

# **Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid**

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan  
de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2005

**Raad voor de Volksgezondheid en Zorg**

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer  
Tel 079 368 73 11  
Fax 079 362 14 87  
E-mail [mail@rvz.net](mailto:mail@rvz.net)

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag  
Fotografie: Eric de Vries  
Druk: Quantes, Rijswijk  
Uitgave: 2005  
ISBN 90-5732-156-4

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)) of telefonisch via de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van publicatienummer 05/06. De prijs van de publicatie is € 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

## **Voorlichting is het beste middel in de strijd om patiënten te beschermen tegen de gevaren van ondeskundige medische diagnostiek.**

### **Welk probleem lost dit advies op?**

Wie ziek is wil zo snel mogelijk weten wat er aan de hand is. Wie is deskundig om de diagnose te stellen? Meer duidelijkheid geven over wie op dat gebied deskundig is, is een verantwoordelijkheid van de overheid. Als de patiënt daar zicht op heeft, kan hij beter de risico's inschatten als hij overweegt in de alternatieve zorgverlening hulp te zoeken. Het stellen van een diagnose voorbehouden aan artsen is geen oplossing om excessen in de alternatieve zorgverlening te voorkomen. Van groot belang is het om te zorgen voor adequate voorlichting, krachtig gezamenlijk optreden van de IGZ en OM bij misstanden, het beter benutten van bestaande strafrechtelijke instrumenten en een kwaliteitsbeleid van alle betrokkenen dat gestoeld is op 'evidence based handelen'. Pas in laatste instantie is een andere voorbehouden handeling te overwegen: een verbod om een door een (tand)arts gestelde diagnose, behandeling en prognose in twijfel te trekken.

### **Wat zijn de gevolgen voor de consument?**

De consument krijgt betere informatie over de deskundigheid van hulpverleners als de overheid verantwoordelijk is voor de opleiding. Die informatie stelt de overheid beschikbaar op zijn website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

### **Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?**

Het uitgangspunt voor het handelen van de zorgverlener is en blijft de professionele standaard. Die is leidend in de hulpverlening aan patiënten en is zoveel mogelijk 'evidence based'. Ziekenhuizen en andere aanbieders maken duidelijk of alternatieve behandelwijzen onderdeel uitmaken van het reguliere aanbod.

### **Wat kost het?**

De uitvoering van het advies brengt geen kosten met zich mee.

### **Wat is nieuw?**

De burger krijgt meer instrumenten die passen bij de eigen verantwoordelijkheid voor de keuze van zijn hulpverlener: meer duidelijkheid over diagnostische deskundigheid waardoor hij beter kan kiezen op dit gebied en de mogelijkheid te kiezen voor een eventueel aanvullende verzekering zonder alternatieve hulpverlening.



## Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1	Waarom dit advies?	11
1.2	Beleidsvragen	12
1.3	Functie van het advies in het beleidsproces	12
1.4	Aanpak en definities	13
<b>2</b>	<b>Wat is het probleem?</b>	<b>14</b>
2.1	Inleiding	14
2.2	Ondeskundige medische diagnostiek	14
2.3	De omvang van het probleem	16
2.4	Wat is de oorzaak van het probleem?	19
2.5	Conclusie	21
<b>3</b>	<b>Medische diagnose als voorbehouden handeling?</b>	<b>22</b>
3.1	Inleiding	22
3.2	Haalbaarheid	22
3.3	Nadere (juridische) beschouwing/overwegingen	26
3.4	Conclusie	27
<b>4</b>	<b>Andere oplossingen / maatregelen</b>	<b>29</b>
4.1	Inleiding	29
4.2	Voorlichting	29
4.3	Meer maatwerk in de reguliere hulpverlening	30
4.4	Privaatrechtelijke mogelijkheden	31
4.5	Publiekrechtelijke mogelijkheden	32
4.6	Conclusie	36
<b>5</b>	<b>Advies / Aanbevelingen</b>	<b>37</b>
5.1	Inleiding	37
5.2	Advies	37
5.3	Aanbevelingen	38
	<b>Bijlagen</b>	
1	Adviesaanvraag	43
2	Voorbereiding advies	45
3	Definitie alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen, achtergrond	49
4	Literatuur	53
	Overzicht publicaties RVZ	59

Bij dit advies is een aparte publicatie uitgebracht: Medische diagnose: achtergrondstudies, waarin de volgende studies zijn opgenomen:

- Veilig en wel: een rapportage over bescherming van burgers tegen gevaarlijke zorgpraktijken (prof. mr. F.C.B. van Wijmen en mr. dr. N.P.Y.M. de Bijl)
- Omschrijving en afbakening van het begrip medische diagnose (drs. D.C. Duchateau, MBA)
- Medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG (mr. G.P.M. Raas)
- Vergelijking van diagnoses van ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op spoedeisende hulpafdelingen in ziekenhuizen (prof. dr. A.J.P. Schrijvers en dr. Ying Lie O)
- Geen twijfel over mogelijk? (prof. mr. G.R.J. de Groot)
- Enquête KNMG
- Verslag consultatieve bijeenkomst over alternatieve geneeswijzen op 4 februari 2005
- Feiten en cijfers over alternatieve behandelwijzen (drs. E.G. Brummelman)
- Risico's van alternatieve behandelwijzen (drs. J. van Hasselt)
- Casus diabetes (drs. J. van Hasselt en mr. G.P.M. Raas)
- Casus depressie (drs. J. van Hasselt en mr. G.P.M. Raas)

# Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid

## Samenvatting

### **Aanleiding: onrust over bepaalde vormen van alternatieve behandelwijzen**

Met enige regelmaat ontstaat maatschappelijke en politieke bezorgdheid over bepaalde alternatieve behandelwijzen en alternatieve hulpverleners waaraan mensen zich - vaak blindelings – toevertrouwen. Dan rijst de vraag of de burger voldoende beschermd wordt? Moet de overheid niet meer doen? En wat dan?

Recente incidenten in de alternatieve zorgverlening die voor veel ophef hebben gezorgd, hebben met elkaar gemeen dat de medische diagnose daarin een bepalende rol lijkt te spelen. Die wordt in twijfel getrokken of ontkend, terwijl de diagnose toch veelal bepalend is voor behandel-mogelijkheden. En daarmee ook cruciaal voor de mogelijkheden van de patiënt om een keuze te maken. Zou het niet beter zijn als het stellen van een diagnose in de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) wordt aangemerkt als een voorbehouden handeling? Dat is de vraag die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft voorgelegd. De vrijheid van handelen van hulpverleners die op dit punt bestaat, zou daarmee aan banden worden gelegd en overtreding van het verbod zou strafbaar worden.

### **Ondeskundige medische diagnostiek levert verschillende problemen op**

Als een diagnose verkeerd wordt gesteld of een juiste diagnose wordt ontkend, levert dat problemen op. In de eerste plaats is het een probleem voor de individuele patiënt. Buiten kijf staat namelijk dat schade kan ontstaan door ondeskundige of onjuiste diagnostiek omdat de patiënt daardoor niet de juiste therapie krijgt of omdat te laat met de behandeling wordt begonnen. In de tweede plaats levert dat een probleem op omdat de liberale wetgeving de patiënt mogelijk op dit punt onvoldoende bescherming biedt. In de derde plaats is het een probleem omdat ondeskundige medische diagnostiek kan leiden tot irrationele besluitvorming. Medische diagnoses die niet volgens de regels der kunst/wetenschap zijn gesteld, leiden tot behandelingen waarvan de werking (bovendien) niet is aangetoond, maar waarvoor wel druk is om die te financieren uit collectieve middelen. In de vierde plaats ontstaat rond incidenten steeds veel maatschappelijke onrust.

