

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/6696

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 24 juni 2024 op de klacht van:

A en B,

wonende in C,

klagers,

tegen

K,

verpleegkundige geestelijke gezondheidszorg,

destijds werkzaam te E,

verweerder, hierna ook: de verpleegkundig specialist,

gemachtigde: mr. R.J. Borghans.

1. De zaak in het kort

1.1 Klagers hebben een klacht ingediend namens hun zoon F (hierna: patiënt). Hij was al langere tijd in behandeling voor autismespectrumstoornis, syndroom van Asperger en een ernstige depressieve stoornis. Vanaf oktober 2017 was de verpleegkundig specialist de regiebehandelaar van patiënt. Op 7 juli 2018 is patiënt op 25-jarige leeftijd overleden (door suïcide).

1.2 Klagers verwijten de verpleegkundig specialist onder meer dat hij de klachten van patiënt onvoldoende serieus heeft genomen en teveel de nadruk heeft gelegd op groepsdeelname, onvoldoende intercollegiaal overleg heeft gehad en de risicobeoordeling van suïcide bij de psychiater had moeten neerleggen.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de klacht gegrond is en legt een waarschuwing op. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 8 december 2024;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift, ontvangen op 16 april 2024;
- aanvullende stukken, te weten het Kwaliteitsstatuut G, versie januari 2018 met bijbehorende bijlagen.

2.2 Partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 24 mei 2024. Klagers hebben ook een klacht ingediend tegen de betrokken psychiater. Deze klacht, geregistreerd onder Z2023/6695, is gelijktijdig ter zitting behandeld. In beide zaken wordt afzonderlijk uitspraak gedaan. Klagers zijn verschenen. Verweerder is ook verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van verweerder heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. De feiten

3.1 Klagers zijn ouders van patiënt, geboren in 1993 en overleden in juli 2018. Wegens een suïcidepoging werd patiënt in maart 2017 opgenomen op de afdeling acute zorg van het M te H, nadat hij zich tijdens een verblijf bij zijn ouders in zijn arm had gesneden en acht tabletten lorazepam had ingenomen. Op 13 april 2017 stelde de kliniek in H een beperkt signaleringsplan op. Patiënt kwam na een intake op 22 mei 2017 bij G, locatie M C in behandeling. De verpleegkundig specialist GGZ was volgens het overzicht 'zorgtoewijzing cliënt' regiebehandelaar van patiënt van 15 november 2017 tot 6 juli 2018.

3.2 Eerder (vanaf 2014) was patiënt al elders onder behandeling geweest, onder andere vanwege dwangklachten en stemmingsklachten. In november 2015 stelde de psycholoog de diagnose autismespectrumstoornis (ASS) en het syndroom van Asperger. In maart 2016 stelde de destijds behandelend psychiater de diagnose ernstig depressieve stoornis en verwees patiënt in juli 2016 voor acute opname in verband met toenemende suïcidaliteit, onder meer door twee pogingen zich te stranguleren met een riem. Tijdens de poliklinische behandeling die daarop volgde viel op dat de stemming van patiënt sterk en snel kon omslaan als reactie op levensgebeurtenissen, maar zich ook vlot kon herstellen. Tijdens dreigende crises kon

patiënt suïcidegedachten krijgen en zichzelf soms automutileren. De indruk bestond dat dit meer op emotieregulatieproblematiek berustte dan op depressie. Daarom werd gestart met individuele emotievaardigheidstraining.

3.3 De intake van patiënt bij G locatie C werd gedaan door de klinisch psycholoog, die eerst ook regiebehandelaar werd. De psychiater stelde patiënt in op medicatie en zette de venlafaxine bij patiënt om naar nortriptyline. Op geleide van bloedspiegelbepalingen werd dit ingesteld op 100 mg per dag, later voegde de psychiater hier nog 10 mg paroxetine per dag aan toe. Het doel hierbij was dit medio april/mei 2018 afgebouwd te hebben.

