2014/447
ECLI:NL:TGZRAMS:2015:72

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2014/447

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 18 december 2014 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a g e r s,
gemachtigde mr. I.P.C. Sindram advocaat te Nijmegen,

tegen

C,
arts voor verstandelijk gehandicapten,
wonende te D,
werkzaam te D,
v e r w e e r s t e r,
gemachtigde prof. mr. J.H. Hubben te Arnhem.

1. Het verloop van de procedure
Het college heeft kennisgenomen van:
- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- de brief van verweerster binnengekomen op 4 mei 2015;
- de brief van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam gedateerd op 18 mei 2015 naar aanleiding van de brief van verweerster binnengekomen op 4 mei 2015;
- de brief van de F binnengekomen op 29 mei 2015;
- de brief van verweerster met bijlage binnengekomen op 2 juni 2015.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is ter openbare terechtzitting behandeld. Partijen waren aanwezig.
Klagers werden bijgestaan door mr. I.P.C. Sindram, advocaat te Nijmegen en verweerster door mr. J.H. Hubben, advocaat te Arnhem. Beiden raadsmannen hebben een toelichting

gegeven aan de hand van pleitnota's die aan het college en de wederpartij zijn overgelegd.

Klagers hebben ook tegen de arts G een tuchtklacht ingediend (zaaknummer 14/448). Beide zaken zijn ter zitting gelijktijdig, maar niet gevoegd behandeld. In die zaak zal afzonderlijk uitspraak worden gedaan.

2. De feiten
Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klagers zijn de ouders van H, geboren op maart 2003, overleden op 21 juni 2014.
2.2 H was geboren met een ernstige verstandelijke handicap gepaard gaande met motorische onrust. Vanaf de geboorte had H geen zuigreflex. Klagers hebben haar de eerste 10 weken gevoed door middel van 'fingerfeeding'. Het fingerfeeden ging echter steeds moeizamer.
2.3 Op 6 juni 2003 is H via de Eerste Hulp van het I (hierna: I) te J opgenomen in het K te L alwaar ze op 7 juni 2003 een neussonde kreeg voor het toedienen van vocht en voeding.
2.4 In de periode van 15 oktober 2003 tot 13 mei 2004 verbleef H afwisselend thuis bij klagers en in het kinderhospice 'M' voor respijtzorg.
2.5 H is in mei 2004 opgenomen in de zorginstelling 'F' voor mensen met een verstandelijke beperking. Daar woonde ze tot 1 februari 2014 op de locatie N, alwaar verweerster werkt als arts voor verstandelijk gehandicapten. N biedt vanuit een antroposofische visie zorg en ondersteuning aan kinderen met een verstandelijke beperking.

2.6 Klagers hebben altijd grote zorgen gehad over de toekomst van H. Klagers waren van mening dat de kwaliteit van het leven van H niet goed was en dat zij leed onder haar situatie. Op verzoek van klagers hebben er in de periode tussen H geboorte en haar opname bij N, alsook na haar opname bij voornoemde instelling, meerdere consultaties plaatsgevonden of gehoor kon worden gegeven aan de wens van klagers tot beëindiging van de kunstmatige voedingstoediening aan
H. Achtereenvolgend kwamen de deskundigen tot de volgende conclusies:

In de verwijsbrief d.d. 1 juli 2004 voor een second opinion in het O bij D, kinderarts, heeft Q, kinderneuroloog, uit het I het volgende vermeld;
"*Reeds eerder bereikte mij het verzoek van de ouders om over te gaan tot actieve levensbeëindiging vanwege het ontbreken van iedere zin in het bestaan van hun dochter. Daarop heb ik H op mijn afdeling gedurende een week geobserveerd en hebben de verpleging en artsen op consciëntieuze wijze gescoord wat er comfortabel en oncomfortabel was in het leven van H. Wij kwamen gemeenschappelijk tot consensus dat niet gesproken kan worden van een ondraaglijk lijden. H heeft weliswaar momenten van onrust, waarbij zij met de armen om zich heen maait, doch deze zijn kort, daarnaast heeft zij langere perioden van rustig zijn en comfortabel zijn.*"

