

# Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2006/166 van:

A., wonende te B., appellante, in eerste aanleg klaagster, raadvrouw: mr. H. Uhlenbroek, advocaat te Amsterdam tegen

C., internist te B., verweerder in beide instanties, raadsman: mr. E.J.C. de Jong, advocaat te Utrecht.

## 1. Verloop van de procedure

Appellante – hierna te noemen klaagster – heeft op 31 maart 2004 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen verweerder – hierna te noemen de internist – een klacht ingediend. Bij beslissing van 7 maart 2006, onder nummer 04/060 heeft dat College de klacht afgewezen en bepaald dat de beslissing zal worden gepubliceerd op de wijze in artikel 71 van de Wet BIG voorgeschreven. Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De internist heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. Klaagster heeft een door D., neuroloog verbonden aan het E. te F. opgesteld deskundigenrapport overgelegd. De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 20 maart 2007, waar partijen zijn verschenen, bijgestaan door hun raadslieden. De raadvrouw van klaagster heeft een pleitnotitie overgelegd.

## 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd:

*“De klacht heeft betrekking op de handelwijze van verweerder tegenover klaagsters moeder, mevrouw G., geboren op 12 juli 1953 en overleden op 3 november 2002, hierna patiënte te noemen.*

*De feiten.*

*Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden*

*kan van het volgende worden uitgegaan:*

*Op donderdagmiddag 24 oktober 2002 is patiënte na een tentamen suicide per ambulance binnengebracht op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van het H., hierna te noemen het ziekenhuis. Patiënte was ingestuurd door haar huisarts I.. Deze maakt in zijn verwijzing melding van een uitgebreide voorgeschiedenis. Bij binnenkomst was op de SEH niet bekend dat patiënte een verklaring inhoudende een behandelverbod had ondertekend en beschikte over andere wilsverklaringen.*

*Patiënte droeg deze verklaringen niet bij zich toen zij in het ziekenhuis aankwam. Op het SEH-formulier staat vermeld dat patiënte was gevonden door de hulp en dat zij onder de morfinopleisters (Durogesic) zat. Zij was twee dagen eerder nog gezien. Patiënte was bekend met een chronisch pijn syndroom, waarvoor haar éénmaal per week een Durogesic pleister door haar huisarts was voorgeschreven. Op de SEH is patiënte gezien door de dienstdoend arts-assistent en internist. Patiënte was niet aanspreekbaar. Zij was in comateuze toestand. In de decursus bij 24 oktober 2002 staat onder meer vermeld dat bij patiënte afscheidsbrieven en een liturgie van de uitvaart zijn aangetroffen. Patiënte is geïntubeerd, beademd en opgenomen op de afdeling Intensive Care (IC). De initiële cerebrale scan vertoonde geen afwijkingen. In de verpleegkundige status staat vermeld dat de familie is gebeld. Voorts staat vermeld dat de moeder en de zuster van patiënte in het ziekenhuis zijn geweest en dat een arts met de familie heeft gesproken.*

*Verweerder was niet bij de behandeling op de SEH betrokken. Op vrijdagochtend 25 oktober 2002 is patiënte teruggebracht tot supportieve beademing (EMV 6 + tube). In de status staat bij die dag vermeld dat de zuster en de dochter van patiënte op bezoek kwamen. Voorts staat vermeld dat familie onderling geen goed contact had. Verweerder was vanaf vrijdag 25 oktober 2002 vanaf 18.00 uur het gehele weekend bij de behandeling van patiënte betrokken. Hij is vrijdagmiddag*

