

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
TE AMSTERDAM**

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 12 november 2014 binnengekomen klacht van:

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG,

gevestigd te Utrecht,

k l a a g s t e r,

gemachtigden: drs. J. Speksnijder en mr. A.J.G. Peters, Inspecteurs voor de Gezondheidszorg,

tegen

A,

arts, psychiater en psychotherapeut,

werkzaam te B,

v e r w e e r d e r,

gemachtigde: mr. V.M. Weski.

**1. Het verloop van de procedure**

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- het verweerschrift met de bijlagen van mr. Weski, binnengekomen op 20 maart 2015;
- de nagezonden brief namens IGZ, binnengekomen op 29 september 2015, met als bijlage een brief van het Openbaar Ministerie van 29 september 2015 aan IGZ, inhoudende een feitenrelaas;
- de brief met de bijlagen (producties 27 t/m 31) van mr. Weski, binnengekomen op 28 september 2015, de brief in reactie daarop van mr. Peters van 6 oktober 2015 en de brief van het college aan mr. Weski van 7 oktober 2015 naar aanleiding van het verzoek om separate behandeling en het verzoek om behandeling achter gesloten deuren.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 13 oktober 2015 behandeld. Het verzoek om behandeling achter gesloten deuren is afgewezen.

Partijen waren aanwezig. Namens IGZ waren aanwezig: drs. J. Speksnijder (inhoudelijk coördinerend specialistisch senior inspecteur), mr. A.J.G. Peters (senior inspecteur-jurist), mr. C (jurist) en drs. D (adviseur psychiater). Verweerder werd bijgestaan door mr. Weski. Gemachtigden hebben een toelichting gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college zijn overgelegd.

## **2. De feiten**

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Verweerder is arts, psychiater en psychotherapeut. Hij voert een praktijk als vrijgevestigd psychiater/psychotherapeut in B, onderbroken door een periode van voorarrest van drie maanden in 2011 in de na te noemen strafzaak Marque.

2.2 Sinds 2008 wordt door het Openbaar Ministerie onderzoek gedaan naar fraude met persoonsgebonden budgetten (PGB) en WAO/WIA-uitkeringen. Bevindingen van dit onderzoek zijn neergelegd in de bestuurlijke rapportage Marque van maart 2011. Uit deze rapportage blijkt dat verweerder, een andere psychiater genaamd G (hierna: G), en twee andere personen die geen arts zijn onder wie de heer K (hierna: K), hoofdverdachten zijn in het onderzoek. Het onderzoek tegen de psychiaters richt zich op oplichting van uitkeringsinstanties door het valselijk opmaken van medische dossiers die dienen tot het verkrijgen van een PGB of WAO/WIA-uitkering. De medeverdachten worden er onder meer van verdacht dat zij de patiënten van de psychiaters begeleidden onder meer tijdens (controle)bezoeken aan uitkeringsinstanties en (een gedeelte van) het ontvangen geld uit de uitkering of het budget inden bij de patiënt.

2.3 Na kennisneming van dit rapport heeft IGZ, ten behoeve van een eigen onderzoek naar de mogelijke handelwijze van verweerder, op 4 maart 2013 informatie van het E ontvangen. Het E heeft IGZ in dit verband bericht dat bij een van haar verzekeringsartsen vermoedens waren gerezen van fraude met WIA-uitkeringen. Het was hem opgevallen dat sinds ongeveer 2007 verzekeringsgeneeskundigen bij het E regelmatig geconfronteerd werden met zeer moeilijk te duiden psychiatrische problematiek en dat de betreffende cliënten allen in behandeling waren bij verweerder en/of bij psychiater G

en niet bij de regionale F of een zelfstandig vrijgevestigd psychiater in het eigen woongebied. Gezien de ernst van de situatie heeft het E toen besloten om de gegevens van een deel van de patiënten van deze psychiaters te verzamelen en over te gaan tot een contra-expertise. De betrokken patiënten werden opgeroepen voor een herkeuring (psychiatrische expertise) en een aantal werd opgenomen op de psychiatrische afdeling van het G in H, alwaar zij multidisciplinair werden onderzocht en 24 uur per dag werden geobserveerd. Hieruit kwamen de volgende resultaten naar voren:

*“(...) In de meeste van de door de psychiaters van het G onderzochte gevallen werd geconcludeerd dat er geen sprake was van ernstige psychiatrische problematiek, dat er geen indicatie was voor de zware medicatie die voorgeschreven was, dat die medicatie ook niet paste in een normale psychiatrische behandeling en dat uit bloedonderzoek duidelijk werd dat de voorgeschreven medicatie meestal ook niet ingenomen werd. Duidelijk bleek dat er vaak sprake was van simulatie van de psychiatrische aandoeningen. Soms werd een lichte psychiatrische aandoening vastgesteld, die zeker compatibel zou zijn met arbeid. (...)*

*Na de herbeoordelingsoperatie zijn op grote schaal de diagnoses herzien en is in veel gevallen – naast het beëindigen van de uitkering – de eerdere uitkering teruggevorderd.(...)*

*Uit het herbeoordelingstraject is dus gebleken dat vele door psychiater G (afkorting: college) en [verweerder] gestelde diagnoses onjuist waren. Dit betekende dat vele cliënten in het geheel geen psychiatrische stoornis hadden of hooguit lichte psychische problematiek die geen aanleiding zou hoeven vormen voor medische interventie. Wij hebben geconstateerd dat een aantal cliënten niet alleen de door de verdachte psychiater gestelde psychiatrische diagnoses niet bleken te hebben, maar dat onafhankelijke psychiaters bij deze cliënten wel degelijk andere, soms ernstige, psychopathologie vaststelden. Deze diagnose psychopathologie is gemist, waardoor noodzakelijke behandeling of begeleiding achterwege was gebleven. Er waren bijvoorbeeld cliënten met een angststoornis, een post-traumatische stress-stoornis of een ernstige reactieve depressie op basis van bijvoorbeeld partnerrelatieproblemen. Deze aandoeningen zouden behandelbaar zijn geweest bij adequate diagnostiek.(...)”*

2.4 Op verzoek van de zorgkantoren heeft ook het I in 2011 ambtshalve een herindicatie uitgevoerd bij 315 cliënten. Dit heeft geresulteerd in het ‘Eindrapport Project PGB onderzoek maart t/m juli 2011’. Op 15 maart 2013 heeft IGZ in het kader van haar onderzoek dit eindrapport ontvangen, voorzien van een verklaring en begeleidend schrijven. Over dit onderzoek en de betrokkenheid van verweerder en psychiater G heeft het I het volgende verklaard:

*“Het I heeft in 2011 op verzoek van de zorgkantoren, een ambtshalve herindicatie gedaan voor 315 cliënten, waarvan het vermoeden bestond dat de aan het indicatiebesluit onderliggende medische verklaringen of onderbouwingen onregelmatigheden vertoonden dan wel niet overeen*

*kwamen met de werkelijkheid. Het herindicatieonderzoek richtte zich op de objectivering van de medische onderbouwing. In nagenoeg alle gevallen is deze onderbouwing verzocht door, verbonden aan of terug te geleiden naar de psychiaters G of [verweerder]. (...)*”

2.5 Begin mei 2013 ontving IGZ van het Openbaar Ministerie een ‘algemeen proces-verbaal Marque’ van 21 september 2012. Het Openbaar Ministerie heeft aan IGZ een verklaring van stafverzekeringsarts J ter beschikking gesteld, alsmede de bevindingen van de door de rechter-commissaris ingeschakelde psychiater K aanvullende processen-verbaal van patiënt H en (de hierna te bespreken) patiënt 3 en de bevindingen van de door het Openbaar Ministerie ingeschakelde deskundige L. In deze stukken wordt onder meer vermeld dat vóór de herbeoordeling van de arbeidsongeschiktheid 22 patiënten van verweerder arbeidsongeschikt werden beschouwd in het kader van de WAO/WIA en na de herbeoordeling 3.

2.6 IGZ ontving van het Openbaar Ministerie ook de in beslag genomen correspondentie tussen verweerder en K vanaf november 2008 t/m januari 2011. De correspondentie is aangetroffen in de e-mailboxen van verweerder. K was de begeleider en vertaler van veel patiënten van verweerder.

