Preventie en bestrijding van infectieziekten in tuchtrechtelijk perspectief

E. Ivar van Dijk, Jos C.J. Dute en Peter B.G. ten Ham

DOEL Inzicht krijgen in de weging door de tuchtrechter van het collectieve gezondheidsbelang in de preventie en bestrijding van infectieziekten.

OPZET Descriptief retrospectief onderzoek.

METHODE Wij zochten in de elektronische archieven van de *Staatscourant* en de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg naar tuchtrechtelijke uitspraken over handelen of nalatigheid bij de preventie en bestrijding van infectieziekten.

RESULTATEN Binnen de periode 1995-2013 vonden wij 67 uitspraken die betrekking hadden op ons onderwerp. Van deze 67 tuchtzaken waren er 12 aangespannen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, 29 door de patiënt en 26 door een vertegenwoordiger of nabestaande. Bij de aangeklaagden waren 31 medisch specialisten, 12 tandartsen en 11 huisartsen. In 23 zaken legde het tuchtcollege een maatregel op, waaronder 5 doorhalingen.

CONCLUSIE Als het gaat om ernstige infectieziekten moet naar het oordeel van de tuchtrechter de zorgverlener ook rekening houden met de belangen van anderen dan de patiënt. In ziekenhuizen dient een arts-microbioloog zijn verantwoordelijkheid voor de algemene patiëntveiligheid zelfs terug te geven als hij niet aan de toepasselijke richtlijn kan voldoen. Ook valt op dat de tuchtrechter in kwesties rond vaccinatie geneigd is het gezondheidsbelang van kinderen te laten prevaleren boven het ouderlijk gezag. Een laatste opvallend punt is dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een belangrijke rol speelt als klager in tuchtzaken rond infectiepreventie.

Het tuchtrecht is een belangrijke bron voor wat de samenleving verwacht van de leden van een beroepsgroep. De professionele standaard waarvan tuchtcolleges uitgaan, wordt niet alleen gevormd door de richtlijnen van de beroepsgroep zelf, maar ook door wetgeving en jurisprudentie.

Tuchtrechtelijke uitspraken in de gezondheidszorg bevatten meestal een oordeel over het handelen van een zorgverlener in de zorg voor een individuele patiënt. De preventie en bestrijding van infectieziekten vormt hierop een uitzondering, omdat daarbij naast het belang van de individuele patiënt ook het belang van anderen een belangrijke rol speelt, namelijk bescherming tegen een mogelijke infectie.[1] Hoe gaat de zorgverlener om met dit derdenbelang, dat een collectief gezondheidsbelang is? Wij onderzochten welke afweging de tuchtrechter maakt tussen het collectieve gezondheidsbelang en het individuele belang van de patiënt.

METHODE

Wij verzamelden de digitaal beschikbare tuchtrechtelijke uitspraken over het handelen of nalaten bij de preventie en bestrijding van infectieziekten, gedaan tussen 1 januari 1995 en 1 januari 2014. Wij raadpleegden het archief van www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl voor uitspraken van 1998 tot 1 januari 2010, het archief van tuchtrecht.overheid.nl voor uitspraken vanaf 1 januari

GGD Drenthe, Assen.
Mr.drs. E.I. van Dijk, arts Maatschappij & Gezondheid infectieziektebestrijding, tevens lid Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, Zwolle.
Radboud Universiteit, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Nijmegen.
Prof.mr. J.C.J. Dute, hoogleraar Gezondheidsrecht, tevens lid Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, Zwolle.
GGD Hollands Midden.
Drs. P.B.G. ten Ham, arts Maatschappij & Gezondheid infectieziektebestrijding.
Contactpersoon: mr.drs. E.I. van Dijk (e.i.van.dijk@ggddrenthe.nl).

