

schrijving van de methode en 35 casuïstische mededelingen.⁸ Negatieve uitkomsten van alternatieve geneeswijzen zouden ook consequenties moeten hebben, zoals het beëindigen van dergelijke therapieën, maar het is niet te verwachten dat aan een dergelijke onderzoeksvoorwaarde zal worden voldaan. Het lijkt mij dan ook een fundamentele misvatting te menen dat regulier en alternatief elkaar voor de rechtbank van de rede zullen ontmoeten en elkaar zullen erkennen. Daarvoor zijn hun werelden van denken en doen te verschillend.

Het mag de overheid, de ziektekostenverzekeraars of de artsen dan interesseren of alternatieve geneeswijzen wetenschappelijke erkenning vinden, maar daar gaat het niet om. Het gaat om de erkenning van de patiënt die iets zoekt wat hij of zij kennelijk in de geneeskunde van alledag niet kan vinden. Hoewel weinigen naar hun vakantiestemming willen vliegen met een paranormaal begaafde maar niet gebrevetteerde piloot of hun geld laten beleggen door een helderziende, drijven hoop en vrees vele mensen naar irrationeel gedrag en magische verwachtingen voor lijf en ziel.

Sekten, werd ons vroeger geleerd, zijn de onbetaalde rekeningen van de kerk. Alternatieve geneeswijzen weerspiegelen ook tekorten in ons medisch handelen, bij chronische ziekte en levensbedreigende aandoening. Die tekorten betreffen niet het onthouden van placebo's of wondergenezing, maar eerder de miskennis van de ziektebeleving van onze patiënten, die tijd, aandacht, maar ook eigen verantwoordelijkheid bij het omgaan met hun ziekte wensen en een context waarin deze ziektebeleving wordt begrepen. Daarbij helpt het patiënten structuur in hun bestaan te bieden, ook al is het maar door eenvoudige regels over eten en drinken, slapen en waken, bewegen en rusten. Niets is immers graauer dan door het blinde lot aan een ziekte te zijn overgeleverd en machteloos een onbegrepen en onvolledige behandeling te moeten ondergaan. In die zin bestaat er voor patiënt

en arts de fundamentele vraag wat ziekte, gezondheid en genezing of het ontbreken ervan in ieders leven betekenen.

In die fundamentele dialoog tussen geneeskunde en patiënten speelt de huisarts een belangrijke rol. Zijn beroepsgroep heeft zich in de afgelopen jaren geprofileerd en geprofessionaliseerd door grondiger opleiding, kritische toetsing en de ontwikkeling van standaarden voor het medisch handelen, dat alles gericht op de kwaliteit van zorg. In de reguliere zorg voor de patiënt met ernstige, chronische ziekte hoort troost als er weinig hoop is en hulp als de vrees groot is. Dat is een beter alternatief dan de korte baan van het placebo uit de niet-reguliere winkel van Sinkel.

LITERATUUR

- ¹ Zouwe N van der, Dam FSAM van, Aaronson NK, Hanewald GJFP. Alternatieve geneeswijzen bij kanker: omvang en achtergronden van het gebruik. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 300-6.
- ² Wolffers I, Morée S de. Gebruik van alternatieve geneeswijzen door HIV-positieven en AIDS-patiënten in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 307-10.
- ³ Ploeg HM van der, Molenaar MJ, Tiggelen CWM van. Gebruik van alternatieve behandelwijzen door patiënten met multipole sclerose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 296-9.
- ⁴ Beekman R, Oosterhuis HJGH. Gebruik van alternatieve geneeswijzen door patiënten met myasthenia gravis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138: 294-6.
- ⁵ Maassen van den Brink H. De kwantitatieve betekenis van de alternatieve geneeswijzen in de jaren tachtig. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1987.
- ⁶ Gezondheidsraad: Commissie alternatieve behandelwijzen. Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: Gezondheidsraad, 1993.
- ⁷ Kleynen J, Riet G ter, Knipschild P. Effectiviteit van alternatieve geneeswijzen: een literatuuronderzoek. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Vakgroep Epidemiologie, 1993.
- ⁸ Wiese JA. Retrospectief onderzoek naar de effectiviteit van de Moermantherapie bij kankerpatiënten. Den Haag: SDU, 1991.