Cijfers over hoe vaak een onjuiste diagnose wordt gesteld, zijn er niet. De gegevens worden niet systematisch verzameld. Maar duidelijk is wel dat de gevolgen ernstig kunnen zijn. Een inschatting op basis van het aantal mensen dat naar alternatieve hulpverleners gaat, leert dat het mogelijk gaat om ruim 1 miljoen diagnoses per jaar in de alternatieve hulpverlening. Dat is bij benadering de omvang van het potentiële probleem. Een potentieel probleem omdat niet ieder contact in de alternatieve hulpverlening een gevaar oplevert.

Is de diagnose als voorbehouden handeling een oplossing?  
Als de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG wordt opgenomen, betekent dit dat onbevoegden strafbaar zijn als ze buiten noodzaak toch een medische diagnose stellen. De overheid moet in dat geval aanwijzen welke gekwalificeerden bevoegd zijn om een medische diagnose te stellen. Aan een dergelijke regeling zitten nogal wat juridische haken en ogen. Onderstaand voorbeeld maakt dat duidelijk.

Meneer X heeft al een paar dagen een pijnlijk blaasje op zijn mondhoek. Hij besluit met zijn klacht langs de drogist op de hoek te gaan. De drogist hoort meneer X aan en kijkt naar het verdachte blaasje. De drogist herkent de aandoening direct. “Niet schrikken van de naam hoor meneer, maar u heeft herpes. Nee hoor, niks aan de hand, onschuldige infectie, gewoon een koortslip. Gewoon twee maal daags aanstippen met een antivirale crème. Hier heeft u een tubetje, en dan moeten de klachten vanzelf over gaan. Als de blaasjes na een week nog niet weg zijn, dan moet u maar even bij de huisarts langsgaan.”

Uit: Duchatteau, D.C. Omschrijving en afbakening van het begrip medische diagnose. In: Medische diagnose: achtergrondstudies

Als de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG zou worden opgenomen, zou de drogist uit het voorbeeld strafbaar zijn. Maar is dat de bedoeling? Dat zijn niet de situaties die de Minister op het oog had toen hij de RVZ vroeg of de patiënt beter beschermd moest worden. Maar het zou wel één van de neveneffecten zijn van het opnemen van de medische diagnose als voorbehouden handeling. Het begrip medische diagnose blijkt namelijk moeilijk zodanig af te bakenen dat meteen duidelijk is tegen welke gedragingen de patiënt wel of niet strafrechtelijk gesanctioneerd moet worden beschermd.

Een nadelig effect van het opnemen van de medische diagnose als voorbehouden handeling op taakherschikking - een neveneffect waar de Minister expliciet naar vraagt - zou wel op te lossen zijn. Dat zou een kwestie zijn van het toedelen van bevoegdheden aan meer beroepsgroepen. Naast artsen, beschikken bijvoorbeeld ook ambulanceverpleegkundigen over diagnostische vaardigheden.



De Minister wil ook niet dat er onnodige toetredingsbelemmeringen ontstaan door het opnemen van de diagnose als voorbehouden handeling. De verdere introductie van marktprikkels in de zorg mag er niet nodeloos door worden geremd. Als het stellen van een diagnose een gevaar oplevert, is het volgens de Raad terecht dat nieuwe aanbieders in de gezondheidszorg aan dezelfde kwaliteitseisen moeten voldoen. Maar ook op het terrein van de diagnostiek zijn ontwikkelingen gaande waarvoor 'medische' diagnostiek steeds meer buiten de gezondheidszorg voorkomt. De 'pretecho's' bij zwangerschap zijn een goed voorbeeld. De consument moet wel weten dat dan andere spelregels gelden.

Maar men kan zijn twijfels hebben over de effectiviteit van de door de Minister voorgestelde maatregel: het opnemen van de diagnose als voorbehouden handeling. Meestal zit het probleem niet in de medische diagnose op zich, maar in het daaropvolgend traject van het al dan niet volgen van de reguliere behandeling. Verder staat er een lage straf op het overtreden van het verbod om een voorbehouden handeling onbevoegd uit te voeren (maximaal drie maanden hechtenis). Het is 'maar' een overtreding en geen misdrijf. Krijgt dat prioriteit in het vervolgingsbeleid? De vraag is ook of het verbod wel te handhaven is. Wie komt te weten wat zich in de spreekkamer afspeelt als de patiënt het niet vertelt?

#### **Zijn er andere oplossingen?**

Om de burger te beschermen tegen ondeskundige diagnostiek zijn ook andere maatregelen te overwegen. Zo blijken voorlichting, informatie en publiciteit te werken. Sinds een aantal geruchtmakende zaken, maken bijvoorbeeld minder mensen met kanker gebruik van een omstreden dieet.

Een duidelijke onderscheid tussen regulier en alternatief moet het uitgangspunt zijn. Zo moet de patiënt het weten als reguliere hulpverleners of instellingen alternatieve therapieën aanbieden. En het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat ze bij een ziektekostenverzekeraar voor een aanvullend pakket kunnen kiezen zonder alternatieve hulpverlening. Dat kan nu slechts bij een enkele verzekeraar.

Daarnaast zijn nog aanpassingen mogelijk in de bestaande wetten: deskundigheidsomschrijvingen in de Wet BIG aanpassen, van overtredingen misdrijven maken, de strafmaat verhogen. En het bestaande handhavingsinstrumentarium kan beter benut worden door een krachtig gezamenlijk optreden van IGZ en OM.

Omdat het probleem niet zozeer in de medische diagnose op zich zit, maar in het daarop volgende traject, is een andere mogelijkheid het in twijfel trekken van een door een (tand)arts gestelde diagnose, prognose en behandelplan aan te merken als voorbehouden handeling. Patiënten

worden in dit voorstel beter beschermd tegen (alternatieve) hulpverleners die afwijken van het professioneel oordeel van een arts of tandarts. Hulpverleners die dat toch doen, zijn strafbaar. Maar aan dat voorstel zitten ook nadelen.

#### **Advies**

Het aan de Wet BIG inherente spanningsveld tussen keuzevrijheid van de burger en bescherming op het punt van de medische diagnostiek was en is niet gemakkelijk te reguleren. De Raad heeft moeten constateren dat op dit moment bewijs voor een urgent, omvangrijk en ernstig (volksgezondheids)probleem ontbreekt. Tegelijkertijd is er wel een maatschappelijk probleem en is niet uit te sluiten dat er sprake is van een groeiend probleem. Ook heeft de Raad moeten constateren dat tot nu toe nog onvoldoende gebruik wordt gemaakt van de bestaande sanctiemogelijkheden. Dat dit niet gebeurt, heeft te maken met problemen in de sfeer van het toezicht, bewijs en opsporing. Zolang bewijs voor een urgent en omvangrijk (volksgezondheids)probleem ontbreekt, adviseert de Raad in de eerste plaats te kiezen voor voorlichting, overleg met partijen in het veld en onderzoek, in tweede instantie voor het optimaliseren van en gebruik maken van het bestaand wettelijk instrumentarium en pas in laatste instantie voor nieuwe wettelijke maatregelen.

