



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20584 1001 NN Amsterdam

Sinaï Centrum  
T.a.v. 10.2.e  
Voorzitter Raad van Bestuur  
Postbus 2063  
1180 EB AMSTELVEEN

**Werkgebied Noordwest**

Kabelweg 79 - 81  
Amsterdam  
Postbus 20584  
1001 NN Amsterdam  
T 020 580 01 00  
F 020 580 01 50  
www.igz.nl

**Inlichtingen bij**

10.2.e  
rl.amsterdam@igz.nl  
T (020) 580 01 30

Datum 4 november 2011  
Onderwerp 10.2.e : Voorschrijfpraktijk psychiater de heer B.

**Ons kenmerk**

10.2.e

**Uw kenmerk**

110391 en 110388/  
HH/gV/37.2.3

**Uw brief**

29 augustus en 7 sep

Geachte 10.2.e

Het definitieve rapport d.d. 25 augustus 2011 inzake de voorschrijfpraktijk van ad interim psychiater de heer B. en het bestuurlijk standpunt d.d. 7 september 2011 naar aanleiding van het voornoemd rapport heeft de inspectie op 29 augustus en 8 september jl. in goede orde ontvangen.

Zoals met de inspectie is afgesproken heeft het Sinaï Centrum haar verantwoordelijkheid genomen om op grond van het voornoemd rapport van de externe deskundige 10.2.e een klacht tegen de heer B. bij het Regionaal Tuchtcollege (RTC) in te dienen.

Ter informatie heeft u de inspectie een afschrift van de klacht met bijlage, die u op 13 oktober jl. bij het RTC Amsterdam heeft ingediend, op 27 oktober jl. toegestuurd.

Naar aanleiding van het afschrift van de ingediende klacht heeft de inspectie de volgende procedurele en inhoudelijke opmerkingen die u kunnen helpen bij de verdere opstelling van uw klaagschrift volgens het voorgeschreven format.

In uw klaagschrift volstaat u met een verwijzing naar het bijgevoegd rapport van de externe deskundige. De gebruikelijke procedure is dat u als klager uw klachten zelf benoemt en onderbouwt aan de hand van de bevindingen en conclusies uit het voornoemde rapport. Een klaagschrift eindigt normaliter met de constatering dat gehandeld is in strijd met artikel 47, eerste lid, van de wet BIG.

Verder is van belang dat opgesomd wordt aan welke artikelen van de Beroepscode van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie de psychiater zich niet heeft gehouden. Kort samengevat betreft dit artikelen die betrekking hebben op zijn algemene professioneel handelen als psychiater (diagnostiek en voorschrijfgedrag medicatie) en grensoverschrijdend gedrag vanuit zijn rol als psychiater. Voor zover de heer B. ook geregistreerd staat in het BIG-register als psychotherapeut dient tevens de klacht op deze BIG-registratie betrekking te hebben aangezien de grensoverschrijdingen ook hierop betrekking hebben.

De volgende artikelen uit de Beroepscode zou u kunnen overwegen in de tuchtklacht te noemen.

Ons kenmerk

10.2.e

Datum

4 november 2011

- 1.2, 1.3 en 1.7: deze artikelen hebben betrekking op het tekortschieten van de diagnostiek en behandeling waarbij gangbare veldnormen en richtlijnen als referentiepunt gelden.
- 2.3: dit artikel betreft de behoefte van de patiënt die centraal dient te staan bij de hulpverlening.
- 2.4: dit artikel betreft eveneens de diagnostiek en behandeling, maar hierbij ligt de nadruk op de relatie met de patiënt.
- 3.1: dit artikel heeft betrekking op waarneemsituaties (de heer B. was als waarnemer werkzaam) waarbij een psychiater niet zijn patiënten mag overhevelen naar zijn eigen praktijk zonder toestemming.

Aan de hand van deze en/of andere items kan de tuchtklacht worden onderbouwd.

Op deze wijze volgt u de geëigende procedure, waardoor uw klaagschrift voor het RTC en voor de aangeklaagde navolgbaar is. Dit bevordert –is onze ervaring- het in behandeling nemen van uw klaagschrift en het uiteindelijke besluitvormingsproces over uw ingediende klacht.

Mocht u in dit kader nog eventuele procedurele of juridisch-technische vragen hebben dan kunt u contact opnemen met mijn collega, 10.2.e van ons kantoor te Amsterdam, telefoonnummer 020-10.2.e. Indien u uw klaagschrift geredigeerd heeft ontvangt de inspectie dit graag ter informatie.

Naar aanleiding van het bestuurlijk standpunt over het bovengenoemd rapport van de externe deskundige merkt de inspectie op dat zij op grond van de verstrekte informatie uw mening onderschrijft dat het functioneren van de polikliniek te Amersfoort op het gebied van cultuur, organisatie en leiding ten tijde van de interim periode van de heer B. tekort is geschoten.

De inspectie gaat er van uit dat er in de tussentijd een verbetertraject is gestart dat de genoemde knelpunten aanpakt. In het reguliere jaargesprek zal de inspectie graag met u de bereikte resultaten van dit verbetertraject willen bespreken.

Een andere opmerking van de inspectie betreft het voornemen van uw instelling om patiënten met ADHD-problematiek te verwijzen naar GGZ-Instellingen die hiervoor een specialisme hebben ontwikkeld. De inspectie adviseert u nader te onderzoeken of uw instelling niet zelf een behandelbeleid voor deze problematiek kan ontwikkelen, gelet op uw huidige en toekomstige patiëntenpopulatie. De inspectie wil graag in het regulier jaargesprek van u vernemen welke afwegingen u op dit gebied heeft gemaakt en met welk uiteindelijk resultaat.

Zoals eerder door de inspectie in deze brief is opgemerkt, heeft u de verantwoordelijkheid genomen de melding over de voorschrijfpraktijk van psychiater de heer B. nader te onderzoeken op grond hiervan de benodigde maatregelen te nemen, waaronder het indienen van een tuchtklacht jegens de heer B.