P rapporteerde per brief d.d. 23 november 2004 naar aanleiding van de second opinion het volgende aan de behandelaars van H;
· *"Persoonlijk beschouw ik het verzoek van ouders om actieve levensbeëindiging als begrijpelijk en weloverwogen. Hun zorgen over een leefbaar leven voor H ondersteun ik tegen de achtergrond van het uiterst geringe ontwikkelingsperspectief en de aanwe-*

zigheid van discomfort. Ik acht het goed mogelijk dat dit discomfort een uiting is van de last die H heeft van haar afwijkingen en als zodanig kan het 'lijden' genoemd worden. Dat de ouders aangeven dat zij dit zo echt niet meer willen beschouw ik als een signaal dat alle behandelaars uiterst serieus moeten nemen.

· *H behoort tot die categorie kinderen waarbij de behandelend arts in die noodsituatie kan komen. Aanname van die noodsituatie vereist naar mijn mening wel dat het ondraaglijk lijden zo goed mogelijk wordt vastgesteld. Over het lijden wordt momenteel verschillende gedacht. De aanwezigheid van discomfort bij H wordt door allen wel (h)erkend, maar tevens bestaat de overtuiging dat nog niet alle (redelijke) behandelopties zijn benut om het op te heffen."*

In december 2004 heeft R, kinderarts in het K te L, het verzoek tot levensbeëindiging van klagers met betrekking tot H onderzocht. R kwam tot de volgende conclusie:
"Om de vraag van levensbeëindiging te kunnen beantwoorden, dient aan een aantal voorwaarden voldaan te zijn. Een zeer zwaarwegende overweging moet zijn dat er ernstig chronisch lijden is zonder kans op verbetering. Dit chronisch lijden van H kan echter niet onomstotelijk worden aangetoond. Hiermee wordt de vraag om levensbeëindiging eigenlijk direct al ontkennend beantwoord."

Naar aanleiding van poliklinische bezoek d.d. 18 januari 2005 rapporteerde van Q n aan de voorganger van verweerster het volgende:
"*Al met al heb ik geen goede gronden gevonden om mijn mening over de kwaliteit van leven te herzien. H is ernstig achtergebleven in ontwikkeling, maar maakt niet de indruk te lijden. Natuurlijk is dit niet bij een bezoek aan het spreekuur in 15 minuten vast te stellen: ik breng in herinnering dat wij H in een identieke situatie als de huidige gedurende een week dag en nacht op de afdeling hebben geobserveerd en daarbij niet tot een andere conclusie konden komen. Een dergelijke observatie werd ook door de M en later ook door N gemeld."*

2.7 In december 2004 stelde R, in het kader van het bieden van comfort, voor een percutane endoscopische gastrostomie sonde (PEG-sonde) te plaatsen om de chronische sondevoeding uit het mond keel gebied te vervangen. Voorts stelde hij voor om een niet-reanimeerverklaring op te stellen.
2.8 Tussen klagers en de medewerkers van N bestond echter geen overeenstemming over de vraag of bij H sprake was van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Dit leidde (vanaf) eind 2004/ begin 2005 tot een (ernstig) verschil van inzicht tussen klagers en de behandelaren van H over de wenselijkheid van het plaatsen van een PEG-sonde. Klagers weigerde in eerste instantie hiervoor toestemming te geven, omdat ze dit ervaren als een impliciete erkenning van Hs situatie.
2.9 In juni 2005 kreeg verweerster de behandeling van H overgedragen van haar collega G.
2.10 Medio 2007 is bij H een PEG-sonde geplaatst, nadat hiervoor toestemming was verkregen van klagers.
2.11 In september 2012 verbleef H ruim een week in het I, omdat zij aanhoudend jammerde zonder duidelijke redenen. Vanwege het emeritaat van Q werd zij behandeld door dr. S. Tijdens deze opname werd vastgesteld dat H leed aan epilepsie in de vorm van absences.