*vooruitlopend op zijn weekenddienst aanwezig geweest bij de patiëntenbespreking. Verweerder heeft gesproken met de moeder van patiënte die verzocht de behandeling voort te zetten. Op zaterdag 26 oktober ontwaakte patiënte langzaam uit haar comateuze toestand. Klaagster heeft die dag in de middag de door patiënte op 5 juli 2002 ondertekende verklaringen betreffende een euthanasieverklaring, een volmacht en een behandelverbod aan verweerder overhandigd. In de volmacht stond klaagster als plaatsvervangende gevolmachtigde vermeld. J. stond als eerste gevolmachtigde en K. stond als tweede gevolmachtigde vermeld. Op de volmacht zijn wijzigingen met typex en doorhalingen aangebracht. Klaagster stond daarna vermeld als eerste plaatsvervangend gevolmachtigde. In het behandelverbod en op de euthanasieverklaring heeft patiënte ingevuld: een coma van langer dan “nog geen 1 “weken: “geen 1 dag.” Verweerder heeft die dag met de familie van patiënte gesproken. Klaagster was daarbij aanwezig. In de status heeft hij daaromtrent het volgende genoteerd:*

*“ ‘s middags verzoek moeder om door te gaan!*

*‘s avonds verzoek dochter te stoppen foto copie van verklaring wijst echter iemand anders aan als gemachtigde (zwager?). Derhalve verzoek niet gehonoreerd. Bovendien zijn er meerdere versies met doorhalingen / typex e.d. Huisarts niet in beeld.”*

*Op zondag 27 oktober 2002 werd patiënte gedetubeerd. Verweerder was vanaf maandag 28 oktober niet meer betrokken bij de behandeling van patiënte.*

*Op maandag is een psychiatrisch consult aangevraagd met als vraagstelling: “ Is patiënte wilsbekwaam?? Gaarne uw beoordeling traject na ontslag van IC”*

*In de nacht van maandag 28 oktober op dinsdag 29 oktober ging patiënte achteruit. Zij is toen weer geïntubeerd. Op dinsdag 29 oktober 2002 heeft L. patiënte gezien.*

Deze heeft in haar bevindingen onder meer het volgende vermeld:

“Patiënte is momenteel niet wilsbekwaam

Patiënte is bekend met een ernstig persoonlijkheidsstoornis en heeft in het verleden meerdere TS 'sen gedaan in het kader van haar persoonlijkheidsstoornis. Uit het dossier te ontleiden valt dat er voorafgaand aan de TS'ssen geen sprake was van een depressie. Er is in ieder geval geen sprake van een behandelbare psychiatrische aandoening en de kans op herhaling van een TS is reëel. Morgen zullen wij de situatie opnieuw beoordelen. Voor het vervolgetraject kunnen nu geen bindende uitspraken worden gedaan. Over het algemeen werkt het contraproductief om mensen met een dergelijke persoonlijkheidsstoornis op een psychiatrische afdeling op te nemen, intensieve ambulante begeleiding verdient de voorkeur.”

Patiënte is geleidelijk van de beademing afgehaald. Zij is op 31 oktober 2002 gedetubeerd. In de decursus staat bij 31 oktober onder meer nog het volgende vermeld:

“Tel contact I. (huisarts gezondheidscentrum M.) Dochters zijn bij hem geweest met euthanasieverklaring terwijl pat. hier op de ICU lag. Is afgesproken dat het in een later stadium besproken zal worden.”

Op donderdag 31 oktober heeft een gesprek plaatsgevonden met klaagster, N., jurist van de Nederlandse Vereniging Van Euthanasie (NVVE), O., als dienstdoend arts-assistent en P. als supervisor.

In de status heeft O. het volgende omtrent dit gesprek genoteerd:

“Gesprek met dochter + O. + Q. erbij geroepen omdat jurist NVVE er zonder aankondiging bijzat en behandelverbod benadrukte. Uitgelegd waarom wij gehandeld hebben zoals wij gedaan hebben.

– geboortedatum onjuist ( 12-7-53) (6-3-55)

– verklaring(en) onduidelijk

– behandeltraject al ingezet

– psych. pat. wilsbekwaam

– vervolgetraject

– (psychiater: invoeging RTG) gebeld R. niet bereikbaar

Dochter de somatische problematiek uitgelegd. Geen vragen meer over Vervolgens vragen van jurist v. NVVE met P. besproken.”

