

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2024/7126

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 6 december 2024 op de klacht van:

De INSPECTIE GEZONDHEIDSZORG EN JEUGD,

gevestigd in Utrecht, hierna: de Inspectie,

vertegenwoordigd door: mr. C.J.P.M. de Groen-van den Wildenberg, senior inspecteur, en mr. M.E. Oosting, advocaat/senior juridisch adviseur,

klaagster,

tegen

A,

destijds werkzaam als psychiater,

destijds werkzaam in de regio B,

verweerder.

1. De zaak in het kort

De Inspectie heeft op 13 januari 2022 bij een bezoek aan een zorgaanbieder een aantal patiëntendossiers op de kwaliteit van de zorgverlening getoetst. Verweerder werkte destijds als psychiater bij deze instelling. Wat betreft verweerder richtte dat onderzoek zich op 21 dossiers van patiënten die op dat moment bij verweerder in behandeling waren. Op basis van de uitkomst van dat onderzoek en de reactie van verweerder heeft de Inspectie in juni 2023 een rapport uitgebracht en deze tuchtklacht ingediend. De Inspectie verwijt verweerder onder meer structureel handelen zonder aansluiting bij de professionele normen op het gebied van psychiatrische diagnostiek, behandeling, medicatiebeleid, het 'off-label' voorschrijven van medicatie en onvoldoende dossiervoering. Verweerder heeft de klachten deels erkend, maar ook aangevoerd dat hij patiënten had waar andere zorgverleners geen raad mee wisten. Het college acht de klachten gegrond en legt als maatregel op een ontzegging van het

recht tot wederinschrijving in het BIG-register (art. 48, vierde lid, Wet BIG). Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 23 april 2024;
- het verweerschrift met de bijlagen, ontvangen op 31 mei 2024;
- aanvullende stukken van de Inspectie, ontvangen op 26 augustus 2024;
- het proces-verbaal van het op 2 september 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de e-mail van verweerder, ontvangen op 29 september 2024;
- aanvullende stukken van de Inspectie, ontvangen op 15 oktober 2024 en
- het aanvullend verweerschrift, ontvangen op 21 oktober 2024.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 5 november 2024. De partijen zijn verschenen. De Inspectie werd vertegenwoordigd door mr. C.J.P.M. de Groen-van den Wildenberg, advocaat, mr. M.E. Oosting, advocaat/senior juridisch adviseur, en dr. M.K. de Boer, coördinerend specialistisch adviseur. De partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht en hun pleitnotities aan het college en de andere partij overhandigd.

3. De feiten

3.1 Verweerder werkte vanaf november 2019 als psychiater bij onder meer C

voor 8 tot 12 uur per week, tot deze zorgaanbieder in 2022 failliet werd verklaard. Verweerder stond tot 1 augustus 2023 als psychiater in het BIG-register geregistreerd, de registratie is op zijn verzoek doorgehaald, en tot 2 december 2023 stond hij als arts geregistreerd.

3.2 Op 25 november 2021 had verweerder aan de directie van C laten weten dat hij vanwege een volle agenda geen verantwoordelijkheid kon nemen voor de 30 patiënten van zijn laatst vertrokken collega-psychiater. Dit werd mede ingegeven door uitspraken van het tuchtcollege “*dat psychiaters niet moeten werken in organisaties met onverantwoorde schaarste*”. In eerste instantie waren vier psychiaters werkzaam bij C, maar op dat moment was hij nog de enige daar werkende psychiater. Verweerder was wel bereid – voor zover mogelijk – tot consulten met (extra) patiënten, naast zijn eigen 30 patiënten, indien hij hen al eerder had gezien.

3.3 De Inspectie heeft op 13 januari 2022 bij een inspectiebezoek aan C, een aantal patiëntendossiers op kwaliteit van de zorgverlening getoetst. De medicatielijst in een van de dossiers waarbij verweerder de zorgverlener was, was voor de Inspectie aanleiding om het gehele dossier in te zien. De bevindingen in dat dossier en in een dossier van een andere patiënt van verweerder leidden tot een nader

onderzoek van de Inspectie naar de zorgverlening door verweerder. Het onderzoek richtte zich op 21 dossiers van patiënten die hij op dat moment in behandeling had. In juni 2023 heeft de Inspectie het rapport afgerond met als conclusie dat verweerder structureel niet volgens de professionele standaard heeft gehandeld en dat als verweerder weer in de zorg aan het werk zou gaan er sprake is van een mogelijk ernstig risico voor de veiligheid van patiënten en de zorg.