2.12 Klagers deden opnieuw een verzoek tot levensbeëindiging van S stelde als voorwaarde voor haar medewerking aan dit verzoek instemming van de vakgroep neurologie en de Medisch Ethische BeleidsCommissie (MEBC) van het I.
2.13 Op 9 november 2012 werd verweerster in het kader van voormeld verzoek van klagers gebeld door S. Hierover staat het volgende in het medisch dossier:
" *9/11/2012:S belt mij: deelt mee dat er door ouders een verzoek tot stoppen medisch zinloos handelen is gedaan enige tijd terug; ouders hebben gesprekken hierover gevoerd met T, geestelijk verzorger en S. S wil dit verzoek verder verkennen, maar staat er positief tegenover. Ik merk op dat er mogelijk sprake ook is van verstoorde hechting/rouw naar H.*

Lijden is niet motief om med.handelen te stoppen. Dit betreft uitzichtloosheid/perspectiefloosheid bestaan. Voorstel met ouders, S, T en mij gesprek te hebben op I

Ga ervan uit dat deze vraag aan rechter wordt voorgelegd; S wil dit aan med.ethische comm. I voorleggen en juridische weg niet gaan. Meld dat input als 24-uursinsteling dan zeer wezenlijk is.

Stoppen zinloos medisch handelen betekent voor H. stoppen sondevoeding en laten versterven.

Afspraak:uitnodiging volgt."

2.14 Op 20 november 2012 vond er een gesprek plaats tussen klagers, verweerster, T (geestelijk verzorgster) en S. Tijdens dit gesprek worden blijkens het medisch dossier de volgende afspraken gemaakt:
"afspraak: schriftelijke informatie over D. wordt verstuurd door mij aan S en 2de arts.
S maakt afspraak om met 2de arts naar C. te komen en H. te bezoeken.
Afstemming over opname-datum volgt (afhankelijk van med-eth.commissie (moeten vooraf aan zitting voldoende tijd hebben D. te ontmoeten)
Dat C. zich neer zal leggen bij uitspraak med.ethische commissie.
pm: peg-sonde geschiedenis"
2.15 Op 2 december 2012 schreef verweerster een verslag naar aanleiding van het verzoek van klagers om het leven van H te beëindigen. Deze notitie is zonder toestemming, en buiten medeweten van klagers, via S ingebracht bij de MEBC in het kader van het beoordelingsverzoek van klagers.
In dit verslag staat onder andere voor zover van belang het volgende:
"*Er wordt zeker onderkend bij allen dat er bij H. sprake is van multiple aandoeningen die episodisch ook tot discomfort leiden en in de toekomst ook kunnen blijven leiden. We zien ook een meisje dat zichtbaar genieten kan en interaktie aangaat met haar omgeving.*

Ik schat in dat er bij H. geen sprake is van chronische lijdensdruk; of het leven perspectiefloos genoemd mag worden in vergelijking met andere levens (en welke dan?) is niet aan mij om te beantwoorden."

Ouders ervaren dat zeker wel zo, vanaf het begin. Waarom ik zelf niet kan participeren in het verzoek van de ouders is onder meer dat ik als medicus zie dat er bij ouders

sprake is van een ongezonde hechting respectievelijk een verstoord rouwproces mbt de handicap van H.