2.7 Op basis van de informatie van het Openbaar Ministerie, het E en het I heeft IGZ zeven dossiers van patiënten van verweerder onderzocht en beoordeeld. Vier daarvan zijn door het E ter beschikking gesteld. De andere drie (E dossiers) heeft IGZ van het Openbaar Ministerie ontvangen. De overige dossiers heeft het Openbaar Ministerie om proces-technische redenen niet aan IGZ verstrekt.

2.8 IGZ heeft verweerder herhaaldelijk uitgenodigd om gehoord te worden over de hiervoor genoemde stukken. Bij brief van 24 maart 2014 heeft verweerder via zijn gemachtigde schriftelijk gereageerd. Bij brief van 23 juni 2014 heeft de gemachtigde van verweerder schriftelijk gereageerd naar aanleiding van door IGZ toegezonden aanvullende stukken. Naar aanleiding van de conceptrapportage heeft de gemachtigde van verweerder nogmaals gereageerd. IGZ heeft vervolgens op 9 oktober 2014 een eindrapport opgesteld inzake verweerder.

2.9 Uit voornoemde zeven patiëntendossiers worden de volgende feiten gededistilleerd. Patiënt 1 is bij psychiater G in behandeling gekomen na het doormaken van een herseninfarct. Psychiater G vermeldde op 12 februari 2007 de volgende DSM IV classificatie: een cognitieve stoornis NAO (status na pons-infarct) op As 1 en op As 5 een GAF-score van 35. Ook schreef hij (zware) medicijnen voor.

Op 23 juni 2008 heeft psychiater G aan de bedrijfsarts geschreven dat de diagnostiek als volgt luidde: As 1: schizoaffectieve stoornis, depressieve type, As 2: uitgestelde diagnose op persoonlijkheidsstructuur, As 3: niet van klinische relevantie, As 4: problemen binnen de primaire steungroep, As 5: GAF 35. Hij vermeldde tevens de voorgeschreven (zware) medicatie.

Op verzoek van het E is patiënt 1 op 23 juli 2008 psychiatrisch onderzocht door psychiater M. Psychiater M vermoedde dat geen sprake was van een gedecompenseerd toestandbeeld. Er was sprake van malingering. Een psychiatrische behandeling achtte hij niet geïndiceerd. De door psychiater G gestelde diagnose en behandeling achtte hij volstrekt inadequaat en schadelijk.

Op 23 september 2008 heeft het E beslist dat patiënt 1 niet in aanmerking kwam voor een uitkering op grond van de WIA omdat de arbeidsongeschiktheid minder dan 35% bedroeg.

Patiënt 1 heeft hiertegen bezwaar en beroep ingesteld. In het kader van de bewaar- en later beroepsprocedure heeft het E herhaald informatie opgevraagd bij verweerder, bij wie patiënt 1 sinds november 2008 onder behandeling was. Pas op 6 maart 2009 heeft verweerder op het verzoek van het E gereageerd. Hij vermeldde dat sprake was van een angststoornis op basis van een doorgemaakte CVA met neurologische uitvalsverschijnselen in 2006. Secundair aan de angststoornis was een atypisch depressief beeld ontstaan. Verweerder vermeldde de volgende diagnose: As 1: angststoornis door CVA: met gegeneraliseerde angst, depressieve stoornis NAO, As 2: geen diagnose, As 3: complex: CVA in 2006, hypertensie, hypercholesterolemie, As 4: problemen binnen de primaire steungroep, werkproblemen, problemen verbonden aan de sociale omgeving, As 5: GAF score 55/55/60. Als therapie schreef verweerder supportieve, structurerende gesprekken voor naast psychofarmaca, te weten Efexor XR 150 mg, Zyprexa 10 mg en Dormicum 15 mg. Verder schreef verweerder dat er geleidelijk verbetering kwam en dat patiënt 1 zich ernstig verongelijkt voelde door de suggestie dat sprake zou zijn van simulatie. Volgens verweerder was onomstotelijk sprake van psychiatrische problematiek in navolging van het doorgemaakte CVA en was onvoldoende rekening gehouden met het transculturele coloriet waarin het klachtenpatroon was ingebed.

Verweerder heeft op 8 maart 2009 de huisarts geïnformeerd.

Het bezwaar en beroep van patiënt 1 zijn ongegrond verklaard.

Op 11 september 2009 heeft patiënt 1 zich ziek gemeld vanuit de WW, waarna hij is onderzocht door een arts van het E. De E-arts constateerde dat geen sprake was van on-

geschiktheid voor maatgevende arbeid. Het bezwaar hiertegen van patiënt is ongegrond verklaard.

Op 26 april 2010 heeft patiënt 1 zich opnieuw ziek gemeld, waarna hij op 14 juni en 9 juli 2010 is gezien door een andere arts van het E. Patiënt 1 was toen nog steeds in behandeling bij verweerder. Volgens het E was patiënt 1 ook op dat moment geschikt voor eigen werk.

Later in het strafrechtelijk onderzoek heeft psychiater K op verzoek van de rechter-commissaris het E-dossier bekeken. Volgens K was goed te volgen hoe psychiater M bij de psychiatrische expertise tot zijn hiervoor genoemde bevindingen (geen sprake van een gedecompenseerd toestandbeeld, malingering) was gekomen.

2.10 Patiënt 2 was (in ieder geval) vanaf 15 november 2005 bekend bij psychiater G. Psychiater G vermeldde op 3 februari 2007 de volgende DSM IV classificatie: op As 1 relatieprobleem gebonden aan een psychische stoornis, op As 2 een narcistische persoonlijkheidsstoornis en op As 5 een GAF score van 51-60.

Vanaf 15 november 2008 was patiënt 2 onder behandeling bij verweerder. Hij stelde op 18 november 2008 de volgende diagnose: As 1: schizofrenie, paranoïde type, As 2: geen diagnose, As 3: geen (relevante) diagnose, As 4: problemen binnen de primaire steungroep, As 5: GAF score 25/40/30. Patiënt 2 kreeg Zyprexa (antipsychoticum), een oraal depot antipsychoticum (Semap), een antidepressivum Eflexor (150 mg) en een hoge dosis Lorazepam (3 dd 2,5 mg).

Patiënt 2 was zowel bij het E als bij het I bekend. Bij de afspraken met de artsen van het E werd patiënt 2 steeds vergezeld door een familielid. Hij presenteerde zich dan als een patiënt waarmee geen contact was te krijgen en vertoonde een psychotisch beeld. De heteroanamnese kon niet worden afgenomen omdat patiënt 2 niet reageerde of gegevens niet bekend waren. In een brief van verweerder aan het E van 5 oktober 2009 werd als As 1-diagnose een schizo-affectieve stoornis genoemd. Bij het E ontstond twijfel over de situatie van patiënt 2 en er werd besloten om een contra-expertise te laten verrichten.

De contra-expertise is op 17 februari 2010 verricht door psychiater N, werkzaam in het G in H. Psychiater N concludeerde dat een schizo-affectieve stoornis of een anderszins ernstig psychiatrisch toestandbeeld niet aannemelijk was en dat mogelijk sprake was van simulatie (As 1: mogelijk simulatie; geen diagnose met als DD simulatie en/of nagebootste stoornis, As 2 uitgesteld, GAF niet te beoordelen). Verder beschreef psychia-

ter N een gebrek aan medewerking van de patiënt (niet-coöperatieve houding) en stelde hij een klinische observatie voor.

Op 2 april 2010 schreef verweerder een verklaring aan het I in het kader van een aanvraag van een PGB (persoonsgebonden budget). Hierin vermeldde verweerder de volgende diagnose: op As 1 schizoaffectieve stoornis, depressieve type, op As 2 geen diagnose, op As 3 geen (relevante) diagnose, op As 4 problemen binnen de primaire steungroep, op As 5 GAF score 25/40/30. Als medicatie schreef verweerder voor: Zyprexa 3 x 10 mg, Semap 20 mg/week, Efexor XR 150 mg, Lorazepam 3 x 2,5 mg, Flurazepam 30 mg a.n.

Op 17 juni 2010 heeft patiënt 2 een persoonsgebonden budget (PGB) gekregen. Op 2 februari 2011 werd dit stopgezet vanwege het lopende fraudeonderzoek. De medisch adviseur van het I heeft de medische informatie van patiënt 2 vervolgens opnieuw beoordeeld en geconcludeerd dat patiënt 2 geen aanspraak had op AWBZ-zorg. De door verweerder verstrekte diagnose/behandeling werd niet als valide beschouwd.