TABEL 1 Zoektermen, gebruikt in een onderzoek naar uitspraken van tuchtcolleges voor de gezondheidszorg inzake het handelen of nalaten bij de preventie en bestrijding van infectieziekten

categorie	zoektermen
meldingsplichtige infectieziekten	MERS-CoV, pokken, polio, SARS, virale hemorragische koorts, humane infectie dierlijk influenzavirus, difterie, pest, rabiës, tuberculose, buiktyfus, cholera, hepatitis a, hepatitis b, hepatitis c, kinkhoest, mazelen, paratyfus, rubella, STEC, shigellose, invasieve groep A streptokok, voedselinfectie, antrax, bof, botulisme, brucellose, ziekte van Creutzfeldt-Jacob, gele koorts, invasieve haemophilus influenza type B, hantavirus infectie, legionellose, leptospirose, listeriose, malaria, meningokokkenziekte, mrsa infectie, invasieve pneumokokkenziekte, psittacose, Q-koorts, tetanus, trichinose, west-nilevirus
synoniemen	rabies, hondsdolheid, tbc, rode hond, e.coli, 0157, hamburgerziekte, streptokok, streptococ, miltvuur, hib, legionella, ziekte van Weil, meningococ, meningokok, meningitis, pneumokok, pneumococ, ornithose, hersenvliesontsteking
algemene zoektermen	infectie, prikaccident, milt, splenectomie, meldplicht, ziekenhuisinfectie, Lyme, influenza, bmr, vaccinatie, resistent, infectiepreventie, onhygiënisch, steriel, soa, hiv, vaccin, brmo, esbl, wip, lci, rvp

Met de genoemde zoektermen is gezocht in de elektronische archieven van www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl, tuchtrecht.overheid.nl en de Staatscourant (zoek.officielebekendmakingen.nl/zoeken/staatscourant), die gezamenlijk de periode beslaan van 1 januari 1995 tot 1 januari 2014.

2010 en het archief van de *Staatscourant* (zoek.officielebekendmakingen.nl/zoeken/staatscourant, rubriek 'uitspraken medisch tuchtrecht') voor uitspraken vanaf 1995. Als zoektermen gebruikten wij de meldingsplichtige infectieziekten met een aantal synoniemen, plus 22 aanvullende termen (tabel 1). In zaken waarin de beklaagde beroep had ingesteld bij het centraal tuchtcollege, namen wij alleen de beslissing in beroep mee in de analyse. Uitspraken die in één zitting gedaan waren inzake klachten van meerdere klagers tegen dezelfde zorgverlener, telden wij als één uitspraak.

Na een selectie op 'handelen of nalaten bij de preventie of bestrijding van een infectieziekte' noteerden wij van iedere uitspraak de aard van het college, de aard van de klager, de beroepsgroep van de aangeklaagde, het jaar van de uitspraak, het onderwerp van de klacht, of het college de klacht gegrond of ongegrond verklaarde en de eventueel opgelegde maatregel. Een tuchtklacht bestaat vaak uit meerdere onderdelen. In dat geval onderzochten wij alleen het oordeel dat betrekking had op het geselecteerde 'handelen of nalaten'. Werd het betreffende onderdeel van de klacht ongegrond verklaard, dan negeerden wij eventuele maatregelen op grond van andere onderdelen van de klacht. Werd het betreffende onderdeel gegrond verklaard en werden ook andere onderdelen van de klacht gegrond verklaard, dan was uit het oordeel doorgaans niet op te maken in hoeverre de preventie of bestrijding van infectieziekten had meegewogen bij de opgelegde maatregel.

RESULTATEN

De zoektermen leverden in totaal 1081 tuchtzaken op. Daarvan bleven na ontdubbeling 900 unieke tuchtzaken over, die wij screenden op een klacht over het handelen of nalaten bij de preventie of bestrijding van een infectieziekte. Na deze selectie bleven er 67 tuchtzaken over. Tabel 2 geeft de kenmerken.

KLACHTEN

Van de 67 uitspraken werden er 30 gedaan door het centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg en 37 door een regionaal tuchtcollege.

Van de 67 klachten werden er 29 ingediend door een patiënt, 26 door een rechtstreeks belanghebbende zoals een vertegenwoordiger of nabestaande van de patiënt, en 12 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

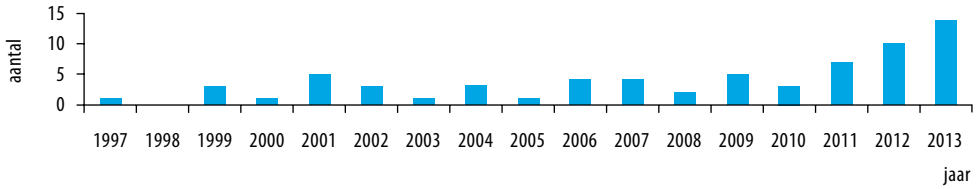
Onder de 67 aangeklaagden bevonden zich 31 medisch specialisten, 12 tandartsen, 11 huisartsen, 1 specialist ouderengeneeskunde, 1 jeugdarts, 3 bedrijfsartsen en 1 verpleegkundige. De overige 7 werden aangeduid als 'arts'.