Ons kenmerk

10.2.e

Datum

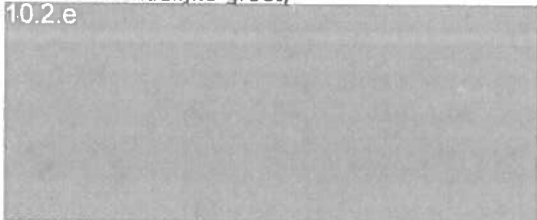
4 november 2011

De inspectie gaat ervan uit dat uw instelling in geval de heer B. was aangesteld via een bemiddelingsbureau voor de volledigheid ook dit bemiddelingsbureau zal informeren of heeft geïnformeerd over de tuchtklacht.

Gelet op bovenstaande en conform artikel 11, tweede lid, van de Leidraad Meldingen IGZ, sluit de inspectie van haar kant de melding met deze brief af.

Met vriendelijke groet,

10.2.e





10.2.e

**Van:** Afdeling Informatie en Klachttopvang - Cliëntenbelang Utrecht  
 10.2.e cliëntenbelangutrecht.nl]  
**Verzonden:** donderdag 12 januari 2012 13:29  
**Aan:** Dienstpostbus IGZ Amsterdam  
**Onderwerp:** 10.2.e ! Suicide is mogelijk geen suicide; Spoed!

Geachte 10.2.e

Hierbij herhaal ik nog even het verhaal wat ik telefonisch aan 10.2.e heb gedaan.

Er is gisteren iemand overleden die behandeld werd door Psychiater SK Boerboom. 10.2.e Hij verbleef 10.2.e bij Pyxis. Daar werkt, behalve de schoonmaakster, inmiddels niemand meer. 10.2.e is verantwoordelijk maar woont zelf elders. Vorige week had deze jongen nog contact met 10.2.e, een van onze melders. Zij hoorde van 10.2.e wat Boerboom allemaal aan medicatie had voorgeschreven en raadde hem af dat allemaal te nemen. Ze vermeldde dat het ging om 10.2.e, 10.1.d in een dosering van 10.2.e, 10.1.d. Zij raadde hem nog af om dat in te nemen. Aangezien ik vermoed dat 10.2.e als doodsoorzaak aannemelijk suicide zal opgegeven hebben, zou ik graag zien dat er met spoed door u onderzoek wordt ingesteld.

Met vriendelijke groet,

10.2.e

Afdeling Informatie &amp; Klachtenopvang



CliëntenBelang Utrecht

Kaap Hoordreef 42

3563 AV Utrecht

T: 030 262 80 24

F: 030 261 70 63

[www.cliëntenbelangutrecht.nl](http://www.cliëntenbelangutrecht.nl)

|   |               |
|---|---------------|
| Inspectie voor de Gezondheidszorg<br>werkgebied Noordwest |               |
| Nr  | 2012 - 10.2.e |
| Ingek.  | 13 JAN 2012   |
| Rel.:   | 10.2.e        |
| Verwijsnr.  | VOGI 11754    |
| Progr.  | g ldk         |





Inspectie voor de Gezondheidszorg  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

5

> Retouradres Postbus 90137 5200 MA 's-Hertogenbosch

ClëntenBelang Utrecht

10.2.e

Afdeling Informatie & Klachtenopvang

Kaap Hoorndreef 42

3563 AV UTRECHT

**Werkgebied Zuidoost**

Magistratenlaan 222

5223 MA 's-Hertogenbosch

Postbus 90137

5200 MA 's-Hertogenbosch

T 073 620 03 00

F 073 620 03 38

www.igz.nl

**Inlichtingen bij**

10.2.e

@igz.nl

T (073) 620 0 300

**Ons kenmerk**

10.2.e

10.2

**Uw brief**

20 december 2011

Datum 27 januari 2012

Onderwerp Uw melding d.d. 12 januari 2012

Geachte 10.2.e

Op 20 december 2011 zond u een mailbericht naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: de Inspectie) over psychiater S.K. Boerboom. Het deel van de melding dat gaat over de psychiater wordt behandeld door 10.2.e inspecteur voor de GGZ. Van de voortgang in dit traject wordt u door 10.2.e op de hoogte gehouden. In uw melding geeft u aan dat de heer Boerboom samenwerkt met de stichting Pyxis.

De inspectie informeert u hierbij dat zij deze casus, die bij de inspectie vermeld staat onder nummer 10.2.e als signaal opneemt. Genoemde organisatie wordt meegenomen in het toezichttraject dat plaatsvindt in het kader van de Taskforce Nieuwe Toetreders. Dit traject en de afronding daarvan kan enige tijd in beslag nemen. Het rapport treft u te zijner tijd aan op [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

De inspectie vertrouwt erop u hiermee voor dit moment voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u echter vragen hebben over de inhoud van deze brief of aanvullende informatie met betrekking tot deze melding, dan kunt u zich onder vermelding van bovengenoemd nummer wenden tot 10.2.e inspecteur.

De inspectie sluit hiermee de melding naar u toe af.

Hoogachtend,

10.2.e

P/b

10.2.e

Senior inspecteur

cc. 10.2.e inspecteur psychiater



16

10.2.e

Van: 10.2.e  
Verzonden: maandag 6 februari 2012 18:29  
Aan: 10.2.e

Onderwerp: Inspectiebezoek Boerboom; tevens agenderen voor LMO

Urgentie: Hoog

Beste Collega's,

Hierbij ter informatie even een mailtje over het inspectiebezoek aan de praktijk in Amsterdam van Boerboom. Hierbij was zijn advocaat aanwezig. 10.2.e maakt op heel korte termijn een conceptverslag van het bezoek. Voor de duidelijkheid zullen we moeten kiezen of dit in de regio blijft of binnen het LMO komt. Gelet op de betrokkenheid van 10.2.e bij Pyxis (bezoek op 13 februari) en het complexe karakter van deze melding stel ik voor om het zwaartepunt van de melding in het LMO te brengen. A.s woensdag s.v.p. bespreken.

Volgens B. is 10.2.e overleden door een val. We hebben nog geen info van de schouwarts. Hopelijk ontvangen we die op korte termijn, 11.1

Boerboom blijkt ambulante patiënten met o.a. een verslavingsachtergrond met diverse off-label medicijnen te behandelen. Daarbij schrijft hij hoge doseringen voor die 11.1, momenteel is hij bezig zijn papieren dossier om te zetten naar digitaal. Zijn doelgroep kan kort benoemd worden als "multiproblem".