Aanvaard op 27 december 1993

Alternatieve beroepsuitoefening: een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling

H.D.C.ROSCAM ABBING

Alternatieve behandelwijzen (dat wil zeggen behandeling anders dan door middel van door de medische professie in het algemeen aanvaarde methoden en normen) hebben op sommige patiënten aantrekkingskracht. Dit ondanks het feit dat vergoeding van alternatieve behandelwijzen (als niet gebruikelijk in de kring der medische beroepsgenoten) veelal niet plaatsvindt ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering. Men moet zelf de rekening betalen of zich particulier 'alternatief' verzekeren. De lasten voor de patiënt zijn evenwel niet altijd al-

Zie ook de artikelen op bl. 284, 289, 294, 296, 300, 307, 310 en 315.

leen financieel van aard. Ook schade aan de gezondheid kan een gevolg zijn van het zoeken van hulp bij alternatief georiënteerde hulpverleners, soms zelfs met de dood als gevolg.

Als er iets misgaat in de gezondheidszorg, wordt veelal de rechter ingeschakeld. Ook wordt de blik dan nogal eens gericht op de overheid: maakt zij wel voldoende gebruik van de ter beschikking staande juridische instru-

Rijksuniversiteit, Molengraaff Instituut voor Privaatrecht, Nobelstraat 2a, 3512 EN Utrecht.
Mw.prof.mr.H.D.C.Roscam Abbing.

menten om onbevoegd, onzorgvuldig, ondeskundig en onbekwaam handelen tegen te gaan? De nota Alternatieve behandelwijzen van de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) van mei 1993 geeft inzicht in de huidige taakopvatting van de overheid met betrekking tot (kwaliteit van) alternatieve behandelwijzen.¹

TUCHTRECHTELIJKE UITSPRAKEN

Uit tuchtrechtelijke uitspraken komt naar voren dat gekwalificeerde beroepsbeoefenaars die alternatieve behandelwijzen toepassen nogal eens de grenzen van de mogelijkheden daarvan uit het oog verliezen, waardoor ernstige, gezondheidsbedreigende situaties ontstaan. (Deze beschouwing is voor wat betreft 'gekwalificeerde beroepsbeoefenaar' eenvoudigheidshalve geconcentreerd op de arts; voor andere gekwalificeerde beroepsbeoefenaars geldt mutatis mutandis hetzelfde.) Voorbeelden van situaties waarin tuchtrechtelijke veroordeling plaatsvond (periode 1992-medio 1993) zijn de volgende:

– bij een patiënt bij wie zonder voldoende diagnostisch onderzoek de diagnose 'reumatoïde artritis' was gesteld, werd een niet-reguliere, wetenschappelijk niet-verantwoorde injectie-therapie ingezet. Daarbij was geen informatie verstrekt over de aard daarvan noch over mogelijke bijwerkingen; de behandelende sector was niet ingelicht. Dit leverde een berisping op;

– een maand schorsing van een basisarts was het gevolg van het afzien van het onmiddellijk in een ziekenhuis laten opnemen van een ernstig zieke patiënt. Omdat de basisarts die door een homeopaat-niet-arts te hulp was geroepen voor een 'second opinion', door was gegaan met homeopathische medicatie, was opname op een intensive care-afdeling noodzakelijk. Hoewel patiënte zelf overtuigd homeopathie-aanhangster was, had de arts volgens de rechter toch de grens overschreden van het gebied waarop homeopathische behandeling geen zin meer heeft en allopathische behandeling de voorkeur heeft;

