

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2011-178b

**Datum uitspraak: 27 november 2012**

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,  
werkzaam te B,  
de persoon over wie wordt geklaagd,  
hierna te noemen de verpleegkundige of C.

### **1. Het verloop van het geding**

Het klaagschrift is ontvangen op 2 september 2011. De gemachtigde van de verpleegkundige

mr. drs F. Westenberg, advocaat te Hoorn, heeft namens de verpleegkundige een verweerschrift (met producties) ingediend, waarna de gemachtigde van klaagster mr. L.A. Versteegh, advocaat te Zoetermeer, namens klaagster heeft gerepliceerd (met producties). Hierna is namens de verpleegkundige gedupliceerd (met producties).

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om in het vooronderzoek te worden gehoord. Bij brief van 24 september 2012, ingekomen op 26 september 2012, heeft de gemachtigde van klaagster nog aanvullende stukken ingebracht. De mondelinge behandeling heeft plaatsgevonden op

2 oktober 2012. Wegens samenhang met de klacht tegen de psychiater (bekend onder nummer 2011-178a) heeft de behandeling van beide zaken gezamenlijk plaatsgevonden. Daarbij is toepassing gegeven aan het bepaalde in artikel 57, tweede lid, Wet BIG.

Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden. Zij hebben hun standpunten mondeling toegelicht, de gemachtigden aan de hand van pleitnotities.

### **2. De feiten**

2.1. Klaagster is de zus van D, (hierna: patiënt). Patiënt maakte toen hij 16 jaar was zijn eerste psychotische periode door. In 1992 is bij patiënt de diagnose paranoïde schizofrenie gesteld. In 1999 en 2007 is patiënt, gedeeltelijk gedwongen met een inbewaringstelling (IBS) en rechterlijke machtiging (RM), voor 3 respectievelijk 1 maand(en) opgenomen geweest.

2.2 Sinds 2005 was patiënt onder behandeling van het ambulante psychoseteam van de GGZ B. Er was een multidisciplinair behandelplan opgesteld en overeengekomen met patiënt, gedateerd 10 augustus 2010. Patiënt was ingesteld op anti-psychotische medicatie (Clozapine 500 mg en Cisordinol 100 mg), die hij, voor zover bekend, trouw innam en waarvoor geregeld bloedcontroles werden uitgevoerd.

2.3 Patiënt werd ambulant begeleid door een casemanager, aanvankelijk door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SVP), E en sinds 2007 door C als casemanager. De begeleiding door C bestond uit regelmatig contact door (in beginsel) maandelijks huisbezoek bij patiënt, die alleenwonend was. Patiënt kreeg hulp van de thuiszorg en zijn moeder. C is van 5 maart 2011 tot 4 april 2011 wegens vakantie afwezig geweest, waarbij voor vervanging was gezorgd. Kort tevoren, op 2 maart 2011, heeft nog een huisbezoek door C plaatsgehad.

2.4 Sinds juni 2010 was de (mede-aangeklaagde) psychiater geheel verantwoordelijk voor de behandeling en zorg van patiënt. Op 6 september 2010 heeft een psychiatrische beoordeling van patiënt door de psychiater plaatsgevonden. De afspraak was dat de psychiater patiënt zes maanden later weer zou spreken (overeenkomstig het in 2010 opgestelde behandelplan). De patiënt moest hier zelf een afspraak voor maken. Deze psychiatrische herbeoordeling door de psychiater heeft niet na zes maanden plaatsgehad, terwijl evenmin een afspraak daarvoor was gemaakt.

