

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2008 O 218c

Datum uitspraak: 1 februari 2011

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A,
wonende te B,
klaagster,

tegen:

C,
sociaal psychiatrisch verpleegkundige,
wonende te D,
de persoon over wie geklaagd wordt,
hierna te noemen de verpleegkundige.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift, met bijlagen, is ontvangen op 5 december 2008. Een aanvulling op de klacht is ontvangen op 7 januari 2009. Op 18 mei 2009 ontving het College een brief van de verpleegkundige en op 26 mei 2009 ontving het College nog een brief, met bijlagen, van klaagster. De verpleegkundige heeft op de klacht gereageerd, waarna repliek en dupliek hebben plaatsgevonden. Op 22 november 2010 ontving het College via de verpleegkundige het cliëntendossier van klaagster.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord. De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare zitting van 7 december 2010. Partijen zijn verschenen en hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De verpleegkundige werd bijgestaan door mr. Goudzwaard, advocate te 's-Gravenhage.

2. De feiten

Op 18 augustus 2008 werd E, de bij klaagster wonende moeder van klaagster - hierna ook te noemen: patiënte -, door de GGD-arts aangemeld bij F, in verband met haar geestelijke toestand waarbij er een vermoeden bestond van ernstige contractuur vorming. Op 8 september 2008 bezocht de verpleegkundige, als sociaal psychiatrisch verpleegkundige werkzaam bij F, klaagster thuis in verband met een eerste intake contact, ten einde de situatie van patiënte te beoordelen. Er heeft een gesprek tussen klaagster en

de verpleegkundige plaatsgevonden. De verpleegkundige heeft patiënte zelf tijdens dit thuisbezoek niet kunnen zien.

Op 27 oktober 2008 vond een tweede huisbezoek bij klaagster plaats. Tijdens dit bezoek heeft de verpleegkundige patiënte wel kunnen beoordelen.

Op 13 januari 2009 is de moeder van klaagster overleden.

Er is verder geen contact meer geweest tussen klaagster en de verpleegkundige.

3. De klacht

Klaagster geeft aan dat er een administratief probleem bestond bij de Sociale Dienst waardoor de uitkering van klaagster was gestopt. Vervolgens is onterecht via de GGD F

op klaagster afgestuurd. Het probleem in verband met de uitkering was echter inmiddels al opgelost.

Het eerste huisbezoek door de verpleegkundige op 8 september 2008 was voor klaagster onaangekondigd. De verpleegkundige kwam de woning van klaagster “binnen vallen”, heeft zich niet gelegitimeerd, heeft niet gemeld met welk doel hij kwam en heeft tevens niet gemeld dat hij kwam op verzoek van de GGD. De verpleegkundige beschikte onterecht over medische en irrelevante informatie en maakte ook gebruik van die informatie. De informatie kwam deels uit een dossier van de echtgenoot van de moeder van klaagster die al twaalf jaar geleden overleden was. De verpleegkundige heeft zonder toestemming van klaagster medische dossiers opgevraagd.

De verpleegkundige heeft tijdens de twee huisbezoeken meerdere beweringen gedaan die niet kloppen en waarvoor ook geen bewijzen bestaan. Klaagster vraagt zich af hoe het mogelijk is dat binnen F gesproken werd over “huiselijk geweld” jegens haar moeder. Ook tijdens het tweede huisbezoek op 27 oktober 2008 was de verpleegkundige op de hoogte van allerlei (privé-)zaken, waarvan hij volgens klaagster niet op de hoogte kon zijn zonder dossiers te hebben geraadpleegd, waarvoor klaagster geen toestemming had gegeven.

De verpleegkundige gebruikte in oplopende mate kwalificaties over klaagster en haar moeder, terwijl hij hen maar kort gezien had. Zo heeft de verpleegkundige bij klaagster de diagnose “paranoïde” gesteld en heeft hij de moeder van klaagster “dement” genoemd, dit terwijl hij dat nimmer heeft kunnen vaststellen. Klaagster ziet dit als psychiatrische stigmatisatie.

4. Het standpunt van de verpleegkundige

Zodra de aanmelding bij F binnen was, heeft de secretaresse van de afdeling, zoals gebruikelijk, een afspraak gepland voor een eerste intake contact in de thuissituatie. De verpleegkundige merkt op dat helaas niet meer te achterhalen is of hierover ook inderdaad telefonisch contact is geweest met klaagster. Als dit niet gebeurd is, dan betreurt de verpleegkundige dat.