3.4 Vanaf juni 2017 nam patiënt deel aan de ASS deeltijdbehandeling. In augustus 2017 stopte hij hiermee, omdat hij weer ging studeren en dit niet met elkaar gecombineerd kon worden. In augustus 2017 werd bij patiënt een psychodiagnostisch onderzoek verricht ter beoordeling van zijn cognitieve functioneren ten behoeve van advisering voor zijn studie- en beroepskeuze. Hieruit kwam naar voren dat patiënt cognitief op een gemiddeld niveau uitkwam, wat niet passend was met zijn hoogst behaalde opleidingsniveau. Er bleek sprake van een disharmonisch intelligentieprofiel. Patiënt was verbaal heel sterk, waardoor overvraging op de loer kon liggen. Uit de behandelingsrapportage van 22 september 2017 kwam naar voren dat patiënt kennis ging maken met de verpleegkundig specialist voor medische begeleiding. Hij kon dan eventueel naar de BGGZ, wanneer hij inderdaad een vrijgevestigd psycholoog/begeleider wilde zoeken. In december 2017 besloot patiënt niet te gaan studeren om zijn prioriteit te geven aan zijn behandeling en begeleiding. Hij mailde de verpleegkundig specialist onder andere (alle citaten opgenomen inclusief eventuele taal- en spellingsfouten):

“Als laatste vind ik ’t belangrijk om te benadrukken hoe het op dit moment met mij gaat. Het gaat hartstikke goed en ik heb het gevoel dat ik op de goede weg ben. Dit betekent echter niet dat ik me weer helemaal goed vol en naar behoren kan functioneren, dat allerminst. Ik heb nog steeds dagen waar ik me net zo kut voel als een jaar geleden. Het verschil is dat ik nu weer hoop heb en overtuigd ben dat ’t weer overgaat, maar het is dus nog steeds voor de volle 100% aanwezig.”

Vanaf december 2017 kreeg patiënt begeleiding van een autismecoach en sinds februari 2018 startte hij bij de groep voor jongvolwassenen met ASS.

3.5 Op 13 maart 2018 was er een Multidisciplinair Overleg (MDO) waarin het behandelplan werd besproken. Onder andere werd besproken dat patiënt zich niet zo goed raad wist met zijn depressieve periodes, praten met anderen hielp daarbij wel. De thuissituatie met zijn ouders was gestabiliseerd en het contact verliep naar tevredenheid. Komende periode zou behandeling plaatsvinden binnen de groep voor jongvolwassenen met ASS en thuisbegeleiding via de autismecoach. De verpleegkundig specialist continueerde medicatie en evaluatie werd gepland over een jaar.

In het dossier van patiënt werd op 20 maart 2018 een e-mail van de autismecoach opgenomen. In deze e-mail maakte de autismecoach een melding van de omschrijving die patiënt gaf van de zware depressie waar hij op dat moment in zat en dat patiënt bang was om bij de GGZ met lege handen naar huis gestuurd te worden of

dat hij niet goed werd begrepen. Hij vreesde een terugval als bijvoorbeeld een ander medicijn zou moeten worden uitgeprobeerd.

3.6 Verder noteerde de verpleegkundig specialist op 1 mei 2018 in het dossier dat de wisselende stemmingen patiënt bleven bezighouden. Na een periode waarin zijn aanwezigheid in deze groep afnam, meldde patiënt zich half mei 2018 af voor de behandelgroep omdat hij het te druk had en niet veel toegevoegde waarde in deze behandelgroep zag.

3.7 Op 22 mei 2018 noteerde de verpleegkundig specialist dat patiënt het gesprek met zijn ouders aan zou gaan met betrekking tot het afgelopen jaar waarin hij depressief en suïcidaal was geweest. De verpleegkundig specialist noteerde met betrekking tot de somberheid dat er geen sprake van acute suïcidaliteit was. Patiënt vertelde zich onder controle te hebben. Op 18 juni 2018 staat in het rapport het volgende beschreven:

“Stemming licht verbeterd, maar blijft onvoorspelbaar en kan hier nog geen goede manier van omgaan in vinden. Blijft vaak hangen in neg. stemming en laat hier zijn dag/dagen door bepalen. Geïndiceerde behandeling nogmaals besproken. Deeltijd kan en wil hij niet volgens vanwege geen aansluiting vinden. Voorgelegd dat beh. bij G dan richting afsluiten gaat en medicatie gecontinueerd kan worden door de huisarts. Wordt nu 4 uur per week begeleid door het PAS. Gaat hier de komende 1,5 maand over nadenken en hebben in principe begin augustus dan afsluitende contact.”

3.8 Op 10 juli 2018 ontving de verpleegkundig specialist de melding dat patiënt zich op vrijdag 7 juli 2018 door verhangen in het bos gesuïcideerd had.

