...]

Ik vind dat de hele casus niet door C aangenomen had moeten worden. Ik ben er t.z.t. niet in gekend.

Desgevraagd kan ik nu niet zeggen of een vervolg behandeling voor G wel of niet succesvol of zinvol kan zijn.

Uit de somatische gevaren zone is 1. Vervolgbehandeling regelen (daar aangenomen worden/wachtlIJst e.d. is 2).

Bij C zie ik dit niet gebeuren, gezien kenmerken opzet/organisatie en competentie van het personeel (Geboekte vooruit zou ook weer teloor kunnen gaan).

Een onrealistische vooruitziendheid van mij word gevraagd vind ik. Idealiter aansterken, dan terug/vervolg bij D zou ik zeggen.

C zou daarin best bemiddeld kunnen optreden t.z.t. Daar heb ik niks principiële op tegen. [...]"

Naar aanleiding van een verzoek om het standpunt van de psychiater door de behandelend artsen van het ziekenhuis, schreef de psychiater onder meer dat de

hoofdbehandelaar nu de internist was en dat de psychiater als ambulante regiebehandelaar even buiten spel stond.

In zijn antwoord schreef de psychiater verder over de motivatie voor een vervolgtraject, versterf optie, euthanasie en het eventueel vastleggen niet-reanimeerbeleid.

Op 7 juni 2018 overlegde de psychiater telefonisch met de behandelend psychiater van het ziekenhuis. Volgens de psychiater van het ziekenhuis was de prognose dat patiënte na twee weken uit de somatische gevarezone zou zijn. De psychiater noteerde dat patiënte dan op gesprek kon komen voor afwegen nieuwe ronde, nieuwe kansen/doorstart behandeling en opnieuw vaststellen behandelingsovereenkomst. De psychiater noteerde na overleg met de verpleegkundig specialist van C een ondergrens van "40 kilogram?".

De volgende notitie van de psychiater is van 4 oktober 2018. Hij noteerde onder meer: *"Eerder deze week contact buiten kantoor uren op diens verzoek met [initialen uitvoerend behandelaar] n.a.v. beloop casus. Ik heb casus al langere tijd niet meer gevolgd.*

Ik had gehoord dat pte. Weer was opgenomen in H (sinds?) wegens recidief gewichtsverlies. Eerder was zij wel ambulant en zag [initialen uitvoerend behandelaar] haar d.m.v. huisbezoeken had zij een activiteitenrooster.

Maar dit liep spaak door gewichtsverlies tot – 40 kg. Daardoor heropname geregeld (daarbij was ik niet betrokken)

Uit berichten van [initialen uitvoerend behandelaar] blijkt: herhaling van zetten met [ziekenhuis]: zij willen dat pte. met ontslag gaat en wij haar terugnemen. F is (net als toen haar de eerste keer zag (weer) +/- 35 kg nu.

[..]

Tel. Gesprek op verzoek met AIOS psychiatrie [...]

Mijn intercollegiaal advies:

3. Onder de 40 kg (was is en blijft voorwaarde) kan pte niet terug bij C). Bij minimaal 40 kg kan over inrichting traject C verder worden gesproken.

4. Vanwege 1 en stagnatie nu; Vraag collega psa van eetkliniek I voor behandel advies: nieuwe tips/tactiek voor hén [naam ziekenhuis]/overname I en toe werk traject daarheen vanuit H/ optie passieve euthanasie of zelfs actieve (separate procedure)."

De overige contacten met het ziekenhuis werden gevoerd met de uitvoerend behandelaar van C, niet-zijnde de psychiater.

4. De klacht en de reactie van de psychiater

4. IGJ verwijt de psychiater dat:

4. Hij de behandeling bij patiënte onzorgvuldig heeft uitgevoerd door:

4.1

5. Hij onvoldoende verslag heeft gedaan van de behandeling van patiënte.

In de periode van 7 juni 2018 tot en met het overlijden van patiënte op 18 december 2018 is door de psychiater alleen op 4 oktober 2018 een notitie gemaakt in het dossier van C. Er zijn geen aantekeningen van (de voortgang van) de behandeling in het dossier. Er is geen verslag van een psychiatrisch onderzoek aanwezig. Voor geen van de in de DSM-classificatie genoemde beelden wordt een behandeling ingezet die gestoeld is op de daarvoor ontwikkelde behandelrichtlijnen.

