

literatuur

- ¹ Heckers S, Anick D, Boverman JF, Stern TA. Priapism following olanzapine administration in a patient with multiple sclerosis. *Psychosomatics* 1998;39:288-90.
- ² Slob AK, Vink CW, Moors JPC, Everaerd E. Seksuologie voor de arts. Alphen aan den Rijn: Samsom Stafleu, 1987;2:2:63.
- ³ Rasenberg EIJ, Jager GJ, Meuleman EJH. 'High-flow'-priapisme: een zeldzame, goed behandelbare aandoening met uitstekende prognose. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:835-9.
- ⁴ Moleman P. Praktische psychofarmacologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- ⁵ Stahl SM. Psychopharmacology of antidepressants. Londen: Dunitz, 1997.
- ⁶ Bertholon F, Krajewski Y, el Allali A. Effet détonant: priapisme sous paroxetine. *Ann Med Psychol (Paris)* 1996;154:145-6.
- ⁷ Meinhardt W, Ottervanger JP, Lycklama à Nijeholt AAB, Zwartendijk J. Erectiestoornissen en priapisme door geneesmiddelen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995;139:1871-3.
- ⁸ Hemert AM van, Meinhardt W, Moehadjir D, Kropman RF. Recurrent priapism as a side effect of zuclopenthixol decanoate. *Int Clin Psychopharmacol* 1995;10:199-200.
- ⁹ Jonghe F de, Swinkels J. Antidepressiva 1998. Amsterdam: Synthesis, 1998.
- ¹⁰ Hengeveld MW, Marwijk HWJ van, Bolk JH. Psychiatrie in de somatische praktijk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

Aanvaard op 24 november 1998

Geneeskunde en recht

Alternatieve behandelwijzen na invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

j.k.m.gevers

Achter de term 'alternatieve behandelwijzen' gaan zeer uiteenlopende vormen van diagnostiek en behandeling schuil. Sommige liggen dicht tegen de reguliere geneeskunde aan, worden als weinig risicovol beschouwd, kunnen op een zekere waardering rekenen (niet alleen onder patiënten, maar ook bij een aantal artsen), en worden soms zelfs vergoed in de sfeer van aanvullende of particuliere verzekeringen (bijvoorbeeld homeopathische geneeswijzen). Voor andere geldt dat alles minder of in het geheel niet; als dat laatste het geval is, wordt wel gesproken over 'kwakzalverij', een term die sommigen overigens op het hele gebied van de alternatieve geneeskunde zouden willen betrekken. Gemeenschappelijk aan deze uiteenlopende vormen is dat het gaat om methoden die door de medische professie niet algemeen aanvaard worden en geen deel uitmaken van de medisch-professionele standaard.¹

Gelet op de diversiteit is het niet bevreemdend dat de houding tegenover alternatieve behandelwijzen wordt gekenmerkt door ambivalentie. Dat geldt ook voor de overheid. Die heeft uit hoofde van artikel 22 Grondwet de taak de samenleving te beschermen tegen riskante en schadelijke vormen van beroepsuitoefening, en zal dus bepaalde grenzen moeten trekken. Waar kansen op schade afwezig of gering zijn, kan zij haar verantwoordelijkheid echter soms beter gestalte geven door te bevorderen dat van een zo verantwoord mogelijke toepassing sprake is (bijvoorbeeld door beroepsgroepen in het alternatieve circuit te stimuleren tot zelfordening), dan door de praktijk op dit gebied simpelweg te negeren of te verbieden.

Academisch Medisch Centrum, Instituut voor Sociale Geneeskunde, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Prof. mr. J. K. M. Gevers, jurist.

samenvatting

Alternatieve vormen van behandeling, dat wil zeggen methoden die geen onderdeel geacht kunnen worden van de medisch-professionele standaard, worden in de praktijk niet alleen toegepast door personen zonder reguliere beroepsopleiding (alternatieve genezers), maar ook door artsen. De invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) heeft op de ruimte voor het toepassen van dergelijke behandelwijzen invloed. Terwijl voor artsen in dezen de tuchtrechtspraak de bepalende factor blijft, biedt het recht – onder erkenning van de vrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager – nu meer ruimte aan alternatieve genezers. Dat wil niet zeggen dat bescherming tegen onverantwoorde risico's ontbreekt. Wel zal nog moeten blijken of het nieuwe instrumentarium in de praktijk voldoende is voor repressief optreden waar dat nodig blijkt.