OORDELEN EN MAATREGELEN

In 23 zaken verklaarde het tuchtcollege de klacht gegrond en legde het een maatregel op: 8 keer een waarschuwing, 7 keer een berisping, 5 keer een doorhaling, 1 keer een schorsing, 1 keer een voorwaardelijke schorsing en 1 keer een gedeeltelijke ontzegging. In 1 zaak kwam het tuchtcollege niet tot een oordeel over het onderdeel van de klacht dat betrekking had op het 'handelen of nalaten'.

BESCHOUWING

Het aantal tuchtrechtuitspraken dat betrekking heeft op het handelen of nalaten bij de preventie of bestrijding van een infectieziekte is met name sinds 2011 flink gegroeid, zoals de figuur laat zien. Opvallend is het relatief grote aantal doorhalingen in deze categorie ten opzichte van het gemiddelde van alle tuchtrechtuitspraken, namelijk 22% (5/23) versus 2-6%.



FIGUUR Jaarlijkse aantallen uitspraken van regionale en centrale tuchtcolleges die verband houden met het handelen, of nalaten daarvan, ter voorkoming of bestrijding van een infectieziekte, over de periode 1997-2013.

Bij de aangeklaagden valt het relatief grote aantal tandartsen op: zij zijn de beklaagde in 7-10% van alle tuchtrechtzaken, maar waar het gaat om de preventie of bestrijding van infectieziekten is dat 18% (12/67), twee keer zo veel.[2] Tandartsen kregen met 58% ook vaker een maatregel opgelegd dan andere beroepsgroepen (29%).

Het grootste deel van de gepubliceerde uitspraken had betrekking op algemene infectiepreventie, bijvoorbeeld het niet gebruiken van steriele materialen of een onhygiënische werkwijze. In 1 zaak achtte het tuchtcollege het incidenteel niet dragen van handschoenen bij een wondinspectie niet verwijtbaar.[3] Wél verwijtbaar achtte de tuchtrechter het structureel nalaten te voldoen aan de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (WIP), bijvoorbeeld inzake hepatitis B-vaccinatie.[4-6] De landelijke WIP-richtlijnen zijn de beroepsstandaard op het gebied van infectiepreventie. Het geringe aantal en de grote diversiteit van de onderzochte zaken beperken de mogelijkheid vergaande conclusies te trekken over de exacte toetsingsmaatstaf, maar het lijkt er niet op dat de tuchtrechter klachten inzake de preventie of bestrijding van infectieziekten anders toetst dan klachten over de individuele patiëntenzorg.

Opvallend is de actieve rol van de IGZ in het toezicht op infectiepreventie: van de 12 door de IGZ ingediende klachten gingen er 8 over dit onderwerp. Alle IGZ-klachten mondden uit in een maatregel, in 4 gevallen was dat een doorhaling. Die actieve rol blijkt alleen al daaruit dat de inspectie, die 1% van alle tuchtrechtzaken aanspant, als klager optrad in 18% van de onderzochte zaken.[2,7] Wellicht herkennen individuele patiënten nalatigheid in het kader van infectiepreventie minder snel als reden voor een potentiële tuchtklacht en valt die rol op dit gebied daarom aan de IGZ toe.

Het recht van derden op bescherming tegen infecties kwam in een aantal uitspraken expliciet aan de orde. Een van de onderzochte zaken betrof een gerepatrieerde patiënt met MRSA die als gevolg van isolatiemaatregelen niet de optimale zorg had gekregen.[8] Het belang van derden, bescherming tegen MRSA, was in dit geval niet verenigbaar met het belang van de patiënt, goede zorg. Het tuchtcollege oordeelde dat het de zorgverlener niet aan te rekenen was dat deze de WIP-richtlijn MRSA volgde, ook al ging dit enigszins ten koste van de zorg aan de patiënt, maar sprak wel zijn bezorgdheid uit over de praktische gevolgen van het MRSA-beleid. De IGZ, die de zaak onderzocht, gaf nadien aan dat de richtlijn niet hoefde te worden aangepast, maar dat de zorgverlener erop moet toezien dat de toegankelijkheid van de zorg niet wordt belemmerd.[9]

