

uitspraak tuchtcollege

Omstreden sondevoeding

Het vertrouwen dat een patiënt of diens mentor in een arts stelt, kan van subtiele zaken afhangen. Een verkeerd optreden in NOVA, het verzuimen je ordentelijk voor te stellen en een telefoongesprek dat uit de hand loopt.

Dat alles was de voedingsbodem in onderstaande tuchtzaak. En daarna kwam het nooit meer goed tussen de familie van een meervoudig gehandicapte en diens behandelend (huis)arts. De brug was opgehaald en partijen bleven wantrouwend tegenover elkaar staan. Juist toen het hard nodig was om – in het belang van de patiënt – één lijn te trekken. Wel of geen sondevoeding bij een verzwakkende 42-jarige wilsonbekwame man. Mishandelen of behandelen? Het hele verzorgende team werd bij de besluitvorming betrokken, maar degene die namens de patiënt eigenlijk moest beslissen, diens broer en tevens mentor, werd genegeerd. Vanwege de medische noodsituatie. De broer werd er niet bij betrokken omdat zijn afwijzende mening toch al bekend zou zijn. Onterecht, aldus het regionaal tuchtcollege, dat de arts berispte. Hij had de noodsituatie noch met laboratoriumonderzoek, noch met een second opinion van een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) onderbouwd. De patiënt overleed een week nadat zijn familie hem met advocatendwang naar een andere instelling had gebracht.

Een triest einde van een totaal uit de hand gelopen behandeltraject, waarbij zowel familieleden als zorgverleners ongetwijfeld het beste voor hadden met de man die vanaf zijn geboorte ernstig meervoudig gehandicapte was.

B.V.M. Crul, arts
mr. W.P. Rijksen

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam d.d. 27 mei 2008 (ingekort redactie MC)

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 23 januari 2007 binnengekomen klacht van: A, wonende te B, klager, tegen C, arts, wonende te D, destijds werkzaam te E, verweerder.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van (...)

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden, kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klager is de broer van de in juli 2006 overleden patiënt F (geb. januari 1964), van wie bij sinds 2005 wettelijk vertegenwoordiger krachtens mentorschap was. F, die vanaf zijn geboorte ernstig meervoudig

gehandicapt was, heeft vanaf zijn zesde levensjaar tot een week voor zijn overlijden verbleven in zorginstelling G te E.

2.2 Verweerder is vanaf november 2002 gedurende twee dagen per week als (huis)arts verbonden aan G. Daarvoor heeft verweerder, vanaf 1979, als huisarts gewerkt. Vanaf februari 2006 was verweerder de behandelend (huis)arts van F.

2.3 Vanaf 1988 is bij F sprake geweest van een langzame maar gestage achteruitgang in zijn gezondheids-toestand. In de periode 1996-2006 is deze achteruitgang versneld (onder meer door een zware longontsteking in 2002, diverse valpartijen en steeds ernstiger en sneller opeenvolgende insulten).

2.4 Uit een verslag van maart 2006 van de GZ-psycholoog van G (H) blijkt dat F, in elk geval vanaf zijn verhuizing op 20 oktober 2005

naar een andere afdeling, niet goed meer eet en drinkt en ook in andere opzichten is achteruitgegaan. De psycholoog heeft twee hypothesen, 1) F heeft pijn bij het eten en 2) er is mogelijk sprake van depressiviteit. Voor beide gevallen, zo is verder te lezen, heeft 'onze huisarts' (dit is verweerder; *toev. college*) medicatie voorgesteld (maagzuurremmers en/of daarna antidepressivum). Een en ander is nog niet in gang gezet 'in afwachting van het oordeel van de AVG-arts', aldus het verslag.

2.5 Op 14 maart 2006 is F, vergezeld van klager, op consult geweest bij een arts voor verstandelijk gehandicapten (verder: AVG) I, waarbij tevens aanwezig waren de hiervoor genoemde H en een arts-ondersteunend verpleegkundige (verder: AOV), J. Tijdens dit consult is onder meer gesproken over het zeer moeizame eten van F en over de bevinding dat hij soms lijkt aan te geven pijn te hebben bij het eten. Er zijn toen (vervolg) afspraken gemaakt.