Tijdens het bezoek bleken de recepten van o.a. dextro-amfetamine nog aanwezig bij de heer Boerboom (alleen gefaxed naar apotheek). De apotheek en B. hadden frequent contact gehad over de betrokken patiënt en zijn medicatie. 11.1. De receptuur was niet conform de opiumwet uitgeschreven (bv. aantallen tevens in letters). B. gaf wel aan dat hij met deze verplichting bekend is. 11.1

Volgens B. werkt hij voor eigen rekening voor deze Pyxis patiënten die ook soms bij zijn praktijk in Amsterdam komen. Hij is min of meer per toeval in contact gekomen met Pyxis en vertelde ons ook over 10.2.e, 10.2.g. Naast Pyxis heeft hij nog ruim 100 andere ambulante patiënten die hij vanuit zijn praktijk in Amsterdam behandelt.

11.1

11.1

Wel hebben we op onderdelen die nu al verbeterd moeten worden commentaar gegeven (bv. receptuur, somatische screening voorafgaand aan buprenorfine, dossiervoering) waarop hij aangaf deze direct te zullen verbeteren.

Zonder tegenbericht woensdag bespreking in LMO.

Met vriendelijke groet,

10.2.e





Datum  
20 februari 2012

## interne nota

Aan LMO P9 en Taskforce NT  
10.2.e  
Van 10.2.e  
Kopie  
Onderwerp Toetsingsbezoek NT Pyxis dd 20-02-12

De oorspronkelijk afspraak met 10.2.e Pyxis te Zeist, was op maandag 13-02-2012, nadat de voorgestelde datum van 02-02-2012 haar niet uitkwam.

De week voor 13-02-2012 liet 10.2.e telefonisch weten dat niet inspecteur 10.2.e mee zou komen, maar de dames 10.2.e gaf toen aan geen aankondigingsbrief te hebben ontvangen. Zij zou juist op 13-02 een kort geding hebben. De afspraak is toen verplaatst naar 20-02-2012 van 10.00 tot 12.00 uur, ten kantore van de Stichting Pyxis, Jan Ligthartplein 49 te Zeist.

Op vrijdag 17-02-2012 belde 10.2.e met 10.2.e met de mededeling dat de afspraak niet door kon gaan omdat zij ziek is en van de neuroloog te horen heeft gekregen dat zij een week rust moet houden. Tevens gaf zij aan dat de administratie van Pyxis in beslag was genomen (waarschijnlijk door de Siod).

10.2.e gaf toen aan dat het inspectiebezoek door zou gaan, en dat gesproken zou worden met haar of met haar vervanger en dat ook de documenten en dossiers getoetst zouden worden.

Om 10.10 uur belde het inspectieteam (it) aan bij bovengenoemd adres, maar er werd niet opengedaan. De ramen van het pand waren geblindeerd en voor zover dat niet het geval was, leek het pand volkomen verlaten te zijn.

Vervolgens belde het it 2 x het mobiele nummer van 10.2.e. Er was geen gehoor en geen mogelijkheid om een voicemail-bericht achter te laten.

Vervolgens belde het it bij de burens aan, 10.2.e

Op onze vraag bevestigde zij dat wij aan het juiste adres waren. Ze vertelde dat 10.2.e wellicht in een pand van de stichting aan de Antonlaan zou kunnen zijn en dat normaal gesproken op maandag het bij de burens juist extra druk is. Volgens haar wonen er soms ook cliënten en zijn er elke dag cliënten aanwezig.

Vervolgens ging het it naar Antonlaan nr 25, waar voorheen een Essoshop gevestigd was (geweest). We troffen buiten een jongeman in t-shirt aan die rond

het huis liep. Aan de voorkant was een glazen deur met een enorm gat en ervoor lagen allemaal glasscherven. Een man was achter die deur mobiel aan het bellen. De jongeman bleek een van de 4 bewoners te zijn. Hij vertelde dat die ruit net was kapotgegaan en dat de glaszetter gebeld was. Op onze vraag zei hij dat er geen begeleiding aanwezig was en dat er 's middags om 14.00 uur een begeleider zou komen. Ook vertelde hij dat ze altijd de psychiater (de heer Boerboom) konden bellen en dat die komt wanneer dat nodig zou zijn. Hij zei dat bij Pyxis in totaal 12 cliënten gehuisvest zijn, in drie verschillende woningen.

**Datum**  
20 februari 2012

Vervolgens heeft het it 10.2.e mobiel gebeld, die nu wel opnam. 10.2.e

Op de vraag wie haar vervangt bij ziekte en verantwoordelijk is voor de zorgverlening bij Pyxis gaf zij de naam en het telefoonnummer van 10.2.e

Vervolgens is mw 10.2.e gebeld. Zij gaf aan niet in dienst te zijn bij Pyxis, 10.2.e

Vervolgens is 10.2.e gebeld 10.2.e

en dat de igz dus 10.2.e verantwoordelijk stelt.

10.2.e geeft aan dat de psychiater verantwoordelijk is omdat hij 7x24 uur per week bereikbaar en beschikbaar is. Hij zou nu ook gebeld zijn en vanmiddag naar het pand aan de Antonlaan komen, omdat er een cliënt was doorgedraaid. Ook een verpleegkundige zou die middag komen.

Het it wees haar opnieuw op de plicht om zich toetsbaar en transparant op te stellen tegenover de inspectie en op de plicht om de verantwoordelijkheid van de organisatie goed te regelen bij ziekte en afwezigheid. 10.2.e



Van: IGJ  
Verzonden: dinsdag 28 februari 2012 10:17  
Aan: 10.2.e  
Onderwerp: Aanvullende info Pyxis

Om 9.50 uur gebeld met 10.2.e van Clientbelang utrecht.  
Zij gaf mij de volgende aanvullende informatie.

Op Antonlaan 27 te Zeist zitten nog 6 patiënten 10.2.e  
Op deze locatie is gisteravond gefilmd  
door TV Utrecht. Boerboom heeft zich ook laten filmen.

Verder is er voor zover zij weet nog een locatie aan de Willemsparkflat 4 te Zeist en een camping te Zeist.

In het verleden heeft Jeugdzorg een moeder met kind weggehaald bij Pyxis.