Op donderdagmiddag 31 oktober 2002 ontwikkelden zich bij patiënte diverse insulten. De MRI-scan liet uitgebreide cerebrale schade zien. De prognose was slecht. In overleg met de familie is besloten een abstinierend beleid in te zetten met pijnbestrijding. Patiënte is op zondag 3 november 2002 overleden. In een brief van S., psychiater, aan de huisarts van patiënte van 17 oktober 2002 staat vermeld dat patiënte met een zus, of zussen nauwelijks contact had en dat zij met haar twee dochters een verstoorde relatie had. Als samenvatting staat in genoemde brief het volgende vermeld:

“Kortdurende psychiatrische opname i.v.m. uitputting en mogelijk suïcidaal gedrag bij een geheel geïnvaleerde verzorgingsbehoefte en afhankelijke vrouw. Waarschijnlijk forse persoonlijkheidsproblematiek, echter niet door klinische opname te behandelen.”

Klaagster heeft bij repliek een kopie van een bladzijde van de status van patiënte overgelegd. Daarin staat vermeld dat patiënte op 29 augustus 2002 met uitputtingsklachten is gezien in het ziekenhuis. In de status staat bij die dag onder meer vermeld dat patiënte een euthanasieverklaring heeft getekend, dat zij niet meer wil, dat patiënte aangeeft niet in het ziekenhuis opgenomen te willen worden en dat zij geen behandeling wenst.

3. Het standpunt van klaagster en de klacht.

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder tegenover patiënte in zijn zorgplicht is tekort geschoten door zonder voldoende grond het behandelverbod van patiënte te negeren. Het feit dat klaagster deze klacht indient zonder ondersteuning van andere familieleden is in de visie van klaagster volstrekt irrelevant voor de vraag of klaagster wel of niet belanghebbende is. Het leven van patiënte kende meer pogingen tot zelfdoding. Deze laatste poging is door patiënte goed voorbereid. Zij heeft in de maand juli 2002 hierover telefonisch overleg gepleegd met één van de medewerkers van de NVVE. Patiënte heeft ook overleg gevoerd met de leiding van de T.-

woning, waar zij woonachtig was om te voorkomen dat zij bij een poging tot zelfdoding te vroeg zou worden gevonden. Haar huisarts was in het bezit van de wilsverklaringen van patiënte. Ook de dominee was op de hoogte van de doodswens van patiënte. Met de dominee had patiënte de liturgie van de uitvaartdienst voorbereid. Patiënte had ook afscheidsbrieven geschreven. Beide documenten bevonden zich ook bij patiënte, toen zij op de SEH werd gepresenteerd. Ondanks haar maatregelen is patiënte tegen haar wens in gevonden voordat zij aan de overdosis fentanyl of aan de daardoor veroorzaakte complicaties is overleden. Herhaaldelijk is door klaagster en/of de familie gevraagd de behandeling van patiënte te staken. Het behandelverbod was verweerder bekend. De stelling van verweerder dat de volmachtverlening onduidelijk was, omdat in deze volmacht doorhalingen waren en met typex was gewerkt faalt. Voor de werking van het behandelverbod is immers geen volmacht noodzakelijk. Klaagster heeft deze doorhalingen zelf in overleg met patiënte opgesteld. Patiënte was wilsbekwaam toen zij de verklaringen in het bijzijn van haar kinderen tekende. Verweerder heeft aangegeven dat hij pas op zaterdagmiddag 26 oktober bekend was met het bestaan van schriftelijke wilsverklaringen. In het verpleegkundig verslag wordt al op 24 oktober melding gemaakt van het bestaan van deze verklaringen. Verweerder had deze verklaringen bij de familie op kunnen en moeten vragen. Ook staat in het medisch dossier van patiënt bij 29 augustus 2002 al vermeld dat zij een euthanasieverklaring had getekend en dat zij geen behandeling wenste. Dat de huisarts patiënte heeft ingestuurd ontslaat de volgende behandelaars niet van de plicht het behandelverbod na te leven. Het standpunt dat een discutabele methode van zelfdoding moet worden opgevat als een appél voor hulp doet geen recht aan het zelfbeschikkingsrecht en de geloofwaardigheid van patiënte. De onduidelijkheid in het behandelverbod kan hoogstens hebben bestaan in de termijn van het coma. Voor het overige was de verklaring correct ingevuld en ondertekend. De Minister van Justitie heeft in zijn brief aan de Tweede Kamer (vergaderjaar 1999-2000) onder meer het volgende gesteld:

“In het geval een persoon een zelf-

moordpoging heeft ondernomen en bij deze een schriftelijke wilsverklaring wordt aangetroffen van een strekking die verijdeling van deze poging verbiedt, zal deze wilsverklaring moeten worden gerespecteerd.”