4. De klacht en de reactie van verweerder

4.1 De Inspectie verwijt verweerder structureel handelen volgens een eigen werkwijze zonder aansluiting bij en in strijd met de professionele normen op het gebied van

a. psychiatrische diagnostiek en behandeling:

- geen of onvoldoende diagnostiek en behandeling; onvoldoende evaluatie van de behandelingen (patiënten 1 tot en met 6)
- geen crisissignaleringsplan en geen gestructureerde risicotaxatie suïcidaal gedrag (patiënt 1)
- geen of onvoldoende aandacht voor somatische factoren (patiënten 1 tot en met 6)
- in strijd met professionele normen, volledig eigen wijze van traumabegeleiding aan kwetsbare patiënten (patiënte 1)

b. medicatiebeleid en 'off-label' voorschrijven:

- onduidelijk medicatiebeleid (patiënten 1 tot en met 6)
- stapeling van medicatie zonder monitoring van mogelijke bijwerkingen en interacties (patiënten 1 tot en met 6, maar met het grootste risico bij patiënten 1 en 2)
- structureel in strijd met artikel 68 van de Geneesmiddelenwet 'off-label' voorschrijven van medicatie (patiënten 1 tot en met 6)

c. onvoldoende dossiervoering (patiënten 1 tot en met 6)

d. onvoldoende invulling van zijn rol als regiebehandelaar (patiënten 1 tot en met 6)

e. uitwisselen patiënt- en behandelinformatie met apotheker (patiënt 1), inclusief psychiatrische voorgeschiedenis, terwijl daar geen noodzaak toe was; dit bovendien onveilig verzenden vanuit zijn Gmail-adres.

4.2 Verweerder heeft schriftelijk verweer gevoerd. Hij erkent dat de kritiek op de dossiervoering terecht is. Verweerder voert aan dat hij steeds patiënten met zeer complexe ziektebeelden kreeg, die voor andere psychiaters te moeilijk te behandelen waren. Door het vertrek van alle overige psychiaters bij C had hij alleen nog tijd voor korte, bondige aantekeningen. Er zijn niet van alle behandelcontacten verslagen maar veel is op te maken uit de frequente e-mailwisselingen met patiënten tussen de afspraken door. Verder wijst hij op dit punt naar hetgeen hij tegen het verwijt 'psychiatrische diagnostiek en behandeling in strijd met professionele standaard' heeft aangevoerd (zie onderaan deze alinea).

Over patiënte 1 heeft verweerder het volgende aangevoerd (in tegenstelling tot de stellingen van de Inspectie):

- Verweerder heeft wel aangetekend welk antipsychoticum hij aan haar had voorgeschreven en welke bijwerking was opgetreden (punt 3.6 klaagschrift).
- De traumabehandeling stagneerde inderdaad, maar dit was vanwege uitputting bij patiënte.
- Hij heeft wel regelmatig aan de bestuurder van C teruggekoppeld, deze heeft patiënte 1 ook thuis bezocht, hij had contact met de huisarts, de MDL-arts en de neuroloog, voortdurend contact met de verpleegkundig specialist, verder indirect/incidenteel overleg met D/thuiszorg; overleg in de wandelgangen en buiten reguliere werktijd met de verpleegkundig specialist i.o. en wekelijks multidisciplinair overleg (hierna: MDO); verweerder heeft de data in zijn aanvullend verweer genoemd; bij de overleggen was duidelijk dat verweerder eindverantwoordelijk was.
- De schrijftherapie was geen eigen soort therapie, maar zoveel mogelijk toegespitst op deze patiënte, zonder de pretentie een officiële therapie te zijn. Het was een middel om met patiënte in gesprek te komen en te kunnen doorvragen en bedoeld voor haar verwerking van traumatische gebeurtenissen. Verweerder heeft de bedoeling vooraf schriftelijk en duidelijk aan patiënte uitgelegd en zij is expliciet akkoord gegaan. Verweerder heeft dit ingezet nadat de eerstaangewezen therapieën en medicatie meer dan drie jaar tevergeefs waren ingezet.
- Er zijn notities van zijn overleg met de apotheker over de inzet van midazolam

(2 juni 2020), dat het middel behulpzaam kon zijn bij een moeilijk beheersbare crisis en dat het middel bij patiënte geen effect sorteerde. Op meerdere plaatsen in het dossier staan de hardnekkige inslaapstoornissen van patiënte vermeld; methadon bleek het enige middel te zijn dat haar daarbij kon helpen.