Ambivalentie is er ook waar het wetgeving en rechtspraak betreft. Onder de voormalige Wet Uitoefening Geneeskunde (WUG) was het niet-artsen verboden de geneeskunde (in ruime zin) uit te oefenen, maar de massale overtreding van dat verbod (op uitzonderingsgevallen na gedoogd door inspectie en Openbaar Ministerie) was een van de redenen waarom die wet als verouderd moest worden beschouwd. Intussen werden artsen die niet-reguliere behandelingen toepasten, regelmatig ter verantwoording geroepen voor de medische tuchtrechter, zonder dat daarbij geheel duidelijk werd hoe de grens tussen het wel en niet toelaatbare moest worden getrokken.

In dit artikel richt ik mij op de vraag welke betekenis de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), ingevoerd op 1 december 1997, heeft op de niet-reguliere geneeskunde. Welke ruimte is er na invoering van die wet voor alternatieve behandelwijzen?

Is te verwachten dat de rechtspraak onder invloed van de Wet BIG stringenter zal worden? Biedt de wetgeving na totstandkoming van de Wet BIG voldoende instrumenten om op te treden tegen riskante vormen van alternatieve geneeskunde?

Voor beantwoording van die vragen is het nodig onderscheid te maken tussen 'genezers' zonder reguliere, in het kader van de Wet BIG erkende opleiding, en beroepsbeoefenaren met een erkende opleiding (waarbij ik mij gemakshalve zal beperken tot artsen). Elk van beide groepen komt hieronder achtereenvolgens aan de orde. In de beschouwing besteed ik aandacht aan de vraag of in het huidige wettelijke instrumentarium voldoende evenwicht is gevonden tussen enerzijds de vrijheid van individuele keuze van de patiënt tussen verschillende soorten behandelaars en behandelwijzen, en anderzijds de mogelijkheid zo nodig effectief op te treden ter bescherming van de volksgezondheid.

alternatieve genezer en de wet big

Een van de uitgangspunten van de Wet BIG is het vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt om desgewenst zijn of haar heil te zoeken bij alternatieve genezers; dat gaat bijna onvermijdelijk gepaard met vermindering van bescherming. Dat laatste komt bij uitstek tot uiting in de verschuiving van het systeem van beroepsbescherming (waarbij uitoefening van de geneeskunde is voorbehouden aan personen die aan bepaalde opleidingseisen voldoen) naar een systeem van titelbescherming. Het optreden van alternatieve genezers is als zodanig niet meer verboden; voldoende wordt geacht dat de patiënt kan weten niet met een erkende beroepsbeoefenaar van doen te hebben. Systeem en tekst van de Wet BIG maken geen principieel verschil meer tussen alternatief en regulier. De wetgever heeft zich neutraal opgesteld. Er is een open systeem van erkenning van opleidingen en titels; erkenning van bepaalde alternatieve beroepen is zelfs niet uitgesloten, al neemt de overheid daarbij een afwachtende houding aan. Formeel betekent dit een duidelijke breuk met het oude systeem onder de WUG, waarin bescherming prevaleerde boven vrijheid; materieel is het verschil veel kleiner omdat het oude systeem in de praktijk niet echt gehandhaafd werd.

Dat betekent niet dat het in de Wet BIG geheel ontbreekt aan bescherming tegen riskante beroepsuitoefening. Globaal gesproken biedt de wet daartoe drie instrumenten. Allereerst is er, zoals gezegd, sprake van bescherming van een aantal titels, waarbij het mogen voeren van de titel gekoppeld is aan het gevolgd hebben van een erkende opleiding, soms ook aan geregistreerd zijn in van overheidswege gehouden registers na het volgen van zo'n opleiding (zoals bij de titel 'arts').