De verpleegkundige moest een beoordeling doen in een situatie waarin er sprake leek te zijn van een hoogbejaarde en mogelijk hulpbehoevende vrouw die afhankelijk was van haar paranoïde en zorgmijdende dochter. De verpleegkundige moest een inschatting maken van de toestand en het mogelijke gevaar voor moeder.

Nu bij de aanmelding uit de interne gegevens bleek dat E eerder bij F in behandeling was geweest, werd het oude dossier opgevraagd uit het medisch archief. Dat dossier bleek voornamelijk te handelen over haar echtgenoot, G.

Het is gebruikelijk dat F de huisarts van de aanmelding op de hoogte stelt en dat daarbij gevraagd wordt om relevante informatie te sturen.

Op 8 september 2008 vond het eerste intake bezoek plaats. De verpleegkundige legde uit wie hij was en heeft aanvankelijk kort uitgelegd wat hij kwam doen. Klaagster heeft de verpleegkundige in haar woning binnengelaten. De verpleegkundige meent dat hij er toen vanuit mocht gaan dat hij toestemming had de flat van klaagster te betreden. De verpleegkundige heeft zich inderdaad niet kunnen legitimeren, daar de medewerkers van F jammer genoeg niet over een legitimatie beschikken.

De verpleegkundige heeft de wens van klaagster, om haar slapende moeder niet te storen, gerespecteerd. Op dat moment heeft de verpleegkundige dus geen onderzoek kunnen doen naar de toestand van patiënte zelf. De verpleegkundige heeft helaas onterecht in eerste instantie gemeld dat hij op verzoek van de huisarts kwam. Dit heeft hij gecorrigeerd door later te melden dat de aanmelding door de GGD-arts was gedaan. De verpleegkundige heeft tijdens het gesprek met klaagster getracht een inschatting te maken van de draaglast- / draagkrachtverhouding van klaagster. Er is ook gevraagd of F voor haar ondersteuning moest regelen. De verpleegkundige heeft vermeld dat hij via het dossier van de G bekend was met enig biografische gegevens van patiënte. Tijdens het gesprek maakte klaagster een achterdochtige en geagiteerde indruk op de verpleegkundige. Zo gaf ze aan te denken dat haar telefoon werd afgeluisterd en dat haar post werd gelezen.

Na het eerste contact heeft de verpleegkundige op 9 september 2008 de situatie besproken tijdens de intervisie op de afdeling. Besproken werd onder meer of het onthouden van zorg bij de ernstige contracturen waarover de GGD-arts sprak moest worden opgevat als een vorm van huiselijk geweld. Er werd afgesproken dat de verpleegkundige eerst zou proberen meer informatie te krijgen over de situatie van de moeder van klaagster en over mogelijke behandelopties.

Via een brief is een tweede huisbezoek aangekondigd, dat op 27 oktober 2008 plaatsvond. Patiënte maakte een tevreden indruk en leek geen ernstige last te hebben van pijn. Communicatie met haar was slechts beperkt mogelijk, onder meer vanwege taalproblemen. Klaagster gaf aan dat zij (en haar moeder) geen hulp nodig had(den).

Op 17 november 2008 werd de intake van klaagster in het multidisciplinair overleg besproken. Gelet op de reacties die klaagster had geuit tijdens de intake gesprekken, bedoeld voor de moeder van klaagster, was de voorlopige conclusie dat er bij klaagster sprake was van een waanstoornis. Aangezien niet de indruk bestond dat de gezondheid van moeder van klaagster direct gevaar liep, werd besloten dat de verpleegkundige zou proberen contact met klaagster te houden en haar te motiveren voor behandeling. In de weken en maanden daarna heeft de verpleegkundige diverse keren geprobeerd contact te leggen met klaagster.

Op 9 maart 2009 vernam de verpleegkundige dat de moeder van klaagster op 13 januari 2009 na een kort ziekbed was overleden. Klaagster heeft per brief aangegeven geen behoefte te hebben aan verdere bezoeken van de verpleegkundige. Omdat er geen gevaarscriteria bestonden, werd besloten dat F het dossier zou sluiten.

De verpleegkundige merkt op geprobeerd te hebben een vertrouwensrelatie op te bouwen, waarbij het noodzakelijk was om zo veel mogelijk informatie te verzamelen over het mogelijk gevaar dat er zou zijn. Uit het bovenstaande blijkt volgens de verpleegkundige dat zijn handelen steeds professioneel gerechtvaardigd was.

