

Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Beslissing van 25 maart 2025 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klaagster,
tegen
C,
klinisch psycholoog,
(destijds) werkzaam in B,
verweerder, hierna ook: de klinisch psycholoog,
gemachtigde: mr. J.M. Janson, advocaat bij Stichting VvAA Rechtsbijstand in Utrecht.

1. De zaak in het kort

- 1.1. Klaagster verwijt verweerder, onder meer, dat hij de behandeling van haar – wijlen – echtgenoot heeft overgelaten aan een niet BIG-geregistreerde systeemtherapeut, ondanks de ernst van de problematiek, en dat hij als regiebehandelaar eerder had moeten ingrijpen in het behandelproces. Volgens klaagster heeft verweerder niet de zorg verleend die haar echtgenoot nodig had. Ook zou verweerder ten onrechte de door de systeemtherapeut geleverde zorg hebben gedeclareerd, terwijl die normaliter niet wordt vergoed. Klaagster meent dat verweerder tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.
- 1.2. Verweerder stelt primair dat klaagster in haar klacht niet-ontvankelijk is en subsidiair dat de klacht ongegrond is.
- 1.3. Het college komt tot het oordeel dat klaagster ontvankelijk is en de klacht (deels) gegrond. Aan verweerder zal de maatregel van berisping worden opgelegd. 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 15 juli 2024;
 - het verweerschrift met de bijlagen met het verzoek tot toepassing van artikel 67 lid 3 Wet BIG op bijlage 1 t/m 3 en 5 t/m 7, welk verzoek door de voorzitter door de voorzitter is gehonoreerd;
 - de aanvullende stukken van klaagster, ontvangen op 12 november 2024;
 - de aanvullende reactie van verweerder, ontvangen op 20 december 2024.
- 2.2. 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.
- 2.3. De zaak is behandeld op de openbare zitting van 11 februari 2025. De partijen zijn verschenen. Klaagster werd bijgestaan door haar zoon. Verweerder werd bijgestaan door zijn gemachtigde. De partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. Klaagster en de gemachtigde van verweerder hebben pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. De feiten

- 3.1. Sinds 1986 tot zijn overlijden was klaagster gehuwd met D (hierna: de man). Vanaf zijn 16^e levensjaar was de man bekend met terugkerende depressies en suïcidaliteit. In 2020 werd de man, toen 62 jaar, gediagnosticeerd met drie vormen van kanker waardoor zijn somberheid, depressiviteit en suïcidaliteit toenamen. Hij is toen uitgevallen op zijn werk en kwam in de Ziektewet. Omdat de situatie thuis onhoudbaar werd, is de man na een aantal gesprekken met de praktijkondersteuner op 2 oktober 2020 door de huisarts voor behandeling verwezen naar de (vrijgevestigde) praktijk van verweerder. In de verwijfsbrief staat het volgende vermeld:
*“Geachte collega,
Bovengenoemde patient heeft veel meegemaakt en daar veel hinder van. Veel verliezen, al op jonge lftd. Hij wil hier graag wat mee gaan doen. Zoals ook al besproken tussen POH GGZ en jou, als ik het wel heb.
Stemmingsstoornis?
Vraagstelling Graag je hulp en begeleiding in kader bGGZ”*
- 3.2. Verweerder heeft als regiebehandelaar de intake en indicatiestelling van de man gedaan, die zijn

neergelegd in het LVVP-indicatieformulier inclusief behandelplan. Als hulpvraag is genoteerd: *“Cliënt zou graag minder somber zijn en een betere relatie met zijn vrouw willen hebben.”*

Bij DSM-5-classificatie is ingevuld:

“Recidiverende depressieve stoornis, ernst: matig”.

Bij behandelplan, inclusief doelstellingen voor de psychotherapie staat vermeld:

“Betrokkene helpen meer betrokken te raken bij zijn eigen gevoelens en deze verwerken met de bedoeling ruimte voor zichzelf te maken. Onderzoeken of de partnerrelatie nog versterkt kan worden of betrokkene ondersteunen bij afscheid nemen hiervan.