– de rechter oordeelde het verrichten door een radioloog van elektro-acupunctuuronderzoek volgens Voll en het onderzoek aan extremiteiten, ogen en oren bij een niet naar hem verwezen patiënte, die ook niet over medische bescheiden beschikte, onvoldoende om een juiste diagnose te stellen. Omdat hierdoor de noodzakelijke therapie niet tijdig in gang was gezet, leverde dit een berisping op;

– een jaar ontzegging van de bevoegdheid werd opgelegd aan een arts die dusdanig (structureel en recidiverend) nalatig handelde, dat er sprake was van ernstige bedreiging van de gezondheid. Deze bedreiging trad op, doordat de homeopathisch arts reguliere middelen voorschreef met ernstige bijwerkingen, zonder voldoende te controleren, zonder een goede diagnose te stellen, zonder contact op te nemen met de huisarts van de patiënten en zonder dat de patiënten steeds duidelijk was dat ze niet-homeopathische middelen voorgeschreven kregen.

De voornaamste verwijten van de tuchtrechter aan ge-

kwalificeerde artsen die werken volgens alternatieve behandelwijzen, zijn: onvoldoende diagnostisch onderzoek; het niet benutten van alle mogelijkheden die de huidige stand der wetenschap geeft, alvorens alternatieve behandelwijzen toe te passen; toepassing van therapieën waarvan de waarde (nog) niet bewezen is; onvoldoende controle bij medicatie; niet inlichten van de huisarts over ingestelde medicatie; zonder overleg interveniëren in door de behandelende arts in gang gezette therapie, en te late overdracht aan het reguliere behandelcircuit.

De risico's voor de patiënt zijn nogal eens dusdanig, dat de maatregel van (tijdelijke) ontzegging van de bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen wordt opgelegd. Dit moet ook gezien worden tegen de achtergrond van het feit dat het bevoegd uitoefenen van de geneeskunst vertrouwen opwekt bij de patiënt, dat ook uitstraalt naar de alternatief handelende arts. Het zich niet houden aan de eigen verantwoordelijkheid als arts wordt hem dan extra zwaar aangerekend. De arts kan zich dan niet verschuilen achter een zogenaamde alternatieve standaard.

Niet alleen de toepassing van alternatieve behandelwijzen door gekwalificeerde artsen, maar ook verwijzing naar een alternatieve behandelaar door een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar moet de toets der kritiek kunnen doorstaan. De verwijzende arts heeft een eigen verantwoordelijkheid (culpa in eligendo) en riskeert bij overschrijding van het aanvaardbare tuchtrechtelijke vervolging.² Verwijzing naar een niet-bonafide, alternatieve behandelaar (een kwakzalver) zal tuchtrechtelijke veroordeling opleveren. Acht de behandelende arts verwijzing onverantwoord, bijvoorbeeld omdat deze een in gang gezette behandeling negatief zal beïnvloeden, dan moet hij zich daarvan onthouden.

Diagnostisch onderzoek. Vooral onvoldoende diagnostisch onderzoek kan ernstige schade aan de gezondheid tot gevolg hebben. De nota Alternatieve Behandelwijzen merkt hierover op, dat 'waar het gaat om de mate van risico verbonden aan de beroepsuitoefening, het zinvol is om binnen de behandeling een onderscheid te maken tussen de diagnose en de eigenlijke behandeling. Zo er sprake is van een risicovol element in de alternatieve zorg, is dit wellicht eerder gelegen rond het moment van diagnose. In die fase adviseert de therapeut tot een bepaalde behandeling en daarmee al of niet expliciet tot het nalaten van andere behandelingen. Het is niet ondenkbaar dat bij dit beslismoment aan een therapie met een bewezen hoge effectiviteit wordt voorbijgegaan of dat een bepaald ziektebeeld niet wordt onderkend'.