2.5 Op 28 maart 2011 is patiënt betrokken geweest bij een fietsincident, waar de politie aan te pas is gekomen. Patiënt is toen op het politiebureau beoordeeld door de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van de crisisdienst, F. Deze heeft telefonisch overleg gehad met psychiater G, achterwacht van de crisisdienst. Er werden door de crisisdienst geen aanwijzingen van psychische decompensatie gezien. Het contact van de crisisdienst is vervolgens overgedragen aan de psychiater, die na terugkomst van C hierover contact heeft gehad met C. Op 29 maart 2011 heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige F telefonisch contact gehad met patiënt. Hierna heeft C op 4 april 2011 telefonisch contact gehad met patiënt en zijn moeder. In het patiëntendossier (productie 4 bij repliek) staat (zakelijk weergegeven) genoteerd dat C op 6 april 2011 een huisbezoek (HB) heeft gebracht aan patiënt, dat patiënt uitgebreid over het fietsincident heeft verteld en dat patiënt op dit moment nog wel alles onder controle lijkt te hebben. Er is toen afgesproken dat C twee weken later (op 20 april 2011) weer een huisbezoek zou brengen (twee weken sneller dan gebruikelijk). Volgens de verpleegkundige is in de terugkoppeling met de psychiater afgesproken dat C bij dit nieuwe huisbezoek zou aangeven dat de psychiater patiënt weer wilde zien.

2.6 De moeder van patiënt heeft op 12 april 2011 telefonisch contact opgenomen met C omdat het volgens haar niet goed ging met patiënt. Zij was bang dat patiënt weer psychotisch zou worden. Naar aanleiding hiervan heeft C telefonisch contact gehad met patiënt. Deze meldde dat het wel goed ging en dat hij verder wilde praten op de geplande afspraak (20 april 2011). Er is toen tevergeefs geprobeerd deze afspraak te vervroegen.

2.7 Op 14 april 2011 heeft de moeder opnieuw contact opgenomen met C om haar zorgen te uiten. Patiënt toonde, aldus moeder, afwijkend gedrag (veelvuldig bellen, niet meer naar fitness gaan). Hij weigerde de deur open te doen voor zijn moeder. Er is toen besloten te wachten tot de afspraak van 20 april. Hierbij speelde mee dat, gelet op de beperkte flexibiliteit van patiënt, de kans klein werd geacht dat patiënt C binnen zou laten, terwijl evenmin een noodzaak voor een IBS-beoordeling op dat moment aanwezig werd geacht. Dit is besproken met de moeder.

2.8 De psychiater had donderdag 14 april 2011 een vrije dag, C had vrijdag 15 april 2011 een vrije dag.

2.9 De moeder heeft patiënt op enig moment in die periode bij zich in huis genomen. De psychiater en C wisten dit niet.

2.10 Patiënt heeft op 16 april 2011 zijn moeder om het leven gebracht. Patiënt is hiervoor strafrechtelijk veroordeeld, waarbij hij ontoerekeningsvatbaar is verklaard en hem TBS met dwangverpleging is opgelegd.

### **3. De klacht**

Klaagster verwijt de verpleegkundige, kort samengevat, dat hij nalatig onzorgvuldig heeft gehandeld waardoor haar broer niet tijdig de noodzakelijke zorg heeft gekregen en naasten hierdoor niet in bescherming zijn genomen. Dit heeft haar moeder het leven gekost.

### **4. Het standpunt van de verpleegkundige**

De verpleegkundige heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig zal daarop hieronder worden ingegaan.

### **5. Beoordeling**

5.1 Uit de feitelijke gang van zaken komt naar voren dat patiënt, vermoedelijk door het fietsincident van 28 maart 2011 en het contact met de politie daarna, uit balans is geraakt. Hierop is aanvankelijk toereikend gereageerd, gelet op de telefonische contacten van 29 maart en 4 april, gevolgd door het huisbezoek van 6 april 2011 door de verpleegkundige. Anders dan klaagster stelt, gaat het College ervan uit dat op 6 april wel degelijk een huisbezoek heeft plaatsgevonden, nu dit is genoteerd in het patiëntendossier en nu C dit ook stellig ter zitting heeft verklaard.