Om tot herstel te komen lijkt verbetering van de kwaliteit van de relatie de eerste stap. De spanningen in de relatie versterken zijn depressie doordat het al aanwezige intrapsychische isolement wordt versterkt door de afstand in de relatie en de spanningen hierbij. Voor openleggende therapie is hij te kwetsbaar en is het systeem te zwak. Medebehandelaar E (systeemtherapeut) zal de therapie doen gericht op verbetering van de relatie c.q. toename van veilige hechting (EFT). Daarnaast interventies met CGT gericht op de depressieve cognities.

Doelen:

- *Versterken van de relatie, onderzoeken of de partner bij de behandeling betrokken kan worden. Ondersteuning bij verwerking als dit niet mocht lukken en zijn partner wil inderdaad de relatie beëindigen.*
 - *Verwerken van gevoelens met als doel afname schuldgevoel en meer zelfcompassie.*
 - *Het versterken van zelfwaardering en van identiteit om weer richting en zin in zijn leven te ervaren”*
- 3.3. De behandeling is gestart op 6 november 2020 en werd onder verantwoordelijkheid van verweerder uitgevoerd door de medebehandelaar, tevens zijn partner, E (systeemtherapeut), die niet BIG-geregistreerd is. De behandeling bestond uit gesprekken, aanvankelijk eenmaal per week en later eenmaal per twee weken. Klaagster is tweemaal meegkomen naar een sessie, op 12 november 2020 en op 23 december 2020. Omdat klaagster dat niet meer wilde, is de behandeling vanaf januari 2021 voortgezet op individuele basis (individuele systeemtherapie). Tussen verweerder en de medebehandelaar zijn elf overlegmomenten geweest waarin de casus van de man werd besproken.
- 3.4. Op 10 juni 2021 heeft verweerder bij de man een neuropsychologisch onderzoek (NPO) uitgevoerd. De eerste conclusie was dat de intelligentie veel hoger is dan verwacht op basis van de genoten schoolopleiding. De tweede conclusie was dat er sterke aanwijzingen naar voren komen voor een geheugenstoornis, en meer specifiek een stoornis van het lange-termijn-geheugen, waarbij het minder waarschijnlijk is dat het geheugenprobleem samenhangt met een beginnende dementie.
- 3.5. Op 29 maart 2022 is de man kort voor de geplande einddatum gestopt met de behandeling, waarna verweerder en de medebehandelaar op 5 mei 2022 voor de huisarts een afsluitbrief hebben opgesteld met daarin een advies om een intensiever traject bij de ouderen GGZ te doen als de man verder wil werken aan zijn stemming.
- 3.6. Op 19 oktober 2022 heeft de man suïcide gepleegd.
- 3.7. Klaagster heeft tegen de medebehandelaar een klacht ingediend bij de Stichting Complementaire en Alternatieve Gezondheidszorg (SCAG). Op 8 maart 2023 heeft een klachtgesprek plaatsgevonden, waarbij aanwezig waren: klaagster en haar zus, verweerder en de medebehandelaar en de klachtenfunctionaris. Bij brief van 15 maart 2023 heeft de medebehandelaar op de klacht gereageerd, waarna de klachtenfunctionaris op 17 maart 2023 een afsluitbericht/eindverslag heeft opgesteld.
- 3.8. Op 29 maart 2023 en 15 april 2023 hebben vervolgens in de praktijk van verweerder nazorggesprekken tussen enerzijds verweerder en de medebehandelaar en anderzijds klaagster en haar zus respectievelijk zoon plaatsgevonden.
- 3.9. Bij e-mail van 6 april 2024 heeft klaagster aangegeven dat zij nog steeds ontevreden is, wat heeft geleid tot de onderhavige tuchtklacht.