- Methylfenidaat is inderdaad tijdens de eerste opname van patiënte in 2011 door verweerder voorgeschreven, het werkte goed op haar concentratie. Herstart van die medicatie in 2020 had hetzelfde effect. Het onderzoek naar ADHD is niet herhaald.
- Verweerder heeft wel alternatieven voor beheersing van nachtmerries met patiënte besproken en zij heeft deze uitgeprobeerd. Van elk middel had hij bij patiënten een positief effect gezien, bij patiënte bleef succes uit. Verweerder heeft in de verslavingszorg gezien dat andere patiënten baat hadden bij methadon en gezien dat zij dat ook weer konden afbouwen, hij heeft de afbouw niet als gemakkelijk benoemd.
- Overleg met de apotheker over nortriptyline staat wel in het dossier genoteerd

(7 februari 2022). Er is geen onduidelijkheid over de indicatie bij deze patiënte. Vanwege haar chronische suïcidaliteit was het aan haar voorschrijven van deze medicatie niet 'off-label'.

- De werking van medicatie en mogelijke bijwerkingen zijn steeds met patiënte besproken; er was 'informed consent'; voor behandeling volgens de 'methode Bessel van der Kolk' moest diazepam zijn afgebouwd (dit werd elders 3 jaar klinisch voorgeschreven).

- Nieuwe medicatie die niet aan het doel beantwoordde werd in overleg gestopt of afgebouwd.
- Evaluatie van effecten van afzonderlijke medicatie was moeilijk door het complex aan klachten van patiënte; zo kon de neuroloog niet tot een eenduidige diagnose voor migraine komen.
- Bij het faillissement gaf de verweerder patiënte recepten voor 24 weken ter overbrugging van de periode zonder behandeling.
- Patiënte gaf hem geen toestemming om informatie over eerdere behandelingen op te vragen.
- Uit de verslaglegging blijkt duidelijk het behandeldoel: verlichten van het lijden door nachtmerries en te zorgen dat patiënte bij de eerste groep burgers kan komen voor de nieuwe behandelmethoden PTSS (zoals die al voor militairen wordt toegepast). Verder blijkt daaruit dat het bij patiënte om overleven ging.
- Na het faillissement is het verweerder pas na veel moeite gelukt om patiënte naar een andere instelling overgedragen te krijgen (E).

Over patiënte 2 heeft verweerder het volgende aangevoerd:

- Er zijn aantekeningen van het eerste consult. Er is geen differentiaaldiagnose omdat dit een secundaire dwang betrof en er geen beeld is dat daarmee is te vergelijken.
- De verpleegkundig specialist begeleidde alle patiënten met nieuwe medicatie; er zijn aantekeningen over het beloop, er is een verslag van het eerste gesprek.
- Het beeld van patiënte 2 is heel zeldzaam en past niet binnen een standaard of protocol. Verweerder had dit tweemaal eerder bij een patiënt gezien; dit betrof chronische situaties, waarin Abilify goed resultaat gaf. Specifiek overleg met de apotheker was niet nodig. Er is ruime ervaring met die medicatie bij leeftijdgenoten van patiënte 2 met ADHD. Hij heeft patiënte 2 deze medicatie voorgeschreven ter voorkoming van chroniciteit en ook hier met goed resultaat. Het forse postuur van patiënte 2 was geen indicatie voor raadpleging van K&J-formularium. Patiënte 2 heeft verklaard: *“De psychiater legde altijd uit welk middel hij voorstelde, wat het in het algemeen deed, wat het bij haar zou kunnen doen en wat mogelijke bijwerkingen waren, en dan vroeg hij of ze het wilde proberen.”* Patiënte 2 vond de uitleg van verweerder goed.