Derdenbelangen zijn ook aan de orde bij bron- en contactopsporing. Zorgverleners zijn verplicht onder omstandigheden hulp te bieden aan mensen die mogelijk aan besmetting hebben blootgestaan. Zo had een huisarts ten onrechte nagelaten de gezinsleden van een patiënt met hersenvliesontsteking op hun verzoek te informeren over het besmettingsrisico.[10] Ook de seksuele partner van een hiv-positieve patiënt heeft het recht kennis te nemen van het risico op besmetting. In deze zaak ging het regionaal tuchtcollege zelfs verder dan het standpunt van de beroepsgroep: 'Binnen de Nederlandse Vereniging van Aids-behandelaars is een visie ontwikkeld om de verantwoordelijkheid van bekendmaking primair bij de patiënt te leggen, althans te laten. Het college respecteert die visie mits bij zwaarwegende belangen van derden bedoelde verantwoordelijkheid niet uitsluitend en onvoorwaardelijk bij de patiënt komt te rusten'.[11]

Uitbraken van micro-organismen in een ziekenhuis, of zij nu resistent zijn of niet, moeten voortvarend worden bestreden. De professionele standaard ter zake is vastgelegd in de WIP-richtlijn 'Bijzonder resistente micro-organismen' (BRMO). Naar het oordeel van het tuchtcollege moet de arts-microbioloog hierin de regie nemen, vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de patiëntveiligheid als geheel: 'Indien er sprake is van een dusdanige obstructie (tegenwerking/gebrek aan aandacht voor kwaliteit en veiligheid), dient de arts-microbioloog zijn verantwoordelijkheid te nemen en op alle mogelijke (wellicht onorthodoxe) manieren de aandacht voor de noodzaak van rigoureuze maatregelen op te eisen'.[12-14] Die verantwoordelijkheid gaat ver: 'Als uiterste middel bij obstructie binnen de ziekenhuisorganisatie rest de arts-microbioloog (bij voorkeur

TABEL 2 Kenmerken van 67 tuchtzaken inzake het handelen of nalaten bij de preventie en bestrijding van infectieziekten die zijn behandeld tussen 1 januari 1995 en 1 januari 2014, geordend naar de aard van de klacht.

jaar	college	beklaagde	klager	oordeel*	omschrijving klacht
infectiepreventie					
2000	CTG	kinderarts	nabestaande	G	niet steriel inbrengen navellijn
2001	CTG	tandarts	patiënt	G	onvoldoende infectiepreventie
2001	CTG	tandarts	IGZ	G	onvoldoende infectiepreventie
2004	CTG	tandarts	IGZ	G	onvoldoende infectiepreventie
2005	CTG	anesthesioloog	patiënt	0	infectie na facetdenervatie
2006	CTG	tandarts	IGZ	G	niet voldoen aan de WIP-richtlijn
2007	CTG	plastisch chirurg	patiënt	0	onhygiënisch werken
2007	CTG	tandarts	patiënt	G	niet werken volgens de WIP-richtlijn
2008	CTG	plastisch chirurg	patiënt	0	onvoldoende hygiëne na operatie
2009	CTG	orthopeed	patiënt	0	infectie na injectie knie
2009	RTC	huisarts	IGZ	G	onvoldoende infectiepreventie
2009	RTC	chirurg	patiënt	0	slechte luchtkwaliteit operatiekamer
2009	CTG	tandarts	patiënt	0	niet-steriele naald
2010	RTC	plastisch chirurg	patiënt	0	niet-steriele werkruimte
2010	RTC	huisarts	patiënt	0	niet-steriel instrumentarium
2011	CTG	chirurg	patiënt	0	ontstaan wondinfectie
2011	CTG	arts	patiënt	0	niet-steriele prikpen
2011	CTG	gynaecoloog	IGZ	G	niet voldoen aan de WIP-richtlijn
2012	RTC	cardioloog	nabestaande	0	geïnfecteerde pacemaker
2012	RTC	bedrijfsarts	nabestaande	0	onhygiënische bloedafname
2012	RTC	cardioloog	nabestaande	0	niet steriel werken
2012	CTG	plastisch chirurg	patiënt	0	onhygiënisch werken
2012	RTC	gynaecoloog	patiënt	G	steriliteit behandelkamer voldoet niet
2012	RTC	tandarts	patiënt	0	hersenvliesontsteking na behandeling
2013	CTG	oogarts	IGZ	G	onvoldoende infectiepreventie
2013	CTG	cardioloog	IGZ	G	onvoldoende infectiepreventie
2013	RTC	tandarts	patiënt	0	onvoldoende infectiepreventie, draagt maar 1 handschoen
2013	CTG	plastisch chirurg	patiënt	0	niet steriel werken
2013	RTC	tandarts	IGZ	G	WIP-richtlijn niet voldoende uitgewerkt
2013	CTG	chirurg	nabestaande	0	postoperatieve infectie
2013	RTC	kinderarts	vertegenwoordiger	0	perinatale infectie
2013	RTC	kinderarts	vertegenwoordiger	0	perinatale infectie
2013	RTC	uroloog	nabestaande	0	niet voorkomen infectieresistente bacterie
MRSA					
2003	RTC	huisarts	nabestaande	0	nalaten test op MRSA, problemen bij opname in verband met verdenking op MRSA
2004	RTC	arts	nabestaande	0	onvoldoende zorg door MRSA-status
prikaccident					
2008	RTC	tandarts	patiënt	0	onjuiste afhandeling prikaccident medewerker
2012	RTC	bedrijfsarts	patiënt	0	hepatitis C na prikaccident
2013	RTC	arts	vertegenwoordiger	0	prikaccident kind aan naaldencontainer in spreekkamer