# 1 Inleiding

## 1.1 Waarom dit advies?

Maatschappelijke onrust over wantoestanden in de alternatieve zorgverlening

De directe aanleiding voor de adviesaanvraag (bijlage 1) zijn incidenten in de alternatieve zorgverlening die veel stof hebben doen opwaaien. Twee recente incidenten staan bekend als Eye4Care en de casus S.M. Beide casussen hebben geleid tot onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Met name het onderzoek naar de gang van zaken rond S.M. is ingegeven door de maatschappelijke onrust en verontrustende berichten in de media over wantoestanden in de alternatieve zorgverlening.

Zowel onder de oude als de nieuwe wet gaan mensen naar alternatieve hulpverleners

Zowel onder het regime van de inmiddels ingetrokken Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG) uit 1865 als onder de sinds 1997 van kracht zijnde Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) hebben mensen zich gewend c.q. wenden mensen zich tot alternatieve hulpverleners. De laatste zijn onder het huidige regime alleen nog strafbaar als ze buiten noodzaak een aanmerkelijke kans op schade veroorzaken (artikel 96 Wet BIG). Het niet kunnen handhaven van de WUG is destijds de belangrijkste reden geweest om de wet te vervangen door de Wet BIG.

De oude wet ging uit van paternalisme, de nieuwe gaat uit van eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

De opvattingen over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor de keuze van hulpverlener zijn in de loop der tijd duidelijk veranderd. Als men de WUG zou kunnen typeren met paternalisme, de Wet BIG is te typeren als een wet met erkenning van de patiënt als een zelfstandige cosument/-patiënt. Die beslist zelf of hij voor een medische behandeling naar een hulpverlener zonder of met een formele erkenning gaat.

Door invoering van de nieuwe wet geen structurele problemen, maar...

Zoals de Minister in zijn adviesaanvraag opmerkt, is uit de evaluatie van de Wet BIG niet gebleken dat de overgang van overheidsregulering naar meer zelfregulering structurele problemen zijn ontstaan die een risico vormden voor de volksgezondheid. Om die reden ziet de Minister dan ook geen reden het algemene uitgangspunt van de Wet BIG te veranderen.

... toch regelmatig berichten over risico's voor de volksgezondheid

Toch verschijnen met enige regelmaat berichten waarin wordt aangegeven dat wel degelijk sprake is van risico's voor de volksgezondheid. En te verwachten is dat die berichten zich zullen herhalen. Een casus als S.M. en het daarop gebaseerde IGZ rapport leidt tot een motie in de Tweede Kamer waarin wordt aangedrongen op het versterken van de positie van de gebruiker ten aanzien van alternatieve beroepsbeoefenaren. Dat is aanleiding voor de Minister de RVZ te vragen of de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG moet worden opgenomen.

## 1.2 Beleidsvragen

Is de burger onder de nieuwe wet wel voldoende beschermd tegen ondeskundige medische diagnostiek?

De burger lijkt onder het regime van de Wet BIG onvoldoende te worden beschermd tegen niet-deskundigen die zich op het gebied van de medische diagnostiek begeven. Dan dringt zich de vraag op: is het wenselijk het aan het regime van de Wet BIG inherente spanningsveld tussen keuzevrijheid van de burger/patiënt en bescherming op het punt van de medische diagnostiek beter/anders te reguleren?

Beleidsvragen	Antwoorden in
Wat zijn de beleidsproblemen die (zijn) ontstaan als niet-deskundigen zich op het gebied van de medische diagnostiek begeven?	Hoofdstuk 2
Hoe ernstig en urgent zijn de problemen op dit punt?	Hoofdstuk 2
Hoe worden de problemen veroorzaakt en in stand gehouden?	Hoofdstuk 2
Kan - gelet op de door de Minister geformuleerde uitgangspunten en het door de RVZ expliciet benoemde uitgangspunt van het patiënten perspectief - de medische diagnose worden opgenomen als voorbehouden handeling in de Wet BIG?	Hoofdstuk 3
Wat zijn de (neven)effecten hiervan?	Hoofdstuk 3
Zijn er andere mogelijkheden om te bereiken dat niet-deskundigen zich niet op het terrein van medische diagnostiek begeven?	Hoofdstuk 4
Zo ja, wat zijn hiervan de (neven)effecten?	Hoofdstuk 4
Welke optie verdient de voorkeur?	Hoofdstuk 5
Welke beleidsmaatregelen moet de Minister nemen?	Hoofdstuk 5
Hoe ziet het bijbehorend actieprogramma eruit?	Hoofdstuk 5

## 1.3 Functie van het advies in het beleidsproces

Het advies wordt mede gevraagd in het licht van marktwerking en taakher-schikking

De Minister vraagt het advies tegen de achtergrond van een aantal ontwikkelingen dat in gang is gezet. In de adviesaanvraag noemt hij expliciet taakher-schikking en marktwerking. Het opnemen van de medische diagnose als voorbehouden handeling mag er niet toe leiden dat het proces van taakher-schikking wordt belemmerd en dat er onnodige toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders op de zorgmarkt worden opgeworpen.

Concreet moet het advies een bijdrage leveren aan de voor-ziene aanpassing van de Wet BIG

Meer concreet kan het advies een bijdrage leveren aan de voorbereidingen die op het departement worden getroffen om de Wet BIG op onderdelen aan te passen. Omdat een juiste medische diagnose voor de patiënt zo belangrijk is, wil de Minister weten of de Wet BIG op dit punt niet moet worden aangescherpt.

Het advies kan bijdragen aan voorlichting aan het publiek

Verder kan het advies een aanzet zijn voor een gerichte voorlichting aan het publiek over de eigen verantwoordelijkheid voor de keuze van hulpverleners en het aangeven van de grenzen van de overheidsverantwoordelijkheid daarbij.

Het advies kan duidelijkheid scheppen over wie wat mag doen als het gaat om diagnostiek

Het advies kan eveneens een bijdrage leveren aan de onduidelijkheid die onder beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg bestaat over de verantwoordelijkheid en bevoegdheid voor de medische diagnose. Wie mag wat doen? Daarover bestaan veel misverstanden. Het advies kan helpen die uit de weg te ruimen.

#### 1.4 Aanpak en definities

Het advies is voorbereid onder verantwoordelijkheid van de Raadsleden mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort en mevrouw prof. dr. J.P. Holm.

Om de vragen te kunnen beantwoorden heeft de Raad de volgende activiteiten ondernomen:

- Achtergrondstudie naar mogelijkheid om het begrip medische diagnose af te bakenen
  - Werkconferentie op uitnodiging met juridische deskundigen
  - Consultaties personen en organisaties
  - Aanvullend juridisch advies
- een achtergrondstudie laten uitvoeren met het doel het begrip medische diagnose duidelijk te definiëren en te onderscheiden van bijvoorbeeld het proces van diagnosestelling of het constateren van een symptoom;
  - een werkconferentie op uitnodiging laten organiseren waar juristen zich gebogen hebben over de mogelijkheden om de burger onder het regime van de Wet BIG te beschermen tegen gevaarlijke zorgpraktijken;
  - personen en organisaties geconsulteerd over de problematiek die in de adviesaanvraag aan de orde is gesteld;
  - onderzoek gedaan naar de omvang van de problematiek;
  - aanvullend juridisch advies gevraagd over de mogelijkheid van een anders geformuleerde voorbehouden handeling.