3.9 Klagers voerden vervolgens een procedure tegen G om het dossier van patiënt te verkrijgen. Op verzoek van G heeft het gerechtshof I een deskundigenonderzoek gelast. Deze procedure leidde uiteindelijk tot het expertiserapport van psychiater J van

29 september 2023. Op de vraag of patiënt gelet op zijn chronische depressie in co-morbiditeit met autisme en suïcidaliteit een naar behoren behandeling heeft gekregen, gaf psychiater J het volgende antwoord:

“Op grond van de overwegingen (...) kom ik tot de conclusie dat het professionele handelen van G gericht op de depressieve stoornis en de autismspectrumstoornis van (RTG: naam patiënt) naar behoren is geweest, maar dat het herhaaldelijke onderzoek van suïcidaal gedrag dat door de tijd heen door de behandelaars van G heeft plaatsgevonden, mijns inziens niet voldoende zorgvuldig en dus niet naar behoren is geweest.”

3.10 Klagers dienden op 8 december 2023 deze tuchtklacht in.

4. De klacht en de reactie van de verpleegkundig specialist

4.1 Klagers verwijten de verpleegkundig specialist dat hij:

- a. de klachten van patiënt onvoldoende serieus heeft genomen, hierbij is teveel de nadruk gelegd op groepsbehandeling ASS. Het had duidelijk moeten zijn dat groepstherapie voor patiënt niet werkte;
- b. met de psychiater had moeten overleggen en de risicobeoordeling van suïcide bij haar neer had moeten leggen;
- c. ten onrechte geen intercollegiaal overleg heeft gehad;
- d. niet bevoegd was tot het voorschrijven van medicijnen bij patiënt.

4.2 De verpleegkundig specialist heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Hij benadrukt hierbij dat de klachten van patiënt wel degelijk serieus zijn genomen, ook zijn er gedurende de behandeling meerdere (her-)evaluaties van depressiviteit en suïcidaliteit uitgevoerd. Intercollegiaal overleg met de psychiater was niet geïndiceerd omdat patiënt zich in de consulten niet expliciet suïcidaal heeft geuit. Verder was de verpleegkundig specialist zelfstandig bevoegd en heeft er in maart 2018 een MDO en in mei 2018 een herevaluatie plaatsgevonden en heeft er gedurende de tijd (informeel) overleg met de psychiater plaatsgevonden.

4.3 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college

5.1 Vooraf hecht het college aan het maken van de volgende opmerking. Het college realiseert zich dat de klacht betrekking heeft op een voor klagers vreselijke gebeurtenis, het overlijden van hun zoon F. Zoals ook tijdens de zitting is besproken vraagt de taak van het college in deze een zakelijke/neutrale benadering. Dat vindt ook zijn weerslag in deze uitspraak waar met gebruikmaking van meer zakelijke termen (patiënt in plaats van F) de zaak wordt besproken. De vraag is of de verpleegkundig specialist de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende verpleegkundig specialist. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. Klachtonderdeel a) Onvoldoende serieus nemen klachten en nadruk op groepsbehandeling

5.2 Kort samengevat verwijten klagers de verpleegkundig specialist dat hij patiënt onvoldoende serieus heeft genomen en teveel de nadruk is blijven leggen op zijn deelname aan de groepsbehandeling ASS. Het college stelt vast dat een dergelijke behandelwijze gebruikelijk en richtlijnconform is. Dit volgt ook uit het deskundigenrapport van psychiater J. In zoverre heeft de verpleegkundig specialist patiënt serieus genomen. Dit laat echter onverlet dat patiënt deze behandeling niet wilde en zich daarbij niet goed voelde. Op verschillende momenten heeft patiënt zijn onvrede daarover aan de verpleegkundig specialist kenbaar gemaakt. In het licht daarvan had de verpleegkundig specialist, naar het oordeel van het college, met patiënt een mogelijke afwijking van de geldende richtlijn, maar in ieder geval een alternatief voor de groepsbehandeling ASS, moeten bespreken. In plaats daarvan is gesproken over een mogelijke afsluiting van de behandeling bij G wanneer patiënt niet meer deel zou nemen aan de groepsbehandeling ASS. Daarmee verviel, zo is ter

zitting gebleken, een door patiënt nodig geacht behandelperspectief. Patiënt is een bedenkttermijn van zes weken geboden. Een termijn die, gelet op de onvoorspelbaarheid van het gedrag van patiënt, naar het oordeel van het college als te lang moet worden geduid.