De vraag naar perspectiefloosheid is al een ingewikkelde; als hij dan gesteld wordt door ouders die niet een gevoelsband met hun kind zijn aangegaan en ook uitingen van welbevindingen van hun kind niet als zodanig kunnen/willen ervaren, en er dus ook niet op reageren naar het kind toe, maakt dit het nog lastiger"

2.16 Op 22 januari 2013 vond de beraadslaging van de MEBC plaats. De commissie adviseerde negatief ten aanzien van het verzoek om levensbeëindiging. De commissie stelde vast dat er geen sprake was van lijden. De commissie vroeg zich bovendien af wat nu het breekpunt was om te stoppen met de sondevoeding en wat deze behandeling nu zinloos maakte. Zij waren van mening dat er op dat moment geen overtuigende argumenten waren die betrekking hadden op het belang van H om te stoppen met de sondevoeding.
2.17 In de periode maart 2013 tot september 2013 vonden er op verzoek van klagers circa zes gesprekken plaats met mevrouw U directeur F, onder ander over de wijze waarop het verslag van verweerster was aangeboden aan de MEBC, alsook over de strekking en inhoud van dit schrijven.
2.18 Op dinsdag 12 maart 2013 vond een evaluatiegesprek plaats tussen klagers, verweerster en U. U schreef naar aanleiding van de dit gesprek de volgende e-mail aan klagers:
"Beste A,
Dank voor deze mail.
Ik begrijp jullie zorg heel erg goed. Dit is absoluut niet de visie van P op de positie van ouders en ook wij willen niet dat dit nog een keer op deze wijze kan gebeuren. Zoals ik al eerder aangaf ga ik nu verder met C in gesprek.

Met vriendelijke groeten,

U"
2.19 Vervolgens schreef verweerster op 19 juni 2013 en op 12 oktober 2013 een tweetal brieven waarin zij respectievelijk haar excuus maakte voor het feit dat ze het verslag heeft geschreven en aangaf bereid te zijn de feitelijke onjuistheden in het verslag aan te passen.
2.20 Op 1 februari 2014 is H binnen P verhuisd. Vervolgens is zij op 15 juni 2014 naar huis gekomen waar alle vocht en voeding toediening is gestopt. Op 21 juni 2014 is H onder begeleiding van de huisarts, met de kinderneuroloog op de achtergrond, overleden.

3. De klacht en het standpunt van klagers
De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster:
1. Geen ruimte heeft geboden om te spreken over de grote zorgen van klagers over H. Verweerster hield klagers steeds een irreëel beeld voor;
2. Het recht van klagers op een vertrouwensrelatie met de behandelend arts van hun minderjarige dochter heeft geschonden door doelbewust buiten hun medeweten en onder strikte geheimhouding een verslag te laten inbrengen bij de MEBC, met het oogmerk de besluitvorming van de commissie te beïnvloeden;

3. In het verslag aan de MEBC diagnoses heeft gesteld en/of conclusies heeft getrokken met betrekking tot klagers die verweerster niet had mogen stellen en mogen trekken, omdat klagers daar geen toestemming voor hadden gegeven. Voorts had verweerster in het verslag bepaalde diagnoses en conclusies niet mogen noteren, omdat zij niet gebaseerd kunnen zijn op 'eigen' onderzoek. Zij heeft als AVG-arts niet de deskundigheid om dergelijke uitlatingen te doen. Verweerster heeft daarmee de integriteit en de privacy van klagers aangetast;
4. De professionele distantie uit het oog is verloren doordat ze heeft geprobeerd de commissie te beïnvloeden en door haar emotionele ontlading aan Hs bed;
5. Een onjuist – veel te rooskleurig – beeld heeft geschetst van H in het verslag aan de MEBC;
6. Heeft gehandeld zonder medeweten en ruggenspraak met haar leidinggevende of het management van de instelling, hoewel over een ingrijpend verzoek ging van klagers;
7. Er geen blijk van heeft gegeven iets van de zaak geleerd te hebben.

4. Het standpunt van verweerster
Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college
5.1 Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Het gaat daarbij om persoonlijke verwijtbaarheid van verweerster, ergo om het handelen in de periode vanaf juni 2005 tot en met 1 februari 2014 toen zij bij de behandeling van de dochter van klagers betrokken is geweest.