Een overzicht van de voorbereidingen is te vinden in bijlage 2.

Definitie alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen

Onder alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen verstaat de RVZ in dit advies: “geneeswijzen/behandelwijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen, waarin geen door de overheid erkend diploma kan worden behaald, die niet algemeen door de desbetreffende beroepsgroep worden aanvaard en geen deel uitmaken van de desbetreffende professionele standaard” (zie bijlage 3).

Definitie evidence based medicine

In de definitie van evidence based medicine (zie bijlage 3) komen elementen naar voren die wijzen op een wetenschappelijke fundering van de beslissing en op een toetsbare opstelling van degene die de beslissing neemt.

## 2 Wat is het probleem?

### 2.1 Inleiding

Centraal probleem:  
ondeskundige medische  
diagnostiek

Als centraal probleem staat in de adviesaanvraag de ondeskundige medische diagnostiek. Ondeskundigheid op het gebied van de medische diagnostiek beperkt zich niet, zoals ook de Minister in zijn adviesaanvraag memoreert, tot alternatieve zorgverleners. Ook reguliere zorgverleners treden wel eens buiten de grenzen van hun deskundigheid. Toch legt de Raad de focus in dit advies op de alternatieve hulpverlener/de alternatieve behandelwijzen. De adviesaanvraag geeft daar alle aanleiding toe. En ook in de Tweede Kamer speelt de vraag hoe de positie van de gebruiker onder het regime van de Wet BIG ten aanzien van alternatieve beroepsbeoefenaren te versterken is.

### 2.2 Ondeskundige medische diagnostiek

#### Een juridisch probleem

Een juridisch probleem:  
loopt de patiënt niet te veel  
risico onder de nieuwe  
wetgeving?

In de adviesaanvraag wordt de ondeskundige medische diagnostiek gepresenteerd als een vooral juridisch probleem. De huidige liberale wetgeving haalde de alternatieve sector weliswaar uit de illegaliteit, maar gezien het belang van een juiste diagnose lijkt de balans tussen keuzevrijheid van de burger/ patiënt en bescherming op het punt van de medische diagnostiek in het nadeel van de patiënt uit te vallen. Loopt de patiënt niet te veel risico's als ook ondeskundigen een medische diagnose kunnen stellen (of kunnen ontkennen)? Moeten de beschikbare juridische instrumenten wellicht anders ingezet of benut worden? Dat is kort geformuleerd het juridisch probleem.

#### Een (volks)gezondheidsprobleem

Een volksgezondheids-  
probleem; schade voor de  
patiënt omdat die te laat of  
niet de juiste therapie krijgt

Maar een onjuiste medische diagnose kan uiteraard in de eerste plaats schadelijk zijn voor individuele patiënten omdat ze niet (op tijd) de juiste therapie krijgen. Een onjuiste diagnose of uitstel daarvan kan leiden tot verergering van gezondheidsschade en/of onnodige verlenging van de ziekte. Zelfs onnodig overlijden kan het resultaat zijn. Dat kan uiteraard ook gebeuren als de patiënt te laat hulp zoekt, maar als de patiënt wel op tijd hulp zoekt, zou dat niet mogen voorkomen.

Staat ook rationale besluitvor-  
ming in de weg

Ondeskundige medische diagnostiek kan ook rationale besluitvorming voor het beleid op het volksgezondheidssterrein onder druk zetten. De basis voor dat beleid is evidence based medicine. Kwaliteitseisen en de noodzaak tot kostenbeheersing dwingen immers tot het gebruik van (zo veel als mogelijk) evidence based medicine voor collectief gefinancierde gezondheidszorg. De populariteit van alternatieve behandelwijzen –

waarvan tot nu de effectiviteit niet is aangetoond – zet die publieke financiering echter op twee manieren onder druk.

Druk om niet effectieve behandelingen in het basispakket op te nemen

In de eerste plaats door druk om het (toekomstig) basispakket uit te breiden met alternatieve behandelwijzen. Want ondanks gebrek aan bewijs voor enige effectiviteit van behandelingen, zullen toch steeds pogingen in het werk gesteld worden niet effectieve behandelingen in het collectief gefinancierde systeem op te nemen. Het gaat daarbij om behandelingen die bovendien veelal geïndiceerd worden/zijn op medische diagnoses die niet volgens de regels der kunst/wetenschap zijn gesteld.

Druk om welzijn in het gezondheidszorgdomein te financieren

In de tweede plaats door het incorporeren van welzijns-elementen in het gezondheidszorgdomein. Als massage of een bepaalde kunstbeoefening als therapie bijvoorbeeld bijdraagt aan het welbevinden c.q. kwaliteit van leven van patiënten, wil dat nog niet zonder meer zeggen dat de financiering van die handelingen thuishoren in het gezondheidszorgdomein. De laatste jaren is het overheidsbeleid juist gericht geweest op een helderder onderscheid tussen financiering van het gezondheidszorgdomein en welzijn.

Een maatschappelijk probleem: keuzevrijheid heeft een keerzijde

#### **Een maatschappelijk probleem**

De keuzevrijheid van de burger heeft een keerzijde. Hij moet zelf zijn weg zien te vinden op de markt van gezondheid en geluk. Tussen aanbieders op die markt moet die burger/patiënt zelf een inschatting maken van het risico dat hij loopt als hij alternatieve hulpverleners bezoekt. “De Wet BIG biedt de patiënt meer vrijheid in het kiezen van een behandelaar. Maar vrijheid is niet altijd blijheid als de patiënt zich de risico’s van onverantwoorde praktijken niet realiseert” (Biesart en Hubben, 2003).

Soms is sprake van geldklopperij

Soms lijkt er sprake van geldklopperij. Patiënten kunnen in de financiële problemen komen als ze veel geld kwijt zijn aan alternatieve therapieën die toch niet helpen. Daarbij maakt het geen verschil of de medische diagnose al dan niet erkend of ontkend wordt door de alternatieve hulpverlener. Zo zijn bepaalde dieetpreparaten of vitaminesupplementen die wel worden aangeprezen aan kankerpatiënten soms peperduur terwijl de werking ervan nooit is aangetoond. In zijn voorlichtingsfolders wijst het Nederlands Kanker Instituut bijvoorbeeld op dit laatste, evenals de voorlichtingsfolder van de Nederlandse Kankerbestrijding/KWF.

Incidenten leiden tot maatschappelijke onrust

Incidenten als de casus S.M. en Eye4care leiden tot onrust in de maatschappij. De burger die doorgaans gesteld is op zijn keuzevrijheid, wil wel dat de overheid fors optreedt als er iets aan de hand is. Dat is overigens een fenomeen dat zich niet beperkt tot de gezondheidszorg. Maar in de gezondheidszorg heeft de vrijheid van de patiënt om zelf een hulp-

verlener te kiezen een zekere tegenstrijdigheid tot gevolg en wordt het spanningsveld van de Wet BIG – keuzevrijheid versus bescherming – soms goed zichtbaar.