10.2.e  
Boerboom heeft contact opgenomen met de pers en met cliëntbelang; 10.2.e

10.2.e

10.2.e geeft aan dat 10.2.e ook het een en ander kan vertellen.  
10.2.e telefoonnummer niet bekend.)

Het zorgkantoor schijnt onderzoek te hebben gedaan naar Pyxis.

Telefoonnummer van 10.2.e Clientbelang Utrecht: 06 10.2.e

Tot zover.

Groet 10.2.e

Met vriendelijke groet,

10.2.e  
Senior Inspecteur

.....  
**Inspectie voor de Gezondheidszorg**  
**Programma 9: GGZ**  
**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**  
St. Jacobsstraat 16 | 3511 BS | Utrecht  
Postbus 2680 | 3500 GR | Utrecht  
T 030-10.2.e  
fax 030-2321912

.....  
@lgz.nl  
<http://www.lgz.nl>  
.....

10.2.e

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** vrijdag 16 maart 2012 16:33  
**Aan:** 10.2.e  
**CC:** 10.2.e  
**Onderwerp:** RE: 44798 nieuwe melding Boerboom burger over voorschrijfgedrag en diagnostiek

Hoi allen

11.1

Het is goed de tuchtklacht goed te onderbouwen, maar we moeten ons wel beperken tot wat haalbaar is om de tuchtklacht op korte termijn te kunnen indienen.

Gr 10.2.e

---

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** vrijdag 16 maart 2012 16:12  
**Aan:** 10.2.e  
**CC:** 10.2.e  
**Onderwerp:** 44798 nieuwe melding Boerboom burger over voorschrijfgedrag en diagnostiek

Collega's

Via deze mail informeer ik jullie over (weer) een nieuwe melding over Boerboom.  
Ws. relevant in de lopende ontwikkelingen, betreft een burgermelding over het voorschrijven en diagnosticeren door de psychiater.

10.2.e

Melder heeft de inspectie gemachtigd om de melding te gebruiken. Men krijgt een neutrale ovb. De melding wordt aan 10.2.e toegewezen

Groet

10.2.e

74

V52230, 2013-486764

## -----Oorspronkelijk bericht-----

Van: 10.2.e  
Verzonden: maandag 1 oktober 2012 15:24  
Aan: 10.2.e

Onderwerp: RE: Rapport aan de Inspectie sept 2012

Geachte 10.2.e

Hartelijk dank voor de snelle en gedegen wijze van onderzoek en beantwoording van onze vragen.

Ook uw boekje (dat u meegaf) geeft uitleg en een aantal adviezen die voor mij bruikbaar zijn in de context van dit onderzoek. Mogelijk heb ik na diepgaander (dan ik nu deed) bestudering van uw rapport nog vragen dan zal ik u graag bellen. Vervolg zal zijn dat we intern uw bevindingen en conclusies bespreken en dan besluiten of we het als stuk zullen inbrengen of dat we het gebruiken in ons pleidooi. Ik hoop dat u binnenkort van ons het formulier krijgt toegestuurd om uw declaratie in te dienen. Ik zal er nog achteraan gaan of het al is goedgekeurd.

Met dank en hartelijke groeten

10.2.e  
Inspectie voor de Gezondheidszorg

## -----Oorspronkelijk bericht-----

Van: 10.2.e @psyq.nl  
Verzonden: maandag 1 oktober 2012 12:24  
Aan: 10.2.e  
CC: 10.2.e  
Onderwerp: : Rapport aan de Inspectie sept 2012

Geachte 10.2.e

Hierbij ontvangt u mijn rapport nav de door de inspectie gestelde vragen. Ik hoop dat het helpt om de literatuur op relevantie te beoordelen.

In totaal heb ik er 8 uur aan besteed, inclusief kopiëren, overleg, bestuderen literatuur en rapportage.

Met vriendelijke groet,

10.2.e

-----

## Disclaimer:

De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst.

Gebruik van deze informatie door derden is verboden omdat dit bericht vertrouwelijke informatie kan bevatten die beschermd is door een beroepsgeheim.

Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen en is het u verboden om deze informatie te gebruiken of te verspreiden aan andere personen.

De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

V52230, 2013-486764

**Rapport aan de Inspectie n.a.v. de vragen over de relevantie van de door verweerder overhandigde literatuur, in de zaak van de psychiater die door de inspectie is aangeklaagd bij het Regionaal Tuchtcollege.**

Door 10.2.e [REDACTED], PsyQ  
Haaglanden. Den Haag, 28 sept 2012

Door ondergetekende is op verzoek van 10.2.e [REDACTED], inspecteur, een aantal artikelen doorgenomen, met het doel zo mogelijk een antwoord te formuleren op de volgende vragen van de Inspectie:

- 1) Zijn de bevindingen en conclusies in de literatuur relevant voor de situatie en beschreven uitgangspunten voor verantwoorde zorg waar de klachtonderdelen betrekking op hebben?
- 2) Zijn de conclusies actueel (niet te gedateerd) en te beschouwen als een mogelijke 'state of the art', ook al zijn ze nog niet opgenomen in de Nederlandse richtlijnen?
- 3) Zijn de conclusies uit de literatuur relevant voor de beoordelingen van de doseringen, combinaties en indicaties zoals in deze casus zijn beschreven?

De klachten van de inspectie zijn:

1. Risicovolle prescriptie van psychofarmaca
2. Onjuist geïndiceerde medicatie
3. Te hoge doseringen
4. Te grote hoeveelheden in risicovolle combinaties
5. Geen controles voorafgaand aan voorschrijven
6. Off-label voorschrijven van buprenorfine zonder informed consent van de patient
7. Onvoldoende psychiatrisch onderzoek, diagnostiek en onvoldoende controle tijdens de behandeling; de indicatie voor de voorgeschreven medicatie is hierdoor onvoldoende onderbouwd.
8. Onvoldoende dossiervoering

### Inleiding

Van belang is eerst te vermelden dat ondergetekende geen inzage heeft gehad in het dossier, maar slechts een anonieme samenvatting heeft gekregen van de bevindingen van het onderzoek van de inspectie, waaronder de door een apotheek afgeleverde medicijnen en hun doseringen, en van de klachten die door de inspectie tegen de psychiater zijn geformuleerd. Ondergetekende is deskundig op het gebied van ADHD bij volwassenen en de (medicamenteuze) behandeling, echter niet specifiek op het gebied van pijnbestrijding, PTSS of verslaving. Ik begrijp uit de mondelinge toelichting van 10.2.e [REDACTED] dat de indicaties / diagnoses waarvoor medicatie is voorgeschreven behalve ADHD, PTSS, psychose, en (neiging tot) verslaving zijn.