In de tweede plaats kent de wet een regeling van voorbehouden handelingen: bepaalde potentieel risicovolle handelingen mogen (behoudens de mogelijkheid van delegatie) alleen door daartoe aangewezen beroepsbeoefenaren (meestal: artsen) worden verricht. Idealiter geldt daarmee voor riskante handelingen toch nog een verbodsregiem, vergelijkbaar met dat van beroepsbescherming; in de praktijk is dat maar gedeeltelijk

het geval, omdat het onmogelijk bleek een eenduidige, uitputtende lijst van zulke handelingen te maken.

Tenslotte kent de Wet BIG in artikel 96 een strafbepaling voor personen die niet vallen onder een wettelijk geregeld beroep: zij zijn strafbaar als zij – buiten noodzaak – schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaken. Hier is sprake van directe bescherming van het publiek tegen niet-gekwalificeerden. In theorie gaat die bescherming ver, immers ook bij een (aanmerkelijke) kans op schade kan al worden opgetreden. Daar staat tegenover dat nog moet blijken of zo'n strafbepaling in de praktijk goed te hanteren is; men denke bijvoorbeeld aan de bewijsproblemen bij het aantonen van een 'kans' op schade.²

Per saldo gaan de mogelijkheden tegen alternatieve genezers op te treden in elk geval minder ver dan onder de WUG, waar reeds het geven van geneeskundige raad of bijstand als zodanig aanleiding kon zijn tot strafrechtelijk optreden, los van eventuele risico's voor het publiek.

De Wet BIG is ongetwijfeld de belangrijkste wet als het gaat om de ruimte voor alternatieve genezers, maar niet de enige die van belang is. Ook niet-reguliere beroepsbeoefenaren zijn uiteraard onderworpen aan de algemene regels van het civiele en strafrecht. Dat betekent dat ook zij door de patiënt aansprakelijk gesteld kunnen worden voor schade die aan hun handelen of nalaten te wijten is. Dat het gewone strafrecht van belang kan zijn, blijkt bijvoorbeeld uit een arrest van de Hoge Raad van 17 november 1992: een alternatieve genezer die er bij een ernstig suikerzieke patiënt op aandrong het spuiten van insuline te staken, kon worden veroordeeld wegens het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel; ook zijn beroep op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt baatte hem niet.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Daarnaast is een aantal recente wetten op het gebied van de gezondheidszorg (zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen) in beginsel ook van toepassing op alternatieve genezers of instellingen waarin alternatieve behandelwijzen worden toegepast. Of dit in de praktijk veel extra bescherming biedt, zal moeten blijken. De WGBO zal voornamelijk van belang zijn voor de vraag of een alternatieve genezer achteraf bezien voor eventuele schade aansprakelijk kan worden gesteld. De belangrijkste WGBO-bepaling in dit verband (dat men moet handelen conform de voor hulpverleners geldende professionele standaard) is echter per definitie moeilijk op de alternatieve genezer toe te passen. Ten aanzien van andere bepalingen (bijvoorbeeld de verplichting tot het geven van behoorlijke informatie) speelt dat probleem overigens weer niet. Blijft staan dat de WGBO geen instrument biedt aan het overheids-toezicht om eventueel riskant handelen te verbieden.

Kwaliteitswet Zorginstellingen. Anders ligt dat bij de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet strekt zich uit over instellingen waarin zorg wordt verleend 'zoals omschreven bij of krachtens Ziekenfondswet of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)'; dat biedt in be-

ginsel ruimte om toepassing van alternatieve behandelwijzen binnen instellingen zo nodig aan te pakken met het krachtige instrumentarium dat deze wet kent (waaronder, in spoedeisende situaties, een bevel). Of instellingen die exclusief gericht zijn op alternatieve behandelwijzen ook daadwerkelijk langs die weg zullen worden aangepakt, is echter onder meer afhankelijk van de wijze waarop de werkingssfeer in de praktijk zal worden geïnterpreteerd door de inspectie voor de gezondheidszorg. Als het gaat om individuele beroepsuitoefening door niet-reguliere, alternatieve genezers buiten instellingsverband ontbreekt in elk geval de mogelijkheid tot direct ingrijpen via een aanwijzing of bevel. Alles bijeengenomen, zal het feit dat behandeling door niet-reguliere hulpverleners niet vergoed wordt in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering waarschijnlijk een grotere belemmering zijn voor alternatieve genezers dan de genoemde wetten.

