

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2016/398VP

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 20 oktober 2016 binnengekomen klacht van:

A en

B,

beiden wonende te C,

klagers,

tegen

D,

verpleegkundige,

werkzaam te E,

verweester,

gemachtigde: mr. M.J. Smit, advocaat te Dordrecht.

1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift d.d. 20 oktober 2016 met producties I-X;
- het verweerschrift met producties 1-22;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek.

Over het door de voormalige gemachtigde van klagers op 28 september 2017 aan het college gezonden stuk, heeft het college ter zitting beslist dat het, alleen al omdat het te laat is ingediend, niet aan het klachtdossier wordt toegevoegd.

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

Klagers hebben de klacht bij e-mail van 4 oktober 2017 ingetrokken. Verweester heeft voortzetting van de behandeling verzocht.

De klacht is op een openbare zitting van 6 oktober 2017 behandeld. Verweester was aanwezig.

Ter zitting is klager sub 1 verschenen en heeft verzocht de klacht alsnog als niet ingetrokken te beschouwen. Het college heeft – na schorsing – ter zitting beslist dat de klacht ingetrokken blijft.

Verweester werd bijgestaan door mr. Smit, voornoemd. Mr. Smit heeft een toelichting gegeven aan de hand van een pleitnota die aan het college is overgelegd.

De samenhangende zaken tegen neurologen F (zaaknummer 16/397) en G (zaaknummer 16/396) zijn eveneens op een openbare zitting van 6 oktober 2017 behandeld. Omwille van het overzicht van de zaak wordt in al deze zaken het gehele feitencomplex opgenomen.

2. De feiten

2.1 De zoon van klagers (hierna ook aan te duiden als: S) is geboren op oktober 1997. S leed aan therapieresistente epilepsie (syndroom van Lennox Gastaut) en was sinds 2001 onder behandeling bij neurologen van de H (H). S had voornamelijk nachtelijke aanvallen die zich kenmerkten met weinig geluid.

2.2 Hij logeerde sinds 2005 regelmatig een weekend in het logeerhuis van H, I. Aanvankelijk was dit in het oude logeerhuis en vanaf november 2010 in het nieuw gebouwde logeerhuis op de locatie J van H.

2.3 Verweerster is vanaf 1977 werkzaam als verpleegkundige voor H. Verweerder in de zaak 16/396 was vanaf 1 november 2007 tot 1 oktober 2011 medisch directeur van H.

Sinds juni 2010 was verweerster in zaak 16/397 de behandelend neuroloog van S voor zijn epilepsie.

2.4 Op vrijdag 27 mei 2011 kwam S weer in I om daar een weekend te logeren. Op dat moment werd gebruik gemaakt van een auditief waaksysteem (akoestisch uitluistersysteem) en was er daarnaast in de nachtelijke uren een (nacht)wacht aanwezig. Het was gebruikelijk dat vanaf 7:30 het auditief waaksysteem uitging, waarna, als S nog sliep, het personeel om de 15 à 30 minuten bij hem ging kijken ter controle.

2.5 Op zaterdagochtend 28 mei 2011 heeft een medewerkster van H omstreeks 9.05 à 9.10 uur S gecontroleerd en waargenomen dat hij op zijn zij sliep met rustige ademhaling. Vervolgens werd S rond 9.30 uur door een andere medewerkster van H in bed aangetroffen op zijn buik liggend met zijn gezicht in het midden van zijn hoofdkussen. Deze medewerkster is toen direct hulp gaan halen. Omstreeks 9.39 uur is 112 gebeld met de mededeling dat S helemaal blauw en overleden was. Hierna is op verzoek van de centrale van 112 een begin gemaakt met reanimeren. Daarna (omstreeks 9.40 uur) is de stand-by dienst (ook wel de BIG-dienst genoemd) gebeld, waar verweerster werkzaam was. Zij arriveerde enige minuten later en zij vroeg een aanwezige verpleegkundige om zuurstof te halen. Omstreeks 9.45 uur arriveerde de ambulance en S is overgebracht naar K, alwaar het tijdstip van overlijden als gevolg van "status epilepticus" is vastgesteld om 10.29 uur.