4. De klacht en de reactie van de klinisch psycholoog

- 4.1. Klaagster verwijt de klinisch psycholoog, samengevat, dat hij:
- a) de therapie van de man heeft overgelaten aan een systeemtherapeut, ondanks de ernstige problematiek van de man (suïcidale gedachten, concrete suïcide plannen en persisterende depressie). Uit de transcripten van de therapiegesprekken blijkt dat het haar (aan vaardigheden) ontbrak om adequaat met deze problematiek om te gaan;
 - b) niet tijdig heeft signaleerd dat er geen progressie was en dat hij hierop had moeten handelen gezien de ernst van de psychische gesteldheid van de man, omdat hij op de hoogte was van het gehele traject en dus ook van de actieve terugkerende suïcidale uitingen en concrete suïcide plannen van de man. Verweerder heeft de man geen adequate interventie aangeboden, ondanks de toenemende signalen van depressie en suïcidale gedachten, en hij heeft geen zorg gedragen voor een therapie die beter aansloot bij de man;
 - c) het door zijn praktijk gevoerde kwaliteitsstatuut niet heeft nageleefd;

- d) niet is ingegaan op de hulpvraag van de man; de man kwam voor zijn depressie en suïcidale gedachten en in plaats daarvan kwam de focus op de relatie met klagster;
 - e) de geboden zorg heeft gedeclareerd als zijnde DBC GGZ ambulante behandeling, terwijl deze zorg niet werd geleverd; de geleverde zorg wordt normaliter niet vergoed door de zorgverzekering;
 - f) de therapie niet grotendeels zelf heeft uitgevoerd volgens de LVVP en het Landelijk Kwaliteitsstatuut; de man heeft daardoor geen adequate hulp gekregen gezien de ernst van zijn problematiek; klagster neemt het verweerder kwalijk dat hij in anderhalf jaar niet zelf iets voor de man heeft gedaan en dat hij de man wilde doorsturen naar GGZ F zonder ook maar een gesprek met de man te hebben gehad;
 - g) de behandeling heeft laten uitvoeren door een niet-gespecialiseerde GGZ-therapeut; er zijn geen sessies geweest die daaraan voldoen;
 - h) de nabestaanden niet serieus heeft genomen na de zelfdoding van de man;
 - i) na de dood van de man niet heeft erkend dat de zorg die de man heeft gehad niet aansloot op de hulpvraag en dat hij in zijn rol als regiebehandelaar tekort is geschoten.
- 4.2. De klinisch psycholoog heeft het college primair verzocht de klagster niet-ontvankelijk te verklaren en de klacht dus niet inhoudelijk te behandelen. Voor het geval het college klagster wel ontvankelijk acht, heeft hij het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.
- 4.3. Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

