

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2008 H 178e

Datum uitspraak: 26 oktober 2010

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

A,
wonende te B, gemeente C,
klager,

tegen:

D, neuroloog,
wonende te E,
de persoon over wie geklaagd wordt,
hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 18 november 2008. Namens de arts heeft gemachtigde te E tegen de klacht verweer gevoerd, waarna is gerepliceerd en gedupliceerd. 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 31 augustus 2010. Klager is met bericht van verhindering bij brief van 11 juli 2010, met daarin een uiteenzetting althans pleitnotities voor de zitting, niet verschenen. De arts heeft zijn standpunt mondeling toegelicht en werd bijgestaan door mr. Den Hertog-De Visser voornoemd, die pleitnotities heeft overgelegd.

2. De feiten

Op 27 mei 2008 kreeg klagers dochter, verder te noemen patiënte, hevige hoofdpijn en koude rillingen. In de loop van de volgende ochtend kon zij plotseling niet meer lopen en kreeg zij moeite met ademen. Na een telefonisch verzoek van klagers echtgenote heeft de huisarts een visite afgelegd, waarna patiënte in coma raakte en na een hartstilstand werd gereanimeerd. Met een traumahelikopter werd patiënte naar het ziekenhuis gebracht, waar werd geconstateerd dat er sprake was van een meningokokkensepsis.

3. De klacht

Klager verwijt de arts dat zonder zijn toestemming is besloten om bij complicaties van patiënte niet meer te reanimeren en de afdeling IC er niet meer bij te betrekken. Volgens de artsen had klager, zonder uitspraak van de rechtbank dat klager de wettelijke vertegenwoordiger was van de meerderjarige patiënte, geen zeggenschap over haar behandeling. Dit werd bevestigd door de ziekenhuisdirectie, ziekenhuisjurist en klachtencoör-

dinator. Volgens klager is dit niet juist ingevolge artikel 7:465 lid 3 Burgerlijk Wetboek. In de brief van 11 juli 2010, waarin klager berichtte verhinderd te zijn voor de zitting van 31 augustus 2010, heeft klager de verwijten jegens de arts aangevuld.

4. Het standpunt van de arts

Patiënte was met een multipel orgaan falen op basis van een meningokokken sepsis opgenomen op de afdeling IC van 28 mei 2008 tot 19 juni 2008, waarna zij nog steeds in comateuze toestand werd overgeplaatst naar de afdeling neurologie. Van 20 juni 2008 tot 27 juni 2008 superviseerde de arts de zaalarts van deze afdeling. Bij overname op de afdeling betrof de beste motorische respons buigen op een pijnprikkel. De Glasgow coma score bedroeg E1 M4 V1. Op 23 juni 2008 sprak de arts in het bijzijn van de zaalarts met de ouders. De arts stelde een PEG-sonde voor om voldoende voeding en vochtintake te garanderen, hetgeen kan leiden tot een beter herstel. Klager gaf aan hierover te willen nadenken. De arts legde daarnaast uit dat de kansen op zelfstandig functioneren in zijn ogen zeer gering waren en dat bij hernieuwde calamiteiten de kans op herstel eigenlijk nihil zou zijn. De arts gaf aan dat hieruit naar zijn mening volgde dat reanimatie en een hernieuwde opname op de afdeling IC niet zinvol zouden zijn. Uit de non-verbale reactie van klager meende de arts te kunnen begrijpen dat klager dit begreep en hiermee instemde, waarop de niet-reanimatiebeslissing op gebruikelijke wijze in het verpleegkundig dossier is vastgelegd. Klager is tijdens de volgende gesprekken op de beslissing niet teruggekomen. Op 4 juli 2008 verzocht de secretaris van de klachtencommissie namens klager om het besluit om niet te reanimeren en niet te intuberen bij calamiteiten terug te nemen. Hieraan heeft de arts in overleg met de op dat moment behandelend neuroloog gehoor gegeven. De reden daarvan was niet dat de arts tot andere medische inzichten was gekomen, maar een poging om het vertrouwen te herstellen en in afwachting van een op dat moment reeds verzochte second opinion over het behandelbeleid.