Op 1 oktober 2010 heeft het E patiënt 2 weer arbeidsgeschikt verklaard. Patiënt 2 heeft hiertegen bezwaar aangetekend. In een brief van 23 november 2010 aan de advocaat van het E heeft verweerder aangegeven dat er geen nieuwe medische feiten te melden waren. Overigens luidde in deze brief de psychiatrische diagnose op As 1 weer: schizofrenie, paranoïde type. Door de verzekeringsgeneeskundige is in dit kader opnieuw met patiënt 2 gesproken. Hij concludeerde dat patiënt 2 geen psychiatrisch ziektebeeld had en er dus geen reden was om aan hem een Ziektewetuitkering te verstrekken. In hoger beroep is de beëindiging van de uitkering in stand gebleven.

Op 24 november 2010 heeft verweerder aan de huisarts geschreven dat het beeld bij patiënt 2 behoorlijk therapieresistent was. Als diagnose stelde hij: As 1: schizofrenie, paranoïde type, As 2: geen diagnose, As 3: geen (relevante) diagnose, As 4: problemen in de primaire steungroep, As 5: GAF score 25/40/30. Als medicatie schreef hij voor: Zyprexa 10 mg 2dd2, Semap 20 mg/week, Efexor XR 150 mg, Lorazepam 3 x 2,5 mg, Flurazepam 30 mg a.n.

2.11 Patiënt 3 heeft zich op 9 april 2010 ziek gemeld bij zijn werkgever vanwege rugklachten. De bedrijfsarts verklaarde hem op 6 mei 2010 hersteld, maar patiënt 3 meldde zich vervolgens niet beter.

Op 17 mei 2010 is patiënt 3 door de huisarts verwezen naar verweerder in verband met een depressieve stemming en relatieproblemen.

Op 21 mei 2010 (datum intake) is patiënt 3 in behandeling gekomen bij verweerder. De agenda van verweerder vermeldt op 20 mei 2010 echter al de medicatie die patiënt 3 pas de dag erna voorgeschreven heeft kreeg. Verder bevat het dossier op 21 mei 2010 de volgende bevindingen: *“Ik zie een 41-jarige Turkse man die zich angstig presenteert. In de contactname maakt hij een verwarde indruk. Er treedt geen contactgroei op. Het bewustzijn is helder. De hogere cognitieve functies zijn niet te beoordelen. De oriëntatie in trias is intact. Het denken is formeel en inhoudelijk gestoord. Het intellect functioneert, naar schatting, op laag-gemiddeld niveau. Waarnemingsstoornissen in de vorm van hallucinaties kunnen niet worden uitgesloten. De stemming is angstig, gespannen in samenhang met een negatieve grondstemming. Het affect moduleert slecht en is afgevlakt. Ziektebesef is beperkt aanwezig evenals ziekte-inzicht. Suïcidale ideatie en intentie zijn aanwezig.”*

Verdere contacten tussen verweerder en patiënt 3 hebben plaatsgevonden op 16 juni, 26 oktober en 3 november 2010 voor structurerende therapie. Deze afspraken zijn ook terug te vinden in de agenda van K.

Op 4 juni 2010 is patiënt 3 bij de verzekeringsarts geweest voor een deskundigenoordeel. Hij werd begeleid door een ‘neef’. Volgens de verzekeringsarts was sprake van een indrukwekkend psychiatrisch ziektebeeld. Onder anamnese schreef de verzekeringsarts: *“Sinds enkele weken was de patiënt volgens de neef beginnen te hallucineren met angst en paranoia, hij isoleerde zich quasi totaal, is voortdurend onrustig, krijgt opdrachten van een geest”*.

Op 25 juni 2010 is patiënt 3 door zijn werkgever op staande voet ontslagen. Bij de bedrijfsarts had hij zich hulpbehoevend voorgedaan en niet in staat te communiceren. De werkgever heeft daarop de bedrijfsrecherche ingeschakeld, die constateerde dat patiënt 3 voor en na het gesprek met de bedrijfsarts geen begeleiding nodig had en wel in staat was te communiceren.

In een medische verklaring van 30 juni 2010 gericht aan het I heeft verweerder op verzoek van K de volgende DSM IV diagnose vermeld: op As 1 schizofrenie, paranoïde type, op As 2 geen diagnose, op As 3 geen (relevante) diagnose, op As 4 problemen binnen de primaire steungroep, problemen verbonden aan de sociale omgeving, op As 5 een GAF score van 30. Als behandelbeleid schreef verweerder ondersteunende en structurerende gesprekken voor, met als medicatie: Zyprexa 2 x 20 mg, Remeron 30 mg, Lormetazepam 2 mg, Lorazepam 3 dd 2,5 mg. Verweerder schreef verder dat het een chronisch psychiatrische patiënt betrof die langere tijd zorg nodig had.



2.12 Patiënt 4 is op 2 juni 2009 voor het eerst gezien door verweerder. Als DSM-classificatie heeft verweerder in het dossier een codering vermeld die past bij een (chronisch) post traumatische stress stoornis (F 43.1). Verweerder schreef direct de volgende medicatie voor: Wellbutrin 150 mg 1 dd 1, Remeron 30 mg en Lormetazepam 2 mg. In zijn brief van 20 december 2009 aan het E heeft verweerder dezelfde diagnose vermeld: op As 1 een posttraumatische stressstoornis, chronisch met een GAF score van 40/70/45. Hij herhaalde de medicatie, met dien verstande dat Zyprexa 10 mg werd toegevoegd. De prognose achtte verweerder dubieus tot slecht.

Op verzoek van het E is patiënt 4 op 5 november 2010 beoordeeld door psychiater N. Hij concludeerde dat de presentatie van patiënt 4 vooral werd gekenmerkt door niet authentieke en bizarre elementen en dat er sterke aanwijzingen waren voor de afwezigheid van een psychiatrische stoornis. Psychiater N zag geen aanwijzingen voor een angststoornis zoals PTSS. Het lag volgens psychiater N voor de hand te veronderstellen dat sprake was van simulatie. Hij had ernstige bedenkingen bij de ingestelde farmacotherapie door verweerder. De combinatie van medicijnen achtte psychiater N merkwaardig en niet op zijn plaats. Hij adviseerde klinische opname om een beter beeld te krijgen. Patiënt 4 heeft dit geweigerd.

2.13 Patiënt 5 is in 2008 door de huisarts verwezen naar de O die een PTSS heeft vastgesteld gepaard gaande met depressieve klachten.

In hetzelfde jaar is patiënt 5 onder behandeling gekomen bij psychiater G. Op 22 mei 2008 heeft psychiater G het volgende gerapporteerd: op As 1 depressieve stoornis met melancholische c/q psychotische kenmerken, cave schizoaffectieve stoornis, depressieve type en een GAF score van 30. Hij schreef de volgende medicatie voor: Seroquel XR 300 mg 2 dd 1, Dipiperon 40 mg 1 dd 1 a.n., Mirtazepine 30 mg 2 dd 1 a.n., Rivotril 1 mg 2 dd 1 z.n., Dormicum 7,5 mg 1 dd 1 a.n. z.n., diclofenac 50 mg 2 dd 1 z.n.

Op 15 november 2008 is patiënt 5 onder behandeling gekomen bij verweerder. Verweerder heeft op 24 november 2008 aan de bedrijfsarts een brief geschreven met als diagnose op As I een depressieve stoornis, eenmalige episode, ernstig met psychotische kenmerken en een GAF score van 40. Als medicatie vermeldde hij Seroquel, Dipiperon, Remeron, Rivotril en Dormicum.

In zijn brieven van 9 juli 2009 en 16 maart 2010 aan het I voor een PGB-aanvraag heeft verweerder de diagnose herhaald, met dien verstande dat hij in de brief van 16 maart

2010 een GAF-score van 30/35 vermeldde. Ook herhaalde verweerder de medicatie, met uitzondering van Dipiperon.

In zijn brief van 28 september 2010 aan de huisarts heeft verweerder als diagnose schizofrenie vermeld, paranoïde type, met dezelfde classificaties op As 3 en As 4 en dezelfde GAF scores als in maart 2010. De medicatie, dosering en voorschriften waren nog hetzelfde.