Ontvankelijkheid

- 5.1. Verweerder stelt zich primair op het standpunt dat klagster in haar klacht niet-ontvankelijk is, voor zover deze betrekking heeft op de zorgverlening aan de man. Daartoe voert verweerder aan dat niet verondersteld kan worden dat klagster de wil van de man in deze vertegenwoordigt. Volgens verweerder was er sprake van aanzienlijke relatieproblematiek tussen klagster en de man, wat een belangrijke reden vormde voor de therapie. Verweerder meent dat gesproken kan worden van een onderlinge (verstoorde) verhouding tussen klagster en de man. In dit verband verwijst verweerder onder meer naar de beslissing van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 26 november 2021, ECLI:NL:TGZCTG:2021:208.
- 5.2. Klagster meent dat zij wel degelijk ontvankelijk is. Daartoe wijst klagster erop dat zij uiteindelijk niet van de man is gescheiden, dat er geen scheiding is aangevraagd en dat zij ten tijde van het overlijden van de man nog steeds samen met hem was. Daarnaast verwijst zij naar citaten uit de gesprekken tussen de medebehandelaar en de man, een (medische) volmacht van 23 april 2020 en e-mails waaruit haar betrokkenheid bij de behandeling van de man zou blijken. Tot slot wijst klagster erop dat verweerder en de medebehandelaar medische informatie van de man naar het e-mailadres stuurden waarvan zij wisten dat klagster die zou openen.
- 5.3. Het college overweegt dat de klacht gaat over de behandeling van de in oktober 2022 overleden man. Klagster wil als achtergebleven partner van de man de door verweerder verleende zorg aan de man aan een tuchtrechtelijke toets onderwerpen. Het is vaste jurisprudentie dat het klachtrecht van een naaste betrekking (van de nabestaande) niet is gestoeld op een eigen klachtrecht, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen veronderstelde wil van de patiënt. Het is dus van belang dat de nabestaande met de tuchtklacht de veronderstelde wil van de overleden patiënt uitdrukt.
- 5.4. De hoofdregel is dat de nabestaande wordt geacht de wil van de overleden patiënt te vertegenwoordigen. Die hoofdregel lijdt uitzondering als sprake is van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven eraan te twijfelen dat die overleden patiënt over zijn behandeling een tuchtklacht had willen indienen. In dat geval ontbreekt in beginsel voldoende belang voor de nabestaanden om een klacht in te dienen over de behandeling van de overleden patiënt, en zijn zij niet aan te merken als rechtstreeks belanghebbende in de zin van de Wet BIG.
- 5.5. Het college oordeelt dat uit de stukken, waaronder de behandelverslagen, niet blijkt dat de man bij leven op duidelijke wijze aan verweerder en/of de medebehandelaar heeft aangegeven dat hij – kort gezegd – niet wilde dat klagster zich met zijn (medische) behandeling bemoeide. Verder ondersteunt de zoon van klagster en de man de klacht van klagster. In het licht van deze omstandigheden levert het enkele feit dat klagster en de man bij aanvang van de behandeling relatieproblemen kenden geen bijzondere omstandigheid op die afwijking van de in 5.4 bedoelde hoofdregel rechtvaardigt. Tot een echtscheiding is het niet gekomen en dat bij overlijden sprake was van een zodanig verstoorde relatie dat de man niet zou willen dat klagster hem vertegenwoordigde, is het college niet gebleken. Door klagster is een (algemene) volmacht van de man gedateerd 23 april 2020 overgelegd waarin de man klagster heeft gemachtigd om naast het beheer van zijn vermogen in zijn plaats beslissingen te nemen over het wel of niet instellen, beëindigen of voortzetten van een geneeskundige behandeling en ook de man in rechte te vertegenwoordigen. Hoewel de volmacht met het overlijden van de man is geëindigd, blijkt daaruit de intentie van de man om de behartiging van zijn belangen bij

klaagster te willen beleggen. Het voorgaande betekent dat klaagster in haar klacht kan worden ontvangen. Het college zal de klacht daarom inhoudelijk beoordelen.

De criteria voor de beoordeling

- 5.6. De vraag is of de klinisch psycholoog de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwaame en redelijk handelende klinisch psycholoog. 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.