### Korte beschrijving van de literatuur en relevantie voor de hierboven beschreven vraagstelling (\* geeft relevantie aan)

- Tzschentke, 2002: Gaat over de kans op misbruik van buprenorfine in dieronderzoek: deze kans is gering. Het artikel eindigt met het advies buprenorfine te gebruiken voor (matig) drugsverslaafden ipv methadon ivm geringere lichamelijke afhankelijkheid. Ademdepressie zou alleen voorkomen bij extreme overdosering.
- Jacob, 1979: kans op op verslaving aan buprenorfine in dieronderzoek is kleiner dan bij de opiaten.
- Myers, 2005: buprenorfine voor chronische pijn bij verslaafden moet verder onderzocht worden, hoewel de FDA het in 2003 voor deze indicaties heeft goedgekeurd ('office based').



V52230, 2013-486764

Even online naar gezocht: [http://www.naabt.org/faq\\_answers.cfm?ID=10](http://www.naabt.org/faq_answers.cfm?ID=10): op deze site staat info over deze FDA Office Based approval van buprenorfine voor pijn en verslaving [http://www.naabt.org/links/TIP\\_40\\_PDF.pdf](http://www.naabt.org/links/TIP_40_PDF.pdf): Richtlijn over buprenorfine bij pijn en verslaving van US dept. of health and human services <http://www.naabt.org/documents/HEROIN.pdf> met oa artikel over buprenorfine bij heroïne verslaafden van het gezaghebbende NIDA (2004).

Ook in Nederland is buprenorfine geregistreerd voor heroïneverslaving en pijn. Volgens prof. Wim van de Brink (AMC), deskundig op het gebied van verslaving wordt buprenorfine in ons land in hoge doseringen toegepast bij heroïne verslaving, en is de combinatie met benzodiazepinen zeer gangbaar.

- Stoddard, 2009: positief effect van morfine bij babies met brandwonden op PTSS symptomen na 3 en 6 mnd.
- \* Holbrook, 2010: secundaire preventie van PTSS door behandeling van acuut ernstig oorlogstrauma met morfine bij militairen.
- O'Connell, 2010: brief nav art. Holbrook.
- \* Seal, 2012: Onderzoek onder veteranen Iraq en Afghanistan met psychische stoornissen, mn PTSD hadden significant verhoogde kans om opioïden voor pijnbestrijding te krijgen, op high-risk opioïd gebruik (combinaties van opioïden en hypnotica) en negatieve klinische uitkomsten (wonden/letsel, ongelukken en overdosering, alcohol overdosis, automutilatie, letsel door geweldadigheid).
- Colasanti, 2011: Review over opiaten in dieronderzoek en bij humane angststoornissen w.o. PTSD.
- Saxe, 2006: 61 kinderen met acuut letsel werden onderzocht bij opname in het ziekenhuis en na 3 mnd. Uitkomstmaten waren pijn, PTSD en angst klachten na pijnbestrijding met morfine (totale dosis tijdens opname). De dosis morfine bleek geassocieerd met afname van de (separatie)angst en daarmee van PTSD na 3 mnd.
- Saxe, 2001: Ander onderzoek bij kinderen met brandwonden toonde een dosisgerelateerde afname van PTSD na 6 mnd aan na behandeling met morfine tijdens acute opname.
- \* Lintzeris, 2009: artikel over interacties tussen buprenorphine en benzodiazepines en hoe deze te hanteren. Benzo's worden veel gebruikt door heroïne verslaafden niet in behandeling, en door patiënten die methadon en buprenorphine gebruiken. De lifetime prevalentie van benzo gebruik wordt in deze populatie geschat op 66-100%. Problematisch benzo misbruik of afhankelijkheid varieert van 18-50% in deze groep. De benzo's worden gebruikt ivm hoge stress niveaus, depressie, angststoornissen en slaapproblemen. Ook zouden benzo's de effecten van drugs potentieren. De hierop volgende verslaving houdt het gebruik in stand, evenals ontrekkingsverschijnselen bij afbouwen of staken. Doden onder de gebruikers van opiaten worden vaker in verband gebracht met de interactie met benzodiazepinen (range 10-80% echter).

Onderstaande artikelen door mij opgezocht op Pubmed gaan alle over hoge, soms lage doseringen buprenorphine in combinatie met benzodiazepinen bij sterfgevallen.

- 1: Pelissier-Alicot AL, Sastre C, Baillif-Couniou V, Gaulier JM, Kintz P, Kuhlmann E, Perich P, Bartoli C, Piercecchi-Marti MD, Leonetti G. Buprenorphine-related deaths: unusual forensic situations. Int J Legal Med. 2010 Nov;124(6):647-51. Epub 2010 Apr 6. PubMed PMID: 20369247.
- 2: Kintz P, Villain M, Tracqui A, Cirimele V, Ludes B. Buprenorphine in drug-facilitated sexual abuse: a fatal case involving a 14-year-old boy. J Anal Toxicol. 2003 Oct;27(7):527-9. PubMed PMID: 14607012.
- 3: Kintz P. A new series of 13 buprenorphine-related deaths. Clin Biochem. 2002



V52230, 2013-486764

Oct;35(7):513-6. PubMed PMID: 12493578.

- 4: Tracqui A, Tournoud C, Flesch F, Kopferschmitt J, Kintz P, Deveau M, Ghysel MH, Marquet P, Pépin G, Petit G, Jaeger A, Ludes B. [Acute poisoning during substitution therapy based on high-dosage buprenorphine. 29 clinical cases--20 fatal cases]. *Presse Med.* 1998 Mar 28;27(12):557-61. French. PubMed PMID: 9767947.
- 5: Seldén T, Ahlner J, Druid H, Kronstrand R. Toxicological and pathological findings in a series of buprenorphine related deaths. Possible risk factors for fatal outcome. *Forensic Sci Int.* 2012 Jul 10;220(1-3):284-90. Epub 2012 May 6.