Verweerder is in 2011 voor drie maanden in hechtenis genomen in het kader van voornoemd strafrechtelijk onderzoek. Patiënt 5 is toen onder behandeling gekomen bij psychiater P. Deze heeft als diagnose gesteld een ernstige depressie met rand psychotische kenmerken en (chronische) PTSS gerelateerde klachten. Psychiater P heeft dezelfde medicatie voorgeschreven als verweerder en de dosering verhoogd. In december 2012 heeft psychiater P vastgesteld dat er op dat moment alleen nog maar posttraumatisch gerelateerde klachten waren en de Seroquel afgebouwd tot 50 mg per dag.

Op verzoek van het E is patiënt 5 op 4 en 19 augustus 2011 beoordeeld door psychiater N. Hij concludeerde dat het gedrag van patiënt 5 niet direct verklaarbaar was vanuit een psychiatrische stoornis. Hij zag aanwijzingen voor een nagebootste stoornis en adviseerde een diagnostische opname.

Deze opname heeft plaatsgevonden van 16 tot en met 20 juli 2012 op de PAAZ van het G. Patiënt 5 is daar onderzocht door psychiater Q. Deze stelde als diagnose (slechts) enkele kenmerken van PTSS met een GAF score 70-80.

2.14 Over patiënt 6 heeft psychiater G in een medisch-psychiatrische verklaring van 2 november 2005 de volgende classificatie (DSM IV TR) genoteerd: op As 1 een uitgestelde diagnose met als dd. psychose NAO, paranoïde schizofrenie en een depressieve stoornis met psychotische kenmerken. Patiënt 6 gebruikte op dat moment de volgende medicatie: Zyprexa 10 mg 2 dd 1, Remeron 45 mg 1 dd 1, Bromazepam 3 mg 3 dd 1 en Dormicum 7,5 mg 1 dd 1, Ibuprofen sachet 600 mg 2 dd 1 en paracetamol codeïne 500/20 mg, 3 dd 1.

In een brief aan het I van 2 april 2008 vermeldde psychiater G dat het beeld steeds ernstigere vormen aannam met als diagnose op As 1 nu een schizoaffectieve stoornis en een GAF score van 25. Aan de medicatie was Semap 20 mg eenmaal per week toegevoegd. De prognose was volgens psychiater G zeer ongunstig, het beloop chronisch en het toestandsbeeld was als eindstadium aan te merken.

Patiënt 6 kwam op 26 april 2009 in behandeling bij verweerder. Er hebben 5 gesprekken plaatsgevonden, de laatste op 12 januari 2011. Als diagnose stelde verweerder op As 1: schizofrenie, depressieve type; As 2 en As 3 geen diagnose; As 4: problemen binnen de primaire steungroep en problemen verbonden aan de sociale omgeving en op As 5 een GAF-score van 30/30/50. De medicatie zoals gegeven door psychiater G werd voortgezet, met toevoeging van akineton 2 mg 1 dd 1.

In een brief van verweerder van 2 juni 2010 aan de I wordt een andere diagnose vermeld, namelijk een schizo-affectieve stoornis met een GAF-score van 30.

Naar aanleiding van het laatste gesprek op 12 januari 2011 noteerde verweerder in zijn aantekeningen: *“Ik zie een 52 jarige man, voorheen angstig en somber. Er treedt enig contactgroei op. Het bewustzijn is helder. De hogere cognitieve functies zijn globaal intact. De oriëntatie in trias is intact. Het denken is formeel noch inhoudelijk gestoord. Het intellect functioneert, naar schatting, op laaggemiddeld niveau. Waarnemingsstoornissen in de vorm van hallucinaties kunnen niet meer worden geobjectiveerd. De stemming is verbeterd. Het affect moduleert matig en is niet afgevlakt. Ziektebesef is beperkt aanwezig evenals ziekte-inzicht. Suïcidale ideatie en intentie zijn afwezig.”*

Op verzoek van het E is patiënt 6 op 6 juli 2011 beoordeeld door psychater R. Hij heeft in zijn verslag van 3 augustus 2011 vermeld dat patiënt 6 eerst bij psychiater G en daarna bij verweerder onder behandeling is geweest. Het dossier van het E bevatte een brief van verweerder van 2 juni 2010 met exact dezelfde diagnose en vrijwel dezelfde medicatie zoals gesteld door psychiater G. Alleen de GAF score verschilde licht ten opzichte van psychiater G, namelijk 30/35. Psychater R heeft ook een crisisopname beschreven van 3 tot 21 maart 2011 bij S. De ontslagbrief van 25 maart 2011 van S vermeldde dat patiënt 6 bij opname sterk was gesedeerd en dat sprake was van rigiditeit. Er werd een start gemaakt met sanering van de medicatie. Bij ontslag voelde patiënt 6 zich weer goed. De psychiater van S stelde als diagnose: As 1: depressieve episode, eenmalig, ernstig, psychotisch en een GAF score van 55. De medicatie was gesaneerd tot Zyprexa 10 mg 1 dd 1, Lormetazepam 1 mg 1 dd 1 en Alprazolam 0,25 1 dd 1.

Psychiater R heeft een klinische opname met observatie geadviseerd. Deze opname heeft plaatsgevonden (na sanering van de medicatie) van 26 tot en met 30 september 2011 op de PAAZ van het G. Psychiater M stelde daar als einddiagnose : op As 1 geen psychiatrisch toestandsbeeld en een GAF-score van 70. Hij zag geen behandelindicatie.

2.15 Op verzoek van het E heeft psychiater T patiënt 7 (die op dat moment in behandeling was bij psychiater G) onderzocht. Hij heeft hierover op 7 juli 2006 gerapporteerd en de volgende classificatie vermeld volgens DSM IV: op As 1 nagebootste stoornis met hoofdzakelijk psychische verschijnselen en klachten, dd. dissociatieve stoornis NAO, dd. PTSS en een GAF-score van 40. Psychiater T adviseerde een opname op een afdeling psychiatrie voor nadere observatie, diagnostiek en eventuele behandeling.

In een brief van 31 augustus 2006 aan het E heeft psychiater G de volgende classificatie vermeld: op As 1 een depressieve stoornis in engere zin, eenmalige episode met psychotische verschijnselen en levensfaseprobleem en een GAF-score van 45. Als medicatie vermeldde hij: Risperdal 3 mg 3 dd 1, Remeron 45 mg 1 dd 1, Tranxene 10 mg 2 dd 1, Dormicum 15 mg 1 dd 1. Gelet op de teleurstellende therapeutische reactie op dit recept was psychiater G voornemens om over te gaan op Moclobemide 150 mg, op te hogen tot 3 dd 2 tb.

In zijn brief van 11 april 2008 aan het I heeft psychiater G de volgende classificatie vermeld: op As 1 een schizoaffectieve stoornis, depressieve type en een GAF-score van 25. De medicatie was toen: Risperdal 4 mg 2 dd 1, Moclobemide 150 mg 2 dd 1, Tranxene 10 mg 2 dd 1 z.n, Dormicum 15 mg 1 dd 1 a.n. z.n. en diclofenac 50 mg 3 dd 1 z.n. Psychiater G vermeldde voorts dat sprake was van een chronisch en progressief beloop van het ziektebeeld.

Patiënt 7 is van november 2008 tot december 2010 in behandeling geweest bij verweerder. Als diagnoses stelde verweerder een partner-relatieprobleem en een aanpassingsstoornis met een gemengde stoornis op emoties en gedrag, chronisch en een GAF-score van 40/50/45. Bij aanvang van de behandeling heeft verweerder de volgende medicatie voorgeschreven: Risperdal 4 mg, Efexor 75 mg, Tranxene 10 mg, Omeprazol 40 mg, Dormicum 50 mg, Diclofenac 50 mg en Akineton 2 mg. In de loop van de behandeling is de Dormicum vervangen door Lormetazepam en is de Tranxene geheel afgebouwd. Bij het laatste contact met patiënt 7 heeft verweerder Risperdal, Efexor en Lormetazepam voorgeschreven.

Verweerder heeft de huisarts op 20 december 2010 geïnformeerd.