2.6 Na het overlijden van S heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek gedaan; hiervan is een rapport van juli 2012 opgemaakt. In de beschouwing (hoofdstuk 5) staat onder meer: *"Op drie onderwerpen die in het IGZ-onderzoek centraal staan (inzet bewakingsapparatuur, medicatietijden en reanimatie) ontbreken heldere veldnormen voor epilepsiecentra. Daarnaast valt op dat op een aantal (deel)onderwerpen een helder beleid van H ontbreekt (reanimatieprotocol is niet compleet of conform de praktijk ...), in ontwikkeling is (de richtlijn fysieke controles) of onvoldoende wordt nageleefd (medicatieprotocol ...). Daar waar beleid is ontwikkeld toen S. al een tijd bij H logeerde, heeft voor hem (individueel) de implementatie niet meer plaatsgevonden. Zo is voor S. niet alsnog een risico-inventarisatie-formulier ingevuld of een ondersteunings-*

*plan met heldere afspraken gemaakt. Ook is een neurologenbrief, met daarin overwe-
gingen die mogelijk leidden tot een indicatie voor extra bewakingsapparatuur, niet alsnog
opgesteld toen dit eenmaal beleid was. Dit vraagt om een betere sturing op de ontwik-
keling, implementatie en evaluatie van beleid.*

*(...) H heeft onvoldoende helder gemaakt aan de ouders van S. wat zij wel/niet kon
bieden in relatie tot de zorgvraag van de ouders. Hierin heeft H onvoldoende haar eigen
professionele verantwoordelijkheid genomen. (...) Er was, bij de zorg voor S., onvol-
doende aandacht voor het vastleggen van afspraken over de wijze waarop de zorg
vorm moest krijgen. (...) Dit heeft ertoe geleid dat er verschillende verwachtingen be-
stonden voor wat betreft de veiligheid 's nachts en 's ochtends en de toediening van
medicatie. De inspectie constateert dat er tot mei 2011 niets concreets is gedaan met
de zorgen die de ouders hadden over het nacht- en ochtendtoezicht. (...) Scholing van
medewerkers verdient aandacht om de deskundigheid te waarborgen.”*

De Inspectie concludeert dat voor S een dergelijke risico-inventarisatie (inzetten bewa-
kingsapparatuur) niet is gemaakt. Er ontbrak ook een duidelijk plan om de situatie van
S in beeld te brengen en tot goede afspraken te komen over inzet van bewakingsappa-
raatuur. Er ontbreekt een richtlijn waaruit blijkt hoe vaak en op welke wijze fysieke con-
troles moeten plaatsvinden. Het nacht- en ochtendtoezicht is niet op verantwoorde
wijze vormgegeven, omdat onvoldoende aandacht is geweest voor de specifieke
zorgvraag van S. De implementatie van nieuw beleid met betrekking tot risico-inventa-
risaties is onvolledig geweest. H heeft een reanimatieprotocol waarin zowel beademing
als hartmassage wordt beschreven. Het beleid met betrekking tot het toedienen van
zuurstof en het gebruik van Mayo-tubes is onvoldoende uitgewerkt en niet adequaat.
De verdere borging van de deskundigheid van de medewerkers is van belang. Ten
slotte heeft de Inspectie verbetermaatregelen opgesteld (hoofdstuk 7). De inspectie
verwacht dat H deze verbetermaatregelen neemt m.b.t. de volgende aandachtspunten:

- * borging van goed nacht- en ochtendtoezicht m.b.t. verantwoorde inzet van apparatuur en fysieke controles;
- * borging van de medicatieveiligheid;
- * borging van tijdige en adequate reanimatie en noodhulp;
- * borging van afstemming en vastlegging van afspraken omtrent zorgvragen van cliënten binnen zowel lang- als kortverblijf afdelingen;
- * verbeteren van het interne kwaliteitssysteem door bij onderzoek van incidenten en calamiteiten gebruik te maken van een gedegen onderzoeksmethodiek.

2.7 Klagers hebben op 24 november 2011 aangifte gedaan (strafbare nalatigheid personeel H); daarna is een strafrechtelijk onderzoek gestart. In dat kader hebben verhoren plaatsgevonden van diverse getuigen waaronder verweerster.

2.8 Ook heeft op verzoek van de rechtbank prof. dr. L als deskundige gerapporteerd (rapportage d.d. 16 augustus 2013). Hierin staat onder meer het volgende opgenomen: *“Een status epilepticus wordt internationaal gedefinieerd als een epileptische aanval die langer duurt dan 30 minuten, of een aantal aanvallen die samen langer duren dan 30 minuten, waartussen de patiënt niet bij bewustzijn komt. (...) Bij de status die bestaat uit een langdurige gegeneraliseerde tonische-clonische aanval (d.i. een aanval die begint met een verkramping en vervolgt met schokken door het hele lichaam) moet juist worden aangetekend dat een half uur in feite al veel te lang is: al na een aanvalsduur van ca. 7-8 minuten treden de eerste irreversibele veranderingen aan de hersenen op. De schade van een dergelijke status epilepticus kan dan ook aanzienlijk zijn. (...) Gezien*