Klachtonderdeel a) t/m d), f) en g): de kwaliteit van de zorgverlening

- 5.7. Vanwege de onderlinge samenhang lenen klachtonderdelen a) t/m d), f) en g) zich voor een gezamenlijke bespreking.
- 5.8. Klaagster verwijt verweerder ten eerste dat hij niet adequaat is ingegaan op de hulpvraag van de man. Volgens klaagster is de man verwezen voor depressie en suïcidegedachten maar is in plaats daarvan tijdens de behandeling de focus op de relatieproblematiek gelegd.
- 5.9. Het college stelt vast dat de huisarts in zijn verwijfsbrief "*Stemmingsstoornis?*" heeft vermeld als reden van de verwijzing van de man naar de praktijk van verweerder. Verder blijkt uit het intakeformulier van verweerder dat de man als hulpvraag graag minder somber zou zijn en een betere relatie met zijn vrouw (klaagster) zou willen hebben. Verweerder heeft als zijn visie op de problematiek op het intakeformulier genoteerd dat de hevige spanningen in de relatie de man nu uit balans brengen en op de voorgrond staan en dat om tot herstel te komen verbetering van de kwaliteit van de relatie de eerste stap lijkt. Volgens verweerder versterkten de spanningen in de relatie de depressie van de man doordat het al aanwezige intrapsychische isolement werd versterkt door de afstand in de relatie en de spanningen hierbij. Verweerder heeft daarom het versterken van de relatie als één van de doelen van het behandelplan genoteerd (zie 3.2). Daarbij wijst verweerder erop dat deze conclusie aansluit bij de multidisciplinaire richtlijn Depressie waaruit volgt dat er een indicatie is voor interpersoonlijke therapie met als focus interpersoonlijk conflict. Deze indicatiestelling van verweerder acht het college in de gegeven omstandigheden verdedigbaar. Dat de relatieproblematiek tijdens de behandeling van de man een belangrijk en terugkerend thema was, vindt het college dan ook niet onlogisch. Dit betekent dat klachtonderdeel d) ongegrond is.
- 5.10. Klaagster verwijt verweerder ook dat hij de behandeling van de man vanwege diens ernstige problematiek ten onrechte heeft overgelaten aan de medebehandelaar als niet-gespecialiseerde systeemtherapeut. Volgens klaagster is verweerder tekortgeschoten in zijn regierol en had hij eerder in het behandelproces moeten ingrijpen.
- 5.11. Het college stelt vast dat verweerder de intake/indiciestelling en aanvullende diagnostiek (NPO) van de man heeft gedaan en dat zijn partner als medebehandelaar/systeemtherapeut de behandeling van de man heeft uitgevoerd. Verweerder en de medebehandelaar hebben in totaal elf overlegmomenten gehad waarin de casus van de man werd besproken. Deze rol- en taakverdeling is met de juiste opleiding van de medebehandelaar volgens het Model Kwaliteitsstatuut GGZ in een vrijgevestigde praktijk als die van verweerder toegestaan en ook vastgelegd in het behandelplan. Het behandelplan is op 30 oktober 2020 met de man besproken. Daarbij is wel van belang dat verweerder zijn regierol goed vervult. Naar het oordeel van het college is verweerder daarin tekortgeschoten. Daartoe geldt het volgende.
- 5.12. Verweerder stelt dat de suïcidale gedachten bij de man vanaf het begin zijn onderkend en dat de medebehandelaar heeft aangegeven dat de man haar altijd kon bellen (ook buiten kantooruren). Volgens verweerder is het inschatten van het risico op suïcide (ook) vaker aan de orde geweest tijdens zijn besprekingen met de medebehandelaar. Dit risico is in overeenstemming met de multidisciplinaire richtlijn Suïcidaal gedrag als aanwezig ingeschat, maar niet als sterk verhoogd dat een opname overwogen diende te worden. Er werd bij de man geen ernstige psychiatrische stoornis geconstateerd. De lijn die gevolgd is, is gebaseerd op de beoordeling dat een ambulante setting voor het werken aan de problemen zelf samen met de systeemtherapeut de beste vorm van preventie zou zijn. Volgens verweerder gaf de sessie van 28 mei 2021, waarin de man nadrukkelijker sprak over zijn suïcideplannen, geen aanleiding voor een verdere wijziging in de behandeling. Verweerder betwist dat sprake was van "toenemende signalen" van depressie en suïcidale gedachten, omdat uit de behandelverslagen blijkt dat de stemming en suïcidale uitingen van de man fluctueerden. Aan het eind van de behandeling had de man een punt bereikt van een relatief evenwicht, aldus verweerder.
- 5.13. Het college oordeelt dat deze visie van verweerder haaks staat op de geluidsopnamen die de man vanaf 16 april 2021 (heimelijk) van de sessies met de medebehandelaar heeft gemaakt en