TABEL 2 Vervolg

jaar	college	beklaagde	klager	oordeel*	omschrijving klacht
bron- en contactopsporing					
1999	RTC	huisarts	patiënt	G	geen advies na risico op legionella
2006	RTC	internist	belanghebbende	O	niet informeren van de partner over hiv bij patiënt
2011	RTC	huisarts	vertegenwoordiger	G	geen advies over besmettingsrisico gezin bij hersenvliesontsteking
2013	RTC	arts microbioloog	IGZ	G	onzorgvuldig handelen bij uitbraak resistente bacterie
2013	RTC	arts microbioloog	IGZ	G	onzorgvuldig handelen bij uitbraak resistente bacterie
2013	RTC	arts microbioloog	IGZ	G	onzorgvuldig handelen bij uitbraak resistente bacterie
antibioticaprofylaxe					
2001	RTC	chirurg	patiënt	G	geen peroperatieve antibiotica, sepsis na ingreep
2006	RTC	chirurg	vertegenwoordiger	O	geen preoperatieve antibiotica
2009	CTG	kinderarts	nabestaande	G	te lage dosering antibioticaprofylaxe voor ouders
2011	CTG	tandarts	patiënt	O	ontoereikende antibioticaprofylaxe bij ingreep
2012	CTG	dermatoloog	patiënt	X	geen preventieve antibiotica
vaccinatie					
1997	CTG	huisarts	patiënt	O	abces na vaccinatie
2001	CTG	verpleeghuisarts	nabestaande	O	geen influenzavaccinatie, richtlijn onduidelijk
2001	CTG	jeugdarts	vertegenwoordiger	O	onjuiste vaccinatietechniek
2002	CTG	huisarts	nabestaande	O	geen volledige vaccinatie na splenectomie
2002	CTG	huisarts	nabestaande	O	geen volledige vaccinatie na splenectomie
2006	RTC	arts	IGZ	G	publieke kritiek op rijksvaccinatieprogramma
2007	RTC	huisarts	patiënt	O	weigeren influenzavaccinatie omdat patiënt geen indicatie had
2007	RTC	bedrijfsarts	patiënt	O	klachten na hepatitis B-vaccinatie
2010	RTC	arts	patiënt	O	uitstel hepatitis C-behandeling door vaccinatie
2011	CTG	huisarts	vertegenwoordiger	O	vaccinatie 13-jarige zonder toestemming ouder
2012	RTC	arts	vertegenwoordiger	G	verkeerd vaccin toegediend
2012	RTC	verpleegkundige	vertegenwoordiger	G	verkeerd vaccin toegediend
overig					
1999	RTC	arts assistent gynaecologie	vertegenwoordiger	O	infectie door uitstellen behandeling
1999	RTC	gynaecoloog	vertegenwoordiger	O	infectie door uitstellen behandeling
2002	CTG	huisarts	nabestaande	O	klacht tegen beleidsadvies over de grootte van een waarneempraktijk na overlijden aan meningitis
2004	RTC	arts	patiënt	O	wond niet zelf beoordeeld voor rapportage, ondanks infectiegevaar
2011	RTC	internist	nabestaande	O	donor positief voor CMVen EBV bij negatieve ontvanger
2013	CTG	tandarts	patiënt	G	risico op infectie door openlaten element

RTC = regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg; CTG = centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg; WIP = Werkgroep Infectiepreventie; MRSA = meticillineresistente *Staphylococcus aureus*; CMV = cytomegalovirus; EMV = Epstein-Barr-virus.