### 2.3 De omvang van het probleem

Cijfers over hoe vaak een onjuiste diagnose wordt gesteld, zijn er niet

Cijfers over hoe vaak een onjuiste diagnose door ondeskundigen wordt gesteld of hoe vaak een diagnose wordt ontkend, zijn er niet (IGZ, 2003 en IGZ, 2005). Ze worden niet systematisch verzameld. Daar komt bij dat onderzoek veelal betrekking heeft op specifieke groepen patiënten zoals kankerpatiënten (Van der Zouwe, 1991, Van der Zouwe et al., 1994, Van der Ploeg, 1994, Wolffers, 1994, Eisenberg, 1993, Van Dam, 2004). Bovendien blijkt uit onderzoek dat behandelend artsen lang niet altijd weten dat de patiënt ook in het alternatieve circuit behandeld wordt (Nivel, 1988, Eisenberg e.a. 1993, Doyle, 2001). Echter veel reguliere curatief werkende artsen hebben in hun praktijk wel met schade als gevolg van een onjuiste diagnose door alternatieve behandelaars kennis gemaakt. Dit wordt bevestigd door een niet-representatieve steekproef van een emailpanel van de KNMG (KNMG, 2005). Dit benadrukt de noodzaak van verder onderzoek.

Maar duidelijk is wel dat de gevolgen ernstig kunnen zijn

Ook de feiten en gegevens die uit de jurisprudentie naar voren komen laten er geen misverstand over bestaan dat de gevolgen en problemen ernstig kunnen zijn. Behandelbare ziekten kunnen door uitstel onbehandelbaar worden, en uiteindelijk leiden tot het overlijden van patiënten. En omdat door de nieuwste inzichten steeds meer ingrijpende behandelingen mogelijk zijn, is de schade die door niet behandelen of uitstel van behandelen kan ontstaan ook groter.

Een inschatting op basis van het aantal mensen dat naar alternatieve hulpverleners gaat, leert...

Wel kan met behulp van cijfers over het aantal mensen dat contact heeft gehad met alternatieve behandelaars een inschatting worden gemaakt van het aantal diagnoses in het alternatieve circuit. In 2002 had 74,5 procent van de bevolking contact met een huisarts. 6,6 procent van de bevolking had in datzelfde jaar contact met een alternatieve behandelaar, waarbij de alternatieve behandelaar niet tevens de huisarts was en 11,3 procent van de bevolking had contact met een alternatieve behandelaar, waarbij de alternatieve behandelaar tevens de huisarts mocht zijn. Omgerekend had 4,7 procent (11,3 – 6,6) van de bevolking in 2002 contact met een huisarts die tevens alternatieve behandelaar was (CBS, 2004).

... dat het mogelijk gaat om ruim 1 miljoen diagnoses per jaar in de alternatieve hulpverlening

Met een totale bevolking van ongeveer 16 miljoen in 2002 ging het om 1.1 miljoen mensen (exclusief de huisarts) en 1.8 miljoen mensen (inclusief de huisarts). Als we aannemen dat per persoon één diagnose wordt gesteld zijn bovenstaande cijfers een indicatie van het aantal diagnoses in het alternatieve circuit per jaar.



Het gaat om een potentieel probleem: niet ieder contact met een alternatieve hulpverlener levert een gevaarlijke situatie op

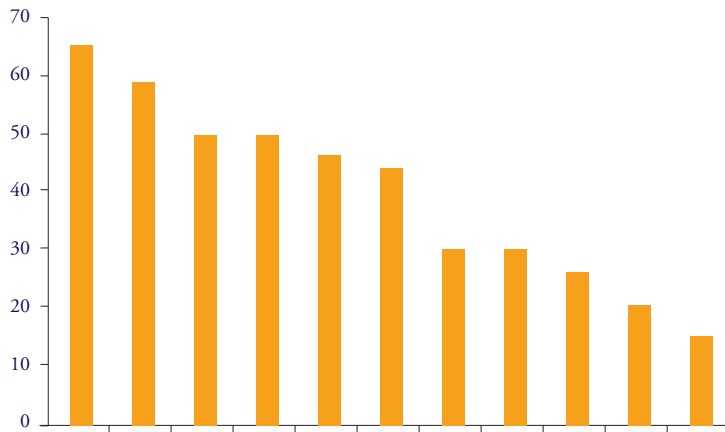
Met deze contacten is een bedrag van ongeveer een half miljard euro gemoeid: daarvan wordt ongeveer 100 miljoen vergoed via verzekeraars

Dat is volgens de Raad bij benadering de omvang van het potentiële probleem. Hij spreekt van een potentieel probleem omdat - zoals gezegd - niet bekend is hoe vaak een onjuiste diagnose wordt gesteld of hoe vaak een juiste diagnose wordt ontkend. De Raad wil niet de indruk wekken dat ieder contact met een alternatieve hulpverlener een gevaarlijke situatie zou opleveren.

Met de uitgaven aan alternatieve hulpverleners en geneesmiddelen (exclusief homeopathische zelfzorgmiddelen) is ongeveer een half miljard euro gemoeid. Daarbij is uitgegaan van een fictief tarief van 45 euro per consult en 1,8 miljoen mensen die ongeveer 6 keer per persoon naar de alternatieve hulpverlener gaan. Een deel van deze kosten, 98 miljoen euro, wordt vergoed door verzekeraars. Grofweg kan men zeggen dat verzekeraars in 2003 26 miljoen uitgaven aan alternatieve behandelwijzen voor privaatrechtelijk verzekerden en 72 miljoen aan aanvullend verzekerde ziekenfondsverzekerden (Brummelman, 2005).

Internationaal gezien scoort Nederland niet hoog wat het gebruik van alternatieve hulpverleners betreft. Nederland scoort evenmin hoog voor het gebruik van reguliere zorg (RVZ, 2004).

**Tabel 2.1** Percentage van de bevolking dat jaarlijks gebruikmaakt van alternatieve geneeswijzen



Bron: Van Dijk, 2003.

Het aanbod van acupunctuur tot oorkeers-therapie

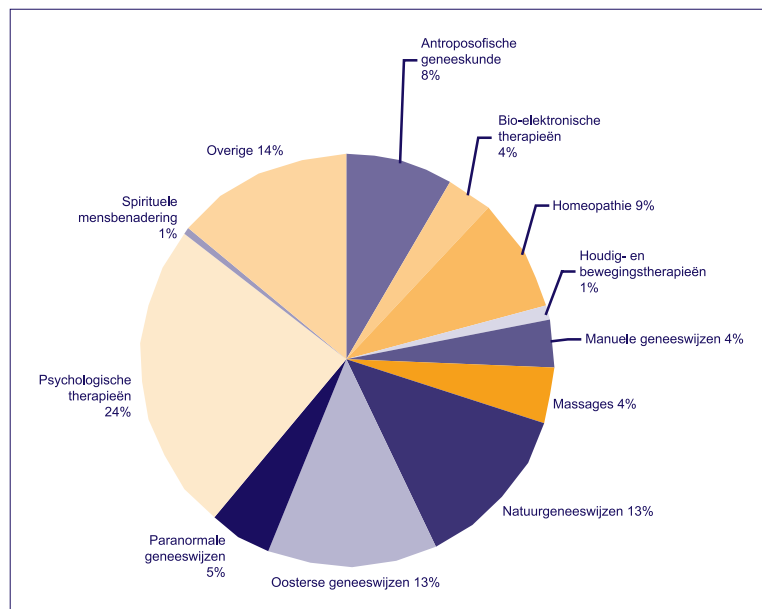
Wie bijvoorbeeld via internet een alternatieve hulpverlener zoekt, krijgt tevens een beeld van het gevarieerde aanbod aan therapieën. Om een aantal te noemen: acupunctuur, aromatherapie, ayurveda, bloesemtherapie, chiropractie, edelsteentherapie, homeopathie, massagetherapie, muziek- en klanktherapie, oorkeers-therapie, reikithherapie, therapeutisch touch en voedingsadviezen. De top drie die wordt toegepast door de

leden van beroepsorganisaties zijn acupunctuur, homeopathie en manuele geneeswijzen (Nivel, 2000).