Verweerder heeft onzorgvuldig gehandeld door het behandelverbod van patiënte niet na te leven.

#### 4. Het standpunt van verweerder.

De klacht is alleen door klaagster is ingediend. Reeds eerder was gebleken dat de familie onderling verdeeld was. Patiënte had een verstoorde verhouding met haar dochters. Klaagster kan niet worden gezien als gevolmachtigde van patiënte. Verweerder vraagt zich dan ook af of klaagster kan worden aangemerkt als belanghebbende ex artikel 65 lid 1 sub a wet BIG, althans of kan worden vastgesteld dat onder deze omstandigheden met de behandeling van de klacht het door deze wet beoogde belang wordt gediend. Verweerder meent dat klaagster niet ontvankelijk dient te worden verklaard.

Patiënte was bekend in het ziekenhuis, al eerder was sprake geweest van een tentamen suïcide. Zij was door haar eigen huisarts ingestuurd. Deze had de poging van patiënte opgevat als een appél om hulp. De huisarts was kennelijk niet in het bezit van de wilsverklaringen van patiënte. Bij de presentatie van patiënte was op de SEH was sprake van een noodsituatie op basis waarvan snel handelen geboden was. Op de SEH waren de toen aanwezigen niet op de hoogte van de later naar voren gebrachte wilsverklaringen van patiënte. Pas op zaterdagmiddag 26 oktober 2002, derhalve twee dagen na de opname van patiënte op de SEH, zijn door klaagster schriftelijke verklaringen inhoudende een euthanasieverklaring, het behandelverbod en volmachten aan verweerder ter hand gesteld. De volmacht stond echter vol met doorhalingen en wijzigingen. In de volmacht stond klaagster als plaatsvervangend gevolmachtigde, en niet als eerste gevolmachtigde vermeld. Slechts één doorgekraste zin was in het handschrift van patiënte. De familie was verdeeld. De situatie was te onduidelijk om de ingrijpende beslissing om te stoppen met behandelen te kunnen nemen en om het ingezette beleid alsnog actief te wijzigen. Om aan negatieve wilsverklaringen als onderhavig behandelverbod gevolg te kunnen geven, kan en mag over de strekking hiervan geen enkele

onduidelijkheid bestaan. Dat was niet het geval. Bovendien had verweerder nog kort daarvoor met de moeder van patiënte gesproken die het tegenovergestelde beweerde van wat uit de verklaringen zou dienen te volgen. De uiterste zorgvuldigheid staat bij dergelijke keuzes voorop. Subsidiar heeft verweerder nog aangevoerd dat, zelfs als de verklaringen wél duidelijk zouden zijn geweest, in dat geval onderzocht diende te worden of patiënte ten tijde van het opstellen van de verklaringen in staat kon worden geacht tot een redelijke waardering van haar eigen belangen. Patiënte was op zaterdagmiddag al voldoende gestabiliseerd. Staken van de behandeling was op dat moment niet meer aan de orde. Het handelen van verweerder zou dan gebaseerd moeten zijn op een euthanasieverzoek. Aan de hiervoor geldende criteria was niet voldaan: het was onduidelijk of een vrijwillig en weloverwogen duurzaam verzoek kon worden vastgesteld. Zonder nader psychiatrisch onderzoek kon evenmin worden vastgesteld dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, noch kon de vraag worden beantwoord of de stervenswens niet rechtstreeks voortvloeide uit of samenhang met een psychiatrische ziekte of aandoening. Het zag er naar uit dat patiënte zou herstellen. De eerste MRI scan vertoonde geen afwijkingen. Bij patiënte bestond geen invaliderende somatische aandoening, althans geen ondraaglijk lijden. Er bestonden wel diverse psychiatrische aandoeningen.