* G = gegrond verklaard; O = ongegrond verklaard; X = geen oordeel.

LEERPUNTEN

- **Er worden relatief weinig tuchtrechtzaken aangespannen naar aanleiding van de preventie en bestrijding van infectieziekten.**
- **Relatief veel tuchtrechtzaken op het gebied worden aangespannen door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en deze wordt vaak in het gelijk gesteld.**
- **Als het gaat om ernstige infectieziekten, wegen in het tuchtrecht de belangen van derden zwaar naast die van de patiënt en de zorgverlener.**
- **Artsen-microbiologen hebben een vergaande verantwoordelijkheid voor de patiëntveiligheid in het ziekenhuis en moeten die verantwoordelijkheid teruggeven als zij haar niet kunnen waarmaken.**
- **Bij vaccinaties die ernstig gevaar voor de gezondheid voorkomen, prevaleert het gezondheidsbelang van het kind boven het ouderlijk gezag, mits de indicatiestelling juist is.**

samen met de andere arts-microbiologen) weinig anders dan het teruggeven aan het ziekenhuisbestuur van dit onderdeel van zijn takenpakket, met de mededeling dat hij zijn verantwoordelijkheden ten aanzien van de patiëntveiligheid zo niet kan waarmaken'.[12-14]

Een laatste belangrijk onderwerp in de onderzochte uitspraken was vaccinatie: 18% (12/67) van de zaken ging over het toedienen van vaccinaties. Naar het oordeel van de tuchtcolleges is hierbij de indicatiestelling belangrijk: zonder indicatie mag men niet vaccineren, met indicatie moet men vaccineren. Als er gevaccineerd wordt, moet het juiste vaccin worden toegediend. In 2 zaken werden klachten die ontstaan waren na de vaccinatie niet verwijtbaar geacht.[15-16]

Een bijzonder aspect van het onderwerp vaccinatie is de spanning tussen het gezondheidsbelang van het te vaccineren kind en het belang van de ouders als gezagsdrager. Voor de vaccinatie van een kind is toestemming nodig van beide gezagsdragende ouders; vaccinaties binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) maken volgens het tuchtcollege deel uit van de medisch-professionele standaard. In een zaak waarin slechts 1 van beide ouders toestemming had gegeven, mocht de arts volgens de rechter voorbijgaan aan de weigering van de andere ouder, omdat de RVP-vaccinaties ernstig nadeel voor het kind kunnen voorkomen en omdat bovendien de 13-jarige minderjarige weloverwogen had ingestemd met vaccinatie. De zorgverlener kan dan op grond van artikel 7:450 van het Burgerlijk Wetboek (BW) zonder toestemming van de betreffende ouder tot vaccinatie overgaan.

De spanning tussen het gezondheidsbelang van het kind en het toestemmingvereiste van beide ouders kan ook buiten het tuchtrecht aan de orde komen. Ouders kunnen een civielrechtelijke procedure aanspannen om een geschil over het vaccineren van hun kind te beslechten (art. 1:253a BW) en Bureau Jeugdzorg kan de rechter om vervangende toestemming vragen voor de medische behandeling van een minderjarige jonger dan 12 jaar, als dat noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de gezondheid te voorkomen (art. 1:264 BW). Naar het oordeel van de rechter voldoet een aantal vaccinaties aan de laatstgenoemde voorwaarde, te weten RVP-vaccinaties, pneumokokkenvaccinaties, reisvaccinaties en vaccinatie tegen influenza A H1N1.[17-21] Wel zijn de rechters verdeeld over de noodzaak van de influenza A H1N1-vaccinatie. Rechtbank Groningen weigerde vervangende toestemming voor vaccinatie omdat het kind niet in de geïndiceerde risicogroep zat, en Rechtbank Zutphen weigerde in datzelfde jaar vervangende toestemming voor 2 kinderen uit de geïndiceerde groep.[22-24] In laatstgenoemde uitspraak werd het risico op een ernstig verlopende H1N1-infectie niet gezien als een ernstig gevaar voor de gezondheid. De rechtbanken van Roermond en Den Haag daarentegen wezen gelijkluidende vorderingen in het kader van influenza A H1N1-vaccinatie wel toe.[25,26]