Tuchtrecht geldt voor gekwalificeerde beroepsbeoefenaars. De gepubliceerde tuchtrechtspraak biedt overigens geen volledig inzicht in eventuele nadelige effecten voor de gezondheid door handelen van alternatieve behandelaren. Zij is beperkt tot handelen door gekwalificeerde beroepsbeoefenaars waarvoor tuchtrecht is ingevoerd. Verder wordt niet van alle zaken publicatie bevolen en niet alle daarvoor in aanmerking komende klachten bereiken de tuchtrechter. De niet-gekwalificeerde alternatieve behandelaar betreedt weliswaar nog

steeds in strijd met de wet het terrein van de geneeskunst, maar is juist omdat hij niet gekwalificeerd is tuchtrechtelijk niet aan te spreken, zodat strafrechtelijk vaak niet wordt opgetreden. De in het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* vanaf 1979 gepubliceerde strafzaken rond alternatieve behandelwijzen hadden eenmaal betrekking op een arts (strafbaarheid van een apothekhoudend huisarts die niet-geregistreerde geneesmiddelen in het kader van de Moerman-therapie ter aflevering in voorraad had) en driemaal op een niet-arts: iriscopie door een niet-arts is onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst, acupunctuur door een niet-arts is strafbaar en het door een acupuncturist-niet-arts gegeven advies met insuline te stoppen, met als gevolg biochemische ontregeling, leverde zwaar lichamelijk letsel op in de zin van artikel 308 Wetboek van Strafrecht.

WET BEROEPEN IN DE INDIVIDUELE GEZONDHEIDSZORG

In het kader van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) komt de strafbaarheid bij onbevoegde uitoefening van de geneeskunst te vervallen. In navolging van het advies van de commissie-De Vreeze van 1967 wordt ruimte gecreëerd voor geneeskundige handelingen door niet-gekwalificeerden, behoudens voorbehouden handelingen (dit zijn handelingen die met het oog op de risico's die ze voor de gezondheid van de patiënt kunnen meebrengen, slechts door deskundigen verricht mogen worden). Niet-bevoegden/ondeskundigen zijn in beginsel (behalve als een opdracht door een bevoegde is gegeven) strafbaar bij het verrichten van voorbehouden handelingen. Diagnosestelling valt daar overigens buiten.

Ook al wordt in het kader van de Wet BIG formeel het verbod tot uitoefening van de geneeskunst opgeheven, omdat overtreding daarvan in de praktijk alleen tot strafvervolgning leidde bij aanmerkelijke schade of nadeel, zal materieel de Wet BIG weinig verandering brengen met betrekking tot het toepassen van alternatieve behandelwijzen. Voor niet-gekwalificeerden (dat wil zeggen degenen die niet de bevoegdheid hebben een van de in de Wet BIG opgenomen titels te voeren) blijft er repressief toezicht. Het bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander, is in de Wet BIG strafbaar gesteld. Voor diegenen die wél gekwalificeerd zijn, voor wie deze strafbaarstelling bij het kennelijk buiten de deskundigheidsgrenzen treden eveneens geldt, is ook nog tuchtrecht van toepassing.

ORDENING VAN ALTERNATIEVE BEHANDELWIJZEN NIET DOOR DE OVERHEID

Ordering van alternatieve behandelwijzen wordt ten principale overgelaten aan de eigen groepering. Een aparte erkenning van alternatieve beroepsgroepen heeft de overheid nooit voorgestaan. Directe overheidsbemoeienis is niet op zijn plaats, als de criteria voor wettelijke regeling van een beroep in het kader van de Wet

BIG niet van toepassing zijn. Die criteria zijn voor titelbescherming via registratie: behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht of aan het verlenen van zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen. Voor opleidingstitelbescherming zijn de criteria: de behoefte aan een publiekrechtelijke opleidingsregeling, aan publieksvoorlichting en aan toepassing van de regeling voor het zogenaamde functioneel zelfstandig handelen (dat wil zeggen handelen zonder toezicht of tussenkomst van de opdrachtgever). Daarbij ontbreken dus overwegingen uit hoofde van het belang van de volksgezondheid.