Tegen het verwijt ‘psychiatrische diagnostiek en behandeling in strijd met professionele standaard’ voert verweerder het volgende aan:

- Verweerder nam altijd eerst kennis van de begeleidende informatie, waaronder de biografie. Hij stelde daarna vragen aan de patiënt op de voor psychiatrisch onderzoek gebruikelijke wijze, ter uitsluiting van suïcidaliteit en psychotische kenmerken en de daaraan verbonden gevaarscriteria. De lijdensdruk was leidend voor de behandeling.
- De organisatie plande de evaluatie in volgens de voorwaarden voor regiebehandelaarschap: in aanwezigheid van de behandelaar, met verslaglegging door de behandelaar. Het medicamenteuze deel werd aansluitend besproken met de verpleegkundig specialist, die diezelfde dag de receptuur aan de apotheker doorgaf.
- Hoewel de kritiek op de dossiervorming terecht is, heeft verweerder door 38 jaar ervaring in uiteenlopende instellingen voldoende ervaring om psychiatrische

beelden te herkennen en navenante pogingen om te behandelen. Verweerder heeft zich ruim 30 jaar beziggehouden met en onderzoek gedaan naar het ziektebeeld Mixed Depression (mixed affective state). In diagnostisch opzicht heeft hij veel gewerkt met Mixed Depression. Dit ziektebeeld stond niet in DSM-4 en maar deels in DSM-5. Het stond wel in ICD-10 maar dat wordt hier niet gebruikt. Het staat dus ook niet in de richtlijnen. Antidepressiva verergerden het beeld en stemmingsstabilisatoren verbeteren het beeld.

- Bij een andere specifieke behandelwijze betreffende bloedspiegelbepalingen van psychofarmaca, met name antidepressiva en antipsychotica, bleken in de TBS opgenomen psychotische patiënten door een verhoogd metabolisme een te lage, niet-werkzame bloedspiegel te hebben. Dosiscorrectie verbeterde het klinisch beeld aanmerkelijk. Het Forensisch Farmacologisch Formularium is hierop aangepast; het advies is opgenomen om bloedspiegelbepalingen te doen ter uitsluiting van snelle metabolisatoren bij onbevredigende behandeluitkomst. Dit geldt evenzeer voor bloedspiegelbepalingen van antidepressiva.
- Verweerder wijst ook op de tientallen congressen die hij heeft bezocht, waar hij bij Meet the Expert sessies moeilijk te behandelen patiënten heeft besproken. En hij heeft sessies bezocht waarbij de grenzen werden verkend van nieuwe behandelmethoden, zodat hij goed op de hoogte was van de internationale State of the Art in de Psychofarmacologie. Dit betrof met name patiënten bij wie de behandelaar niet uitkomt met de geldende richtlijnen.

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

5. De overwegingen van het college

De ontvankelijkheid van de klacht

5.1 Verweerder heeft ter zitting aangevoerd dat de Inspectie misbruik maakt van haar bevoegdheid door een klacht tegen hem in te dienen. Toen verweerder door de Inspectie werd aangesproken, heeft hij zijn verantwoordelijkheid genomen en zich uitgeschreven uit het BIG-register en de Kamer van Koophandel. Hij werkt nu niet meer. Inmiddels is hij 76 jaar en ook niet meer van plan te gaan werken. Hij heeft zich gerealiseerd dat hij te lang heeft doorgewerkt.

De Inspectie heeft aangevoerd dat de klacht geen misbruik van bevoegdheid inhoudt. Er is wel degelijk een belang. Verweerder was aanvankelijk ambivalent of hij nog weer zou gaan werken. Door tekorten op de arbeidsmarkt zou er een verleiding kunnen ontstaan om toch weer iets te gaan doen. Bovendien meent de Inspectie dat de zaak voor de praktijk een voorbeeld stelt over een verantwoorde beroepsuitoefening.

Het college verwerpt het standpunt dat de Inspectie misbruik maakt van haar procesbevoegdheid. Van een dergelijk misbruik kan slechts in uitzonderlijke gevallen sprake zijn. Dat is in deze casus niet het geval. De Inspectie heeft voldoende objectief toelichting wat haar afwegingen zijn geweest. Het college sluit zich daarbij aan.

