

ANNOTATIE

# Medisch (zinloos) handelen, soms een duivels dilemma voor betrokkenen.

*mr. C. Velink*

*Annotatie bij Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 12-01-2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:8 (GZR-2016-0186)*

## De casus

In de zaak die leidde tot de uitspraak van het CTG van 12 januari 2016 klaagde de echtgenoot van de inmiddels overleden patiënte de anesthesioloog/intensivist aan van de IC waar de patiënte opgenomen was geweest. De patiënte was in september 2007 opgenomen in verband met een gecompliceerd postoperatief verloop na een operatie aan de aortaklep. Zij lag aan de beademing. In september 2007 meende de behandelaar van de patiënte dat zij niet meer zou komen te herstellen en dat het een kwestie van tijd was wanneer zij kwam te overlijden. De behandelaar vond het medisch zinloos om de behandeling te continueren. Klager kon zich daar echter niet in vinden en besloten werd tot een second opinion waarbij nog een keer diagnostiek verricht werd. Na meerdere MDO's en aangepast beleid werd eind oktober 2007 in het MDO besloten patiënte niet meer te beademen. De aangeklaagde anesthesioloog besprak dit met klager. In verband met hevige protesten van klager werd de beslissing niet uitgevoerd en is patiënte een paar dagen later, op verzoek van klager, overgeplaatst naar de IC van een ander ziekenhuis waar zij overleed. Volgens klager had de anesthesioloog een medische fout gemaakt en had hij het leven van de patiënte willen beëindigen.

Het RTG oordeelde dat een arts niet de verplichting heeft om door te gaan met behandelen als hij op goede gronden en na zorgvuldige afweging van mening is dat handelen medisch zinloos is. Volgens het RTG was het gezamenlijke oordeel van alle betrokken behandelaars op zorgvuldige wijze tot stand gekomen en zorgvuldig vastgelegd. Ook achtte het RTG het van zorgvuldigheid getuigen dat het beleid niet was ingezet alvorens met klager te spreken. Het

CTG ging in dit oordeel naar mijn mening volledig terecht mee en wees het beroep van klager af.

### **Positieve wilsverklaringen – behandelgebod**

De uitspraak van het CTG kan worden gezien in het licht van de zogenoemde positieve wilsverklaringen. In een positieve (schriftelijke) wilsverklaring verzoekt de patiënt de arts om bepaalde handelingen uit te voeren of om een behandeling in te stellen of voort te zetten (zie ook 'Arts en schriftelijke wilsverklaringen' van de KNMG, 2002, versie 3.0). De vraag rijst of de arts te allen tijde een dergelijk verzoek van de patiënt, of in dit geval van de vertegenwoordiger van de patiënt, dient te volgen. Het antwoord luidt ontkennend. Sterker nog, er zijn situaties denkbaar waarin de arts een dergelijke wilsverklaring of een verzoek tot een handeling zelfs moet negeren.

Een arts behoort te handelen als goed hulpverlener, in overeenstemming met de voor hem geldende professionele standaard (art. 7:453 BW). Op grond van artikel 7:453 BW heeft de patiënt een op de geneeskundige behandelingsovereenkomst gegronde aanspraak op goed hulpverlenerschap gekregen, maar tegelijkertijd geeft dit de hulpverlener een afweermogelijkheid tegen de wensen en verlangens van patiënten die met de professionele standaard niet zijn te verenigen. De ruimte als individuele arts om zelf te beslissen over de behandeling is dus niet ongeclausuleerd maar wordt bepaald door de voor hem geldende professionele standaard. Uit de jurisprudentie volgt dat een arts de professionele standaard niet los mag laten, ook niet als er sprake is van druk aan de kant van de patiënt. Zelfs als de patiënt toestemming geeft, kan een afwijking van de medisch-professionele standaard niet worden gerechtvaardigd (vgl. HR 14 april 1950, *NJ* 1951/17, m.nt. Ph.A.N. Houwing).