Op 19 september 2011 is op verzoek van het E een multidisciplinaire rapportage uitgebracht door klinisch psycholoog U en psychiater R. Zij hebben het volgende vastgesteld: op As 1 een depressieve stoornis in remissie en simulatie, waarbij geen GAF-score werd benoemd. Er waren geen aanwijzingen voor een psychiatrische ziekte of gebrek. De rapporteurs konden zich vinden in de conclusies van psychiater T uit 2006.

### **3. De klacht en het standpunt van IGZ**

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder in zeven patiëntendossiers niet heeft gehandeld overeenkomstig de professionele standaard en de voor hem geldende beroeps- en gedragscodes door:

- A. Onjuiste en ondeugdelijk onderbouwde diagnoses te stellen. Verweerder heeft met betrekking tot de patiënten 1, 2, 3, 4, 5, 6 en 7 onjuiste diagnoses gesteld en/of diagnoses niet deugdelijk onderbouwd. In een aantal van de door IGZ onderzochte dossiers is door verschillende onafhankelijke deskundigen geoordeeld dat er geen sprake was van ernstige psychiatrische problematiek. Het merendeel van de patiënten had in het geheel geen psychiatrische stoornis of hooguit lichte psychische problematiek, die geen aanleiding vormde voor medische interventie.
- B. Ten onrechte (zware) medicatie voor te schrijven. In de dossiers van de patiënten 1, 2, 3, 4, 5, 6 en 7 is door verschillende onafhankelijke deskundigen geoordeeld dat er geen indicatie was voor de door de psychiater voorgeschreven zware medicatie en dat die zware medicatie ook niet paste in een normale psychiatrische behandeling.
- C. Tekort te schieten in de dossiervoering. Verweerder is in alle dossiers van de patiënten 1, 2, 3, 4, 5, 6 en 7 tekortgeschoten in de dossiervoering.
- D. Tekort te schieten in de informatie-uitwisseling met de huisarts/specialisten/uitkeringsinstanties. In de dossiers van de patiënten 3 en 4 is niet terug te vinden dat verweerder de huisarts op de hoogte heeft gesteld van zijn bevindingen en de door hem ingestelde behandeling en het verloop daarvan. Voorts is in het E dossier van patiënt 1 terug te vinden dat verweerder niet antwoordde op verzoeken van het E om informatie.
- E. Onvoldoende organisatie van de beroepsuitoefening. Verweerder organiseert zijn beroepsuitoefening niet op zodanige wijze en voorziet zich niet zodanig van materieel dat een en ander leidt tot verantwoorde zorg. Verweerder nam in eerste instantie vrijwel altijd de diagnose van zijn voorganger over en ook de voorgeschreven medicatie. De praktijk van verweerder was overvol. Verweerder liet het toe dat een derde (K) de regie nam en in feite de praktijk aanstuurde. Verweerder werd pas kritisch op deze gang van zaken wanneer een huisarts of apotheker om uitleg vroeg. Verweerder wisselde vertrouwelijke informatie met K uit zonder

aantoonbaar te voldoen aan het toestemmingsvereiste. Verweerder heeft niet voorzien in een waarnemingsregeling bij afwezigheid.

- F. Te handelen in strijd met het algemeen belang gelegen in een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg door de wijze waarop hij de praktijk uitoefent, gelet op de verwijten A t/m D in onderling samenhang gezien. Verweerder heeft met zijn handelen ernstige schade toegebracht aan het vertrouwen in de individuele gezondheidszorg en met name de psychiatrie en psychotherapie in diskrediet gebracht. In de werkwijze van verweerder is een lijn te zien van uiterst gebrekkige dossiervoering, het ontbreken van differentiaal diagnostische en therapeutische overwegingen en onvoldoende follow-up. Er was geen sprake van enige bijsturing na het stellen van de diagnose, ook niet wanneer andere deskundige(n) een geheel andere visie op de situatie hadden. De manier van psychiatrie bedrijven lag ver onder de professionele standaard, waarbij verweerder zich liet sturen door een derde (K), die geen psychiater dan wel arts was.

Verweerder heeft bovendien bewust onjuiste/ondeugdelijke gemotiveerde diagnoses gesteld en (te zware en risicovolle) medicatie voorgeschreven, althans bij verweerder is sprake van grote onkunde in zijn beroepsuitoefening, in de zin dat hij onvoldoende alert is geweest op simulatie door patiënten, hij zich niet toetsbaar heeft willen opstellen en zich niets gelegen heeft laten liggen aan de andersluidende visies van zijn beroepsgenoten.

IGZ heeft de klachtonderdelen A t/m D nader toegelicht aan de hand van zeven patiëntendossiers. Voorts heeft IGZ aangegeven welke specifieke beroepsnormen verweerder haars inziens heeft geschonden. Voor zover nodig wordt daarop in het hiernavolgende ingegaan.

#### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig, wordt daarop hieronder ingegaan.

#### **5. De overwegingen van het college**

5.1 Het college zal eerst de klachten gericht tegen verweerder in zijn hoedanigheid van arts en psychiater behandelen en vervolgens in zijn hoedanigheid van psychotherapeut.

### **Hoedanigheid van arts en psychiater**

#### **Klachten A (diagnose), B (medicatie) en C (dossiervorming)**

5.2 Met betrekking tot de patiënten 1 t/m 7 zijn de juistheid en deugdelijkheid van de door verweerder gestelde (zware) diagnoses door IGZ gemotiveerd betwist met deskundigenrapportages. In de medische dossiers van deze patiënten ontbreekt (voldoende) verslaglegging omtrent anamnese, hetero-anamnese, psychiatrisch onderzoek en de wijze van totstandkoming van de diagnose. Hieruit volgt dat de diagnosevorming door verweerder niet navolgbaar is voor het college.

5.3 Voorts wordt geklaagd, wederom gestaafd met deskundigenrapportages, dat verweerder ten onrechte (zware) medicatie heeft voorgeschreven aan de patiënten 1 t/m 7. In de desbetreffende medische dossiers bevindt zich geen dan wel onvoldoende verantwoording met betrekking tot de voorgeschreven medicatie door verweerder. Met name wordt daarin geen blijk gegeven van een (voldoende) controle op de juistheid van de medicatie, gegeven de diagnose, noch van een (voldoende) periodieke evaluatie daarvan gedurende de behandeling. Behandel(plan)verslagen die hier (voldoende) inzicht in zouden kunnen geven, ontbreken. Voor zover bij de patiënten 2, 3 en 6 met de voorgeschreven medicatie werd afgeweken van destijds geldende richtlijnen, is dit niet opgemerkt, laat staan gemotiveerd door verweerder in de medische dossiers. Uitgaande van de feitelijk gestelde diagnoses door verweerder, acht het college de juistheid van de door verweerder voorgeschreven medicatie niet navolgbaar.

5.4 Voornoemde ontbrekende informatie in de medische dossiers is essentieel voor een kenbaar juist en deugdelijk diagnose- en medicatiebeleid. Deze informatie bevindt zich in het domein van verweerder, die gehouden is deze informatie schriftelijk vast te leggen in het medisch dossier. Dit geldt ook aangaande het beargumenteerd afwijken van de landelijke geldende mono- en multidisciplinaire richtlijnen. Bij gebreke van deze informatie in de medische dossiers is de stelling van verweerder dat de door hem

gestelde diagnoses en voorgeschreven medicatie juist en deugdelijk zijn, niet inzichtelijk en derhalve niet toetsbaar.

5.5 Verweerder voert aan dat de deskundigen waarop IGZ zich beroept bevooroordeeld waren - voorzover zij hun onderzoek verrichtten in opdracht van de keuringsinstanties naar aanleiding van een hun bekend fraudevermoeden -, geen hoor en wederhoor hebben toegepast, vaak geen eigen onderzoek hebben verricht en/of onvoldoende deskundig waren. Deze verweren falen. In het kader van de herbeoordeling zijn de betreffende patiënten gezien door deskundigen (poliklinisch en/of klinisch), waarover is gerapporteerd. Voorts heeft op basis van dossiers deskundigenonderzoek plaatsgevonden. De in de in de onderhavige zaak overgelegde deskundigenrapportages weergegeven grondslagen en motivering van de bevindingen en conclusies, zijn inzichtelijk, consistent en deugdelijk onderbouwd, zowel op zich als in onderlinge samenhang beschouwd per patiënt in kwestie. Niet is gebleken dat de rapporteurs op onvoldoende neutrale wijze of op basis van onvoldoende objectieve informatie tot hun bevindingen zijn gekomen dan wel onvoldoende deskundig zouden zijn. De deskundigenrapportages, op zich en in onderlinge samenhang per patiënt beschouwd, kunnen dan ook dienen ter substantiëring van de klacht. Dat voor enkele patiënten andere behandelende psychiaters tot andere diagnoses zijn gekomen doet hieraan niet af.