Geen betrouwbaar cijfer over aanbod, maar ongeveer 11.000-19.000 alternatieve hulpverleners zijn aangesloten bij beroepsorganisaties

Wat het aanbod van alternatieve hulpverleners in aantal betreft, zijn geen betrouwbare cijfers voorhanden. Alleen van degenen die zijn aangesloten bij een beroepsorganisatie zijn cijfers beschikbaar. De schattingen lopen uiteen van 11.000 tot 19.000 waarbij rekening moet worden gehouden met dubbeltellingen (Brummelman, 2005). Wel is sprake van aanmerkelijk meer aanbieders dan onder het regime van de WUG. Toen werd het aantal alternatieve hulpverleners geschat tussen de 500 en 4.000 (Van Dijk, 2004).

**Figuur 2.1 Aantal leden van beroepsorganisaties in het alternatieve veld**



Bron: Nivel, 2000

Bij ongewijzigd beleid is een toename van het gebruik van alternatieve hulpverleners te verwachten...

Toekomstvoorspellingen zijn altijd riskant. Dat geldt zeker ook voor een voorspelling over de omvang van het probleem van ondeskundige medische diagnostiek door alternatieve hulpverleners. Toch zijn er wel factoren aan te wijzen die duiden op een toename van het potentiële probleem bij ongewijzigd beleid.

... door toename aantal chronisch zieken

Bekend is dat veel chronisch zieken gebruik maken van alternatieve hulpverleners. Van de mensen met een chronische aandoening heeft 13% jaarlijks contact. Dat is duidelijk boven het landelijk gemiddelde van 6,6%. Voor chronisch zieke vrouwen ligt dat op 18%, voor mannen

op 9% (Renckens, 2004, Nivel, 2004). En het aantal chronisch zieken zal de komende jaren nog toenemen (VTV, 2002).. Chronisch zieke 65-plussers hebben overigens minder vaak contact met alternatieve behandelers dan chronisch zieken jonger dan 65 (Nivel, 2004).

... door toenemende diversiteit aan culturen

Verder is een toename te verwachten door de toenemende diversiteit aan culturen in onze samenleving. Eerder heeft de Raad gewezen op de neiging van allochtone patiënten bij botsende benaderingswijzen in de geestelijke gezondheidszorg hun heil bij traditionele geneeswijzen te zoeken (RVZ, 2000, Hoffer, 2000, Denktas, 2000,). Hoffer laat zien dat de islamitische genezers daarnaast ook voor fysieke klachten geRaadpleegd worden (Hoffer, 2000) en het aantal ayurveda-therapeuten (op dit moment 150) snel toeneemt. Het merendeel van de mensen die gebruikmaken van ayurveda zijn overigens autochtone Nederlanders (Van Dijk, 2004/2004).

... als gebruikscijfers in het buitenland maatgevend zijn

Ook de gebruikscijfers in het buitenland doen vermoeden dat Nederland een toename van het gebruik kan verwachten. In Amerika steeg het gebruikscijfer van 34% in 1990 naar 42% in 1997 (Eisenberg e.a. 1993 en 1998). In Canada ligt dat percentage op 42% (Caulfield e.a. 2001). Daar komt bij dat internet ook voor de alternatieve hulpverlening een bron van informatie is voor mensen die op zoek zijn naar hulp. Verder wordt ook marktwerking wel genoemd als gunstig voor de acceptatie van alternatieve geneeswijzen omdat de klant hiervoor meer open zou staan dan beleidsmakers en wetenschappers (Van Dongen, 2003/2004).

... en Internet een belangrijke informatiebron blijft

Daar komt bij dat internet ook voor de alternatieve hulpverlening een bron van informatie is voor mensen die op zoek zijn naar hulp. Verder wordt ook marktwerking wel genoemd als gunstig voor de acceptatie van alternatieve geneeswijzen omdat de klant hiervoor meer open zou staan dan beleidsmakers en wetenschappers (Van Dongen, 2003/2004).

## 2.4 Wat is de oorzaak van het probleem?

Het ligt niet zonder meer aan de Wet BIG

Het ligt voor de hand te wijzen naar de gevolgen die de invoering van de als liberaal - ten opzichte van de Wet Uitoefening Geneeskunst - getypeerde Wet BIG met zich meebracht. Maar zowel onder het regime van de WUG uit 1865 als onder de sinds 1997 van kracht zijnde Wet BIG hebben mensen zich gewend c.q. wenden mensen zich tot alternatieve hulpverleners.

Onjuiste beeldvorming en onduidelijke scheidslijnen

Wel is mogelijk sprake van een onjuiste beeldvorming. Namelijk het beeld dat nu alles mag. Dat dit niet zo is, doet aan het beeld niets af. Een onjuiste beeldvorming - het beeld dat onder het regime van de Wet BIG alles mag - wordt mogelijk in de hand gewerkt door steeds onduidelijker scheidslijnen tussen reguliere en alternatieve hulpverlening. Die onduidelijke scheidslijnen manifesteren zich op verschillende manieren.

Paradoxe boodschappen voor de patiënt/consument. Die denkt dat het wel goed zit als...

Zo ontvangt de patiënt/consument paradoxale boodschappen. De ziektekostenverzekeraars vergoeden bijvoorbeeld via het aanvullende pakket allerlei alternatieve therapieën, van acupunctuur en homeopathie tot haptotherapie en heileurytmie (Brummelmans, 2005). De patiënt denkt