Iets genuanceerder ligt het met een medisch zinloze behandeling. Van medisch zinloos handelen kan sprake zijn indien het handelen niet bijdraagt aan een verbetering van de medische toestand van de patiënt. De vraag óf er sprake is van medisch zinloos handelen is voorbehouden aan de arts (vgl. Rechtbank Den Bosch 29 maart 2011, ECLI:NL:RBSHE:2011:BP9894). In de rechtspraak is aanvaard dat artsen niet verplicht kunnen worden over te gaan tot medische behandelingen die geen medisch zinvol doel meer dienen (HR 28 april 1989, *TvGr* 1989, nr. 51 en Rechtbank Utrecht, 12 oktober 1999, ECLI:NL:RBUTR:1999:AA3827). Zolang een medisch zinloze behandeling niet in strijd komt met de professionele standaard, kan een arts besluiten deze behandeling – veelal op verzoek van de vertegenwoordiger van de patiënt – te geven.

In alle gevallen geldt dat de arts de patiënt of de vertegenwoordiger steeds goed moet informeren en met hem of haar moet overleggen. Dit klemmt temeer nu het vaak om ingrijpende

beslissingen gaat en de acceptatie van een ernstige ziekte of zelfs overlijden meestal niet parallel loopt aan die beslissing.

### **Negatieve wilsverklaringen – behandelverbod**

De tegenhanger van de positieve wilsverklaring of het behandelgebod is de negatieve wilsverklaring of het behandelverbod. Een bekend voorbeeld van een negatieve wilsverklaring is de ‘niet-reanimeerpenning’, waarover veel te doen is (geweest). Zolang de patiënt aanspreekbaar is en in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, brengt een negatieve wilsuiting weinig problemen met zich. De arts kan de patiënt in dat geval informeren en met hem of haar overleggen. Artikel 7:450 lid 1 BW geldt dan onverkort: zonder toestemming geen behandeling.

Lastiger wordt het als de patiënt wilsonbekwaam is; de patiënt wordt bijvoorbeeld binnengebracht op de SEH en is niet aanspreekbaar. Als op dat moment duidelijk wordt dat er sprake is van een schriftelijke negatieve wilsverklaring zal de primaire reflex moeten zijn dat er ook niet behandeld wordt. De reflex van een arts is over het algemeen echter tegenovergesteld: een arts wil behandelen.

Uitgangspunt is echter dat een negatieve wilsverklaring in beginsel moet worden opgevolgd. Alleen als er *objectief gezien* gegronde redenen zijn om te twijfelen, kan de hulpverlener de wilsverklaring aanvankelijk terzijde schuiven en zal hij onderzoek moeten doen naar de verklaring en betekenis daarvan (art. 7:450 lid 3 BW). Een gegronde reden is bijvoorbeeld aanwezig als de arts twijfelt aan de echtheid van de verklaring of aan de geldigheid ervan. In een uitspraak van het RTG Amsterdam van 7 maart 2006, welke uitspraak grotendeels is bekrachtigd door het CTG op 19 april 2007 (*Stcrt.* 2007, nr. 79, p. 20), was bijvoorbeeld bekend dat de patiënt met veel familieleden een verstoorde relatie had en was er naast een behandelverbod een volmacht welke volmacht deels was doorgehaald en waarin met Tipp-Ex belangrijke wijzigingen waren aangebracht. Het RTG oordeelde dat in deze situatie de hulpverlener de behandelverklaring aan een nader onderzoek behoorde te onderwerpen alvorens een onomkeerbare beslissing over de behandeling van patiënt te nemen. Een ander voorbeeld is de situatie waarin de verklaring al enige jaren oud is en er medische ontwikkelingen zijn die de opsteller van de verklaring niet had kunnen voorzien maar die wel kunnen bewerkstelligen dat de patiënt door toepassing van die ontwikkelingen nog jaren in een aanvaardbare conditie zou kunnen voortleven (vgl. Kamerbrief van 21 september 2010, *Kamerstukken II*, 2009/10, 29835, 57).

In een spoedsituatie is echter geen ruimte voor een onderzoek naar de echtheid, interpretatie of geldigheid van een verklaring. De arts zal zich dan al snel in een spagaat voelen en

behandeling ligt in zo'n geval op de loer. In een recent 'ethisch dilemma' in Medisch Contact merkt Van Dijk mijns inziens terecht op dat het niet mogelijk is een eenduidige richtlijn te geven voor de juiste handelwijze in een dergelijke spoedsituatie. Veel zal afhangen van de specifieke situatie. In het geval van een niet-reanimeerpenning is vooral de oorzaak van de circulatiestilstand van belang. Als voorbeeld noemt Van Dijk een verstikking in een restaurant waardoor er sprake is van circulatiestilstand. Het ligt niet voor de hand een arts tuchtrechtelijk te veroordelen als er in zo'n situatie toch wordt gereanimeerd, ondanks een niet-reanimeerpenning (*Medisch Contact* 11 februari 2016, nr. 6, p. 53).