de kans op overlijden en de grote schade die een status epilepticus kan aanrichten, is het essentieel deze zo snel mogelijk te couperen. Primair staat het zogenaamde ABC: Airway (luchtvrij maken), Breathing (zuurstof toedienen, intuberen, beademen), Circulation (bloedsomloop intact houden, dus shock voorkomen, infuus geven, intraveneus vloeistof, medicijnen en eventueel glucose toedienen). (...) De directe mortaliteit (tijdens de status) is bij kinderen ca. 1-2%. Vooral de oorzaak van de epilepsie, en in mindere mate de duur van de status zijn bepalende factoren voor de kans op mortaliteit. (...) Sudden Unexpected Death in Epilepsy (SUDEP) is wat de term zegt: plotselinge en onverwachte dood bij een patiënt die bekend is met epilepsie. Bijna altijd wordt de patiënt dood in bed aangetroffen. (...) Alleen bewaking en bijtijds reanimeren zou misschien het overlijden kunnen voorkomen. Helaas is hierover slechts weinig bekend.”

Op de vraag of er landelijke veldnormen/richtlijnen zijn m.b.t. het inzetten van bewakingsapparatuur en/of toezicht op en/of (fysieke) controle van epilepsiepatiënten antwoordt de deskundige: “Nee. Een en ander wordt in onderling overleg afgesproken tussen de ouders enerzijds en de verzorgenden en de behandelaars anderzijds. Over het nut van verschillende bewakingsapparatuur met alarmfunctie (Epicare, saturatiemeter) bestaat veel discussie. De Epicare is een bewegingsdetector. Afgezien van het gegeven dat de instelling hiervan lastig is (iemand die onrustig slaapt, zal regelmatig vals alarm afgeven), betekent dit dat iemand met een aanval met slechts weinig bewegingen daarbij, aan detectie kan ontsnappen. Hetzelfde geldt voor geluidsbewaking: als de patiënt bij de aanval geen of slecht gering geluid maakt (“stille aanval”), wordt de aanval niet geregistreerd. Een saturatiemeter (...) heeft weer een ander bezwaar. Afgezien van het feit dat de patiënt een dergelijke electrode, die met een pleister wordt bevestigd, gemakkelijk verliest, registreert dit apparaat niet de aanval zelf, maar alleen de onderverzadiging van het bloed als de aanval consequenties heeft voor de zuurstofopname door onvoldoende ademhaling. Dit gebeurt uiteraard lang niet bij iedere aanval. Toch is dit de manier van monitoren die ik jarenlang in de thuissituatie heb toegepast (...). Camerabewaking zonder alarmfunctie is alleen zinvol als voortdurend op het beeld wordt gelet. Uiteraard wordt het beeld aangevuld door de geluidsregistratie. (...) Het lijkt mij echter een utopie dat een dergelijke vorm van bewaking voor een aanzienlijk deel van de patiënten in een zorginstelling dagelijks kan worden gerealiseerd. Periodieke fysieke controle tenslotte is een kwetsbare procedure: het is niet continu, de vraag is of het voldoende regelmatig gebeurt, en of er voldoende adequate aandacht is voor iedere patiënt.”

En over S: “Complex partiële aanvallen werden echter bij S niet beschreven. Wel had hij nachtelijke gegeneraliseerde tonisch-clonische aanvallen, in clusters van een aantal aanvallen per nacht gedurende enkele nachten achter elkaar en dan weer een aantal nachten niet. (...) In mijn ogen was het risico op SUDEP verhoogd in vergelijking met de gemiddelde patient met epilepsie. (...) M.i. hebben de afwijkende medicatietijden niet bijgedragen aan S's overlijden. (...) Enigerlei vorm van bewaking was bij S gedurende de nacht zeker noodzakelijk. Gezien de aantallen aanvallen die hij gedurende één nacht kon hebben, zou dit een vorm van continue bewaking moeten zijn. Gezien de “stille aanvallen” die hij had in zijn slaap, had in mijn ogen hetzij camerabewaking (mits continu geobserveerd) of een pulse oxymeter (saturatiemeter) de voorkeur gehad. (...) Beide vormen van bewaking [akoestische bewaking en fysieke controles] lijken mij in het onderhavige geval minder adequaat. (...) S is overleden aan SUDEP. Gezien het ontbreken van obductie moeten we de doodsoorzaak kwalificeren als “probable SUDEP”. (...) Op de allereerste plaats moet worden vastgesteld dat zelfs met de aller-

beste bewaking het vaak niet mogelijk is om SUDEP te voorkomen. In de literatuur zijn nauwelijks of geen gevallen van “near-SUDEP” beschreven. Dat is een omineus teken.”

2.9 Verder hebben in het kader van het strafrechtelijk onderzoek dr. M en dr. N (beiden verbonden aan O) een deskundigenrapport d.d. 23 december 2013 uitgebracht aan de rechtbank. Hierop heeft H gereageerd door het opstellen van een visiedocument.