2.6 Op 18 mei 2006 heeft in het bijzijn van klager (waarbij verweerder ook aanwezig was) een evaluatie van de behandeling van F (eet/en drink-beleid) plaatsgevonden. De conclusie luidde:

'Met het huidige eet- en drinkbeleid krijgt F onvoldoende binnen. Aanvullende maatregelen zijn noodzakelijk. De situatie is acuut, nu er sprake is van uitdroging. (...) Wij stellen dan ook voor om aanvullende maatregelen te nemen om hem te helpen voldoende vocht en voeding binnen te krijgen. (...)'

Diezelfde dag heeft verweerder F ook bezocht.

2.7 Op 22 mei 2006 heeft er een team-bespreking plaatsgevonden. Direct daarna is op diezelfde dag op gezag van verweerder, tegen de wens van klager (en zijn moeder) in, bij F een neussonde ingebracht. In een brief van deze datum aan klager schrijft verweerder hierover onder meer:

'Maandag 22 mei 2006 hebben uw moeder, u en ondergetekende een gesprek gehad (...). Gesproken is over de huidige,

fysieke en mentale gesteldheid van uw broer F, waarbij de vraag van wel of geen kunstmatige voeding centraal stond. (...)

Als behandelend en verantwoordelijk arts heb ik uw moeder en u er nadrukkelijk op gewezen dat ik in het kader van de wet WGBO gehouden ben goede zorg te bieden in volstrekte overeenstemming met de zorgplicht die ik heb. Er is, naar mijn stellige overtuiging, nog geenszins sprake van een laatste levensfase die het onthouden van de noodzakelijke nutriënten rechtvaardigen. Ik heb dan ook besloten en aan u medegedeeld dat er zal worden overgegaan tot het geven van sondevoeding aan F (...). Mocht u nog behoefte hebben aan een gesprek dan ben ik hiertoe gaarne bereid.'

2.8 Op verzoek van klager heeft L, AVG, op 29 mei 2006 F bezocht in het kader van een second opinion over de behandeling met sondevoeding. L heeft hierover een rapportage gemaakt d.d. 30 mei 2006. Hij schrijft hierin onder meer:

'Tijdens de consultatie is er inmiddels gedurende een week sondevoeding gegeven. (...) Op het moment van consultatie kan ik geen definitief oordeel geven over de absolute noodzaak om de sondevoeding te starten op 22-5 en het idee dat dat geen uitstel meer zou dulden. (...) Op basis van de eenmalige consultatie kan ik geen eenduidige conclusie formu-

leren over de juistheid of onjuistheid van het geven van sondevoeding aan F. Er is in de afgelopen maanden zeker een situatie ontstaan waarbij hij onvoldoende voeding kon binnenkrijgen via de normale, orale weg. Zijn algemene toestand is verder verslechterd, waardoor hij apatischer is geworden en dreiging van decubitus ontstond. Daardoor is de gedachte aan het ondersteunen door middel van het inbrengen van een sonde te verdedigen, als de gedachte bestaat dat het verbeteren van de voedingstoestand F weer meer kansen geeft op het ervaren van zaken die goed zijn in zijn leven. De familie is er niet van te overtuigen dat dit een goede behandeling zou kunnen zijn. Er is geen vertrouwen dat een eenmaal gestarte behandeling met sondevoeding eindig zou kunnen zijn. De communicatie tussen de familie en de zorgverleners over wat de passende zorg voor F zou zijn, is vastgelopen. (...) Een middel om de communicatie op inhoud weer op gang te krijgen, kan ethisch beraad zijn, waarbij juist de waardering van de verschillende aspecten van F's leven aan orde kan komen.'

2.9-11 (...)

2.12 Op 7 juli 2006 heeft verweerder een behandelplan betreffende F opgesteld

2.13 (...)