die klaagster als bijlage 11 (usb-stick) in het geding heeft gebracht. Klaagster heeft de sessies van 28 mei 2021, 24 juni 2021, 12 november 2021 en 29 maart 2022 volledig uitgeschreven (bijlage 3). Daarnaast heeft klaagster grote delen van andere sessies uitgeschreven (bijlagen 4 en 5). Verweerder heeft de uitgeschreven teksten niet bestreden, anders dan dat de geluidsopnamen zonder medeweten van de medebehandelaar zijn gemaakt en dat het beluisteren van de opnamen geen adequaat beeld geeft van de therapie. De transcripties laten evenwel een duidelijke discrepantie zien met de behandelverslagen (oktober 2020 t/m maart 2022) die verweerder als bijlage 3 heeft overgelegd, als het gaat om de gemoedstoestand van de man. Uit de behandelverslagen noch anderszins blijkt dat de Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag of de GGZ-standaard Suïcidaal gedrag is gevolgd. Gelet op de herhaaldelijke (concrete) suïcideuitingen van de man waarbij hij terugkerend aangaf dat de donkere wolken in zijn hoofd niets te maken hadden met zijn relatie, was dat wel aangewezen. In plaats daarvan is gekozen voor voortzetting van de systeemtherapie met de focus op de relatieproblematiek dan wel “het door de tijd ontstane steuncontact”, zoals verweerder dat noemt, terwijl de depressiviteit van de man niet of nauwelijks verminderde maar eerder toenam. Het beeld bestaat dat de ernst van de suïcidaliteit van de man in onvoldoende mate is onderkend en dat daaraan te weinig aandacht is besteed. In ieder geval na de sessie van 28 mei 2021 had van verweerder een actieve(re) regierol mogen worden verwacht door zich meer met (de inhoud en voortgang van) de behandeling van de man te bemoeien en diens suïcidaliteit conform de richtlijn of standaard te monitoren. Zo had het op de weg van verweerder als regiebehandelaar gelegen om de door hemzelf geformuleerde behandeldoelen – conform zijn eigen kwaliteitsstatuut – om de drie maanden samen met de man en de medebehandelaar te evalueren om te bezien of het behandelplan aanpassing behoeft of doorverwijzing nodig was. Door slechts “op afstand” overlegmomenten te hebben met de medebehandelaar zonder betrokkenheid van de man, heeft verweerder daarmee naar het oordeel van het college onvoldoende invulling gegeven aan zijn regierol. Daarbij betreft het college dat verweerder zelf heeft erkend dat de systeemtherapie de relatie tussen de man en klaagster ontregelde. Het voorgaande leidt ertoe dat klachtonderdelen a), b), c), f) en g) gegrond zijn.

Klachtonderdeel e) de declaratie van de verleende zorg

- 5.14. Klaagster verwijt verweerder dat hij de verleende zorg als “DBC GGZ ambulant behandeling” heeft gedeclareerd. Volgens klaagster werd deze zorg echter niet geleverd. Klaagster meent dat de geleverde zorg normaliter niet wordt vergoed door de zorgverzekering. Ter onderbouwing van haar standpunt verwijst klaagster naar de zorgkostenoverzichten 2020 t/m 2022” die zij als bijlage 7 heeft ingebracht.
- 5.15. Verweerder voert als verweer dat 2020 het laatste jaar was dat het DBC-systeem in de GGZ werd gehanteerd, waarna het Zorgprestatiemodel is ingevoerd. Verweerder stelt dat hij met de zorgverzekeraar van de man een contract voor zowel BGGZ als SGGZ heeft en dat de zorg die hij levert onder de ambulante GGZ valt (vrijgevestigde praktijken). Volgens de DBC-spelregels mag de klinisch psycholoog de indicatie in een verwijsbrief aanpassen. Dat is hier ook gebeurd, omdat de SGGZ-indicatie als meer passend werd beoordeeld dan een BGGZ-indicatie. Volgens verweerder is de huisarts hierover geïnformeerd.
- 5.16. Het college oordeelt dat weliswaar sprake was van GGZ-zorg, maar dat deze zorg onjuist is gedeclareerd. Blijkens het door klaagster overgelegde zorgkostenoverzicht en bij een cross-check van de declaratie- en consultdatum is het college gebleken dat verweerder consulten van de systeemtherapeut met de man, bijvoorbeeld op 14 en 25 januari 2022, 10 februari 2022 en 1, 22 en 29 maart 2022 (tegen het voor hem geldende tarief) heeft gedeclareerd alsof hij degene was die deze gesprekken heeft gevoerd. Dat is volgens het Zorgprestatiemodel niet toegestaan. Dit model schrijft voor dat bij de declaratie altijd zichtbaar moet zijn welke beroepsbeoefenaar de zorg heeft geleverd, ook als sprake is van een regiebehandelaarschap zoals hier het geval was. Dan worden consulten verricht door de regiebehandelaar op zijn naam geregistreerd en gedeclareerd en consulten door een eventuele medebehandelaar op de naam en functie van deze medebehandelaar. Als bijvoorbeeld de medebehandelaar een opleiding WO-psycholoog of HBO social work heeft genoten, worden die consulten op naam en als “overige behandelaar” gedeclareerd. Uit de website van verweerder en zijn daarop geplaatste Kwaliteitsstatuut valt de opleidingsachtergrond van de medebehandelaar echter niet te achterhalen, enkel dat zij systeemtherapeut is met als specialisatie Emotionally Focused Therapy (EFT) en sinds 2004 lid van de NVRG. Klachtonderdeel e) is in zoverre gegrond.