2. De psychiater erkent dat de behandeling van patiënte bij C niet correct is verlopen. Het spijt de psychiater dat hij zich in deze casus te afwachtend heeft opgesteld. Hij had ervoor moeten zorgen dat hij geïnformeerd werd en regie moeten voeren. De

psychiater vraagt bij de beoordeling van de klacht oog voor de omstandigheden bij C. De psychiater werkte vanaf februari 2017 één tot anderhalve dag per week bij C. Vanaf dat moment waren ongeveer 100 tot 130 patiënten voor wat betreft het regiebehandelaarschap aan hem 'toebedeeld', waarvan de behandeling al liep. Hij werd geïnformeerd zodra er iets speelde waarbij de betrokkenheid van de psychiater nodig was. Er was geen systeem dat borgde dat patiënten met enige regelmaat onder de aandacht van de regiebehandelaar kwamen. Ook was in de dossiers niet alle informatie opgeslagen. Hoewel zijn naam al eerder als hoofdbehandelaar werd genoteerd, was de psychiater pas vanaf mei 2018 feitelijk betrokken bij deze patiënte. Ondanks dat het anders genoteerd staat in het dossier was de psychiater daarvoor geen hoofd- of regiebehandelaar van deze patiënte. De psychiater is niet betrokken geweest bij het in behandeling nemen van patiënte. Vanaf het moment dat de psychiater betrokken raakte bij de behandeling heeft hij onderzocht of de behandeling van patiënte de grenzen van zijn beroepsuitoefening zou overschrijden. De psychiater deelt de mening van IGJ dat C onvoldoende kennis in huis had om patiënte goed te behandelen. Hij is hierover in discussie gegaan met de uitvoerend behandelaar. Deze deelde de mening van de psychiater niet en wilde patiënte in behandeling houden. Hierbij nam de uitvoerend behandelaar de regie over van de psychiater. De psychiater betreurt het dat hij de regie niet heeft teruggenomen. De uitvoerend behandelaar heeft continu zelfstandig gehandeld en de psychiater als regiebehandelaar niet op de hoogte gehouden. De psychiater was zich ervan bewust dat de werkwijze binnen C niet optimaal was en heeft diverse verbetertrajecten binnen C helpen ontwikkelen. Ook is de caseload op zijn verzoek verminderd. De psychiater is sinds november 2021 arbeidsongeschikt en daardoor sindsdien niet meer werkzaam als psychiater. Hij verwacht niet dat hij in toekomst als psychiater in de individuele gezondheidszorg zal terugkeren. De psychiater begrijpt dat een gegrondverklaring van de klachten onvermijdelijk is. Er is echter geen patroon van ernstig onzorgvuldig handelen dat tot de conclusie zou kunnen leiden dat (tijdelijke) uitoefening van het beroep van psychiater door hem niet verantwoord zou zijn.

3. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de psychiater de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende psychiater. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt.

Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

De regiebehandelaar

5.2 In gevallen waarin twee of meer zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van één patiënt, moet als uitgangspunt worden genomen dat elke bij die behandeling betrokken zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt.

In gevallen waarin de aard en/of complexiteit van de behandeling dat nodig maakt, dragen deze (individuele) zorgverleners er steeds zorg voor dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen.

De regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe, dat:

Klachtonderdeel a. De zorgvuldigheid van de behandeling.

5.3 In het medisch dossier van patiënte is de psychiater al in mei 2017 als hoofdbehandelaar vermeld. In het vervolg van deze beslissing zal het begrip 'regiebehandelaar' worden gebruikt, als de inmiddels gebruikelijke aanduiding van de zorgverlener die in een behandelingsituatie met meerdere betrokken zorgverleners de regie voert. De psychiater ontkent toen al te hebben geweten dat hij als regiebehandelaar werd aangemerkt. Wat daarvan ook zij, het college stelt vast dat de psychiater in ieder geval bij het consult op 17 mei 2018 wist dat hij regiebehandelaar was. De somatische toestand van patiënte was op dat moment alarmerend. Uit de notities van de psychiater over de ondergrens van het gewicht van patiënte blijkt dat hij op dit punt expertise miste. Duidelijk is dat de psychiater zich in ieder geval begin juni 2018 ook zelf realiseerde dat de organisatie niet was toegerust voor de behandeling van een patiënte met deze complexe problematiek. De psychiater heeft niet gehandeld naar dit inzicht en de behandeling laten voortduren. Hij heeft niet kenbaar geprobeerd de behandeling van patiënte over te dragen aan een deskundige collega of een instelling die wel voldoende deskundigheid in huis had. De omstandigheid dat de uitvoerend behandelaar (ook directeur van de organisatie) daar op tegen was ontsloeg de psychiater niet van zijn verantwoordelijkheid als regiebehandelaar op dit vlak.