alternatief handelende reguliere artsen

Ook voor artsen geldt dat de Wet BIG zelf geen onderscheid maakt tussen wel en niet reguliere behandelwijzen. De wetgever heeft op dit punt bewust een neutraal standpunt willen innemen. Zo stelde de regering bij de parlementaire behandeling, dat de wet 'geen regeling beoogt te geven van bepaalde stromingen in de geneeskunst, maar voor beroepen in de individuele gezondheidszorg'. Indirect heeft de Wet BIG echter wel degelijk betekenis, en wel via het daarin geregelde tuchtrecht waaraan (onder meer) artsen zijn onderworpen. In voorkomende gevallen zal de tuchtrechter nagaan of de arts met voldoende zorgvuldigheid en bekwaamheid te werk is gegaan. Daarbij vormt de voor artsen geldende professionele standaard de centrale toetssteen.

Tuchtrechtspraak. Er is sprake van een toenemend aantal tuchtrechtelijke uitspraken op dit gebied; de beschikbare jurisprudentie dateert echter nog van de periode voor invoering van de Wet BIG. Welke hoofdlijnen kunnen daarin worden getrokken? In een overzicht van deze jurisprudentie wordt het volgende beeld geschetst.³

Een arts die een alternatieve behandeling wil instellen, moet de patiënt over het alternatieve karakter daarvan uitdrukkelijk informeren. Verder dient met de patiënt voldoende besproken te worden welke mogelijkheden de reguliere geneeskunde biedt. Als de patiënt een aantoonbaar belang heeft bij het kunnen ondergaan van een reguliere behandeling, zal de arts zich niet achter de wensen van de patiënt kunnen verschuilen: hij of zij zal zich in moeten spannen de patiënt te overtuigen van de noodzaak zich regulier te laten behandelen en de patiënt zo nodig moeten laten weten dat de arts hem niet verder kan behandelen als de patiënt van die reguliere behandeling afziet. Als een arts een behandeling op zich neemt buiten de huisarts om dient hij deze laatste (en eventuele andere handelende artsen) te informeren over de betrokkenheid en de bevindingen. Als de patiënt op dit punt om geheimhouding vraagt, dan kan dat betekenen dat de alternatieve behandeling niet (verder) kan plaatsvinden.

Medisch-inhoudelijk bezien, is de ruimte voor het toepassen van alternatieve behandelwijzen niet geheel afwezig, maar wel beperkt, zo blijkt uit dit rechtspraakoverzicht. Zonder meer ontoelaatbaar is het doorgaan met alternatief handelen in een levensbedreigende situatie, terwijl objectief gezien een regulier 'alternatief' voorhanden is. Ook in andere situaties kan het toepassen van een alternatieve behandeling tuchtrechtelijk verwijtbaar zijn, maar de tuchtrechtspraak is op dit punt minder eenduidig. Ook hier lijkt, afgezien van de eis van voldoende informatie, een belangrijke rol te spelen of aan de patiënt daardoor kansen tot genezing onthouden zijn. Ruimte voor alternatief behandelen lijkt voornamelijk aanwezig waar het relatief onschuldige methoden betreft waarbij geen schadelijke bijwerkingen te verwachten zijn en met het afzien van een reguliere behandeling geen aantoonbaar belang van de patiënt geschaad wordt. Juist de laatste gevallen worden echter niet of nauwelijks aan de rechter voorgelegd.