5.6 Nu er derhalve tegenover de enkele, niet aan de hand van het medisch dossier toetsbare, stellingname van verweerder wel sprake is van een specifieke, met diverse deskundigenrapporten onderbouwde betwisting daarvan door IGZ, houdt het college het er (overeenkomstig vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie) voor dat verweerder onjuiste en ondeugdelijke (zware) diagnoses heeft gesteld en ten onrechte (zware) medicatie heeft uitgeschreven voor de patiënten 1 t/m 7. Tevens stelt het college vast dat verweerder tekort is geschoten aangaande de dossiervorming betreffende deze patiënten.

5.7 Voorgaande overwegingen inzake de klachten A t/m C brengen mee dat verweerder heeft gehandeld in strijd met

-de Gedragsregels voor artsen (art. I.1., I.3, I.8, II.1, II.4, II.8, II.13)

-de Beroepscode voor psychiaters (art. I.1, I.2, I.3, II.1, II.3, II.10)

-de Herziene Profielschets Psychiater.



Hieruit volgt dat verweerder de eerste tuchtnorm als neergelegd in artikel 47 lid 1 onder a Wet BIG heeft geschonden. Deze tuchtnorm is gericht op het handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsbeoefenaar behoort te betrachten jegens de patiënt of de naaste betrekkingen.

5.8 De klachten A t/m C zijn derhalve gegrond.

**Klacht D (informatie-uitwisseling)**

5.9 Verweerder erkent met betrekking tot patiënt 1 dat hij het E in het kader van de beslissing op bezwaar niet tijdig heeft geïnformeerd. Ten aanzien van de patiënten 3 en 4 geeft verweerder aan dat hij de huisarts niet heeft kunnen informeren omdat hij onverwachts in voorlopige hechtenis werd genomen op 18 januari 2011. Het college overweegt dat verweerder gehouden was de huisartsen te informeren gedurende de gehele behandelingsduur, te weten direct na het eerste contact, op relevante momenten tijdens de behandeling, in het bijzonder bij wijzigingen, en bij de afsluiting van de behandeling. Het college stelt vast dat patiënt 4 op 2 juni 2009 bij verweerder in behandeling is genomen en patiënt 3 op 21 mei 2010. De voorlopige hechtenis per 18 januari 2011 heeft het verweerder dus niet onmogelijk gemaakt de betrokken huisartsen voordien te informeren. Hij heeft dit niet gedaan maar was daartoe wel verplicht. Ten aanzien van patiënt 7 beroept verweerder zich erop dat hij de huisarts heeft geïnformeerd op 20 december 2010, tevens de datum van zijn laatste contact met deze patiënt. Gelet op het voor overwogene en de veronderstelde ernstige psychiatrische problematiek acht het college deze enkele informatieverschaffing aan het einde van de behandeling van deze patiënt onvoldoende.

5.10 Door niet aan de verplichting tot informatievoorziening te voldoen in bovenbedoelde zin, heeft verweerder gehandeld in strijd met de Gedragsregels voor psychiaters (art. III.4). Verweerder heeft hiermee de eerste tuchtnorm geschonden. Klacht D is derhalve gegrond.

**Klacht E (organisatie beroepsuitoefening)**

5.11 Verweerder heeft erkend dat hij tekort is geschoten in de organisatie van zijn praktijkvoering in die zin dat hij niet heeft voldaan aan de digitaliseringseisen die daaraan gesteld worden.

Ook het klachtonderdeel dat verweerder niet heeft voorzien in een toereikende waarnemingsregeling bij zijn afwezigheid is niet (voldoende) betwist.

5.12 Tevens wordt in dit verband geklaagd dat K een dominante rol innam in de solo-praktijk van verweerder en dat verweerder daartegen niet, althans niet tijdig en effectief optrad. Dit klachtonderdeel is door verweerder niet (voldoende) betwist.

Het college acht op grond van de overgelegde stukken het volgende aannemelijk. K bracht vele Turkse patiënten bij verweerder aan. K was zelf geen psychiater of een anderszins BIG-geregistreerde hulpverlener. Hij fungeerde als begeleider/vertaler van de meeste Turkse patiënten van verweerder. Als zodanig was hij bij de gesprekken tussen verweerder en de patiënt aanwezig. Hij was geen familie van de betrokken patiënten, maar wel mantelzorger. Hij regelde ook de financiële positie van deze patiënten en begeleidde hen met regelmaat bij de aanvraag van persoonsgebonden budgetten en/of een uitkering. Verweerder was hiervan op de hoogte.

K verzocht verweerder regelmatig om recepten uit te schrijven of medische verklaringen op te stellen voor bijvoorbeeld het I of het E. K gaf daarbij vaak aan welke medicijnen voorgeschreven moesten worden en dicteerde soms de hoogte van de GAF-score. Verweerder stond dit toe en schreef die verklaringen en recepten uit, soms zonder de patiënt te zien of hij zag ze maar kort. In een aantal gevallen zag verweerder de patiënt achteraf. Ook voorzag verweerder K van vertrouwelijke medische informatie, zonder dat aantoonbaar was voldaan aan het toestemmingsvereiste.

Verweerder beroept zich er op dat hij uiteindelijk aan K te kennen heeft gegeven dat hij zo niet kon werken en dat hij de patiënten wilde zien om ze te kunnen beoordelen, alsmede dat hij - toen op een gegeven moment een betrokken huisarts en apotheek aan de bel trok - aan K heeft meegedeeld andere afspraken te willen maken. Het college is van oordeel dat verweerder deze mededelingen pas in een laat stadium heeft gedaan, ingegeven door externe signalen en zonder dat dit ertoe leidde dat de macht en dominantie van K werden ingetoomd. Verweerder heeft ter zake dan ook veel te weinig daadkracht getoond.

Het college concludeert dat verweerder heeft toegestaan dat hij in onaanvaardbare mate afhankelijk is geworden van K. Verweerder liet toe dat K feitelijk de regie voerde over de praktijk en direct betrokken was bij de behandeling van de vele door hem aangedragen patiënten. Ook deelde hij medische informatie van patiënten met hem.

Verweerder heeft hiermee zijn eigen verantwoordelijkheid voor de praktijkvoering miskend. Bovendien heeft hij zijn medisch beroepsgeheim geschonden.

5.13 De klacht ziet bovendien op de omstandigheid dat verweerder de Turkse taal niet machtig was en dus telkens afhankelijk was van een vertalende begeleider, veelal – in ieder geval voor de onderhavige zeven patiënten – zijnde voornoemde K. Het college is van oordeel dat verweerder zich daarbij veel te afhankelijk heeft opgesteld van K. Verweerder is gedurende de gehele behandeling van de patiënten telkens uitgegaan van de door K vertaalde informatie zijdens de individuele patiënt. K was geen professionele tolk en bovendien persoonlijk betrokken bij de patiënten. Ook deze gang van zaken, gelet op de frequentie ervan in samenhang met de voornoemde dominante rol van K in de praktijk van verweerder, moet worden aangemerkt als een onzorgvuldige wijze van praktijkvoering.

Dit klemmt temeer nu K vanuit verschillende plaatsen in het land, vooral van buiten de regio waar verweerder praktijk voerde, patiënten juist naar verweerder in B toebracht, al dan niet via psychiater G. Verweerder had in de gegeven omstandigheden een correcte vertaling van de patiënteninformatie moeten borgen door niet alleen te varen op de informatie van K maar een onafhankelijke, professionele tolk in te schakelen, bijvoorbeeld door te werken met een officiële tolkentelefoon.