De patiënt heeft uiteraard belang bij kenbare waarborgen voor kwaliteit van alternatief handelen, juist indien het betreft een uit hoofde van de Wet BIG gekwalificeerde (alternatieve) beroepsbeoefenaar. Erkenning door de overheid van alternatieve behandelwijzen buiten het kader van de Wet BIG zou echter weinig andere betekenis hebben dan het door haar verlenen van een soort 'KEMA-keur' aan opleidingen en registratiesystemen. Daartoe hoeft niet te worden teruggevallen op die overheid, ook al is zij eindverantwoordelijke voor de kwaliteit van de geboden zorg.

Het 'alternatieve' veld, primair aanspreekbaar op het leveren van verantwoorde zorg, kan zelf voorzien in erkenning en toetsing. Een voordeel hiervan is dat het vrijheid biedt het onderwijs in te richten naar de eigen aard van de behandelwijze en deze te stelen op eigen filosofie. Omdat voor de patiënt vrijheid van keuze van behandelaar voorop staat, moet de patiënt wel in staat worden gesteld het kaf van het koren te scheiden. Dit is vooral van belang in geval van alternatief werkende, gekwalificeerde medische beroepsbeoefenaars, omdat de kwalificatie juist geen betrekking heeft op de alternatieve behandelwijze. Het is de taak en verantwoordelijkheid van het alternatieve veld een eigen openbaar periodiek registratiesysteem te ontwikkelen, op basis van extern toetsbare opleidingseisen, met onafhankelijke, deskundige certificering. Regels voor praktijkuitoefening (waaronder eisen met betrekking tot samenwerking met de reguliere gezondheidszorg) moeten via zogenaamd intern (verenigings)tuchtrecht aan de hand van toegespitste beroepscode getoetst kunnen worden. Het is verbazingwekkend dat van deze eigen interne ordening 12 jaar na verschijnen van het rapport van de commissie Alternatieve Geneeswijzen (zogenaamde rapport Muntendam) in 1981 op enkele uitzonderingen na nog geen sprake is.³ Het is mede daarom van belang dat het Staatstoezicht bijdraagt aan verhoging van de kenbaarheid voor het publiek, bijvoorbeeld door regelmatig te publiceren over de 'staat der alternatieve behandelwijzen' en dat, voorzover van alternatieve behandelwijzen in instellingsverband sprake is, de Kwaliteitswet Zorginstellingen van toepassing wordt verklaard.

Soms blijkt ten aanzien van alternatieve behandelaars, die niet als arts gekwalificeerd zijn, het strafrecht onvoldoende te werken als (repressief) correctiemechanisme. Dit kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door bewijsproblemen. Een optreden door de geneeskundig inspec-

teur door een civiele procedure (kort geding) te starten biedt dan evenmin een oplossing. Bestuursrechtelijk zou dit trouwens een novum zijn. De gebruikelijke (wettelijke) gang is via de strafrechter. De patiënt kan de alternatieve behandelaar in beginsel civielrechtelijk aanspreken op diens plicht te handelen als goed hulpverlener (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). In geval de grenzen van de mogelijkheden van alternatieve behandelwijzen stelselmatig worden overschreden en indien repressief toezicht onvoldoende functioneert, dan is het de wettelijke plicht van de overheid het publiek directer te beschermen. Er zullen dan toch nadere voorschriften moeten worden uitgevaardigd, bijvoorbeeld in het kader van artikel 40 Wet BIG (voor gekwalificeerde beroepsbeoefenaars die alternatieve behandelwijzen toepassen), via de toekomstige Kwaliteitswet Zorg-

instellingen of door het treffen van andere maatregelen. Dit laatst zelfs indien het afbreuk zou doen aan het in de Wet BIG neergelegde beginsel van gedeeltelijke opheffing van het verbod van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Het alternatieve veld kan dergelijke overheidsbemoeienis voorkomen door zelf orde op zaken te stellen.