5. De beoordeling

5.1 Voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst is toestemming nodig van een patiënt (7:450 lid 1 BW of wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)), tenzij er sprake is van een wilsonbekwame patiënt (7:465 WGBO) of een noodsituatie (7:466 WGBO) waarin toestemming niet kan worden afgewacht omdat direct moet worden ingegrepen. Patiënte was bij opname in het ziekenhuis in coma, waardoor zij niet in staat kon worden geacht tot een redelijke waardering van haar belangen althans als wilsonbekwaam beschouwd diende te worden. In dat geval dient een behandelend arts te bepalen jegens welke persoon zijn verplichtingen nagekomen moeten worden. Dit kan een door de rechter benoemde vertegenwoordiger zijn (curator of mentor) of een door een patiënt zelf schriftelijk gemachtigde, en bij gebreke daarvan een niet als zodanig benoemde vertegenwoordiger, doorgaans partner of een familielid (artikel 7:465 lid 3 BW). Wie van de familieleden dit is, is afhankelijk van de omstandigheden en door de arts te bepalen. Bij deze keuze zal de arts de feitelijke relatie tot de patiënt moeten meewegen, aangezien het er immers om gaat of het betreffende familielid ook geacht kan worden daadwerkelijk de wil van patiënte naar voren te brengen. Deze nakoming dient echter voor alles verenigbaar te zijn met de zorg van een goed hulpverlener (artikel 7:465 lid 4 BW). Dit laatste kan er in uitzonderingsgevallen toe leiden dat de wilsuiting van een vertegenwoordiger niet hoeft te worden gevolgd, indien deze kennelijk niet in het belang van de patiënt is. Aldus dient buiten een noodsituatie zonder toestemming van de vertegenwoordiger een behandeling van een wils-

onbekwame patiënt niet plaats te vinden, tenzij de zorg van een goed hulpverlener met zich meebrengt dat de patiënt toch behandeld dient te worden.

5.2 Aangezien van patiënte geen partner of andere familieleden bekend waren, lag het in dit geval voor de hand om de verplichtingen jegens haar ouders na te komen. Dit geldt ook voor het overleg over de niet-reanimatiebeslissing; een afspraak tussen de in het ziekenhuis bij de behandeling betrokkenen om in verband met een eventuele ademhalings- of circulatiestilstand geen actie te ondernemen. De afspraak tot niet-reanimeren berust in beginsel op een zelfstandig besluit van de arts op basis van alle relevante omstandigheden, zoals de aard van de ziekte en de leeftijd van een patiënt. Bij dit besluit staat de wens en het belang van de patiënt centraal. Indien reanimeren door de arts als niet zinvol wordt beschouwd althans indien geen redelijke kans van slagen aanwezig wordt geacht is geen toestemming nodig van de patiënt, maar dient de patiënt of diens vertegenwoordiger en/of familie hierover voldoende te worden geïnformeerd.

5.3 Indien de arts van oordeel is dat reanimatie medisch gezien niet kansloos is, maar het resultaat niet in het belang van een patiënt zal zijn, en de wens van de patiënt zelf vanwege wilsonbekwaamheid niet kan worden nagegaan, dient overleg plaats te vinden met de vertegenwoordiger van de patiënt. De wens van een vertegenwoordiger dient te worden gerespecteerd, tenzij de arts van oordeel is dat deze niet in het belang is van de patiënt althans in strijd met goed hulpverlenerschap.

5.4 In dit geval was de wens van patiënte niet bekend en kon deze vanwege haar comateuze toestand ook niet worden nagegaan. Het College heeft van de arts begrepen dat hij de eventuele reanimatie medisch gezien niet zinloos achtte, en kans op levensverlenging niet uitsloot, maar het resultaat van eventuele reanimatie niet in het belang van patiënte achtte.

