

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 239/2014

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 4 maart 2016 naar aanleiding van de op 1 december 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

H, verpleegkundige, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit de volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek met de bijlagen;
- de dupliek met de bijlagen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 22 januari 2016, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerster, bijgestaan door haar gemachtigde. De zaak is gelijktijdig met twee andere klachtzaken behandeld. In die andere zaken geeft het college onder de nummers 238/2014 en 242/2014 gelijktijdig een beslissing.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het medisch dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster is de dochter van wijlen E, geboren in 1954 en overleden in oktober 2012, hierna te noemen patiënt.

Patiënt werd op 10 september 2012 vrijwillig opgenomen op de psychiatrische afdeling van F te D. Patiënt was door de huisarts ingestuurd wegens wegrakingen met een katatoon mutistisch beeld. Patiënt had een psychiatrische voorgeschiedenis met naast een katatoon mutistisch beeld ook conversie en een nagebootste stoornis als classificatie en was vaker opgenomen geweest. Patiënt was bekend met diabetes type II waarvoor hij Metformine 850 mg gebruikte, 3 maal daags 1 tablet. Psychiater in opleiding, G, was betrokken bij de opname en behandeling van patiënt tot 1 oktober 2012. G legde bij opname het volgende beleid vast: *“regelmatige controles. Lorazepam 2,5 mg vanavond twee maal. Ivm niet eten vooralsnog Metformine niet hervatten.”* De familie van patiënt heeft 's avonds contact opgenomen met de verpleging om door te geven dat patiënt thuis Metformine, Lorazepam, Haldol, Pantoprazol en Citalopram gebruikte. G besloot in overleg met zijn supervisor de medicatie tot de volgende dag niet aan patiënt te geven.

Op 11 september 2012 heeft G overleg gevoerd met de huisarts van patiënt over de thuismedicatie. Besloten werd de medicatie te hervatten met uitzondering van de Haldol. Diezelfde dag is bij patiënt een glucosemeting gedaan, de uitslag was 7,4 mmol/L. Op 12 september 2012 werd een behandelplan opgesteld waarmee patiënt akkoord ging. De doelstelling op korte termijn was het bieden van structuur en steun aan patiënt. Op de lange termijn werden een verdere probleemanalyse en diagnostiek als doel gesteld. Afsproken werd dat patiënt vrijheden had met verpleging en familie. Als voorlopige datum voor evaluatie van het behandelplan werd 25 september 2012 genoteerd.

In de periode hierna vertoonde patiënt een wisselend beeld. Hij vertoonde bij vlagen katatoon/mutistisch gedrag waarop hij met een directieve aanpak vaak wel aanspreekbaar was. Op 20 september 2012 is opnieuw de bloedsuikerspiegel van patiënt gecontroleerd. De uitslag was 5,7 mmol/L. Vanaf 21 september 2012 werd in de verpleegkundige rapportage bijna dagelijks melding gemaakt van overmatig eet- en drinkgedrag van patiënt. Patiënt was regelmatig in de keuken te vinden buiten de normale etenstijden en werd hierop aangesproken door de verpleging. In de verpleegkundige rapportage werd op 1 oktober 2012 genoteerd dat patiënt enorm groeide. Op 3 oktober 2012 is het gewicht van patiënt gecontroleerd en werd een gewicht van 96 kg (met kleding) genoteerd. Verder is er regelmatig sprake van dat patiënt zichzelf en anderen (een verpleegkundige) alsmede de afdeling bevulde met faeces en urine. Op 25 september 2012 werd G erbij geroepen door de verpleging omdat er sprake was van een onhoudbare situatie. Hij noteerde dat hij patiënt heeft laten weten dat incontinentie niet werd geaccepteerd en dat patiënt snel reageerde op een gedragsmatige aanpak.

Op 3 oktober 2012 had verpleegkundige C avonddienst. Zij noteerde het volgende in haar rapportage: *“Tot 20.00 prima aanwezig, heeft zich gedoucht. Lag om 21.00 languit in z'n kamer in z'n eigen def urine, water hem directief aangesproken om zelf de boel op te ruimen. Lukte moeizaam. Dhr opdracht gegeven zichzelf te wassen, maakt snurkende geluiden, lijkt steeds weg te zakken bij aanspraak reageerd Dhr wel.”*

In het verweerschrift en ter zitting heeft C laten weten dat zij nog tenminste viermaal bij patiënt is wezen kijken, onder meer om hem te vragen te stoppen met het maken van vreemde geluiden omdat daarover door medepatiënten werd geklaagd, waarbij zij telkens urine die patiënt op de grond had laten lopen heeft opgeruimd. Er was geen aanwijzing dat patiënt zichzelf had afgedroogd en hij zat telkens ongekleed in een rolstoel.