5.2 Het eerste klachtonderdeel betreft het verwijt dat verweerster aan klagers geen ruimte heeft geboden om met haar te praten over hun zorgen over H en dat verweerster klagers een irreëel beeld voor hield van H. Het college oordeelt hierover als volgt:

5.3 Op grond van artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek (BW) neemt de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht. Dat houdt in dat de hulpverlener moet handelen naar en in overeenstemming met de op hem/ haar rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor de hulpverlener geldende professionele standaard. Een arts kan tijdens de uitvoering van deze werkzaamheden een conflict van plichten (noodsituatie) ervaren. Dit kan een conflict betreffen tussen de plicht om te alle tijden het leven te behouden en de plicht om het lijden te verlichten. Dit kan blijkens de Handreiking van Nederlandse vereniging van artsen voor verstandelijk gehandicapten (2013) 'Omgaan met vragen om levensbeëindiging bij wilsonbekwame mensen met een verstandelijke beperking een handreiking' aan de orde zijn in situaties waarbij het lijden van een verstandelijk beperkt kind ondanks (medische) behandelingen niet kan worden verlicht en stoppen of niet starten van een behandeling geen optie is en het levenseinde niet nabij is. Het gaat in dergelijke situaties om een duurzaam, ondraaglijk en niet te verlichten lijden.

5.4 Op basis van de huidige regelgeving, jurisprudentie en normen binnen de beroepsgroep kan en mag een arts voorts alleen instemmen met en uitvoering geven aan een verzoek om levensbeëindiging wanneer hij/zij in een noodsituatie verkeert, en er aldus van overtuigd is dat het lijden van de patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is. Bovendien rust op artsen de professionele plicht om een vraag om levensbeëindiging met openheid en respect te benaderen. Een dergelijke vraag moet met andere woorden bespreekbaar zijn.

5.5 Vast staat dat tussen klagers en verweerster een groot verschil van visie en inzicht bestond over de kwaliteit van het leven van H, en daarmee over de vraag of H ondraaglijk en uitzichtloos leed. De visieverschillen tussen klagers en verweerster over Hs discomfort en kwaliteit van leven waren groot en onoverbrugbaar. Uit de overgelegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is behandeld, is echter niet gebleken dat verweerster geen oog had en/of geen ruimte bood aan klagers om hun grote zorgen over hun dochter te bespreken. Blijkens het medisch dossier was dit een terugkerend onderwerp in de gesprekken die verweerster en klagers met elkaar voerden.
Het college is dan ook van oordeel dat dit klachtonderdeel ongegrond is.

5.6 Het tweede klachtonderdeel betreft het verwijt dat verweerster zonder medeweten van klagers een schriftelijk stuk (hierna: verslag) heeft ingebracht bij de MEBC. Verweerster stelt zich op het standpunt dat het inbrengen van het verslag bij de MEBC haar niet tuchtrechtelijk kan worden verweten, omdat tussen S, klagers en verweerster was afgesproken dat collega S de hoofdbehandelaar was. Op grond van artikel 7:457 BW kan informatie zonder (expliciete) toestemming worden gedeeld met artsen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden. Bovendien verkeerde verweerster in een conflict van plichten, omdat het de verantwoordelijkheid van verweerster was om de belangen van H te bewaken. Verweerster maakte zich ernstige zorgen over de beeldopbouw van en beeldvorming over Hs situatie ten aanzien van de MEBC vanwege het feit dat de aanvankelijk gemaakte afspraken (zie 2.14) niet werden nagekomen, zoals was afgesproken.

5.7 Het college is van oordeel dat dit verweer verweerster niet kan baten. Verweerster mocht er niet zonder meer van uitgaan dat de instemming van klagers met betrekking tot het delen van informatie over H met de MEBC ook betrekking had op dit verslag. De in artikel 7:457, lid 2 BW genoemde uitzondering geldt slechts voor zover de patiënt of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger geen bezwaar heeft gemaakt tegen de gegevensverstrekking. De arts mag er in beginsel van uitgaan dat de patiënt geen bezwaar maakt tegen de gegevens verstrekking tot anders blijkt (zie KNMG richtlijnen het omgaan met medisch gegevens).