2.10 Het strafrechtelijk onderzoek is geëindigd met de beslissing d.d. 11 juli 2014 van de officier van justitie om geen strafrechtelijke vervolging in te stellen tegen H of haar medewerkers ter zake van artikel 307 of 255 Wetboek van Strafrecht. Het tegen deze sepotbeslissing gerichte beklag ex artikel 12 Wetboek van Strafvordering is door het gerechtshof Amsterdam bij beschikking van 17 december 2015 afgewezen. In die beschikking is onder meer vermeld:

“6.3.1 Dood door schuld

(...)

Het [gerechtshof Amsterdam] leidt uit het rapport van L voorts af dat, zelfs in de situatie waarin de door klagers gewenste bewaking van toepassing zou zijn geweest, dit niet had kunnen garanderen dat de plotselinge dood van klagers zoon had kunnen worden voorkomen.

Tegen deze achtergrond leidt het ontbreken van de mogelijkheid om de doodsoorzaak te kunnen vaststellen ertoe dat, hoe wrang ook, onvoldoende basis bestaat om te concluderen dat de dood het gevolg is van verzuim te handelen volgens de regelen der kunst.

(...)

6.3.2 Het opzettelijk in hulpeloze toestand brengen of laten, de dood ten gevolge hebbende

(...)

Bij deze stand van zaken is het hof van oordeel dat het dossier onvoldoende bewijs bevat dat beklagde(n) opzettelijk klagers zoon in hulpeloze toestand hebben gebracht of gelaten.”

2.11 Vanaf juni 2013 hangen er camera's in alle twaalf kamers van het logeerhuis. Per geval wordt beoordeeld of en hoe deze worden gebruikt.

2.12 Inmiddels heeft H een eigen richtlijn opgesteld “eenduidige indicatiestelling nachtelijke detectie apparatuur” die op 21 april 2016 in werking is getreden.

3. De klacht en het standpunt van klagers

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster, die werkzaam was voor de BIG-dienst, toen zij bij S arriveerde geen zuurstof en geen AED bij zich had, terwijl zij wist dat sprake was van een patiënt met ademhalingstekort. Indien verweerster anders had gehandeld had S misschien op tijd geholpen kunnen worden.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden.

5. De beoordeling

5.1. Bij de beantwoording van de vraag of verweerster in strijd heeft gehandeld met de zorg die zij heeft te betrachten - en aldus tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld

- stelt het college het volgende voorop. Volgens vaste tuchtrechtspraak gaat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het gestelde klachtwaardig handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Bij de beoordeling staat het persoonlijk handelen van verweerster centraal. In dat kader oordeelt het college als volgt.

5.2 Naar het oordeel van het college heeft verweerster vanaf het moment dat zij (omstreeks 9.40 uur) als medewerkster van de BIG-dienst werd gebeld adequaat gehandeld. Verweerster heeft tijdens het telefoongesprek als eerste gecheckt of 112 was gebeld (hetgeen het geval was) en is vervolgens zo spoedig mogelijk naar de patiënt (die in een ander gebouw was) gesneld om de reanimatie te gaan verrichten. Verweerster heeft ter zitting toegelicht dat er destijds geen kinder-AED aanwezig was, maar dat zij wist hoe een AED voor volwassenen (die wel voorhanden was) voor kinderen kon worden gebruikt. De AED voor volwassenen bevond zich echter in een ander gebouw en verweerster heeft omdat zij niet zeker wist niet of de bij de patiënt aanwezige medewerkers konden reanimeren de keuze gemaakt om niet om te fietsen om de AED voor volwassenen te halen, maar rechtstreeks naar de patiënt te gaan. Daarbij heeft zij in overweging genomen dat de AED niet de hoogste prioriteit zou hebben. Het college is van oordeel dat verweerster een zorgvuldige afweging heeft gemaakt en in de gegeven omstandigheden juist heeft gehandeld door zich met de grootste spoed naar de patiënt te begeven. Aldaar aangekomen heeft verweerster geconstateerd dat al met de reanimatie was begonnen en heeft zij direct aan een aanwezige verpleegkundige gevraagd zuurstof te halen. Ondertussen heeft verweerster coördinerend opgetreden door de beveiliging te informeren dat er een ambulance aankwam en dat de vrije doorgang verzekerd moest zijn. Verweerster heeft door aldus te handelen haar verantwoordelijkheid genomen en adequaat gehandeld. Verweerster treft geen tuchtrechtelijk verwijt.

5.3 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is.

Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door:

mr. W.A.H. Melissen, voorzitter,

M. Mansfeld MANP, drs. J.F. Hensbergen en D.M. van Etten MANP, leden-verpleegkundigen,

mr. M.A.H. Verburgh, lid-jurist,

bijgestaan door mr. S.S. van Gijn, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken op 14 november 2017 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

WG
secretaris

WG
voorzitter