CONCLUSIE

De tuchtrechtjurisprudentie over het handelen of nalaten in het kader van de preventie en bestrijding van infectieziekten laat zien dat de zorgverlener, naast het individuele belang van de patiënt, ook een verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van derden. De tuchtrechter verwacht dat de zorgverlener zijn verantwoordelijkheid neemt als er zwaarwegende derdenbelangen in het spel zijn.

Waar het gaat om infectiepreventie speelt de IGZ een actieve tuchtrechtelijke rol als klager.

De verantwoordelijkheid van de arts-microbioloog voor de patiëntveiligheid in ziekenhuizen reikt ver; zelfs zo ver dat hij taken op het gebied van infectiepreventie uiteindelijk moet teruggeven als hij niet kan voldoen aan de toepasselijke richtlijnen.

Bij vaccinaties laat het tuchtrecht het gezondheidsbelang van het kind prevaleren boven het ouderlijk gezag, mits de indicatiestelling juist is en de vaccinatie ernstig gevaar voor de gezondheid kan voorkómen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 25 november 2014.

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8158

> KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8158

LITERATUUR

1 Dute JCJ. De wetgeving ter bestrijding van infectieziekten [proefschrift]. Nijmegen: Ars Aequi; 1994.
2 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg en het College van Medisch Toezicht. Jaarverslagen 2008-2012 [internet]. Den Haag: Centraal Tuchtcollege; 2009-2013.
3 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak nr. 2007.287, 16 december 2008.
4 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak nr. 2006.129, 30 oktober 2007.
5 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak nr. ECLI:NL:TGZCTG:2013:58, 13 augustus 2013.
6 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak nr. 2000.258, 6 november 2001.
7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarverslagen 2009-2013 [internet]. Den Haag: IGZ; 2009-2013.
8 Tuchtcollege Amsterdam. Uitspraak van 14 september 2004. Stcrt 2004;254:1.
9 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapport 2002. Den Haag: IGZ; 2003. p. 50-1.
10 Tuchtcollege Zwolle. Uitspraak nr. ECLI:NL:TGZRZWO:2011:YG1389, 25 augustus 2011.
11 Tuchtcollege Amsterdam. Uitspraak nr. 04232.asd, 31 januari 2006.
12 Tuchtcollege Den Haag. Uitspraak nr. ECLI:NL:TGZRSGR:2013:YG2913, 14 mei 2013.
13 Tuchtcollege Den Haag. Uitspraak nr. ECLI:NL:TGZRSGR:2013:YG2914, 14 mei 2013.
14 Tuchtcollege Den Haag. Uitspraak nr. ECLI:NL:TGZRSGR:2013:YG2915, 14 mei 2013.
15 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak van 4 november 1998. Stcrt 1998;68:10.
16 Tuchtcollege Eindhoven. Uitspraak nr. 06175.ehv, 13 november 2007.
17 Rechtbank Haarlem. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBHAA:2010:BN0882, 29 juni 2010.
18 Hof Amsterdam. Uitspraak nr. ECLI:NL:GHAMS:2010:BO1064, 31 augustus 2010.
19 Hof Arnhem. Uitspraak nr. ECLI:NL:GHARN:2004:AR8769, 16 november 2004.
20 Hof Den Haag. Uitspraak nr. ECLI:NL:GHSGR:2010:BL0931, 26 januari 2010.
21 Rechtbank Haarlem. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBHAA:2005:AT4422, 15 april 2005.
22 Rechtbank Groningen. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBGRO:2009:BK7384, 25 november 2009.
23 Rechtbank Zutphen. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBZUT:2009:BK7072, 10 december 2009.
24 Rechtbank Zutphen. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBZUT:2009:BK7069, 10 december 2009.
25 Rechtbank Roermond. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBROE:2009:BK5011, 26 november 2009.
26 Rechtbank Den Haag. Uitspraak nr. ECLI:NL:RBSGR:2009:BL0577, 10 december 2009.