Een weigering tot behandeling kan bij wilsonbekwaamheid voortvloeien uit een schriftelijke wilsverklaring. Dat is uitdrukkelijk vastgelegd in art. 7: 450 lid 3 BW. Dat artikel geeft echter ook aan dat een hulpverlener van zo'n schriftelijke wilsverklaring af kan wijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht. Dat was in dit geval duidelijk aan de orde. De omstandigheden waren namelijk als volgt:

– De huisarts van patiënte heeft niets vermeld over welke wilsverklaring dan ook.

– Pas op 26 oktober heeft klaagster de wilsverklaringen van patiënte aan verweerder overhandigd. Voor die tijd was verweerder niet op de hoogte van het bestaan van genoemde verklaringen. Verweerder was ook niet betrokken bij de behandeling van patiënte op de SEH en ook niet, toen zij op 29 augustus 2002 in het ziekenhuis is gezien.

– De wilsverklaringen waren zeer onduidelijk. De volmacht stond vol met doorhalingen. De betrouwbaarheid van het behandelverbod kan niet los worden gezien van de betrouwbaarheid van de wilsverklaring houdende volmachtverlening

– De familie was verdeeld. De moeder van patiënte gaf aan dat patiënte behandeld wilde worden. Patiënte had een gestoorde relatie met haar dochters. Klaagster was niet de eerste gemachtigde, maar trad wel als zodanig op. De eerste gevolmachtigden hebben aan de behandelaars niet om het staken van de behandeling gevraagd.

– Met de behandeling van patiënte was al enkele dagen eerder aangevangen, voordat verweerder door klaagster geconfronteerd werd met de wilsverklaringen.

– Indien er al sprake was van een tentamen suïcide, dan was deze slecht voorbereid en met onjuiste middelen uitgevoerd.

– De verwachting bestond dat patiënte binnen korte tijd weer zelf zou kunnen beslissen. Patiënte leed niet onder de behandeling, maar zou mogelijk wel lijden onder het staken van de behandeling. Er was geen sprake van een toestand die géén uitzicht bood op terugkeer tot een voor patiënte redelijke en waardige levensstaat. Patiënte reageerde goed op de ingezette behandeling. Het stond niet zondermeer vast dat patiënte bij stopzetten van de behandeling ook zou overlijden.

– Kennelijk bestond bij patiënte zelf ook ambivalentie, nu zij zich ook na het opstellen van de wilsverklaringen nog in augustus 2002 had laten behandelen.

Er waren derhalve voor verweerder zeer veel omstandigheden die voor hem niet tot een andere conclusie konden leiden dan dat aan het behandelverbod in ieder geval op dat moment zonder verder onderzoek geen gehoor kon worden gegeven. Van euthanasie kon uiteraard al helemaal geen sprake zijn. Verweerder hecht eraan op te merken dat hij sympathie voelt voor de situatie van klaagster en haar familie.

Verweerder is zich ervan bewust dat de toestand van patiënte en met name de periode in het ziekenhuis voor klaagster belastend moet zijn geweest. Dit neemt echter niet weg dat de keuzes van verweerder zorgvuldig zijn overwogen en dat hij naar eer en geweten

conform de professionele standaard heeft gehandeld.