5.8 Het staat tussen klagers en verweerster niet ter discussie dat collega S werd gezien als hoofdbehandelaar. In die hoedanigheid was zij ook verantwoordelijk voor het adequaat informeren van de MEBC, zodat de commissie het verzoek van klagers om het leven van H te beëindigen kon beoordelen. Uit de overgelegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is verklaard door partijen is komen vast te staan dat het verslag rechtstreeks was geadresseerd aan de MEBC. Het was ook uitdrukkelijk de bedoeling van verweerster dat de MEBC kennis zou nemen van het verslag. Verweerster heeft het verslag zonder toestemming en/of medeweten van klagers via collega S ingebracht bij de MEBC. Het verslag is door verweerster, in tegenstelling tot de andere stukken die zij heeft overgelegd

aan de MEBC, niet ter kennisgeving aan klagers verstuurd. Verweerster heeft klagers hiervan bewust niet op de hoogte gebracht zoals is af te leiden uit de e-mailwisseling tussen S en C op 31 januari 2013.
"*Beste C,*
Het was inspannend. Ik heb nog veel met ouders gesproken. Ze zijn verdrietig maar hebben begrip.
Ik wilde je vragen of het toch niet verstandig is ze te laten weten dat je mij je persoonlijke aantekeningen (het verslag, toegevoegd RTG) *hebt gegeven zonder de inhoud te melden. Je mag dat doen.*
Dit maakt voor mij de communicatie met hen meer open.
Groet,
S"
Dit terwijl verweerster wist, of behoorde te weten, dat klagers het belangrijk vonden om kennis te nemen van alle stukken die door collega S werden overgelegd aan de MEBC. Dit was ook zo afgesproken tussen klagers, verweerster en S.
Verweerster heeft hierover verklaard dat zij het ernstige vermoeden had dat klagers geen toestemming zouden geven voor het inbrengen van het verslag bij de MEBC. Een beroep op een conflict van plichten kan verweerster niet baten ten aanzien van het verstrekken van informatie aan het MEBC via college S en zonder medeweten van klagers. Het college is van oordeel dat niet valt in te zien waarom verweerster klagers niet om toestemming had kunnen vragen, of op de hoogte had kunnen stellen van het inbrengen van het verslag bij de MEBC.
Het college is dan ook van oordeel dat verweerster klagers op de hoogte had moeten stellen van het feit dat ze het verslag inbracht en de reden hiervan. Door dit niet te doen heeft verweerster tuchtrechtelijk laakbaar gehandeld. Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

5.9 Klachtonderdelen 3 en 4 lenen zich voor een gezamenlijke behandeling, omdat beide klachtonderdelen de inhoud van het verslag betreffen.
Een behandelend arts mag volgens de KNMG-richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens 2010 met toestemming van de patiënt feitelijke medische informatie verstrekken. Deze gegevensverstrekking moet zich beperken tot antwoorden op een specifieke vraagstelling waarbij slechts relevante, feitelijke informatie wordt verstrekt. Het geven van een waardeoordeel dat een ander doel dient dan behandeling of begeleiding moet objectief en deskundig gebeuren, door een onafhankelijke arts die deskundig is op het gebied van de vraagstelling. Een diagnose wordt over het algemeen niet gezien als een waardeoordeel, een prognose over het algemeen wel. Een met medische feiten onderbouwde prognose die een behandeldoel dient, wordt doorgaans niet als waardeoordeel gezien.