5.14 De klacht richt zich voorts op het kennelijke gemak waarmee verweerder ten aanzien van de patiënten die hij overnam van psychiater G, diens diagnose en medicatiestelling overnam zonder deze, ook niet na verloop van tijd, zelf (kenbaar) te heroverwegen. Ook deze wijze van praktijkvoering acht het college onzorgvuldig. Het kwam hier bij uitstek aan op de eigen en zelfstandige beeldvorming door verweerder teneinde een zorgvuldig en objectief oordeel te kunnen geven over diagnose, medicatie en verdere behandeling van de desbetreffende patiënten. Op geen enkel moment wordt zichtbaar dat verweerder overleg pleegde met G dan wel, bijvoorbeeld in het kader van intervisie, met een andere collega. De ernst van de diagnoses en medicatiestelling gaf daar echter naar het oordeel van het college wel aanleiding toe. Het college verwijt verweerder in dit verband dat hij zijn organisatie inrichtte zonder voldoende vastlegging van zijn praktijkvoering betreffende zijn individuele patiënten en zonder zich open te stellen voor toetsing door derden.

5.15 Verder ziet de klacht op de meegaandheid die verweerder volgens eigen zeggen heeft gemanifesteerd ten aanzien van patiënten die niet wilden wisselen van (zware) medicatie. Ook deze gang van zaken acht het college onzorgvuldig. Het kan immers niet de patiënt zijn die bepaalt wat er gebeurt, temeer niet waar het zware psychofarmaca betreft die follow-up controles behoeven en die in sommige gevallen werd voortgezet door verweerder ondanks dat er geen verbetering optrad en zonder toelichting daarop in het medisch dossier. Bovendien heeft verweerder zich onvoldoende rekenschap gegeven van de potentiële schade bij de individuele patiënt als gevolg van het slikken van deze (zware) medicatie zonder een onderbouwde diagnose.

Verweerder voert hier het verweer dat dit risico zich niet voordeed gegeven het feit dat alle onderhavige patiënten hebben gefraudeerd met hun uitkering en/of persoonsgebonden budget door simulatie, terwijl zij in werkelijkheid waarschijnlijk niet ziek waren en de medicatie dus ook niet slikten. Anders dan verweerder meent, is het daadwerkelijke effect op de patiënt evenwel niet relevant voor het tuchtrechtelijk verwijt dat hier wordt gemaakt. Voor de vaststelling dat geen voldoende zorg is geleverd, is niet nodig dat het gevaar zich ook werkelijk manifesteert bij de betrokken patiënt.

5.16 De conclusie is dat verweerder structureel en ernstig tekort is geschoten in zijn praktijkvoering. Ook de organisatie van de beroepsuitoefening maakt onderdeel uit van een verantwoorde zorgverlening. Zoals hierboven zichtbaar is geworden, beïnvloedt deze immers rechtstreeks de individuele patiëntenzorg. Daarmee heeft de handelwijze van verweerder weerslag op de individuele gezondheidszorg. Verweerder heeft gehandeld in strijd met art. 40 Wet BIG, de Gedragsregels voor artsen, de Beroepscode voor psychiaters en de Herziene Profielschets Psychiater. Klacht E is derhalve gegrond.

**Klacht F (algemeen belang, 2e tuchtnorm):**

5.17 Het college is van oordeel dat verweerder, gelet op zijn hiervoor beoordeelde klachtwaardige handelen en nalaten (klachten A t/m E) in onderlinge samenhang bezien, tevens de tweede tuchtnorm heeft geschonden.

In de werkwijze van verweerder is immers een lijn te zien van uiterst gebrekkige dossiervorming en ook overigens op diverse essentiële punten een falende kantoororganisatie, het ontbreken van deugdelijk onderbouwde differentiaal diagnostische overwegingen en schriftelijke verantwoording van voorgeschreven

(zware) medicatie in de medische dossiers van betrokken patiënten, alsmede een herhaald gebrek aan communicatie met betrokken huisartsen en/of de uitkeringsinstantie.

Bovendien heeft verweerder toegelaten dat hij in zijn praktijkvoering in onaanvaardbare mate afhankelijk is geworden van een persoon zonder BIG-registratie, waarbij hij bovendien zijn medisch beroepsgeheim heeft geschonden. Op grond van het overwogene in 5.12 is dit op zichzelf reeds een ernstige tekortkoming in het professionele handelen.

Vanwege dit laakbaar handelen, ook in onderling verband bezien, is sprake van een manier van psychiatrie bedrijven die structureel ver onder de professionele standaard van de beroepsgroep ligt. Deze handelwijze van verweerder heeft weerslag op de individuele gezondheidszorg. Daarmee is de handelwijze van verweerder in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg, gelet op het de schending van het vertrouwen dat daarin moet kunnen worden gesteld.

5.18 Het college acht de tweede tuchtnorm bovendien geschonden op grond van het volgende.

Het college acht aannemelijk dat de uitkering krachtens de sociale verzekeringswetgeving en/of het persoonsgebonden budget ten aanzien van onderhavige zeven patiënten als gevolg van de uitgevoerde expertises is (her)beoordeeld en vervolgens is stopgezet dan wel niet verleend. Het college neemt aan dat deze patiënten met financieel oogmerk hebben gesimuleerd ten aanzien van hun gezondheidssituatie, waarbij ernstige ziektebeelden werden voorgewend, zowel bij de keuringsinstantie(s) als tijdens vervolgonderzoek door deskundigen nadat twijfel was ontstaan omtrent de rechtmatigheid van de aanvragen. Verweerder heeft zelf aangegeven dat het hem uiteindelijk duidelijk is geworden dat het patiënten betrof, die een aandoening simuleerden om zo een uitkering te krijgen.

Het college stelt vast dat verweerder weliswaar geen keuringsarts was maar behandelend psychiater, maar dat in alle zeven gevallen verweerder wist althans redelijkerwijs kon weten dat sprake was van een situatie waarin een uitkering dan wel persoonsgebonden budget aan de orde was en waarbij de bevindingen van verweerder relevant waren of konden zijn voor de beoordeling daarvan.

Het college is van oordeel dat verweerder onvoldoende alert is geweest op simulatie en/of uitlatingen tijdens zijn patiënten met voormeld financieel oogmerk. Uit niets

blijkt dat verweerder op de mogelijkheid van dergelijke onregelmatigheden heeft doorgevraagd, terwijl hij hiertoe in zijn hoedanigheid van behandelend psychiater wel gehouden was, bijvoorbeeld door het inwinnen van aanvullende informatie via een hetero-anamnese of het opvragen van aanvullende documentatie. Ook had verweerder, wederom gelet op voormelde context en nog afgezien van het aanzienlijke risico van gezondheidsschade, alert moeten zijn op het mogelijk belang van patiënten bij het slikken van sederende medicatie ten behoeve van het welslagen van simulatie bij de uitkeringsinstanties dan wel door deze ingeschakelde deskundigen.

Psychiaters dienen bij het komen tot diagnostiek in de volle breedte alert te zijn en dus ook bedacht te zijn op eventuele simulatie of aggraving van klachten voor persoonlijk of financieel gewin. Ook de psychiater krijgt immers te maken met patiënten die in aanmerking (willen) komen voor een sociale verzekeringsuitkering en/of een persoonsgebonden budget en die dus een financieel belang hebben bij hun diagnose. Hiermee is een maatschappelijk belang gemoeid, te weten het beheer en gebruik van gemeenschapsgelden, waarvoor ook de behandelend psychiater een eigen maatschappelijke medeverantwoordelijkheid heeft. Verweerder heeft hierin ernstig gefaald. Dit heeft een eigen en specifieke weerslag op de individuele gezondheidszorg.

5.19 Het verweer dat dit hem niet kan worden verweten omdat hij 'om de tuin is geleid' door deze frauderende patiënten dan wel K, wordt door het college niet gevolgd. Redengevend hiervoor zijn met name:

- de frequentie ervan,
- het zonder blijk van enig kritisch bewustzijn overnemen van patiënten van G,
- de gebrekkige dossiervorming, de herhaalde afhoudendheid van verweerder om betrokken uitkeringsinstantie dan wel huisartsen te informeren en het niet regelen van waarneming bij afwezigheid, waardoor verweerder niet toetsbaar was voor derden-deskundigen,
- het gebrek aan zicht op de rol van K en het niet sturen op de ongewenste aspecten daarvan.

5.20 Concluderend heeft verweerder op bovengenoemde gronden gehandeld in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en derhalve de tweede tuchtnorm geschonden. Klacht F is derhalve gegrond.