Dit artikel vond ik ook op PubMed, het gaat over de combinatie buprenorphine en dexamfetamine bij cocaïne verslaafden: behoefte aan cocaïne nam af, niet behoefte aan 'speedball'.

- 6: Greenwald MK, Lundahl LH, Steinmiller CL. Sustained release d-amphetamine reduces cocaine but not 'speedball'-seeking in buprenorphine-maintained volunteers: a test of dual-agonist pharmacotherapy for cocaine/heroin polydrug abusers. *Neuropsychopharmacology.* 2010 Dec;35(13):2624-37

- \* McCance-Katz, 2009: review van de risico's en interacties van opiaten met andere medicatie, w.o. benzo's.
- \* Kooij, 2010: paragraaf uit boek over dosering dexamfetamine bij ADHD.
- Hart, 2008: cardiovasculaire effecten van intranasaal gebruik van methamfetamine.
- Kirkpatrick, 2011: vergelijking effecten intranasaal methamfetamine en oraal d-amfetamine.
- Blom, 2012: casusbeschrijving over de combinatie van methylfenidaat en antipsychotica.
- De Jong, 2010: antipsychotica en stimulantia, casus en literatuur beschouwing.
- Carpenter, 1992: 8 patienten met schizofrenie en ADHD kregen antipsychotica en dubbelblind methylfenidaat of placebo. Geen duidelijke of grote verbetering.
- De Jong 2009: idem, casus en literatuur.
- \* Habel, 2012: cardiovasculaire risico's van ADHD medicatie bij volwassenen in een grote bevolkingsstudie: geen verhoogd risico.
- Silva, 2010: idem bij kinderen: geen verhoogd risico bij gezonde kinderen. Altijd voorafgaand aan stimulantia gebruik cardiale status navragen en onderzoeken (pols, RR, auscultatie). Alleen op indicatie (mn aangeboren hartafwijkingen, belastte familie anamnese, ritmestoornissen) ECG en verder onderzoek.
- Chase, 2006: effect van mph toediening op genexpressie in ratten.
- Tsai, 2003: Hypothese over BDNF en rol bij ADHD.
- Pelham, 1990: Vergelijking effectiviteit van methylfenidaat (mph), kort en langwerkend, met langwerkend dextroamfetamine en pemoline bij 22 kinderen met ADHD. Effectiviteit van de middelen was gelijk, meer kinderen deden het goed op dexamfetamine en pemoline dan op mph.
- Kooij, 2010: over diagnostiek van ADHD bij volwassenen.
- Kooij, 2010: DIVA 2.0
- APA, 2010: voorgestelde wijzigingen in de criteria van ADHD (bij volwassenen) in DSM5
- Barkley 2002: kritiek op de huidige DSM-IV criteria voor ADHD en de gevolgen voor gemiste diagnosen.
- Ratey, 1992: Niet herkende ADHD bij psychotherapie patiënten.
- McGough, 2004: Vergelijking van diagnostische instrumenten voor ADHD bij volwassenen: ADHD is en blijft een klinische diagnose.
- Kessler, 2010: over de structuur van de ADHD symptomen bij volwassenen in de loop van de tijd.

V52230, 2013-486764

- Goodman, 2010: diagnostiek en behandeling van ADHD.
- Barkley, 2003: 13 jr prospectief onderzoek naar behandeling met stimulantia van kinderen met ADHD draagt niet bij aan middelenmisbruik.
- \* Loonen, 2012: pleidooi voor een beter begrip van en omgaan met evidence based medicine; richtlijnen moeten niet dienen als keurslijf waarvan niet meer mag worden afgeweken, maar als stimulans om de bewezen beste behandeling toe te passen. Ervaringskennis kan ook valide zijn. Hij pleit voor 'functionele farmacotherapie' om de klachten van patiënten serieus te kunnen blijven nemen.
- Adler, 2012: ADHD en PTSD komen vaker dan gemiddeld samen voor.

#### **Conclusies n.a.v. de literatuur en antwoord op de vragen van de Inspectie:**

- 1) Zijn de bevindingen en conclusies in de literatuur relevant voor de situatie en beschreven uitgangspunten voor verantwoorde zorg waar de klachtonderdelen betrekking op hebben?  
Klachten van de inspectie zijn:
  - a. Risicovolle prescriptie van psychofarmaca
  - b. Onjuiste geïndiceerde medicatie
  - c. Te hoge doseringen
  - d. Te grote hoeveelheden in risicovolle combinaties
  - e. Geen controles voorafgaand aan voorschrijven
  - f. Off-label voorschrijven van buprenorfine zonder informed consent van de patient
  - g. Onvoldoende psychiatrisch onderzoek, diagnostiek en onvoldoende controle tijdens de behandeling; de indicatie voor de voorgeschreven medicatie is hierdoor onvoldoende onderbouwd.
  - h. Onvoldoende dossiervoering
- 2) Zijn de conclusies actueel (niet te gedateerd) en te beschouwen als een mogelijke 'state of the art', ook al zijn ze nog niet opgenomen in de Nederlandse richtlijnen?
- 3) Zijn de conclusies uit de literatuur relevant voor de beoordelingen van de doseringen, combinaties en indicaties zoals in deze casus zijn beschreven?

#### **Antwoord:**

De literatuur is gedeeltelijk relevant en actueel waar de behandeling van stoornissen wordt beschreven waaraan de patient leek te lijden (ADHD, PTSD, psychose, (neiging tot) verslaving). De combinatie van stoornissen en gebruikte medicijnen bij deze patient wordt als zodanig niet in de literatuur beschreven.