5.10 *Bij het uitbrengen van een rapportage beperkt de arts zich bij het geven van oordelen en adviezen tot die aangaande de cliënt, en geeft deze geen oordelen of adviezen met betrekking tot een ander dan de cliënt. Indien het voor het doel van de rapportage noodzakelijk is over een ander dan de cliënt gegevens te verstrekken, dan beperkt de arts zich zo mogelijk tot die gegevens die hij/zij uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen (CTG 13 maart 2014 ECLI: NL: TGZCTG:2014:104).*
Voor het verstrekken van dergelijke gegevens is gerichte toestemming van betrokkene noodzakelijk. Indien de arts het noodzakelijk acht in een rapportage gegevens over een ander dan de cliënt te vermelden, die hij/zij niet uit eigen waarneming of onderzoek

heeft verkregen, dan is hij/zij daarin uiterst terughoudend en geeft steeds de bron en relevantie van de gegevens aan.

5.11 Verweerster heeft ten aanzien van het verslag naar het oordeel van het college onvoldoende terughoudendheid betracht waardoor ze de professionele distantie uit het oog heeft verloren. De informatie uit het verslag bevat (waarde)oordelen over klagers als ouders zonder dat zij hiervoor toestemming (zie ook hetgeen is overwogen in 5.8) gaven, zoals blijkt uit de volgende passage: "Dat ik als medicus zie dat er bij ouders sprake is van een ongezonde hechting respectievelijk een verstoord rouwproces mbt de handicap van H." Daarbij is verweerster blijkens de volgende frase niet binnen haar deskundigheidsgebied gebleven: "Ik veronderstel in bovenstaand schrijven geen enkele kwade trouw van ouders. Wel zie ik vanuit psychologisch perspectief sterke verdringingsmechanismen." Ook geeft verweerster in het verslag een prognose met betrekking tot de band van klagers met H, zoals blijkt uit onderstaande alinea in het verslag: "Ik verwacht niet dat de effectieve band alsnog ontstaat." In het verslag heeft zij zich eveneens niet beperkt tot feitelijke observaties: "Vanuit het standpunt van de ouders, nl. dat H. weinig bewustzijn heeft, dus ook niet kan genieten, is het te begrijpen dat in een omgeving waar het verstervingsverzoek moet worden beoordeeld het niet behulpzaam is als H er tevreden kan uitzien en en geniet."
Het college kan dan ook niet anders dan concluderen dat ook klachtonderdelen 3 en 4 gegrond zijn.

5.12 Wat betreft klachtonderdeel 5 overweegt het college als volgt:
Klagers en verweerster hadden een onoverbrugbaar verschil van inzicht over de kwaliteit van leven van H. Het verwijt van klagers dat verweerster een onjuist of te rooskleurig beeld schets van Hs in het verslag vindt echter geen steun in de overgelegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is behandeld. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.13 Klachtonderdeel 6 mist feitelijke grondslag nu niet uit de overgelegde stukken blijkt dat verweerster heeft gehandeld zonder medeweten of ruggespraak van haar toenmalig leidinggevende of medisch manager van N. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

5.14 Klachtonderdeel 7 treft evenmin doel omdat het feitelijke grondslag mist en is dus eveneens ongegrond.

5.15 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Verweerster heeft op die klachtonderdelen gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klagers had behoren te betrachten. Nu sprake is van laakbaar handelen als bedoeld in 5.8. is de maatregel van berisping passend en geboden.

6. De beslissing
Het Regionaal Tuchtcollege:
- verklaart de klachtonderdelen 2, 3 en 4 gegrond;
- legt uit dien hoofde aan verweerster de maatregel van een berisping op;
- wijst de klacht voor het overige af.
- bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt.

Aldus gewezen op 16 juni 2015 door:
mr. J. Brand, voorzitter,
K. Haasnoot, dr. N.G. Hartwig en G. Tiessens, leden-artsen,
mr. dr. R.E. van Hellemondt, lid-jurist,
mr. P.J. van Vliet als secretaris,
en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 28 juli 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.
w.g. J. Brand, voorzitter
w.g. P.J. van Vliet, secretaris