LITERATUUR

- ¹ Tweede Kamer. Alternatieve behandelwijzen. Vergaderjaar 1992-1993, 23 158, nrs. 1-2. 's-Gravenhage: SDU, 1993.
- ² Oosterman-Meulenbeld AC, Visser GJ. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten. Med Contact 1992; 47: 57-8.
- ³ Commissie-Muntendam. Alternatieve geneeswijzen. Eindrapport. Med Contact 1981; 36: 190-2.

Aanvaard op 30 augustus 1993

Schadelijkheid van alternatieve geneesmiddelen nog onderbelicht

B.H.CH.STRICKER EN P.A.G.M.DE SMET

Bij alternatieve behandelwijzen kan men onderscheid maken tussen behandelwijzen die gebruik maken van als geneesmiddel aangeprezen substanties en overige behandelwijzen (bijvoorbeeld acupunctuur). Vele artsen storen zich aan de term 'geneesmiddel' als benaming voor substanties waarvan de werkzaamheid niet is aangetoond. Een dergelijk standpunt is begrijpelijk. Men dient zich echter te realiseren dat er krachtens de wetgeving van de Europese Gemeenschap (EG) sprake is van een geneesmiddel, als een stof wordt 'aangediend als hebbende therapeutische of profylactische eigenschappen met betrekking tot ziekten bij mens of dier' (het zogenaamde aandieningscriterium).

In de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de EG wordt dit aandieningscriterium ruim uitgelegd: er is ook sprake van een geneesmiddel als een stof aan mens (of dier) 'toegediend kan worden teneinde een medische diagnose te stellen of om organische functies te herstellen, te verbeteren of te wijzigen' (het zogenaamde toedieningscriterium).¹

Het gebruik van als 'alternatieve geneesmiddelen' bekend staande middelen, zoals homeopathische preparaten, kruidenmiddelen, vitaminen, mineralen en anderzootige voedingssupplementen, is niet meer uit onze samenleving weg te denken. Critici wijzen erop – onder andere de Nederlandse Vereniging tegen de Kwakzal-

Zie ook de artikelen op bl. 284, 286, 294, 296, 300, 307, 310 en 315.

verij – dat de werkzaamheid van de meeste alternatieve geneesmiddelen onvoldoende door middel van formeel wetenschappelijk onderzoek is aangetoond en dat de protagonisten van dit soort behandelwijzen weinig serieuze pogingen doen om een eventuele werkzaamheid aan te tonen. Veel voorstanders beweren daarentegen dat de door hen aanbevolen therapieën niet op de wetenschappelijk gangbare wijze te toetsen zijn en claimen op dit gebied een uitzonderingspositie. In een recent advies van de commissie Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek distantieert de Gezondheidsraad zich terecht van deze laatste zienswijze.²

De discussie rond alternatieve behandelwijzen concentreerde zich tot op heden voornamelijk op het al dan niet aantoonbaar zijn van de werkzaamheid en op de vraag of – en zo ja hoe – deze behandelwijzen vergoed dienen te worden. Helaas realiseert men zich vaak onvoldoende dat een aantal alternatieve geneesmiddelen schadelijk kan zijn, zodat bij afwezigheid van een aangetoonde werking de balans werkzaamheid-schadelijkheid uitermate ongunstig is. Een ongunstige balans bij de reguliere geregistreerde geneesmiddelen – waarvan de werkzaamheid (zij het niet altijd de klinische relevantie) in feite altijd is aangetoond – leidt soms tot gechargeerde negatieve reacties in de media, maar ten aanzien van de alternatieve geneesmiddelen blijft dit aspect vaak zeer onderbelicht. Ook de eerdergenoemde commissie van de Gezondheidsraad geeft dit punt onvoldoende aandacht.

Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen, Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

Dr.B.H.Ch.Stricker, inspecteur van de volksgezondheid.

Geneesmiddelen Informatiecentrum, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Den Haag.

Dr.P.A.G.M.de Smet, apotheker.

Correspondentie-adres: dr.B.H.Ch.Stricker.