5.4 Uit het voorgaande volgt dat de psychiater ten onrechte geen consequenties heeft verbonden of actie heeft ondernomen na zijn conclusie dat C en hijzelf onvoldoende expertise in huis hadden om patiënte te kunnen behandelen. Dat betekent dat de behandeling door C is doorgedaan. Ook hierin is door de psychiater geen regie gevoerd. Hij heeft geen poging gedaan een deskundige van buitenaf bij de behandeling te betrekken. Evenmin zijn duidelijke afspraken gemaakt over de monitoring van het gewicht en behandelplannen zijn niet geëvalueerd. Wat precies de inhoud van de behandelcontacten van de uitvoerend behandelaar met patiënte was, is volstrekt onduidelijk omdat notities daarvan ontbreken. Dat de psychiater zich op een andere wijze heeft laten voorlichten over de situatie van patiënte blijkt niet. Na een contact op 7 juni 2018 met de klinisch psychiater is er tot oktober 2018 geen gedocumenteerde bemoeienis van de psychiater meer geweest. Dit terwijl de verwachting op 7 juni 2018 was dat patiënte binnen enkele weken uit het ziekenhuis zou worden ontslagen. Het lag op de weg van de psychiater als regiebehandelaar ervoor te zorgen dat na ontslag van patiënte uit het ziekenhuis nieuwe afspraken zouden worden gemaakt over haar behandeling, monitoring en vastlegging van de behandeling in het dossier, hetgeen is nagelaten. De psychiater had er verder voor moeten zorgen dat bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg plaats zou vinden waarin concrete afspraken zouden worden gemaakt over behandeling en monitoring van patiënte bij C of een eventuele overdracht van patiënte aan een andere instelling. De psychiater heeft echter in de vier maanden na 7 juni 2018 geen enkel initiatief genomen in deze complexe casus. Ook na het contact met het ziekenhuis op 7 oktober 2018 heeft de psychiater geen initiatief genomen. Dit was niet zorgvuldig. De psychiater had zich in deze complexe casus bij een zeer kwetsbare patiënte met enige regelmaat op de hoogte moeten stellen van haar situatie. Hij had geen genoegen mogen nemen met de aanname dat hij op de hoogte zou worden gehouden van de situatie van patiënte. Dit geldt eens te meer nu hem in ieder geval in oktober 2018 wel duidelijk moet zijn geweest dat hij in de periode daarvoor helemaal niet op de hoogte was gehouden. Ook de omstandigheid dat patiënte op een bepaald moment in het ziekenhuis verbleef ontsloeg de psychiater niet van de verantwoordelijkheid zich met enige regelmaat op de hoogte te stellen van de situatie van patiënte. Dat geldt ook in de omstandigheid dat de werkdruk hoog was en de

situatie lastig omdat de uitvoerend behandelaar een andere visie had en ook nog eens bestuurder van de organisatie was. De psychiater had zich moeten realiseren dat de toestand van deze patiënte te complex en zorgelijk was om op zijn beloop te laten.

Klachtonderdeel a is daarmee gegrond.

Klachtonderdeel b. Verslaglegging

5.5 De verslaglegging in het dossier van patiënte is onvolledig. Informatie van voorgaande behandelaars was niet opgevraagd en ontbrak. Behandelaantekeningen van de uitvoerend behandelaar ontbreken nagenoeg. De psychiater heeft met deze onvolledigheid genoegen genomen. De psychiater heeft ook zelf nagelaten relevante zaken goed te noteren. Hij heeft bijvoorbeeld niet vastgelegd hoe de behandeling vorm moest krijgen en wat daarvoor nodig was. Ook is door hem niet vastgelegd waarom, ondanks zijn visie dat C in deze niet voldoende deskundigheid bezat, niet werd gekozen voor een overdracht van de behandeling van patiënte aan een andere instelling.

Ook klachtonderdeel b is daarmee gegrond.

Slotsom

5.6 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de klacht in zijn geheel gegrond is.

Maatregel

5.7 IGJ stelt zich op het standpunt dat er ernstige zorg is over de patiëntveiligheid als de psychiater zijn werkzaamheden in de individuele gezondheidszorg weer oppakt. De psychiater erkent dat hij het anders had moeten doen, maar een reflectie op hoe deze casus heeft kunnen gebeuren, ontbreekt volgens IGJ.

5.8 De psychiater erkent dat zijn handelen in deze casus onzorgvuldig is geweest en verzoekt het college bij het opleggen van de maatregel rekening te houden met de moeilijke werkomstandigheden en de omstandigheid dat hij na deze casus verschillende verbetermaatregelen heeft doorgevoerd binnen de organisatie. Hij verzoekt het college er rekening mee te houden dat deze casus op zichzelf staat en dat iets dergelijks zich daarvoor en daarna niet meer heeft voorgedaan. Ook benadrukt de psychiater dat hij verwacht niet meer als psychiater aan de slag te zullen gaan. In het hypothetische geval dat hij dat toch zou doen, zal hij bij het aangaan van een werkrelatie alert zijn ten aanzien van de organisatie waarvoor hij zou gaan werken.