5. De overwegingen van het college. Als familielid in de eerste lijn is klaagster belanghebbende in zin van de Wet BIG. Dat zij niet samen met andere familieleden klaagt en dat andere familieleden mogelijk geen of een ander oordeel hebben over het handelen van verweerder ontnemt klaagster niet haar eigen belang bij het indienen van de klacht. Het college acht klaagster derhalve ontvankelijk in haar klacht. Het gaat bij de beoordeling over de handelwijze van verweerder met name om de vraag of verweerder in zijn weekend-dienst in de gegeven omstandigheden tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door op zaterdag 26 oktober 2002, toen hij werd geconfronteerd met de wilsverklaringen van patiënte, niet in te gaan op het verzoek van klaagster het behandelverbod na te leven, althans door te besluiten de reeds ingezette behandeling op dat moment niet te beëindigen. Het college is van oordeel dat deze vraag ontkenkend moet worden beantwoord. Uitgangspunt voor de bevoegdheid van een hulpverlener om tot handelen over te gaan is dat hij daarvoor, behoudens uitzonderingen, de toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger behoeft. (art. 7: 450 BW). De autonomie van de patiënt staat voorop. Ten aanzien van patiënte deed zich een uitzondering op deze hoofdregel voor. Bij binnenkomst van patiënte op de SEH op 24 oktober was zij buiten bewustzijn en derhalve op dat moment wils- onbekwaam: aan haar kon niet worden gevraagd of zij toestemming gaf tot behandeling en zij kon niet verklaren dat zij die toestemming gaf. Patiënte was derhalve voor de behandelende artsen op de SEH die moesten beslissen of tot behandeling diende te worden overgegaan, en zo ja tot welke behandeling, een meerderjarige patiënte die niet in staat kon worden geacht tot een redelijke waardering van haar belangen bij behandeling. (art. 7: 465 BW). Niet is gebleken dat deze artsen die besloten tot behandelen bekend waren met haar wens om niet te worden behandeld. Mogelijkerwijs was in het ziekenhuis bekend dat zij enige maanden eerder een schriftelijk behandelverbod had afgegeven, maar niet is vast komen te staan dat dit op de SEH bekend was of had moeten zijn. Aangezien geen familielid als bedoeld in art. 7: 465 lid

3 BW aanwezig was, toen patiënte op de SEH werd gepresenteerd, deed zich de situatie voor van art. 7:466 BW. Daarenboven komt nog dat patiënte door haar huisarts was ingestuurd, die in zijn verwijzing ook geen vermelding had gemaakt van een behandelverbod, dan wel van wilsverklaringen. Een hulpverlener, werkzaam op de SEH, is bij binnenkomst van een patiënt in comateuze toestand, terwijl hem over die patiënt geen bijzonderheden bekend zijn, gehouden een adequate levensreddende behandeling te geven indien dat tot de mogelijkheden behoort. De aanvang van de behandeling door de arts of artsen op de SEH was daarom in overeenstemming met hun verplichtingen als arts. Verweerder was niet betrokken bij de behandeling van patiënte op de SEH. Voor de beoordeling van de handelwijze van verweerder is daarom verder uitgangspunt dat hij de op goede gronden ingezette behandeling diende voort te zetten zolang daarvoor naar de maatstaven van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts de noodzaak aanwezig was en zolang hij er niet van op de hoogte was dat patiënte een behandelverbod had getekend. Toen verweerder op zaterdagmiddag 26 oktober het behandelverbod tezamen met de euthanasieverklaring en de volmacht onder ogen kreeg, diende hij zich het volgende af te vragen:

a. zijn deze verklaringen afkomstig van patiënte en wat heeft de patiënte daarmee voor ogen gehad;

b. wat is de betekenis van het behandelverbod, nu de behandeling reeds enkele dagen geleden is ingezet.

Ad a:

Een hulpverlener die een schriftelijke verklaring onder ogen krijgt van een patiënt, en die deze verklaring niet van de patiënt zelf heeft ontvangen of van iemand van wie hij weet dat hij deze verklaring van de patiënt heeft ontvangen, dient zich ervan te vergewissen dat het geschrift afkomstig is van de patiënt. Voorts dient de hulpverlener de vraag te beantwoorden wat de betekenis is van het behandelverbod, en onder welke omstandigheden de patiënt, toen hij deze verklaring opstelde, niet behandeld wilde worden.