2.14 Op 11 juli 2006 zijn klager en G overeengekomen dat dr. M, AVG, een second opinion betreffende de behandeling van F uitvoert. Op 14 juli 2006 heeft M F geobserveerd en onderzocht, en zijn bevindingen neergelegd in een rapport van juli 2006. In antwoord op de gestelde vragen vermeldt hij onder meer:

'De kwaliteit van leven van F is in de loop der jaren steeds minder geworden: hij is zijn motorische en communicatieve mogelijkheden kwijtgeraakt. (...) Genieten van eten is niet meer mogelijk. De neussonde is onaangenaam. Zijn bewustzijn is waarschijnlijk het grootste deel van de tijd uiterst beperkt. (...) Wellicht was op het beslissingsmoment het overgaan op sondevoeding noodzakelijk in het kader van goede zorg. Maar het voortzetten van de sondevoeding dient naar mijn oordeel geen zinvol medisch doel (...) Gezien de levensfase waarin F verkeert, is het uitgangspunt voor het medisch handelen mijns inziens het geven van tender loving care en het verlichten van lijden, en niet het verlengen van het leven. (...) De levensverwachting is ook afhankelijk van de behandeling van complicaties (...). De behandeling kan gericht zijn op het bestrijden van de stoornis of op het behandelen van de klachten. Hierover dienen mijns inziens afspraken gemaakt te worden. Zonder voeding via een sonde zal het overlijden binnen enkele weken optreden. (...) Een palliatief of een ander traject ingaan zonder gedeelde opvattingen is onmogelijk. Als het niet lukt om daartoe te komen, zal wellicht gezocht moeten worden naar een woonplek voor F buiten G.'

2.15 -16 (...)

2.17 In een e-mail van 19 juli 2006 van de advocaat van klager aan de raad van bestuur van G staat het navolgende:

'... Inmiddels heeft cliënt een andere instelling bereid gevonden tot opname van F, alwaar een behandelbeleid zal worden uitgevoerd dat overeenkomt met de door AVG M in zijn rapport van 16 juli 2006 geformuleerde uitgangspunten. Deze verhuizing zal hedenavond plaatsvinden. (...)'

Circadiane ritmiek

Een patiënte vindt dat haar neuroloog/psychiater zijn onderzoek heeft afgeraffeld. Hij had vooraf haar dossier niet gelezen. Bovendien besteedde hij geen aandacht aan de aanwijzingen voor een stoornis van het circadiane ritme.



Ze kreeg een 'gezondverklaring'. De behandelaar zelf zegt dat hij het dossier vooraf drie keer heeft gelezen. Op grond van de anamnese vond hij geen aanwijzingen voor een stoornis in de circadiane ritmiek. De aanvullingen van de patiënte voegt hij toe aan het dossier. Het tuchtcollege oordeelt dat de rapportage aan de eisen voldoet. Ook wat betreft de diagnose zijn de conclusies van de behandelaar voldoende onderbouwd. Het tuchtcollege verklaart de klacht dan ook ongegrond.

De inspectie selecteert en becommentarieert elke week een ongepubliceerde tuchtzaak op medischcontact.nl/tuchtzaken.

Klager en zijn moeder hebben F diezelfde avond tussen 18.00-19.00 uur bij G opgehaald en verplaatst naar zorgcentrum O te P.

2.18 (...)

2.19 Op 26 juli 2006 is F in O overleden.

3. Het standpunt van klager en de klacht

(...)

4. Het standpunt van verweerder

(...)

5. De overwegingen van het college

5.1 Het gaat in deze zaak om het navolgende: F, die vanaf zijn geboorte meervoudig gehandicapt was, is zijn gehele leven wilsonbekwaam geweest. Klager is in mei 2005 door de kantonrechter benoemd als mentor (en tevens als bewindvoerder). De mentor heeft tot taak om de immateriële belangen van de (meerderjarige) wilsonbekwame persoon te behartigen. Binnen het kader van een geneeskundige behandelovereenkomst wordt de wilsonbekwame patiënt vertegenwoordigd door diens mentor. In beginsel dient de arts over de behandeling van zijn patiënt overeenstemming te hebben met de mentor. Op grond van art. 7:466 BW is het mogelijk dat de arts zonder toestemming van de mentor een (geneeskundige) handeling verricht indien er sprake is van een nood situatie. De arts dient immers ook ten opzichte van de wilsonbekwame patiënt de zorg als een goed hulpverlener te betrachten.