5.5 Het College is van oordeel dat de arts op grond van de toestand waarin patiënte verkeerde in redelijkheid tot dit besluit heeft kunnen komen. Het staat vast dat patiënte in een ernstige situatie verkeerde en dat bij ontwaken uit haar coma een zelfstandig leven naar redelijke verwachting niet mogelijk zou zijn. Bij het reeds bestaande ernstige neurologische beeld zou na een calamiteit, waarbij reanimatie en opname op de IC nodig zou zijn, de te verwachten irreversibele schade groter zijn. Dat nog niet de uitslagen van alle nodige onderzoeken bekend waren, neemt niet weg dat men voorbereid diende te zijn op mogelijk zich voordoende calamiteiten. De arts heeft juist gehandeld door zijn voorgenomen beleid met klager in aanwezigheid van de zaalarts en een verpleegkundige te bespreken. Aangezien een beslissing van een arts tot niet-reanimeren door patiënten en familie daarvan in het algemeen moeilijk is te aanvaarden, mogen aan de informatieplicht en omgang van de arts met de patiënt of diens vertegenwoordiger en familie hoge eisen worden gesteld. De arts heeft toegelicht dat hij naar aanleiding van de reactie van klager concludeerde dat klager het beleid begreep en hiermee instemde. Het College acht het aannemelijk dat de communicatie van de arts op dit punt beter had gekund, door klager bijvoorbeeld uitdrukkelijk naar zijn mening te vragen. De arts had na kunnen gaan of klager de grondslag en de eventuele gevolgen van het voorgenomen beleid begrepen had en hem in de gelegenheid kunnen stellen hierover vragen te stellen. Klager heeft echter niet gesteld dat hij bezwaar heeft gemaakt tijdens de bespreking en ook niet onderbouwd welke redenen daaraan ten grondslag lagen althans dat of waarom hij het voorgestelde beleid niet in het belang of conform de wens van patiënte achtte. Dat de arts, nadat hem via de secretaris van de klachtencommissie

bekend werd dat klager hiermee niet instemde, het beleid ondanks nagenoeg gelijke medische inzichten heeft gewijzigd, kan het College in het licht van de (uitzonderlijke) omstandigheden van dit geval billijken. Gezien de aard en omvang van de discussies die tot dat moment tussen klager en de behandelend artsen over de behandelingen van patiënte hadden plaatsgevonden, was het toen in het belang van de behandeling van patiënte om de vertrouwensrelatie met klager te verbeteren.

5.6 Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat de klacht van klager zal worden afgewezen. De klachtonderdelen tegen de arts, waarmee klager zijn klacht bij repliek heeft uitgebreid, zijn door de arts gemotiveerd bestreden. De gegrondheid van ook deze klachtonderdelen is niet komen vast te staan. De overige uit de klachtonderdelen voortvloeiende verwijten zijn door klager eerst na sluiting van het vooronderzoek gepresenteerd, zodat de arts daarop niet meer behoorlijk heeft kunnen reageren en het gelet op het beginsel van goede procesorde niet gerechtvaardigd is daarop – voor zover in het vorenstaande niet is gebeurd – afzonderlijk nog te beslissen.

5.7 Het is gewenst dat aan deze uitspraak bredere bekendheid wordt gegeven. Daarom wordt op de voet van artikel 71 van de Wet BIG om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepaald dat deze beslissing zodra zij onherroepelijk is zal worden gepubliceerd.

6. De beslissing

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

Verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klacht voor zover die na sluiting van het vooronderzoek is geformuleerd;

Wijst de klacht voor het overige af.

Bepaalt dat deze beslissing zodra zij onherroepelijk is zal worden gepubliceerd in de Nederlandse Staatscourant en ter publicatie zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door: mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. R.P. Wijne, lid-jurist, W.V.M. Perquin, dr. J.W. van 't Wout en A.J.M.F. Janssen, leden-artsen, bijgestaan door mr. C.G. Versteeg, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 26 oktober 2010.

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, voorzover de klacht is afgewezen, of voorzover hij/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.