Inhoudelijke beoordeling

5.2 Verweerder heeft tijdens de behandeling ter zitting op vragen van het college een duidelijk beeld geschetst hoe hij als psychiater tegen zijn vak en manier van

werken aankeek. Het college zal die uitleg tot vertrekpunt nemen voor zijn oordeel over de klachtonderdelen. Verweerder heeft uitgelegd dat hij doorgaans patiënten behandelde waarvan de behandeling 'vast' zat. Andere zorgverleners wisten vaak niet hoe zij deze patiënten nog konden helpen. Verweerder zag er een uitdaging in om de impasse te doorbreken. Zijn patiënten waren doorgaans geen patiënten waarvoor de gebruikelijke professionele standaarden en beroepsrichtlijnen betekenis hadden. Deze standaarden en richtlijnen, net zoals die over 'off-label' medicatie, had verweerder niet scherp. Hij vond dit ook niet nodig omdat hij voor zijn patiënten juist buiten de geijkte kaders moest denken. Vandaar ook dat hij vaak 'off-label' medicatie voorschreef. Hij schreef dan medicatie voor waarmee hij goede ervaring bij andere patiënten had en waarvan hij verwachtte dat zijn patiënten daar baat bij zouden hebben. Hij baseerde zich daarbij op internationale literatuur en voerde overleg met collega's op bijvoorbeeld internationale congressen. Verweerder heeft bevestigd dat hij de medische dossiers achteraf gezien onvoldoende bijhield, met name wat betreft het noteren van het 'informed consent'. Hij had echter de casus van iedere patiënt goed in zijn hoofd zitten. Volgens hem zijn de patiëntenzorg en patiëntveiligheid niet in het geding gekomen. Zijn patiënten waren ook vaak tevreden over de bereikte resultaten. Verweerder heeft aangegeven dat hij bij C geïsoleerd, als 'einzelfänger' werkte. Dat had volgens hem te maken met het type patiënten dat hij behandelde. Ook verklaarde verweerder dat hij niet zo bezig was met zijn rol als regiebehandelaar. Verder geeft hij aan dat hij moeilijk kon omgaan met digitale hulpmiddelen, zoals beveiligde e-mail. Verweerder geeft toe dat hij achteraf gezien te lang heeft doorgewerkt.

5.3 Het college overweegt over deze werkwijze als volgt. Het college stelt hierbij voorop dat het niet twijfelt aan de goede bedoelingen van verweerder. Ook blijkt uit de stukken dat hij ruim de tijd voor zijn patiënten uittrok. Het college wil verder aannemen dat menig patiënt tevreden was. Het college is echter van oordeel dat dit niet wegneemt dat verweerders werkwijze de professionele toets der kritiek niet kan doorstaan. Juist ook bij patiënten waarvan de behandeling stagneert, is het noodzakelijk dat een zorgverlener op systematische wijze en volgens de kunst van het vak – dat wil zeggen mede in het licht van de op dat moment geldende beroepsrichtlijnen en standaarden – een anamnese afneemt, het psychiatrisch onderzoek beschrijft, een diagnose stelt en een daarop afgestemde behandeling bepaalt en in een behandelplan vastlegt. Daarbij moet een behandelaar oog hebben voor eerdere behandelingen en het resultaat daarvan, rekening houden met eventuele andere pathologie of met bijzondere somatische aandachtspunten, met eventuele stapeling van en wisselwerking met andere medicatie en met bijwerkingen. Hij moet uitleg geven aan de patiënt en daarvan aantekeningen in het dossier maken en diens reactie, bezwaren of instemming noteren. Hij moet oog hebben voor eventuele risico's op suicide en deze adequaat vertalen in een risicoplan, de evaluatie van de behandeling moet plaatsvinden en controleerbaar worden vastgelegd in het dossier. Een juiste beroepsuitoefening brengt met zich dat al deze onderdelen duidelijk worden vastgelegd in het patiëntendossier, niet alleen voor de patiënt en de hulpverlener zelf, maar ook voor de continuïteit van de zorg en voor de toetsbaarheid van het gevolgde beleid achteraf. Dit geldt te meer wanneer een zorgverlener in specifieke gevallen beredeneerd afwijkt van de geldende richtlijnen en standaarden. Een dergelijke afwijking kan uiteraard verdedigbaar zijn, maar dat vraagt dan wel om specifieke motivering en evaluatie, waaraan hoge eisen mogen worden gesteld, en waarbij intercollegiaal overleg over een specifieke casus veelal wenselijk zal zijn. Daarvan was hier geen sprake.