5.2 (...) Uit de stukken en uit hetgeen partijen ter terechtzitting hebben toegelicht, komt het volgende beeld naar voren: toen verweerder in februari 2006 de nieuwe huisarts werd van F, is dat niet aan de mentor en/of de familie van F medegedeeld. Onweersproken heeft klager aangevoerd dat ze via een algemeen informatieblaadje vernamen dat verweerder de nieuwe huisarts was geworden. Een kennismakingsgesprek heeft niet

plaatsgevonden. In februari 2006 heeft een NOVA-uitzending plaatsgevonden over (wan)toestanden binnen G; hierbij was onder andere klager betrokken. Het eerste contact tussen klager en verweerder vond telefonisch plaats op 6 maart 2006. Beide partijen hebben ter zitting verklaard dat dat telefoongesprek 'niet lekker' verliep: (...) Volgens klager had hij na dit telefoongesprek geen vertrouwen (meer) in verweerder als huisarts van F. De verhouding tussen partijen is nadien ook alleen maar verslechterd.

5.3 Na het eerste telefonische contact is klager op eigen initiatief met F op consult geweest bij een gespecialiseerde arts voor verstandelijk gehandicaptten, AVG I. Uit de verslagen in de periode vanaf medio maart tot medio mei 2006 en de stellingen van partijen leidt het college of dat de moeilijkheden met het eten en drinken van F en diens gewichtsverlies steeds onderwerp van gesprek waren binnen de woongroep (c.q. de directe verzorgers) van F in G. Volgens verweerders verklaring ter zitting heeft hij in die periode steeds aandacht besteed aan F als hij toch in huis was voor andere patiënten, doch dit heeft hij niet in de status opgeschreven. Welke onderzoeken hij heeft verricht en wat zijn bevindingen waren, is achteraf dus niet meer te objectiveren. Uiteraard had verweerder hiervan nauwkeurig verslag moeten bijhouden, zoals hij zelf ook erkende ter zitting. Verweerder heeft in die periode ook geen contact gezocht met klager omdat F immers goed werd verzorgd, zo verklaarde verweerder ter zitting.

Dit laatste wil het college zonder meer aannemen, doch het verbaast het college dat verweerder niet eigen beweging contact heeft gezocht met klager omdat de mogelijkheid van sondevoeding, toen al wel in beeld was. Aan verweerder was toen ook al bekend dat klager en de familie van F (diens moeder en andere broer) geen voorstander waren van sondevoeding, in tegenstelling tot de directe verzorgers van F. (...)

5.4 Op (donderdag) 18 mei 2006 vindt vervolgens een eerste persoonlijk contact plaats tussen klager en verweerder tijdens een bespreking. In de huisartsenstatus staat hierover veel vermeld, in het bijzonder dat de groep die F verzorgt het beleid moet kunnen onderschrijven en dat indien dit niet het geval is, er een onwerkbaar situatie ontstaat. Verder staat er nog vermeld dat de mening van de groep op maandag 22 mei 2006 kenbaar wordt gemaakt. Uit de status blijkt verder niet dat er tot op dat moment laboratoriumonderzoek is verricht of een vochtbalans is bijgehouden om de lichamelijke conditie van F te kunnen vaststellen. Ter zitting heeft verweerder verklaard dat er toen (die donderdag en vrijdag) ook geen onderzoeken zijn verricht. Dit verbaast het college. Immers, uit de verslaglegging en de status blijkt dat de groep, en kennelijk ook verweerder, zich zorgen maakte over de lichamelijke gezondheid van F, in het bijzonder wat zijn voedingstoestand en vochtbalans was en dat de mogelijkheid van het geven van sondevoeding nu wel erg dichtbij kwam. Wetende dat de familie hier geen voorstander van was, had het op de weg van verweerder gelegen om zich in ieder geval te vergewissen van F's lichamelijke gezondheid teneinde te kunnen verifiëren dan wel te onderbouwen of zich een nood situatie zou (kunnen) voordoen. Verweerder had toen ook al een AVG in consult kunnen roepen.

5.5 Op 22 mei 2006 besluit verweerder om over te gaan tot het geven van sondevoeding. Hij heeft voordat hij hiertoe besloot een collega-huisarts gevraagd om F ook te beoordelen; een en ander staat in de status opgenomen op 22 mei 2006. Uit diens bevindingen blijkt niet dat er sprake is van een nood situatie. F is niet suf. Er is wel sprake van een matige tot slechte hydratietoestand maar vocht toedienen per infuus is niet noodzakelijk. Bloedonderzoek is niet verricht. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij klager niet heeft uitgenodigd voor de (beslissende)

bijeenkomst van 22 mei 2006, waarbij de groep zich zou uitspreken voor of tegen sondevoeding. Verweerder heeft hierover ter zitting verklaard dat hij toch wel wist wat het standpunt was van klager.