#### **Over dexamfetamine**

Op basis van mijn expertise kan ik het volgende meedelen over het gebruik van dexamfetamine voor ADHD en de gestelde vragen over (combinaties met) deze medicatie:

**1) Indicatie:** wat betreft de keuze van dexamfetamine als medicatie voor ADHD, is dit een goede 2<sup>e</sup> keus, die even effectief is als methylfenidaat. Er is steeds meer onderzoek met dexamfetamine preparaten, die in de VS geregistreerd zijn voor ADHD (oa Adderall, Vyvanse). Omdat er van dexamfetamine tot voor kort in Nederland alleen een kortwerkende vorm beschikbaar was, werd in geval van (kans op/voorgeschiedenis van) verslaving geadviseerd liever een langwerkend stimulans (dus methylfenidaat) te gebruiken, waarbij de kans op misbruik geringer is dan bij een kortwerkend middel (dat je kunt fijnmaken en snuiven of spuiten). Patiënten met verslaving behoren tot de meest ernstige psychiatrische patiënten, die behalve verslaving vaak meerdere psychiatrische en lichamelijke ziekten hebben. Juist zij zouden voor elke stoornis de eerste keus medicatie moeten kunnen gebruiken, en niet de 3<sup>e</sup> keus (in dit geval atomoxetine). Dat dit in mijn boek wordt geadviseerd is dus niet ingegeven door overwegingen van kwaliteit, maar door de afweging

## V52230, 2013-486764

van potentiële risico's met kortwerkende stimulantia bij (ex)verslaafden. Helaas krijgen zij daarmee dus niet de beste behandeling voor ADHD. Met andere woorden, een langwerkende vorm van dexamfetamine (zoals beschikbaar is in de VS, en sinds kort in NL als dexamfetamine retard) zou even goed aan ex-verslaafden kunnen worden voorgeschreven als langwerkend methylfenidaat. Sterker nog, promotie onderzoek van PJ Carpentier dat hij afgelopen week verdedigde, met een wellicht te lage dosis methylfenidaat bij patiënten met ADHD in methadon onderhoudsbehandeling liet weinig effect zien. Het advies is hogere doseringen methylfenidaat danwel dexamfetamine bij (ex)verslaafden te onderzoeken als volgende stap.

**2) Dosering:** de dosering van dexamfetamine is volgens de beschrijving max. 36 tabl van 5 mg/dag geweest, dat is 180 mg/dag. Dit is een zeer hoge en ongebruikelijke dosering. Maar de *voorgeschreven* dosering zoals beschreven in Bijlage 1, bedraagt 4 x 5 tabl dexamfetamine a 5 mg, dat is dus 100 mg/dag, deze dosering is maar iets hoger dan in mijn boek wordt geadviseerd (max. 80 mg/dag), en zou voor sommige patiënten de juiste dosering kunnen zijn. Ik begrijp uit de verstrekte hoeveelheden dat patient veel meer dan 100 mg/dag tot zijn beschikking heeft gehad, en mogelijk heeft gebruikt.

DE maximum dosering van stimulantia is niet goed bekend, wel is bekend dat er grote individuele variatie bestaat in de juiste dosering, die waarschijnlijk meer met de farmacogenetische gevoeligheid van de patient samenhangt voor het betreffende middel, dan met een op het lichaamsgewicht gebaseerde gefixeerde maximum dosis. In mijn boek heb ik een maximum dosis genoemd waarmee o.b.v. klinische ervaring de meeste patiënten uitkomen. Het doel was om ongebreidelde verhoging van de dosering tegen te gaan. Dit betekent echter niet dat de genoemde 80 mg dexamfetamine/dag tot wet moet worden verheven. Deze maximum dosering is betrekkelijk arbitrair en niet op basis van onderzoek tot stand gekomen. Het is bekend dat in de VS veel hogere doseringen worden gebruikt. Omdat de herkenning van en kennis over ADHD bij volwassenen relatief jong is, is er nog geen duidelijkheid over maximum doseringen cq toxische doseringen van stimulantia.

**Handelwijze bij psychose:** als patient psychotisch was had in elk geval de dexamfetamine gestaakt moeten worden en antipsychotische medicatie moeten worden gestart.

**Gebruik off-label medicatie:** het is goed om te weten dat voor ADHD bij volwassenen in ons land tot nu toe geen enkele medicatie is geregistreerd, zelfs niet Ritalin. Alle voorschriften bij volwassenen zijn dus noodzakelijkerwijs off-label. Dit is anders in de VS waar verschillende soorten stimulantia en atomoxetine voor volwassenen zijn geregistreerd. Voor ons land is dit een zeer ongewenste situatie, die helaas voortduurt doordat de registratie autoriteiten de diagnose ADHD bij volwassenen niet lijken te erkennen. Voor Nederland betekent het dat de arts een extra verantwoordelijkheid heeft om de patient voor te lichten en te monitoren w.b. effect en bijwerkingen. Het boekje "Over medicatie voor volwassenen met ADHD" van mijn hand is voor dit doel geschreven.

**Richtlijnen:** richtlijnen verouderen helaas direct na publicatie, en worden niet altijd snel geupdated, zodat het m.i. niet volstaat om alleen op deze informatie af te gaan. Daarvoor dient de internationale literatuur te worden bijgehouden, die helaas niet zoals wordt gesteld door de inspectie 'vanzelf tot beroepsnorm wordt', maar vaak actief onderzocht, bestudeerd en onderwezen dient te worden opdat de resultaten van onderzoek tijdig aan de klinische praktijk ten goede komen. Richtlijnen beschrijven bovendien niet de complexe therapie-resistente patient, waarmee de psychiater te maken krijgt. Dan geldt dat literatuur onderzoek en intercollegiaal overleg de 'best practice' moeten opleveren om de complexe patient niet in de kou te laten staan.