Klachtonderdeel h) en i): de nazorg

- 5.17. Klaagster verwijt verweerder tot slot dat hij onvoldoende nazorg heeft verleend. Verweerder betwist dit.
- 5.18. Het college overweegt dat verweerder heeft toegelicht dat direct een condoleancekaart is bezorgd, nadat hij op 8 november 2022 door klaagster op de hoogte was gesteld van de suïcide

van de man. Vanwege het beroepsgeheim en de privacy van de man heeft verweerder met de beroepsvereniging daarna zijn positie bepaald, bijvoorbeeld ten aanzien van de vraag welke informatie gedeeld kon worden met klagster. Naar aanleiding van de klachtenprocedure tegen de medebehandelaar bij de SCAG is een tweetal nazorggesprekken geweest waarin verweerder en de medebehandelaar de vragen van klagster zo goed mogelijk hebben geprobeerd te beantwoorden. Uit haar e-mail van 31 mei 2023 aan de klachtenfunctionaris van SCAG blijkt dat deze gesprekken naar tevredenheid van klagster hebben plaatsgevonden. Onder deze omstandigheden kan niet worden gezegd dat verweerder in zijn nazorgplicht is tekortgeschoten. Dat klagster later anders is gaan denken en toch besloten heeft deze tuchtprocedure te starten, doet daar niet aan af. Klachtonderdelen h) en i) zijn ongegrond.

Conclusie

5.19. Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdelen a), b), c), e), f) en g) gegrond zijn en de andere klachtonderdelen ongegrond.

Maatregel

5.20. Omdat de klacht gedeeltelijk gegrond is, kan een tuchtrechtelijke maatregel worden opgelegd. De maatregel van berisping is passend en geboden. Daarbij is in aanmerking genomen dat de werkwijze van verweerder zorgelijk is, in die zin dat hij als regiebehandelaar onvoldoende de vinger aan de pols heeft gehouden. Verweerder had de behandeling vaker met de man moeten toetsen. Ook het onjuist declareren van de verleende zorg acht het college onzorgvuldig. Daarbij is meegewogen dat verweerder slechts in geringe mate zelfreflectie heeft getoond. Verder zal het college bepalen dat deze beslissing op de voet van artikel 48 lid 11 van de Wet BIG wordt bekendgemaakt in het register, met de gronden waarop deze berust, omdat het belang van de individuele gezondheidszorg dit vordert. Het college geeft als toelichting dat verweerder zijn regierol onvoldoende heeft ingevuld, zonder het onjuiste van zijn handelwijze in te zien. Het college acht het van belang dat cliënten hiervan op de hoogte kunnen raken.

Publicatie

5.21. In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere klinische psychologen mogelijk iets 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:

- verklaart klachtonderdelen a), b), c), e), f) en g) gegrond;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- legt verweerder de maatregel op van berisping;
- bepaalt dat deze maatregel, zodra de beslissing onherroepelijk is geworden, op grond van artikel 48 lid 11 Wet BIG zal worden aangetekend in het BIG-register en aldus openbaar zal worden gemaakt;
- 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 Psycholoog.

Deze beslissing is gegeven door A.A.A.M. Schreuder, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, T.A.M. van der Schoot, R. van der Ree, H.J. de Boer en L.P.T. Raijmakers, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door P. van der Stroom, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 25 maart 2025.

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.