**Hoedanigheid van psychotherapeut**

**Klachten A, B en E:**

5.21 Het college is van oordeel dat voor zover de klachten A, B en E verweerder betreffen in zijn hoedanigheid van psychotherapeut onvoldoende zijn onderbouwd. Deze klachten zijn derhalve ongegrond.

**Klacht C en D:**

5.22 Ter zitting heeft verweerder aangegeven dat hij zijn patiënten niet alleen als psychiater maar ook als psychotherapeut behandelde, en aldus voorzag in een gecombineerde behandelmethode.

Het college stelt als onweersproken vast dat verweerder ook in zijn hoedanigheid van psychotherapeut niet heeft zorggedragen voor toereikende dossiervorming betreffende de onderhavige patiënten. In deze dossiers ontbreken een behandelovereenkomst, een behandelplan en een weergave van aard en voortgang van de behandeling. Hetgeen is overwogen in overweging 5.12 inzake de falende praktijkvoering, heeft tevens een weerslag op de organisatie door verweerder van zijn praktijk als psychotherapeut. Verweerder heeft aldus gehandeld in strijd met artikel 40 Wet BIG en de Beroepscode voor psychotherapeuten (artikel II.2.1.2.2.). Daarmee heeft verweerder op basis van dezelfde overwegingen als weergegeven onder 'hoedanigheid van arts en psychiater' ten aanzien van de klachten C en D de eerste tuchtnorm geschonden. De klachten C en D zijn derhalve gegrond.

**Klacht F:**

5.23 Het college is van oordeel dat gegronde klacht F in de hoedanigheid van verweerder als arts en psychiater, een dermate grote weerslag heeft op zijn functioneren als beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg in algemene zin, dat ook zijn functioneren als psychotherapeut hierdoor geraakt wordt. Dit klemmt temeer daar verweerder in zijn gangbare behandelmethode geen onderscheid lijkt te maken ten aanzien van zijn hoedanigheid van arts en psychiater dan wel psychotherapeut. Hieruit volgt dat klacht F tevens gegrond is met betrekking tot laatstgenoemde hoedanigheid op dezelfde gronden als voornoemd.

**Conclusie**

5.24 De conclusie van het voorgaande is dat de klachten tegen verweerder in zijn hoedanigheid van arts en psychiater alle gegrond zijn. De klachten A, B en E betreffende verweerder in zijn hoedanigheid van psychotherapeut zijn ongegrond, terwijl de klachten C, D en F gegrond zijn. Verweerder heeft in zoverre gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet BIG jegens patiënt had behoren te betrachten.

Aan hetgeen partijen over en weer nog meer naar voren hebben gebracht dan wat hiervoor is besproken, zal als voor de beslissing van geen belang geen aandacht worden besteed

**De op te leggen maatregel**

5.25 Het college houdt bij de oplegging van de maatregel rekening met de ernst van de aan verweerder gemaakte verwijten, zoals hiervoor is overwogen. Verweerder is structureel en op verschillende essentiële terreinen en zowel in zijn hoedanigheid van arts en psychiater als van psychotherapeut tekort geschoten in de individuele gezondheidszorg voor zijn patiënten. Bovendien heeft hij het algemeen belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg op ernstige wijze geschaad. Verweerder heeft door zijn handelwijze immers niet alleen de kwaliteit maar ook de integriteit van in het bijzonder de psychiatrie in diskrediet gebracht. Hij heeft aldus ernstige schade toegebracht aan het vertrouwen in de individuele gezondheidszorg, en inbreuk gemaakt op het maatschappelijk belang dat daarmee gemoeid is. Het college rekent dit verweerder zwaar aan.

5.26 Bij de beoordeling van de mate van laakbaarheid wordt tevens betrokken het ontbreken van enige zelfreflectie bij verweerder. Hij lijkt zichzelf vooral te beschouwen als slachtoffer van externe omstandigheden waaraan hij geen debet heeft. Op geen enkel moment heeft verweerder enige verantwoordelijkheid getoond voor zijn eigen handelwijze. Evenmin heeft verweerder enige vorm van betrokkenheid laten zien bij de aanzienlijke (maatschappelijke) belangen van de individuele gezondheidszorg die hier in het geding zijn. Daarmee schort het verweerder in ernstige mate aan een professionele beroepshouding. Nu verweerder niet doordrongen lijkt te zijn van de ernst en omvang van de hem gemaakte verwijten, bestaat er geen aanleiding te veronderstellen dat de beroepsopvatting en -uitoefening van verweerder vatbaar zijn voor verbetering in de toekomst.



Verweerder heeft aangevoerd dat hij onder begeleiding heeft gestaan van een collega en ook thans nog op persoonlijk vlak begeleid wordt door een collega, om zijn persoonlijkheidstrekken die zijn professionele functioneren kunnen bemoeilijken te onderkennen en bij te sturen. De voornoemde lacune in het zelfkritisch vermogen bij verweerder in samenhang met de ernst en omvang van de tuchtrechtelijke verwijten, maakt evenwel dat het college niet het vertrouwen heeft dat van genoemde hulpverlening voldoende preventieve werking is uitgegaan dan wel zal uitgaan. Concluderend beseft verweerder nog steeds niet de risico's en het laakbare van zijn eigen handelwijze. Het college mist dan ook het vertrouwen dat verweerder in de toekomst een herhaling van de onderhavige feiten zal weten te voorkomen. Dit klemmt temeer nu verweerder ter zitting heeft verklaard nog altijd een solo-praktijk te voeren in beide hoedanigheden en hiermee door te willen gaan. Het college acht deze stand van zaken, gelet op de belangen die op het spel staan, uiterst zorgwekkend. Het ontbreken van tuchtrechtelijke veroordelingen in het verleden doet hier in de gegeven omstandigheden niet aan af.

5.27 Tot slot acht het college gelet op de ernst en omvang van de gemaakte verwijten het belang van generale preventie binnen de beroepsgroep van evident belang.

5.28 Alles overziend acht het college oplegging van de zwaarste maatregel noodzakelijk, te weten het bevel tot doorhaling van de inschrijving van verweerder in beide hoedanigheden in het BIG-register. De strafrechtelijke vervolging, de doorgemaakte voorlopige hechtenis, de negatieve publiciteit en de overige aangevoerde persoonlijke omstandigheden van verweerder kunnen niet afdoen aan deze noodzaak.

5.29 Het college beslist daarbij dat deze maatregel onmiddellijk van kracht wordt, nu het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg, te weten het voorkomen van herhaling van de onderhavige feiten, zulks vordert. Voorts zal om redenen aan het algemeen belang ontleend de publicatie van deze beslissing op na te noemen wijze worden gelast.

## **6. De beslissing**

Het Regionaal Tuchtcollege

- verklaart de klachten A t/m F tegen verweerder in zijn hoedanigheid van arts en psychiater gegrond,
- verklaart de klachten C, D en F betreffende verweerder in zijn hoedanigheid van psychotherapeut gegrond,
- verklaart de klachten A, B en E betreffende verweerder in zijn hoedanigheid van psychotherapeut ongegrond,
- beveelt de doorhaling van de inschrijving van verweerder in het BIG-register in zijn hoedanigheid van arts en psychiater,
- legt deze maatregel, bij wijze van voorlopige voorziening, aan de verweerder op zulks met onmiddellijke ingang totdat deze beslissing onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd;
- beveelt de doorhaling van de inschrijving van verweerder in het BIG-register in zijn hoedanigheid van psychotherapeut,
- legt deze maatregel, bij wijze van voorlopige voorziening, aan de verweerder op zulks met onmiddellijke ingang totdat deze beslissing onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd,
- bepaalt dat deze beslissing ingevolge artikel 71 Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Medisch Contact, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, De Psychiater en Gezondheidszorg Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 13 oktober 2015 door:

mr. P.J. van Eekeren, voorzitter,

dr. C.M. Sonnenberg, T. van der Veer, dr. M.H. Braakman, dr. C.H.J.A.M. van de Vijfeijken, P. Citroen en dr. R.J. Takens, leden-beroepsgenoten,

mr. S. Colsen, lid-jurist,

mr. S.S. van Gijn, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 8 december 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. P.J. van Eekeren, voorzitter

w.g. S.S. van Gijn, secretaris