5.9 Het college overweegt dat de psychiater bij de zorg aan een zeer zieke patiënte met een complex ziektebeeld nagenoeg geen regie heeft genomen. Er waren meerdere momenten (18 mei 2018, 7 juni 2018 en 7 oktober 2018) waarop de psychiater had moeten concluderen dat (meer) regie noodzakelijk was, en dat hij als regiebehandelaar die regie op zich zou hebben moeten nemen. Hij heeft deze regie desondanks telkens niet genomen. Daarbij was ook de verslaglegging onvoldoende. Dit zijn ernstige verwijten waarvoor naar het oordeel van het college niet met een berisping kan worden volstaan. Dat de psychiater naar zijn zeggen de regie niet adequaat heeft kunnen nemen doordat de uitvoerend behandelaar, tevens directeur van C, daaraan in de weg stond, maakt dat niet anders. Hoe ook zijn verhouding tot de uitvoerend behandelaar was, de psychiater had nog steeds zijn eigen verantwoordelijkheid en heeft die verantwoordelijkheid niet genomen.

Een dergelijk verwijt kan onder omstandigheden aanleiding geven voor een doorhaling of het opleggen van een onvoorwaardelijke schorsing. Dat is naar het oordeel van het college in dit geval echter een te zware maatregel. Daarbij neemt het college in aanmerking dat het hier om een verwijtbaar handelen in één door IGJ voorgelegde casus betreft en dat de psychiater niet eerder met een gegronde

tuchtklacht geconfronteerd is geweest. Verder is van belang dat de psychiater erkent dat zijn regievoering in deze zaak – volstrekt – onvoldoende is geweest. Na deze casus heeft de psychiater binnen de organisatie verschillende verbetermaatregelen doorgevoerd en heeft hij het aantal patiënten waarvan hij regiebehandelaar was laten terugbrengen.

Om herhaling te voorkomen zal het college daarom een geheel voorwaardelijke schorsing opleggen voor de duur van twee maanden met een proeftijd van twee jaar. Het college acht het aangewezen dat de psychiater zich bij een eventuele hervatting van werkzaamheden als psychiater in de individuele gezondheidszorg laat begeleiden door een supervisor, dit om met name omstandigheden te (leren) herkennen die een goede regievoering zouden kunnen belemmeren. Gedurende de proeftijd kan deze supervisie door middel van een bijzondere voorwaarde worden zekergesteld.

Publicatie

5.10 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners, met name wanneer zij optreden als regiebehandelaar, mogelijk van deze zaak kunnen leren. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

I. opnieuw tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld; en/of

II. zich niet heeft gehouden aan een of meer van de volgende bijzondere voorwaarden;

5.1 de psychiater benadert voorafgaand aan het hervatten van zijn werkzaamheden als psychiater in de individuele gezondheidszorg een BIG-geregistreerde psychiater die ervaring heeft als supervisor en doet dan binnen twee weken na het hervatten van deze werkzaamheden aan IGJ opgave van de persoon van de supervisor;

5.2 de psychiater volgt bij deze persoon een supervisietraject;

5.3 de psychiater informeert IGJ uiterlijk drie maanden na het hervatten van zijn werkzaamheden in de individuele gezondheidszorg over de concreet geformuleerde supervisie-doelen, waarbij de supervisie in ieder geval gericht is op bewustwording van de grenzen van zijn professionele deskundigheid en het herkennen van omstandigheden die ertoe kunnen leiden dat een goede regievoering onder druk staat. De doelen worden in samenspraak met de supervisor geformuleerd;

5.4 de psychiater voert vanaf het moment van het hervatten van zijn werkzaamheden in de individuele gezondheidszorg tot het aflopen van de proeftijd in ieder geval één keer per maand een gesprek met de supervisor, onverminderd hetgeen hierna onder g. is geformuleerd;

5.5 de psychiater informeert IGJ iedere drie maanden schriftelijk, door IGJ uiterlijk te ontvangen op de eerste van de volgende maand, te starten drie maanden na het hervatten van zijn werkzaamheden in de individuele gezondheidszorg, over de voortgang van het supervisietraject. Deze informatie moet (mede) ondertekend zijn door de supervisor. De informatie moet in ieder geval omvatten: de aard, de globale inhoud, voortgang en frequentie van de gesprekken tussen de psychiater en de supervisor;

5.6 de psychiater geeft de supervisor schriftelijk toestemming om IGJ direct te informeren, zodra het supervisietraject is afgebroken of gestopt; en

5.7 de psychiater informeert IGJ door middel van een door de supervisor ondertekende en onderbouwde verklaring als de supervisor vóór het verstrijken van

de proeftijd van mening is dat de met de supervisiegesprekken te behalen doelen zijn bereikt;

Deze beslissing is gegeven door G. Tangenberg, voorzitter, H.C.B. van der Meer, lid-jurist,

F. Harmanny, A.C.M. Kleinsman en T.S. van der Veer, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M. Keukenmeester, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 16 juni 2023.

secretaris

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

5. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

2. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

3. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.