5.2 Over de risicotaxatie in de dagen daarna heeft het College echter zijn bedenkingen. Allereerst verdient opmerking dat hierover niets in het patiëntendossier is genoteerd, terwijl er evenmin aanwijzingen zijn dat elders een en ander is vastgelegd. Het College plaatst mede hierom vraagtekens bij de grondigheid van deze risicotaxatie. De psychiater en verpleegkundige hebben ter zitting aangegeven dat over het telefoontje van de moeder op 12 april 2011 in de gang overleg is geweest tussen beiden en dat de kans op agressie laag werd ingeschat, gelet op de redelijke stabiele situatie sinds 2007. Mede gelet op het ontbreken van enige verslaglegging doet deze afweging toch te magertjes aan. Het ging immers om een man met een ernstig ziektebeeld, die duidelijk op een hellend vlak terecht was gekomen en die zich moeilijk liet sturen. Weliswaar waren, afgezien van het fietsincident, agressieve uitingen reeds geruime tijd uitgebleven, maar daar staat de toenemende bezorgdheid van de moeder en de rigide houding van patiënt, die weigerde het huisbezoek te vervroegen, tegenover. Hier komt bij dat de psychiater patiënt te lang niet had gezien - de halfjaarlijkse psychiatrische herbeoordeling was immers uitgebleven - , zodat er reden temeer was om actief in te grijpen, althans daar grondig (wellicht in een multidisciplinaire setting) over na te denken.

Dat dit laatste is gebeurd, is niet gebleken. Niet alleen is de 'wandeling' niet een juiste omgeving voor een grondige reflectie, maar bovendien heeft het College, zoals gezegd, in het dossier geen enkele aanwijzing aangetroffen dat, en zo ja, welke afwegingen daadwerkelijk zijn gemaakt. Dit alles beoordeelt het College als onvoldoende zorgvuldig.

5.3 Overigens is niet uit te sluiten dat een grondige reflectie niet tot een ander resultaat zou hebben geleid. Mogelijk was ook dan nog steeds gekozen om prioriteit te geven aan het in stand houden van de broze behandelrelatie, maar in het onderhavige geval lijkt de beslissing hierover te makkelijk te zijn genomen. Het College acht kortom het proces van besluitvorming onvoldoende. Hiervan valt de verpleegkundige, evenals de arts (zie beslissing inzake 2011-178a) een tuchtrechtelijk verwijt te maken, zij het dat de psychiater hier het voortouw had dienen te nemen.

Wel hecht het College eraan om op te merken dat het trieste beloop niet was te voorzien. De verpleegkundige kan de dood van de moeder niet worden aangerekend. In zoverre wordt de klacht afgewezen.

5.4 Tot slot wordt ambtshalve nog opgemerkt dat de vrije dagen van de psychiater en de verpleegkundige, respectievelijk op donderdag en vrijdag, de communicatie tussen beiden juist in dit geval, negatief beïnvloed lijken te hebben. De arts was immers donderdag 14 april 2011 afwezig en de verpleegkundige op vrijdag 15 april 2011. Hoe de informatieoverdracht was in deze dagen is niet helder geworden en evenmin of de verpleegkundige dan wel de psychiater over de onduidelijke communicatielijnen deze dagen een tuchtrechtelijk verwijt gemaakt kan worden. Ook is niet duidelijk geworden in hoeverre de organisatie van de GGZ in dit opzicht tekort is geschoten. Dit alles heeft dus niet meegewogen bij de beoordeling van de onderhavige klacht. Wél hecht het College er aan dit aspect onder de aandacht te brengen. Dit lijkt anders te moeten.

5.5 De slotsom van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Na te melden maatregel wordt passend geacht.

## **6. De beslissing**

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

legt op de maatregel van WAARSCHUWING

Deze beslissing is gegeven door: mr. M.A.F. Tan- de Sonnaville, voorzitter, I.M. Bonte en W.J. van der Meer, leden-verpleegkundigen, bijgestaan door mr. S.R.M.I. Roos-Bollen, secretaris, en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 27 november 2012.

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 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centraal 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.