Ad b:

Indien eerst enige tijd nadat de behandeling is ingezet het bestaan van een behandelverbod bekend wordt, is voor

de vraag of de patiënt bedoeld heeft niet behandeld te willen worden niet meer van betekenis de situatie waarin de patiënt werd gepresenteerd – in dit geval op de SEH – en waarin besloten is tot behandeling, maar is van belang of de omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt op het moment waarop de hulpverlener kennis neemt van het behandelverbod overeenkomen met de omstandigheden die de patiënt heeft bedoeld in zijn verklaring. Gebleken is dat verweerder niet op de hoogte was van het behandelverbod van patiënte tot zaterdagmiddag 26 oktober, toen hij van klaagster het behandelverbod, de euthanasieverklaring en de volmacht ontving. Ten aanzien van het handelen van verweerder wordt in het licht hiervan het volgende overwogen. Verweerder werd die middag geconfronteerd met het behandelverbod van patiënte. Deze verklaring was tegengesteld aan de verklaring van de moeder van patiënte, die zij eerder had afgelegd tegenover verweerder. Met verweerder is het college van oordeel dat niet aanstonds en zonder meer aan het verzoek van klaagster, gebaseerd op het behandelverbod van patiënte, kon worden ingegaan, nu bekend was dat patiënte met veel familieleden een verstoorde relatie had, zonder dat het verweerder duidelijk was met wie patiënte nog wel een goede relatie had en met wie niet. Bovendien was in de volmacht een deel van de oorspronkelijk tekst doorgehaald en waren op andere plaatsen belangrijke wijzigingen met typex aangebracht, waarbij klaagster als plaatsvervangend gevolmachtigde van patiënte was vermeld. Weliswaar staat de wilsverklaring houdende volmachtverlening los van de wilsverklaring houdende het behandelverbod, doch nu beide verklaringen gelijktijdig onder ogen van verweerder werden gebracht en de volmachtverklaring serieuze vragen omtrent authenticiteit opriep, behoorde verweerder, zoals hij in het gesprek met klaagster toezegde te zullen doen, ook de niet behandelverklaring aan een nader onderzoek te onderwerpen, alvorens een onomkeerbare beslissing over de behandeling van patiënte te nemen. Daar komt nog bij dat tot dan toe noch de eerste gevolmachtigde, noch de tweede gevolmachtigde zich tot verweerder had gewend. Wel had het op de weg van verweerder gelegen om met grote voortvarendheid te onderzoeken of te laten onderzoeken of anderen,

andere hulpverleners of andere familieleden, en met name de andere gevolmachtigden met de wil van patiënte bekend waren. Verweerder heeft ten onrechte nagelaten in het weekend verdere actie te ondernemen. De stelling van verweerder dat de huisarts van patiënte wellicht in het weekeinde niet bereikbaar was, hoezeer dit juist kan zijn geweest, ontslaat verweerder in het licht van het leidende beginsel dat zoveel als mogelijk de patiënt zelf bepaalt of hij een behandeling wenst te ondergaan niet van de verplichting hierover meer duidelijkheid te verkrijgen. Niet is gebleken dat verweerder zich in het weekeinde moeite heeft getroost de wil van patiënte te achterhalen of bevestigd te krijgen, bijvoorbeeld door andere familieleden en in het bijzonder de eerste of de tweede genoemde gevolmachtigde te benaderen met die vraag. Ook had verweerder in zijn overdracht voor de daaropvolgende behandelende artsen een aantekening daarvan in de status moeten maken. Tot een tuchtrechtelijk verwijt leidt dit onder de gegeven omstandigheden echter niet. Immers, vaststaat dat door de op de SEH ingezette behandeling verbetering in de functies van patiënte was opgetreden en dat patiënte, zoals verweerder heeft aangegeven, tekenen vertoonde van terugkeer naar een bewuste situatie. Verweerder stond ook niet voor de beslissing om een behandeling aan te vangen, maar hij stond voor de veel zwaardere beslissing een op juiste gronden ingezette behandeling, die resultaat vertoonde, af te breken. Daarenboven was ook op grond van de langzame verbetering in de comateuze toestand van patiënte geenszins duidelijk dat niet (meer) behandelen ook zou leiden tot een op korte termijn te verwachten intreden van de dood van patiënte. Het behandelverbod van patiënte was op zich duidelijk en ook correct ingevuld. Echter, onder deze omstandigheden heeft verweerder ook al diende hij het behandelverbod op te vatten als de wil van patiënte om onder de omstandigheden waarin zij op de SEH werd gepresenteerd, niet behandeld te willen worden, kunnen en mogen oordelen dat niet zeker was of patiënte het behandelverbod ook beoogde in de situatie waarin zij in het weekeinde na aanvang van de behandeling verkeerde. Hij kon voorts in redelijkheid menen dat voor zover patiënte het behandelverbod ook voor die situatie beoogde goed hulpverlenerschap