Overigens rijst de vraag of er in dit verband ook niet een grote verantwoordelijkheid ligt bij directe familie en/of de huisarts, die over het algemeen op de hoogte zijn van het bestaan van een behandelverbod. Het zou wenselijk zijn dat patiënten met een behandelverbod überhaupt niet worden ingestuurd naar het ziekenhuis. Dit voorkomt dat de arts een lastige afweging moet maken en discussie achteraf.

### **Vertegenwoordigers**

Nog ingewikkelder wordt het als de patiënt wilsonbekwaam is en de naasten van de patiënt verschillend denken over de juiste handelwijze of zich niet kunnen vinden in het behandelplan van de arts. Als arts doe je het dan al snel verkeerd.

In artikel 7:465 BW is bepaald dat de arts ten aanzien van wilsonbekwame meerderjarige patiënten zijn verplichtingen nakomt tegenover de vertegenwoordiger van de patiënt. Hetzelfde artikel geeft ook een rangorde voor de vraag wie als vertegenwoordiger kan optreden. Bij onenigheid tussen familieleden op één niveau kan de arts bepalen wie wordt aangewezen als vertegenwoordiger. Hij zal daarbij doorgaans de keuze laten vallen op degene die naar zijn mening de belangen van de patiënt het beste kan behartigen. Wie het beste de belangen van de patiënt kan behartigen zal uiteraard afhangen van de omstandigheden. Mede bepalend kunnen bijvoorbeeld zijn de uitlatingen van de patiënt, de frequentie van bezoek aan en contact met de patiënt en de voorgeschiedenis van de patiënt. De arts doet er in ieder geval verstandig aan de keuze en de motieven voor het bepalen van de vertegenwoordiger te noteren in het dossier (zie ook KNMG richtlijn 'Voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt', 2004).

Als duidelijk is wie de vertegenwoordiger is, is de arts in beginsel gehouden de vertegenwoordiger te volgen. Dit is pas anders als het handelen van de arts in strijd komt met het goed hulpverlenerschap (zie art. 7:465 lid 4 BW). Hoewel de vertegenwoordiger gehouden is te handelen als 'een goed vertegenwoordiger' (art. 7:465 lid 5 BW) kunnen ideeën over de juiste behandeling uiteenlopen. De arts heeft in dat geval de doorslaggevende stem, mits deze

in overeenstemming is met de professionele standaard. Zo oordeelde het CTG in 2011 dat de arts in kwestie in de gegeven omstandigheden met een beroep op het goed hulpverlenerschap gerechtigd – en mogelijk zelfs gehouden – was om de uitdrukkelijke wens van de vertegenwoordigers van de patiënt *niet* te volgen. In die zaak betrof het een 19-jarige patiënte met een multipel orgaanfalen op basis van een meningokokken sepsis. Duidelijk was dat het moeilijk bleek om patiënte van de beademing te onwennen. In het MDO werd besloten dat er een indicatie was voor een tracheotomie hetgeen ook meerdere keren werd besproken met de ouders. Patiënte was inmiddels zeer oncomfortabel vanwege kokhalzen door continue prikkeling van de endotracheale tube in combinatie met een gestoorde slikreflex. De ouders stemden echter niet in met de tracheotomie. De arts besloot vervolgens toch een tracheostoma aan te brengen omdat hij de noodzaak van de behandeling uitgebreid met de familie had besproken, bij niet-ingrijpen de patiënte een essentiële behandeling zou worden onthouden en dit tevens in strijd was met de geldende protocollen. Het RTG wees de klachten van de ouders dan ook af en het CTG verwierp het beroep (CTG 26 juni 2012, ECLI:NL:CTG:2012:YG2165).

### **Tot slot**

Een arts heeft bij de behandeling van de patiënt veelal niet alleen te maken met de patiënt maar ook met zijn of haar familie. Het is daarbij soms manoeuvreren tussen de wens van de patiënt en/of de familie en de verplichting voor de arts om te handelen conform de professionele standaard. Communicatie tussen arts en patiënt resp. vertegenwoordiger van de patiënt is daarbij echter het sleutelwoord en kan een gegronde klacht voorkomen.