Het is alles bijeengenomen niet zeker hoe breed de marges voor afwijken van de professionele standaard precies zijn. Gelet op recentere rechtspraak worden die mijns inziens eerder kleiner dan groter. Zo sprak de Hoge Raad zich op 6 december 1996 uit over een alternatief handelend arts die voor zijn diagnostiek vrijwel alleen de zogenaamde 'vegatest' gebruikte. In eerste instantie had het Medisch Tuchtcollege geconcludeerd dat de arts op eenzijdige en ongefundeerde wijze de geneeskunde uitoefende. De Hoge Raad liet de veroordeling van de arts in stand: volgens onze hoogste rechter moeten ook patiënten die zich wenden tot een arts die een alternatieve praktijk voert, kunnen verwachten, 'dat deze arts niet veronachtzaamt wat nodig is voor een medische verantwoorde diagnose en behandeling'. Dat betekent niets anders dan dat ook voor zijn handelen, als het erop aankomt, de professionele standaard als maatstaf geldt.

Dit alles wil niet zeggen dat daarmee elke ruimte voor alternatieve behandeling is weggenomen. Men denke onder meer aan de situatie dat in de medische wereld verschillende opvattingen bestaan over wat de medisch-professionele standaard in concreto inhoudt. Als er echter geen verschil van mening bestaat over de vraag wat in casu verantwoord medisch handelen is, dan rust op de arts die een andere weg inslaat een duidelijke motiveringsplicht. Zeer nadrukkelijk komt dit tot uiting in een recente uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 27 februari 1997 over een antroposofische huisarts die bij de behandeling van een patiëntje met een oorontsteking bewust was afgeweken van de betreffende standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Volgens de tuchtrechter is (daar gelaten de toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger) het afwijken van hetgeen in de geneeskunde als algemeen geldend wordt beschouwd, alleen aanvaardbaar als daarvoor zwaarwegende redenen bestaan, die aantoonbaar het belang van de patiënt dienen.

Tenslotte zijn aan de rechtspraak normen te ontlenuen ten aanzien van de samenwerking tussen artsen en alternatieve genezers. De arts houdt voor verwijzing een

eigen verantwoordelijkheid die tuchtrechtelijk kan worden getoetst.⁴ Samenwerking met 'kwakzalvers' is niet toegestaan, maar als het gaat om alternatieve geneeswijzen die op meer aanvaarding kunnen bogen, is het oordeel van de tuchtrechter minder afwijzend. Dat laatste zal waarschijnlijk ook gelden als na ampele overweging in instellingsverband besloten wordt op sterk aandringen van de patiënt een alternatieve behandeling toe te laten, mits dat onder strikte voorwaarden gebeurt.⁵

Hoe de tuchtrechtspraak zich verder zal ontwikkelen, moeten wij afwachten. De invoering van de Wet BIG zal daarop vermoedelijk weinig invloed hebben. Als de rechtspraak strenger wordt – en dat lijkt zoals in het voorgaande aangegeven het geval te zijn – dan spelen daarbij andere factoren een rol, zoals de toenemende ontwikkeling van standaarden en richtlijnen, en de groeiende betekenis daarvan. Dit laatste geldt niet alleen in de medische praktijk, maar ook in de rechtspraak.⁶ Deze articulering van de professionele standaard leidt tot een aanscherping van de verantwoordingsplicht bij afwijkend handelen, zoals bij uitstek in de laatstgenoemde uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege naar voren komt. Ze zal waarschijnlijk ook een beperkende invloed hebben op de ruimte voor toepassing van alternatieve behandelwijzen.

beschouwing

Uit het voorgaande moge blijken dat de invoering van de Wet BIG geen directe gevolgen heeft voor de mogelijkheid van het toepassen van alternatieve behandelwijzen door artsen; bepalend voor hen is vooral de (ontwikkeling in de) tuchtrechtspraak. Anders is dat voor niet-reguliere beroepsbeoefenaren. Voor hen biedt de Wet BIG principieel meer ruimte dan de voormalige beroepenwetgeving. In feite zijn alternatief handelende artsen daarmee meer aan banden gelegd dan alternatieve genezers.