met zich mee bracht dat hij van die wil van patiënte diende af te wijken, nu door de opgetreden verbetering niet vaststond dat uitvoering geven aan het behandelverbod ook de door patiënte beoogde dood op afzienbare termijn tot gevolg zou hebben. Hetgeen verweerder daartoe heeft aangevoerd levert gegronde redenen op als bedoeld in artikel 7:450 BW lid 3. Dit is een afweging van het toestemmingsvereiste tegenover gegronde redenen als bedoeld in artikel 7:450 BW derde lid, die een individuele hulpverlener in de hiervoor geschetste omstandigheden dient te maken en die hem, mits goed gemotiveerd, toekomt. Die afweging van verweerder had ook anders kunnen uitvallen ondanks de aanwezigheid van gegronde redenen om van de wil van de patiënt af te wijken, zonder dat dit zondermeer tot tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen zou hebben geleid. De hulpverlener staat in een situatie als deze voor een dilemma, waarin hem in zijn afwegingen enige ruimte moet worden gegund. Het college kan een beslissing als deze, als bedoeld in art. 7:450 lid 3, slechts marginaal toetsen, in deze zin of een redelijk bekwaam en redelijk handelend hulpverlener onder de gegeven omstandigheden tot het oordeel kan en mag komen dat hij gegronde reden heeft om van de in de schriftelijke verklaring neergelegde wil van de patiënt af te wijken. Wel dient het college vast te stellen of er objectief gezien gegronde redenen zijn die de keuze van de hulpverlener kunnen ondersteunen. Dat was hier het geval. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht ongegrond is. Verweerder 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. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt.”

### 3. Beoordeling van het hoger beroep

Het Centraal Tuchtcollege hecht bijzondere betekenis aan het gegeven dat op het moment dat de internist werd geconfronteerd met het behandelverbod, de euthanasieverklaring en de volmacht, patiënte reeds een behandeling onderging, die zodanig was aangeslagen dat het afbreken daarvan geen verantwoorde optie was.

Dat de diverse verklaringen allerlei vragen oproepen omtrent hun validiteit had op dat moment geen doorslaggevende betekenis, maar zou deze nog wel kunnen krijgen indien de conditie van patiënte weer zou verslechteren. Onder deze omstandigheden lag het op de weg van de internist om voortvarend te (doen) onderzoeken welke betekenis met het oog op toekomstige ontwikkelingen aan de verklaringen zou moeten worden gegeven. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen, was echter de actuele noodzaak om reeds in het weekeinde verdere actie te ondernemen, gericht op het achterhalen van de wil van patiënte niet zodanig groot dat gezegd kan worden dat de internist zulks ten onrechte heeft nagelaten. Uitgaande van deze kanttekening heeft de behandeling van de zaak in hoger beroep het Centraal Tuchtcollege overigens geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen. Evenals het Regionaal Tuchtcollege vindt het Centraal Tuchtcollege, om redenen aan het algemeen belang ontleend, aanleiding te bepalen dat de beslissing in deze zaak in geanonimiseerde vorm zal worden gepubliceerd. Van afzonderlijke publicatie van de beslissing in eerste aanleg wordt afgezien, nu deze integraal in de beslissing in hoger beroep is aangehaald.

### 4. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: verwerpt het beroep; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. R.A. Torrenza, voorzitter, mrs. M. Wigleven en W. Jonkers, leden-juristen, en prof. dr. J.B.L. Hoekstra en dr. J. Ferwerda, leden-beroepsgenoten, en mr. H.J. Lutgert, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 19 april

---

2007, door mr. R.A. Torrenga, in  
tegenwoordigheid van de secretaris.

*Voorzitter.*

*Secretaris.*