... de verzekeraar het vergoedt	al snel, als mijn verzekeraar het vergoedt, zal het wel goed zitten. En zo speelt in Amerika het feit dat een therapie door ziektekostenverzekeraars wordt vergoed een rol in de wijze waarop een eventuele ‘malpractice’ van reguliere hulpverleners wegens een verwijzing naar alternatieve behandelaren in rechtszaken wordt beoordeeld (Studdert et.al., 1998).
... reguliere beroepsbeoefenaren alternatieve therapieën aanbieden	Verder biedt een aantal reguliere beroepsbeoefenaren (al dan niet BIG geregistreerd of titelgerechtigd) naast hun reguliere werkzaamheden alternatieve therapieën aan, al dan niet met gebruikmaking van een combinatie van een beschermde met een ‘vrije’ titel. Voorbeelden zijn de arts-acupuncturist, de arts-homeopaat, de fysiotherapeut-haptonoom en de verpleegkundige-aromatherapeut. De eerste aanduidingen zijn beschermde titels, de tweede niet. Het publiek kan aan de beschermde titel het vertrouwen ontlenen dat de reguliere medische diagnose het vertrekpunt vormt en de alternatieve therapie veilig en werkzaam is.
... de Consumentenbond hoge rapportcijfers uitdeelt	En ook een Consumentenbond die hoge rapportcijfers uitdeelt aan organisaties van alternatieve behandelaren wekt bij consumenten de indruk dat het allemaal wel goed zit (Consumentengids, 2002). Maar een hoog rapportcijfer is nog geen garantie voor goede zorg en het kan soms toch anders uitpakken dan de cijfers doen vermoeden. Zo blijkt uit een rapportage van Tros Radar dat seksueel contact onderdeel kan uitmaken van de ASR-therapie (analytisch-synthetische-response-therapie, <a href="http://www.trosradar.nl">www.trosradar.nl</a> , 18-10-2004 ).
De acceptatie van alternatieve behandelwijzen in de reguliere gezondheidszorg is wisselend	De acceptatie in de reguliere gezondheidszorg van alternatieve hulpverleners lijkt overigens wisselend. In 1988 noemen onderzoekers bijvoorbeeld het aantal huisartsen dat van zichzelf zegt (ook) ‘alternatief’ te werken verrassend groot (Nivel, 1988), maar het aantal alternatief werkende huisartsen daalt na een aanvankelijke stijging in de beginjaren tachtig en negentig, van 9,4 procent in 1993 naar 4,7 procent in 2002 (Renckens, 2004, Brummelmans, 2005).
In het buitenland soms ingezet als concurrentiemiddel	In het buitenland wordt CAM (Complementary and Alternative Medicine) ingezet als concurrentiemiddel. Een bekend ziekenhuis in New York adverteert met het aanbieden van complementaire behandelingen in de strijd tegen kanker (o.a. therapeutische massages en spirituele helingsvormen).
Motieven om alternatieve hulpverleners te raadplegen zijn uiteenlopend	Als andere voor de hand liggende verklaring voor het gebruik van alternatieve behandelaren wordt vaak gedacht aan grote onvrede met de reguliere zorg. Dat blijkt (internationaal) niet het geval. Gegevens uit onderzoek wijzen onder meer op de technische aanpak in de reguliere geneeskunde, op het feit dat mensen het van belang vinden zelf iets te doen, mensen willen niets onbeproefd laten als ze met een ongeneeslijke ziekte geconfronteerd worden, mensen in de omgeving die positieve ervaringen

hebben met alternatieve hulpverleners dringen daar soms op aan, en op de normen en waarden die beter zouden aansluiten bij de gebruikers (meer holistische en spirituele benadering) (Renckens, 2004, Van der Ploeg, 1994, Cohen 2002, Van Dijk, 2004).

Hoger opgeleiden gaan vaker naar de alternatieve hulpverlener

De kenmerken van veel gebruikers komen (internationaal) overeen. Globaal gaat het veelal om hoger opgeleiden, mensen met een meer dan gemiddeld inkomen, de leeftijd ligt doorgaans tussen de 30 en 65 jaar, meer vrouwen dan mannen en veel chronische patiënten (Brummelmans, 2005).

## 2.5 Conclusie

Burger wil keuzevrijheid, maar wil ook beschermd worden

Een eerste conclusie is dat veel maatschappelijke onrust ontstaat op het moment dat zich in het alternatieve zorgveld gevaarlijke incidenten voordoen. De burger die hecht aan keuzevrijheid en zelf wil bepalen waar hij hulp zoekt, wil wel dat de overheid de balans tussen keuzevrijheid en bescherming voortdurend in het oog houdt en zo nodig maatregelen treft. Ook vragen in de Tweede Kamer bij dergelijke incidenten getuigen daarvan.

Schade aan de gezondheid door ondeskundige medische diagnostiek

Een tweede conclusie is dat harde cijfers die duiden op een omvangrijk probleem weliswaar ontbreken, maar dat duidelijk is dat schade aan de gezondheid kan ontstaan door ondeskundige (medische) diagnostiek. De ernst van het probleem moet niet onderschat worden. Bovendien is niet uit te sluiten dat sprake is van een groeiend probleem.

Paradoxe boodschap over de deskundigheid van de alternatieve hulpverlener

Een derde conclusie moet zijn dat de patiënt/burger over de rol van de alternatieve hulpverlener paradoxale boodschappen krijgt. Enerzijds wordt de alternatieve hulpverlener als niet deskundig beschouwd om medische diagnoses te stellen, anderzijds wordt de alternatieve hulpverlener door sommige partijen gezien als een welkome aanvulling op de reguliere hulpverlening. En de door de overheid beschermde titel kan worden gebruikt om alternatieve therapieën aan te bieden. Dan is het niet verwonderlijk dat de patiënt/burger het onderscheid tussen deskundig/niet-deskundig op het gebied van de medische diagnostiek minder goed weet te maken.

Is de medische diagnose als voorbehouden behandeling een oplossing?

In het volgend hoofdstuk gaat de Raad na of de burger/patiënt beter beschermd wordt tegen ondeskundige medische diagnostiek door de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG op te nemen.

### 3 Medische diagnose als voorbehouden handeling?

#### 3.1 Inleiding

Vier ijkpunten om haalbaarheid te beoordelen:

- uitgangspunten Wet BIG
- taakherschikking
- belemmeringen voor marktwerking
- nadere (juridische) overwegingen

In dit hoofdstuk gaat de Raad na of de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG kan worden opgenomen. Hij beoordeelt de haalbaarheid eerst aan de hand van de drie ijkpunten uit de adviesaanvraag: de uitgangspunten van de Wet BIG, de effecten op taakherschikking en mogelijke belemmeringen voor marktwerking (3.2). Dan volgen nadere (juridische) overwegingen (par. 3.3). Hij sluit het hoofdstuk af met conclusies (par. 3.4).

#### 3.2 Haalbaarheid

##### Uitgangspunten Wet BIG

Over de uitgangspunten van de Wet BIG is veel te zeggen. Het inherente spanningsveld tussen keuzevrijheid en bescherming is in hoofdstuk 1 al gememoreerd. Voor dit advies is in het bijzonder de vraag van belang wanneer - uit een oogpunt van bescherming van de patiënt - een handeling moet worden aangemerkt als een voorbehouden handeling.

Drie criteria om een handeling aan te merken als voorbehouden

In de Memorie van Toelichting bij de Wet BIG worden drie criteria genoemd (zie meer uitgebreid Raas, 2005):

- a) er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten;
- b) het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn;
- c) in de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden worden betreden.

Ondeskundige medische diagnostiek kan gevaarlijk zijn voor leven en gezondheid van patiënten

Dat ondeskundige medische diagnostiek gevaarlijk kan zijn voor leven en gezondheid van patiënten hoeft geen betoog. Het is de aanleiding voor de adviesaanvraag. En hoewel er bij de medische diagnose - anders dan bij de andere voorbehouden handelingen - in het algemeen niet een specifieke handeling is aan te wijzen, zou men wel kunnen spreken van het gebied van de medische diagnostiek. Daarmee zou aan het criterium hiervoor onder a) genoemd, worden voldaan.

Maar het gebied van de medische diagnostiek is moeilijk af te grenzen

Anders ligt het voor de mogelijkheid om het gebied van de medische diagnostiek af te grenzen. De RVZ heeft een achtergrondstudie laten uitvoeren om te komen tot een definiëring van het begrip medische diagnose in het kader van dit advies. In de achtergrondstudie - Omschrijving en afbakening van het begrip Medische diagnose - is langs twee wegen getracht de grenzen van het begrip te bepalen.