5.3 Het niet bespreken c.q. bieden van een alternatief voor de groepsbehandeling in samenhang met de daarbij aan patiënt geboden te lange bedenkttermijn acht het college tuchtrechtelijk verwijtbaar. Klachtonderdeel a) is daarmee gegrond.

Klachtonderdelen b) en c) Onvoldoende (intercollegiaal) overleg met psychiater en risicobeoordeling suicide ten onrechte niet bij bij psychiater neergelegd

5.4 Beide klachtonderdelen behelzen min of meer hetzelfde, in die zin, dat klagers de verpleegkundig specialist verwijten dat hij te weinig intercollegiaal overleg heeft gevoerd, in het bijzonder met de betrokken psychiater L (verweester in zaaknummer Z2024/6695). Het college behandelt beide klachtonderdelen dan ook gezamenlijk.

5.5 De verpleegkundig specialist heeft, onder meer ter zitting, aangevoerd dat er binnen het bij de behandeling van patiënt betrokken team wel degelijk en regelmatig intercollegiaal overleg plaatsvond. Het college stelt evenwel vast dat dergelijke overleggen niet, dan wel onvoldoende werden gedocumenteerd. De verpleegkundig specialist bevestigt dat ook in zekere zin door aan te geven dat hij dit als een verbeterpunt ziet en, door de ervaring in deze zaak, in zijn huidige beroepspraktijk de dossiervorming meer zorgvuldig ter hand neemt. Hoewel dat laatste een positieve ontwikkeling is, kan daarmee niet voorbij worden gegaan aan het feit dat niet voldoende vast is komen te staan dat dergelijke, naar het oordeel van het college noodzakelijke, overleggen hebben plaatsgevonden. Vooral wanneer dat bezien wordt vanuit de (eerdere) suicidaliteit van patiënt en de besproken mogelijke afsluiting van de behandeling. Dit acht het college tuchtrechtelijk verwijtbaar. De klachtonderdelen b) en c) zijn om die reden gegrond.

Klachtonderdeel d) Onbevoegdheid voorschrijven medicatie

5.6 Klagers stellen dat de verpleegkundig specialist niet bevoegd zou zijn tot het voorschrijven van medicijnen aan patiënt. Dit klachtonderdeel treft naar het oordeel van het college geen doel. De verpleegkundig specialist achtte zich bekwaam en mocht, mede gelet op de destijds geldende regelgeving (artikel 36 Wet BIG en het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten), de voorbehouden handeling verrichten. Niet eerder dan bij een door de verpleegkundig specialist geconstateerd (actueel) suicidegevaar had hij de psychiater moeten inschakelen. Nu patiënt de verpleegkundig specialist niet informeerde over (kennelijk) bij hem bestaande suicideplannen kan het achterwege blijven daarvan de verpleegkundig specialist niet worden verweten. Klachtonderdeel d) is ongegrond.

Slotsom

5.7 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdelen a), b) en c) gegrond zijn en klachtonderdeel d) ongegrond.

Maatregel

5.8 De klacht is gedeeltelijk gegrond. De verpleegkundig specialist had patiënt een alternatief voor de groepsbehandeling ASS moeten bieden, gelet op de door patiënt geuite bezwaren daartegen. In plaats daarvan heeft de verpleegkundig specialist een afsluiting van de behandeling met patiënt besproken wanneer hij niet meer zou

deelnemen aan de groepsbehandeling ASS.

Verder kan niet worden vastgesteld dat de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar voldoende intercollegiaal overleg heeft gehad. Het is de optelsom van beide tuchtrechtelijke verwijten die maakt dat het college aanleiding ziet een waarschuwing op te leggen. Daarbij betreft het college het gegeven dat de verpleegkundig specialist heeft gereflecteerd op zijn handelen en nu de dossiervorming meer zorgvuldig ter hand neemt.

Publicatie

5.9 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere verpleegkundig specialisten mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor is overwogen. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klachtonderdelen a), b) en c) gegrond;
- legt een waarschuwing op;
- verklaart de klacht voor het overige ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Nursing.

Deze beslissing is gegeven door W.P. Claus, voorzitter, R. Broeren-Woudstra en D.M. van Etten, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.H. van Ham, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 24 juni 2024.

secretaris

voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als

- het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard, of
- als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken nadat de beslissing aan u is verstuurd.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht. Als u geheel of gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, wordt het griffierecht aan u terugbetaald.