5.4 Het college heeft geconstateerd dat de zes door de Inspectie onderzochte en overgelegde dossiers veel gebreken vertonen en niet voldoen aan de eisen van een professioneel verantwoorde beroepsuitoefening. Het college acht deze zes dossiers representatief, nu de gebreken verklaard kunnen worden vanuit de visie die verweerder op het vak heeft. Zo vertonen deze zes zaken, zoals weergegeven in overweging 4.1, talloze lacunes, zoals het ontbreken van een navolgbare diagnostiek, een anamnese, een vermelding van de indicatie voor voorgeschreven medicatie en een behandelplan. Er is regelmatig geen overleg gevoerd met een apotheker over 'off-label' medicatie. Ook werden de somatische gezondheid en de bloedspiegels van patiënten niet of onvoldoende bijgehouden. Ook blijkt niet of verweerder zijn patiënten inlichtte over de overwegingen en risico's van het voorschrijven van 'off-label' medicatie. Waar er sprake was van een risico op suïcidaliteit ontbrak een crisis-signaleringsplan. Het op specifieke onderdelen zeer detaillistisch verweer is bijlange na niet dekkend voor de gesignaleerde gebreken en het structurele karakter daarvan. Daarmee zijn de klachtonderdelen a) en b) gegrond.

Uit de zes patiëntendossiers blijkt derhalve van een structureel onverantwoorde manier van werken. Door slechte en lacunaire dossiervoering is bovendien niet te controleren of het bij patiënten gevolgde beleid verantwoord was. Het college acht verder verweerders stelling niet houdbaar dat het voldoende is om in algemene zin met internationale collega's over behandelmethodes voor zijn patiënten te spreken. Juist in lastige individuele casuïstiek had hij collegiale afstemming moeten zoeken. Verweerder heeft erkend dat hij de dossiers onvoldoende bijhield, de richtlijnen niet scherp had, hij zijn rol als regiebehandelaar evenmin scherp had en moeilijk met digitale middelen uit de voeten kon. In zijn verweer heeft verweerder wel hier en daar kanttekeningen geplaatst bij de bevindingen van de Inspectie in de zes individuele zaken, maar deze niet fundamenteel weersproken. De dossiervorming was volgens verweerder "bondig" omdat hij het te druk had. Het college neemt aan dat de drukte bij C en het personeelsverloop mede van invloed zijn geweest op de lacunaire dossiervorming, maar dit levert nog geen rechtvaardiging op. Het gaat bovendien om gebreken van structurele aard die samenhangen met verweerders visie op het beroep, waarbij hij in de kern solistisch opereerde en alles in zijn hoofd had of meende te hebben. Door de lacunes in de dossiervorming is verweerders handelen oncontroleerbaar en moet het er dus voor worden gehouden dat het door hem gevolgde beleid niet verantwoord is geweest voor patiënten en dat ook de individuele patiëntenzorg daarmee in het geding is geweest. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat de klacht in alle onderdelen gegrond is.

Maatregel

5.5 Verweerder heeft aangevoerd dat de Inspectie deze procedure niet had hoeven aanspannen. Hij is inmiddels 77 jaar, uitgeschreven uit het BIG-register en niet meer van plan om weer aan het werk te gaan. Daarom is een maatregel onnodig beschadigend en treft het volgens hem geen enkel redelijk doel. De Inspectie heeft daartegenover gesteld dat verweerder nog lang ambivalent was of hij nog weer als zorgverlener aan de slag wilde gaan. De tekorten op de arbeidsmarkt zijn bovendien zodanig dat bij verweerder de verleiding zou kunnen ontstaan om toch weer aan het werk te gaan.

Het college onderschrijft deze overweging van de Inspectie. De maatregel zoals voorgesteld door de Inspectie acht het college proportioneel omdat de individuele

patiëntenzorg in het geding is geweest en verweerder nog altijd vindt dat zijn aanpak in grote lijnen juist is geweest. Nu verweerder al uit het BIG-register is uitgeschreven, zal het college als maatregel een ontzegging opleggen van het recht tot wederinschrijving in het BIG-register (art. 48, vierde lid, Wet BIG).

Publicatie

5.6 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere zorgverleners mogelijk iets kunnen leren van wat in deze uitspraak is overwogen. De publicatie zal geanonimiseerd plaatsvinden, dus zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht in al haar onderdelen gegrond;
- legt als maatregel op de ontzegging van het recht wederom in het BIG-register te worden ingeschreven;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact en De Psychiater.

Deze beslissing is gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, H.J. de Boer, J.M.C. van Dam en F. Harmanny-Wiersma, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door Y.M.C. Bouman, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 6 december 2024.

secretaris

voorzitter

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

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
 - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard, of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

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

- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. 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.