**De literatuur richt zich op een aantal onderdelen die met de casus samenhangen:**

V52230, 2013-486764

- Buprenorfine is bewezen effectief en geregistreerd voor pijn en voor substitutie bij heroïneverslaving. Tevens lijken opiaten effectief voor de preventie van PTSD bij oorlogstrauma's. Het is mij niet duidelijk of er in dit geval sprake was van off-label voorschrijven van buprenorfine aan patient.
- Buprenorfine in hoge doseringen in combinatie met benzodiazepinen is risicovol, er zijn veel sterfgevallen gerapporteerd, maar het wordt desondanks veel gebruikt door (ex)-verslaafden en patiënten met pijn en PTSD.
- De voorgeschreven hoeveelheid dexamfetamine voor ADHD van 100mg/dag is hoog, maar niet extreem hoog. De hoeveelheden medicatie die patient tot zijn beschikking had wel. Het is onduidelijk hoeveel hij daarvan heeft gebruikt per dag.
- Bij een psychose dienen stimulantia gestaakt te worden en wordt de psychose behandeld met een antipsychoticum. In de literatuur worden enkele casus beschreven waarbij een antipsychoticum werd gecombineerd met methylfenidaat ivm schizofrenie en ADHD. Dit beleid had wisselend effect, mede afhankelijk van gelijktijdig drugsgebruik. Patientten waren in elk geval niet actueel psychotisch t.t.v. de aanvang met methylfenidaat.
- De cardiovasculaire risico's van stimulantia bij volwassenen zijn vooralsnog gering.
- Bij complexe psychiatrische en ernstige zieke verslaafde patiënten bevindt de behandelaar zich zowiezo op terra incognita op verschillende onderdelen van de behandeling, en schieten richtlijnen over het algemeen te kort. Richtlijnen dienen zo goed mogelijk gevolgd te worden, maar in het belang van de patient moet daarvan ook beredeneerd afgeweken kunnen worden. De internationale literatuur en overleg met collega's helpen dan een 'best practice' te formuleren. Het ziet er naar uit dat buprenorphine met benzodiazepinen een gebruikelijke combinatie vormt, hoewel in de literatuur wordt opgemerkt dat dit alleen kan bij stabiele patiënten die geen drugs meer gebruiken. Over de combinatie van buprenorphine met dexamfetamine is onderzocht bij cocaine verslaafden en verder in dieronderzoek.
- Uiteraard dient een dergelijke behandeling gepaard te gaan met zorgvuldig onderzoek van de patient, voorlichting, verslaglegging, tijdige evaluatie en dossiervoering.

Ik hoop u met dit overzicht van dienst te zijn geweest bij de beantwoording van de vraagstelling. Mocht u vragen hebben, dan weet u mij te vinden,

Met vriendelijke groet,

10.2.e



76

**Van:** 10.2.e  
**Verzonden:** donderdag 18 oktober 2012 11:02  
**Aan:** 10.2.e  
**Onderwerp:** RE: vervolg op advies

Beste 10.2.e

Hartelijk dank voor deze snelle en doorwrochte reactie. Ik zal dit argument dan laten vallen.  
Ik zal u na de zaak en uitspraak informeren over mijn ervaringen en over wat het vervolg inhoudt.

Met hartelijke groeten,

10.2.e

---

**Van:** 10.2.e @psyq.nl]  
**Verzonden:** donderdag 18 oktober 2012 10:42  
**Aan:** 10.2.e  
**Onderwerp:** RE: vervolg op advies

Geachte 10.2.e

11.1

Wb uw vraag of ik atomoxetine bij voorkeur voorschrijf aan patienten met eerder psychotische episodes: ik heb er eerlijk gezegd geen ervaring mee, omdat ik in het geval van een acute psychose het stimulans stop en een antipsychoticum voorschrijf. Als dat goed werkt kan, afhankelijk van de ernst en aard vd psychose en de respons op het stimulans voor ADHD, eventueel herstart worden met een stimulans onder bescherming vh antipsychoticum. Dat doe ik eerder bij een borderline beeld met paranoidie of maniforme psychose in het kader van een bipolaire stoornis, dan bij een echte schizofrenie bijvoorbeeld. Met andere woorden, dit beleid levert voldoende (wrs meer) op dan behandeling met atomoxetine, waar ik niet zulke goede ervaringen mee heb bij ADHD.

Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben, en wens u veel succes met het vervolg van deze zaak,

met vriendelijke groet,  
10.2.e

PS het declaratieformulier heb ik nog niet ontvangen.

---

**Van:** 10.2.e @igz.nl]  
**Verzonden:** donderdag 18 oktober 2012 10:18  
**Aan:** 10.2.e  
**Onderwerp:** vervolg op advies

Geachte 10.2.e

We hebben besloten uw advies in onze pleitnota te verwerken bij die punten waar wij denken dat nuancering, stellingname of correcties nodig zijn ten opzichte van eerdere standpunten. Ook zal ik bij



behandeling van de artikelen (er zijn sinds vorige week weer vele artikelen bijgekomen) ingaan op de meest in het oogspringende zaken en gebruikmaken van uw samenvattingen en conclusies. Anders wordt het te lang en teveel. 11.1

. We zullen uw bijdrage zelf niet aan het RTC overhandigen, 11.1

. Wij richten ons vooral op de klachtonderdelen die juist het ontbreken van professioneel handelen op de diverse aspecten van 'verantwoorde zorg bieden' betreffen.

Ik zou nog ten aanzien van een onderbelicht aspect uw reactie willen vragen.

Klopt het dat atomoxetine weliswaar 3<sup>e</sup> keus is, maar mogelijk bij eerdere psychotische episodes van patient de voorkeur verdient boven kortdurende methylfenidaat of dexamfetamine? (In de productomschrijving en ook in uw advies zie ik dit punt niet terug) Ik ga daarbij uit van een ander werkingsmechanisme: niet direct op de dopamine receptoren, en geen psychostimulans, want op het (nor) adrenerge systeem werkend. Heeft u mogelijk die ervaring of is dit louter speculatief van mij. Overigens volgens onze administrateur zou een declaratie toestemmingsformulier inmiddels in uw bezit moeten zijn.

Nogmaals en bij voorbaat met dank en

Met vriendelijke groeten,

10.2.e psychiater -  
Coördinerend/specialistisch senior adviseur, Programma GGZ

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Werkgebied Zuidoost  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Magistratenlaan 222 | 5223 MA 's-Hertogenbosch |  
Postbus 90137 | 5200 MA 's-Hertogenbosch

T (073) 10.2.e  
GSM 06 10.2.e

10.2.e @gcz.nl

Werkdagen: ma., di. of wo., do.

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten. This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Disclaimer:

De informatie in dit bericht is alleen bestemd voor de geadresseerde(n) benoemd in de verzendlijst. Gebruik van deze informatie door derden is verboden omdat dit bericht vertrouwelijke informatie kan bevatten die beschermd is door een beroepsgeheim.



Indien deze E-mail per ongeluk naar u verzonden is en/of het duidelijk is uit de inhoud van deze

E-mail dat dit bericht niet voor u bestemd is, dient u de E-mail direct te vernietigen en is het u verboden om deze informatie te gebruiken of te verspreiden aan andere personen.

De afzender neemt geen verantwoordelijkheid voor schade, die ontstaat door het gebruik van de gegevens en/of documenten die middels deze E-mail worden verspreid.