Of daarmee nu sprake is van ongerechtvaardigde verschillen in behandeling, is een andere vraag. Het verschil in benadering is inherent aan het gekozen systeem van titelbescherming. Voorts mag men niet vergeten dat alternatieve beroepen binnen het kader van de Wet BIG tot nu toe niet erkend zijn, met de maatschappelijke, financiële en juridische gevolgen van dien. Het is niet uitgesloten dat dat in de toekomst voor bepaalde beroepen anders kan worden, maar toetsing aan de voor erkenning gehanteerde criteria zal daarbij een moeilijk te nemen horde zijn. Voordat men aan een dergelijke toetsing toekomt, zal in elk geval vereist zijn dat sprake is van een zekere uitkristallisering van het betreffende alternatieve beroep, inclusief een voldoende mate van zelfordening en van kwaliteitsbewaking in eigen kring.⁷

Blijft de vraag of de Wet BIG tezamen met andere wetgeving adequate instrumenten biedt om effectief op te treden wanneer van onverantwoorde risico's voor de

volksgezondheid sprake is. Zoals in het voorgaande is gebleken, is er in dit opzicht op de relevantste wetten (Wet BIG en Kwaliteitswet Zorginstellingen) wel wat af te dingen. Dat geldt niet zozeer voor de alternatief handelend arts, maar vooral voor de niet-reguliere alternatieve genezer, die niet onder het tuchtrecht valt: de WGBO biedt geen mogelijkheid voor overheidsingrijpen; de Wet BIG kent alleen een strafbepaling waarvan nog moet blijken hoe hanteerbaar deze is in de praktijk; de Kwaliteitswet Zorginstellingen biedt in theorie de adequaatste interventiemogelijkheden, maar is alleen op instellingen van toepassing. Als blijkt dat het preventieve en repressieve toezicht in de praktijk inderdaad tekortschiet omdat de wettelijke basis onvoldoende is om waar nodig met de vereiste snelheid op te treden, dan zal de wetgeving moeten worden aangescherpt. Bij onverantwoorde risico's moet bescherming immers zonder meer voorrang hebben boven vrijheid.

abstract

Alternative therapies after enactment of the Individual Health Care Professionals Act. – Alternative therapies, i.e. methods of treatment which cannot be considered to form part of the regular medical professional standard, are practised not only by alternative practitioners, but to some extent by qualified physicians, also. The Individual Health Care Professionals Act recently enacted in the Netherlands concerns the freedom to practise this complementary medicine. Whereas for physicians the decisions of the disciplinary courts will remain the determining factor, the new law – recognising the right and responsibility of individuals to seek health care wherever they wish – provides more room for alternative practitioners. This does not imply that the law does no longer protect the public from irresponsible forms of alternative medicine. However, it remains to be seen whether the instruments provided by the law to repress such practices are sufficient.

literatuur

- ¹ Roscam Abbing HDC. Alternatieve beroepsuitoefening: een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994; 138:286-9.
- ² Legemaate J. Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg. Deventer: Tjeenk Willink, 1997.
- ³ Beurden AJP van. Reguliere ruimte voor alternatieve artsen; de alternatief handelende arts in het tuchtrecht. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1996;20:316-22.
- ⁴ Oosterman-Meulenbeld AC, Visser GJ. Samenwerking tussen huisartsen en alternatieve therapeuten. *Slot: Juridisch kader. Med Contact* 1992;47:57-8.
- ⁵ Legemaate J, Jong EJC de. Een klein meisje met brandwonden. Een nadere juridische analyse. *Med Contact* 1997;52:217-9.
- ⁶ Ingelse ML, Gevers JKM. Juridische aspecten van richtlijnen voor het medisch handelen. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, 1995.
- ⁷ Staatssecretaris van WVC. Notitie inzake alternatieve behandelwijzen. Den Haag: Tweede Kamer 1992-1993, 23158, nr 1.

Aanvaard op 15 oktober 1998