5. De beoordeling

De klacht omvat een aantal onderdelen. Ter zitting heeft klaagster aangegeven dat het kernpunt van haar klacht de onnodige (psychiatrische) stigmatisering betreft door de verpleegkundige. Daarnaast betreft de klacht het verwijt dat de verpleegkundige onterecht gebruik heeft gemaakt van medische gegevens van klaagster en haar ouders. Tot slot beklagt klaagster zich over de gang van zaken waarop de twee huisbezoeken van de verpleegkundige hebben plaatsgevonden.

5.1 Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel, de psychiatrische stigmatisering, constateert het College dat de verpleegkundige in het cliëntendossier heeft vermeld ten aanzien van zijn onderzoek d.d. 3 november 2008: "beschrijvende diagnose: een 57-jarige vrouw met paranoïde wanen, die samenwoont met haar demente moeder en haar volledig verzorgt". Met dergelijke vermelding begeeft de verpleegkundige zich op een medisch psychiatrisch vlak waarbij het lijkt alsof er medische diagnoses door hem worden gesteld. De verpleegkundige had, gelet op zijn functie, terughoudender moeten optreden. Hij had moeten volstaan met het beschrijven van hetgeen hij had aangetroffen en had het trekken van conclusies, suggestief voor medische diagnoses, moeten overlaten aan een arts. Het College oordeelt dat het beter ware geweest als de verpleegkundige het trekken van deze conclusies achterwege had gelaten maar dat, gelet op hetgeen ter zitting is verhandeld, het hierboven beschreven handelen van de verpleegkundige echter niet zodanig verwijtbaar is dat een tuchtrechtelijke sanctie daarop moet volgen.

5.2 Ten aanzien van het tweede onderdeel, het verwijt dat de verpleegkundige zonder toestemming gebruik heeft gemaakt van medische dossiers/gegevens, heeft de verpleegkundige in zijn verweer aangevoerd dat het gebruikelijk is binnen F dat mogelijk relevante oude dossiers worden opgevraagd en bestudeerd. Nu de vader van klaagster binnen F bekend bleek te zijn, werd zijn dossier dan ook volgens dit gebruik opgevraagd. Dit valt de verpleegkundige reeds hierom niet te verwijten. In het opgevraagde dossier van de vader waren alleen de initialen van de moeder van klaagster vermeld in het kader van hun relatie. Het College beschikt op grond van de overgelegde stukken niet over aanwijzingen dat de verpleegkundige meer of andere dossiers heeft ingezien. Toestemming van klaagster was in deze zaak niet vereist. Het College verwijst hierbij nog naar 7:457, lid 2 BW.

Gelet op het bovenstaande concludeert het College dat ook dit tweede klachtonderdeel dient te worden verworpen.

5.3 Ten aanzien van het derde klachtonderdeel, betreffende het verloop rondom de twee huisbezoeken die de verpleegkundige bij klaagster heeft afgelegd, overweegt het College als volgt.

De verpleegkundige wordt verweten zich niet te hebben gelegitimeerd bij zijn huisbezoeken. Dit valt naar het oordeel van het College de verpleegkundige niet te verwijten, nu de organisatie binnen F niet in een dergelijke legitimatie voor de medewerkers voorziet.

Ten aanzien van het eerste huisbezoek op 8 september 2008 wordt de verpleegkundige tevens verweten dat dit bezoek onaangekondigd was. Het College acht het aannemelijk dat de aankondiging van een huisbezoek geregeld wordt door het secretariaat van F. Dat in dit geval de aankondiging niet is verlopen zoals dat normaliter gebruikelijk is, valt wederom de verpleegkundige niet (tuchtrechtelijk) te verwijten.

Het gegeven dat de verpleegkundige in eerste instantie de huisarts als verwijzer had genoemd, valt de verpleegkundige niet tuchtrechtelijk te verwijten daar hij dat misverstand direct zelf nog tijdens het eerste huisbezoek heeft gecorrigeerd.

Wat betreft het verwijt dat de verpleegkundige niet gemeld heeft met welk doel hij op huisbezoek kwam, constateert het College dat de meningen van partijen hieromtrent nogal verschillen. Het College ziet geen reden meer geloof te hechten aan de verklaring van klaagster dan aan die van de verpleegkundige.

Gelet op hetgeen hierboven is overwogen, komt het College tot de conclusie dat ook dit laatste klachtonderdeel dient te worden verworpen.

Het College komt tot de slotsom dat de klacht in haar geheel dient te worden afgewezen.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

Wijst de klacht af.

Deze beslissing is gegeven door: mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter; M.J. van Bergeijk en R.P. Veltman, leden-verpleegkundigen, bijgestaan door mr. S.R.M.I. Roos-Bollen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 1 februari 2011.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te

's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.