Tussen 23.00 en 23.30 uur vond de overdracht tussen de avonddienst en de nachtdienst plaats.

Verweerster had als verpleegkundige nachtdienst en nam de avonddienst over van C. Om 00.00 uur deed zij de ronde. Zij heeft in het verweerschrift en ter zitting laten weten dat zij daarna nog tweemaal, terwijl zij buiten rookte, bij patiënt door het raam naar binnen heeft gekeken. Zij noteerde: *“Dhr zat tegen 0” bloot i/d rolstoel te slapen. Aangeraden zich aan te kleden + in bed te gaan. (ademhaling wijzigde hierop). Om 1” sliep hij in dezelfde houding. Patiënt vertoonde om 2.00 uur een snurkende, rochelende ademhaling. In de rapportage van de nachtdienst van 4 oktober 2012 noteerde zij als volgt: Om ca. 2” luide snurkende ademhaling, licht rochelend. Nachthoofd gebeld. RR 207/115, p 77 regulair, zag bleekjes. In bed geholpen. Werd hierop cyanotisch. Saturatie 48-82, 15 liter O2 gegeven, blds 12, T 35.7. Interne ass. is gekomen (iom dd psych I), dhr is naar de SEH gebracht. [...].”*

Patiënt is op 4 oktober 2012 op de Spoedeisende hulp overleden. Op 8 oktober 2012 heeft de familie van patiënt een gesprek gevoerd met een verpleegkundige en een dienstdoend psychiater. Op 27 februari 2013 heeft de familie een gesprek gehad met het afdelingshoofd, de supervisor van G en een sociaal-verpleegkundige.

Op 10 december 2013 heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtencommissie van F te D. De klachtencommissie heeft het klachtonderdeel, inhoudende dat patiënt 5 uur onafgedekt in de rolstoel heeft gezeten en zonder dat een nadere controle heeft plaatsgevonden naar aanleiding van de klacht over snurkende geluiden, gegrond verklaard.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster - zakelijk weergegeven - dat zij nalatig heeft gehandeld door onvoldoende zorg te geven aan patiënt met de dood tot gevolg. Klaagster verwijt verweerster dat zij:

- niet bij de mondelinge overdracht samen met verpleegkundige C is gaan kijken bij patiënt;
- nadat zij de rapportage had gelezen pas om 0.00 uur bij patiënt is gaan kijken;
- patiënt niet heeft afgedekt toen ze zag dat hij naakt in zijn rolstoel zat;
- niet na tien minuten weer is gaan kijken of overleg heeft gepleegd met het nachthoofd;
- patiënt om 1.00 uur niet in zijn bed heeft gelegd toen hij nog steeds naakt in zijn rolstoel zat;
- niet eerder een nachthoofd of een arts heeft ingeschakeld toen de situatie verslechterde;

- de directieve behandelmethode voorrang heeft gegeven boven de menselijke aspecten;
- niet vaker is gaan kijken toen zij een andere ademhaling bij patiënt constateerde;
- niet zorgvuldig en vakbekwaam te werk is gegaan;
- na het overlijden van patiënt niet direct een MIP-melding heeft gedaan.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert - zakelijk weergegeven - het volgende aan. Toen zij om 0.00 uur patiënt naakt in zijn rolstoel aantrof constateerde ze dat hij droog was en één sok had aangetrokken. Ze heeft patiënt aangesproken en gevraagd in bed te gaan. Ze heeft patiënt niet horen snurken. Er was sprake van een rustige ademhaling en patiënt maakte geen zieke indruk. Het gedrag van patiënt week niet af van het gedrag dat hij tijdens zijn opname vaker had vertoond. Verweerster heeft patiënt nog tweemaal geobserveerd toen hij in zijn rolstoel zat te slapen. Tot 02.00 uur was geen afwijkend gedrag te zien. Zij heeft daaruit bij verweerschrift de conclusie getrokken dat haar tuchtrechtelijk geen verwijt treft. Bij dupliek en ter zitting heeft zij te kennen gegeven dat zij zich ervoor schaamt dat het zo is gegaan en heeft zij haar excuses daarvoor aangeboden.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Het college ziet aanleiding de verschillende klachtonderdelen, met uitzondering van die met betrekking tot de MIP-melding, gezamenlijk te bespreken.

Uit de stukken en het verhandelde ter zitting is het volgende gebleken. Patiënt is op 3 oktober 2012 om 21.00 uur door H, verpleegkundige in de avonddienst, nat van urine en vermoedelijk ook water, en in zijn faeces aangetroffen op de vloer van zijn kamer. Zij heeft hem verzocht zich af te drogen en aan te kleden. Niet aannemelijk is dat hij zichzelf heeft afgedroogd. Later heeft zij patiënt erop aangesproken dat hij geen geluiden moest maken waar de andere patiënten last van konden hebben.