Naar het oordeel van het college heeft verweerder hiermee onjuist en verwijtbaar gehandeld. Immers, hij had zich als behandelend arts dienen te verstaan met de mentor van de wils- onbekwame patiënt, omdat hij voor de ingrijpende beslissing stond om een geneeskundige behandeling uit te voeren die mogelijk zou indruisen tegen de wil en wens van de mentor. Ten eerste is het de verantwoordelijkheid van de behandelend arts om dan aan de mentor uit te leggen waarom hij wil overgaan tot het geven van, in dit geval, sondevoeding en ten tweede is niet uit te sluiten dat, na behoorlijke uitleg, de mentor alsnog zijn toestemming geeft voor de behandeling. Om de medische noodsituatie te (kunnen) onderbouwen dient natuurlijk voorafgaand uitgebreid medisch onderzoek verricht te zijn.

(...)

5.6 Het college is er op grond van de stukken niet van overtuigd dat er op 22 mei 2006 bij F sprake was van een medische noodsituatie die noopte tot direct ingrijpen door het geven van sondevoeding. Een en ander blijkt niet uit de gegevens van het bloedonderzoek dat de volgende dag plaatsvond. De nierfunctie was normaal en het bloed was niet ingedikt (Ht 0,39, natrium 138, creatinine 53). (...) Hiervan uitgaande was er op 22 mei 2006 (net zoals op 18 mei 2006) dus nog steeds de mogelijkheid dat verweerder de behandelovereenkomst, met wederzijds goedvinden, zou beëindigen en dat er op zoek zou worden gegaan naar een andere arts dan wel een andere plek voor F.

5.7 (...)

5.8 Het sondebeleid is niet op juiste wijze geëvalueerd, al blijkt wel uit de stukken (en niet uit het medisch dossier) dat het sondebeleid regel-

matig is besproken. Voor een juiste evaluatie is nodig dat (vooraf) bekend is waaraan getoetst wordt en aan welke maatstaven (welke lichamelijke en geestelijke condities).

Hiervoor dient onder andere een behandelplan. Dat was er toen niet, maar is pas op 7 juli 2006 door verweerder opgesteld. Dat is te laat. Het had op de weg van verweerder gelegen om eerst zelf (een voorzet tot) een behandelplan op te stellen en dat dan vervolgens te bespreken met de mentor. Het ging hier immers om de behandeling van een wilsonbekwame patiënt wiens gezondheid gestaag achteruit ging en waarbij bijvoorbeeld al dan niet reanimeren besproken had moeten worden en afspraken daarover hadden moeten worden vastgelegd.

Wat dit laatste betreft staat er wel een opmerking in de status over onder 18 mei 2006 dat 'het non-reanimatiebeleid' is besproken, maar concrete afspraken hierover staan niet vermeld.

5.9 Het subonderdeel dat ziet op het inroepen van meer specialistische hulp, slaagt. Verweerder is zelf geen AVG. Volgens zijn verklaring ter zitting is er één keer per 14 dagen een AVG als consulent beschikbaar. Bij ingewikkelde zaken roept hij zelf altijd eerder hulp in van een AVG, zo verklaarde verweerder ter zitting. Het verbaast het college dat verweerder in deze casus, die verweerder zelf – terecht – omschrijft als een complexe zaak, niet eerder de hulp heeft ingeroepen van een AVG in het kader van al dan niet geven van sondevoeding. (...)

5.10-12 (...)

5.13 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is en dat verweerder heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens F en diens mentor had behoren te betrachten.

Het college maakt verweerder een ernstig verwijt ten aanzien van zijn

behandelbeleid betreffende F, (...) Dit rechtvaardigt de maatregel van een berisping op de voet van art. 48 lid 1 aanhef sub b Wet BIG.

Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is, op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege

- berispt verweerder

Bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG geheel in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Gezondheidsrecht ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 1 april 2008 door mr. R.A. Dozy, voorzitter, M.F. van Brederode-Zwart, N.A. Mensing van Charante en J. Edwards van Muijen, leden-arts, mr. Q.R.M. Falger, lid jurist, met mr. E.A.M. Driessen als secretaris, in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 27 mei 2008 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op www.medischcontact.nl.

nl. Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.