Het valt te begrijpen dat patiënt conform een directief beleid in eerste instantie is verzocht zichzelf af te drogen en aan te kleden. Patiënt vertoonde bij opname een katatoon mutistisch beeld en uit de verpleegkundige aantekeningen blijkt een wisselend beeld gedurende de opname waarbij hij nog een aantal malen (19 september, 20

september en 25 september) een katatoon beeld vertoonde en nauwelijks reageerde op aanspreken en aanraken. Tegen deze achtergrond acht het college het nog wel te billijken dat in eerste instantie door de avondverpleegkundige geen verdere actie is ondernomen toen patiënt geen gevolg gaf aan haar directieve verzoeken en leek weg te zakken, daar hij kennelijk nog wel reageerde op aanspraak. Om 23.00 uur heeft de avondverpleegkundige patiënt, met de andere patiënten, mondeling overgedragen aan verweerster. In elk geval op dat moment had verweerster actie moeten ondernemen. Het meest voor de hand lag dat zij samen met de avondverpleegkundige patiënt in bed zou leggen; zij waren toen met zijn tweeën en inmiddels waren er op zijn minst twee uren verstreken waarin patiënt ongekleed en onafgedekt in zijn rolstoel zat. Los van de menselijke en gezondheidsbezwaren tegen het (te) lang ontbloot laten verblijven van patiënt in zijn kamer, hadden zij daarbij kunnen controleren hoe het gesteld was met diens psychische en lichamelijke gezondheid. Verweerster heeft daarentegen eerst om 00.00 uur patiënt in haar gebruikelijke ronde gezien, waarbij zij zijn lichamelijke toestand niet nader heeft gecontroleerd, en hem wederom directief heeft aangesproken. Daarna is zij niet meer bij hem geweest, zij heeft alleen tweemaal van buitenaf naar binnen gekeken, en is zij om 02.00 uur pas weer bij hem gekomen omdat zij vreemde geluiden hoorde. Het komt erop neer dat verweerster gedurende de aanvang van haar dienst totdat zij om 02.00 uur bemerkte dat het niet goed met patiënt ging is tekortgeschoten in de zorg die zij jegens hem moest betrachten en in voornoemde zin is de klacht gegrond. Juist omdat zij patiënt niet in bed heeft geholpen of zijn lichamelijke en geestelijke toestand anderszins gecontroleerd, kan thans niet worden geoordeeld of het inschakelen van een avondhoofd of arts aan de orde was. Overigens kan, nu geen obductie is verricht, niet de conclusie worden getrokken dat patiënt is overleden doordat hij te lang ontbloot in zijn kamer heeft doorgebracht.

5.3

Verweerster had dienst toen patiënt overleed. Zij was, als verpleegkundige, gerechtigd een MIP-melding doen. Zij heeft op dit punt uitsluitend aangevoerd dat zij er niet van op de hoogte was dat verpleegkundigen een MIP-melding moeten/kunnen maken. Nu een verdere toelichting op de vraag waarom in eerste instantie is nagelaten een MIP-melding te doen en op verweersters eventuele rol daarbij ontbreekt, moet de conclusie luiden dat verweerster niet alleen een dergelijke melding had kunnen maar ook had moeten doen, omdat zij degene was die patiënt dood heeft aangetroffen. Het klachtonderdeel, inhoudende dat verweerster een MIP-melding had moeten doen, is dus eveneens gegrond.

5.4

Wat de op te leggen maatregel betreft geldt het volgende. De avondverpleegkundige heeft, gezien het verloop van de opname en het geldende beleid, aanvankelijk directief mogen optreden tegen patiënt en hem enige tijd op zijn kamer mogen laten blijven zonder dat hij was aangekleed of naar bed ging. Het is haar en verweerster te verwijten dat zij hier rond de overdracht niet, al dan niet samen, een eind aan hebben gemaakt. Verweerster heeft de situatie nog zo'n drie uur laten voortduren en is pas echt in actie gekomen omdat zij geluiden hoorde. Bovendien, maar te dien aanzien is het tuchtrechtelijk verwijt geringer, heeft verweerster ten onrechte geen MIP-melding gedaan. Verweerster heeft spijt betuigd en haar excuses aangeboden. Dit kan er echter niet aan afdoen dat het in een ontluisterende toestand laten van een psychiatrische patiënt en het onthouden van zorg door verweerster gedurende een geruime tijd zoals hier aan de orde niet met minder dan een berisping kan worden afgedaan.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerster.

Aldus gedaan door mr. A.L. Smit, voorzitter, A.H. de Vries en E. van Egmond, leden-verpleegkundigen, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 4 maart 2016 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

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. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de gelegenheid 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 Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.