De begrenzing is moeilijk te vinden in het begrip 'diagnose'

De begrenzing kan niet gevonden worden in het deel 'diagnose'. In de achtergrondstudie wordt geconcludeerd dat het begrip diagnose een vlag is die veel verschillende ladingen dekt: van het beschrijven van een klacht tot en met het doen van een uitspraak over de aan- of afwezigheid van een specifieke ziekte. Bovendien is het begrip niet zonder meer los te beschouwen van het diagnostisch proces.

... en moeilijk te vinden in het begrip 'medisch'

Ook de definitie van het begrip 'medisch' leidt niet tot een eenduidige en bruikbare afbakening van het begrip medische diagnose. Zo is het medische deskundigheidsgebied niet als zodanig omschreven en dit biedt derhalve weinig houvast voor afbakening van de term medisch in het begrip medische diagnose. (Door een andere formulering kan het probleem van de afbakening echter worden ondervangen (zie par. 4.5)).

Leken kunnen het gebied van de medische diagnostiek gemakkelijk betreden

Aan het derde criterium wordt wel voldaan. Het gebied van de medische diagnostiek is gemakkelijk door ondeskundigen te betreden. Ook hier zijn de casussen die aanleiding zijn voor het advies voorbeelden van. Maar ook de leek kan een medische diagnose stellen (hoge bloeddruk, overgewicht).

Aan twee van de drie criteria wordt voldaan

Aan twee van de drie criteria van de Wet BIG wordt derhalve voldaan. Voor het antwoord op de vraag of de handeling dan moet worden aange-merkt als voorbehouden is eveneens van belang of dat effect heeft op taakherschikking. Dat is immers expliciet de vraag van de Minister. Die vraag komt hierna aan bod.

De RVZ sluit niet uit dat het wenselijk zou kunnen zijn diagnostiek op onderdelen in taakherschikking te betrekken

#### **Effecten op taakherschikking**

Taakherschikking blijft tot nu toe veelal beperkt - uitzonderingen daargelaten - tot het overnemen van (delen) van de medische behandeling. Maar de RVZ sluit niet uit dat het wenselijk zou kunnen zijn op onderdelen de diagnostiek eveneens tot de deskundigheid van andere beroepsgroepen dan artsen te rekenen (zie de casus Diabetes en Depressie, Van Hasselt, 2005).

Op dit moment is dat binnen het vigerend juridisch kader mogelijk

Op dit moment geldt als uitgangspunt voor de diagnostiek, wie bekwaam is, is bevoegd. Als naast de psychiater, de gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut en/of de sociaal psychiatrisch verpleegkundige bekwaam zijn de diagnose depressie te stellen, zijn zij daartoe bevoegd. Binnen het eigen terrein van deskundigheid en verantwoordelijkheid is voor een inhoudelijke eindverantwoordelijkheid van andere beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld de arts, geen ruimte (Legemaate in zijn annotatie bij het arrest van de Rechtbank Almelo van 23 september 2003). Als de diabetesverpleegkundige bekwaam is de diagnose diabetes type 2 te stellen, is hij/zij daartoe op grond van de Wet BIG bevoegd. Dat laat onverlet de uitspraak van de voorzieningenrechter Rechtbank 's-Gravenhage dat diagnostiek niet in alle gevallen aan verpleegkundigen

kan worden overgelaten (Rechtbank 's-Gravenhage d.d. 24 januari 2003).

Bevoegdheidsregeling  
bepalend voor het effect op  
taakherschikking

Als de medische diagnose als voorbehouden handeling wordt opgenomen, komt de vraag naar de bevoegdheid om de hoek kijken. Welke beroepsbeoefenaren worden dan bevoegd verklaard? Het antwoord op die vraag is bepalend voor het mogelijk effect op taakherschikking.

De mogelijkheden van  
taakherschikking zijn  
optimaal te benutten als naast  
artsen andere BIG-geregelde  
beroepen bevoegd worden  
verklaard

Om de mogelijkheden van taakherschikking optimaal te benutten zou voor een zodanige regeling van bevoegdheden gekozen moeten worden dat naast de arts andere beroepsbeoefenaren bevoegd worden verklaard. Uiteraard voor zover medische diagnostiek past binnen het gebied van hun deskundigheid (artikel 36). Deze optie sluit aan bij de huidige regeling zoals die nu gehanteerd wordt voor bijvoorbeeld de tandarts en de verloskundige voor heelkundige handelingen en injecties (artikel 36, lid 1 en lid 5). Voorwaarde is wel dat het beroep geregeld is in het kader van de Wet BIG. Voor de doktersassistente is dat bijvoorbeeld (nog) niet het geval.

Kabinet heeft eerder RVZ-  
aanbeveling op dit punt nog  
niet overgenomen

Bij bovenstaande optie merkt de RVZ op dat het kabinet tot nu toe hiervoor niet heeft gekozen. In het kabinetsstandpunt op zijn advies Taakherschikking in de gezondheidszorg heeft het kabinet reserves uitgesproken gezien de kanttekeningen die de KNMG en IGZ hierbij plaatsen.

Als alleen de arts bevoegd  
wordt verklaard, brengt dat  
meer bureaucratie met zich  
mee

Als alleen de arts bevoegd verklaard wordt, brengt dat meer bureaucratie met zich mee. Andere beroepsbeoefenaren diagnosticeren dan in opdracht (artikel 35 en 38) al dan niet met functionele zelfstandigheid (artikel 39). Hier geldt niet de voorwaarde dat het beroep geregeld moet zijn in het kader van de Wet BIG (uiteraard wel voor het handelen van beroepen met functionele zelfstandigheid). Wel moet de opdrachtgever (lees arts) voldoen aan de eisen van artikel 38: mag hij redelijkerwijs aannemen dat de ander bekwaam is, heeft hij aanwijzingen gegeven, is toezicht en tussenkomst verzekerd? De complexiteit van de opdrachtrelatie zal mogelijk per diagnose variëren.

Wel is de uitwerking van de  
opdrachtrelatie problematischer

Experts achten met name de uitwerking van de opdrachtrelatie bij een voorbehouden handeling als de medische diagnose problematischer dan bij de meer concrete voorbehouden handelingen die nu genoemd worden in artikel 36. Het gaat bij de medische diagnose immers niet zozeer om één specifieke handeling, maar het kan gaan om een reeks van handelingen om tot een diagnose te komen. De mate van concreetheid van die handeling kan bovendien variëren van een specifiek onderzoek tot het herkennen van patronen (zie genoemde achtergrondstudie).



Naast artsen, beschikken bijvoorbeeld ook ambulanceverpleegkundigen over diagnostische vaardigheden

Uiteraard zou voor een regeling van bevoegdheden op diagnostisch gebied de deskundigheid van hulpverleners het uitgangspunt dienen te zijn. Om een indruk te krijgen is door prof. Schrijvers een vergelijking gemaakt tussen diagnoses gesteld door ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op spoedeisende hulpafdelingen in ziekenhuizen. Uit de vergelijking komt naar voren dat 76% van de diagnoses volledig of grotendeels overeenstemmen. Bij 24% was dat niet het geval, meestal omdat de ambulancebemanning de diagnose niet kon stellen omdat op de plaats van het ongeval geen röntgenfoto of aanvullend onderzoek mogelijk was (Schrijvers et al., 2005).

Nieuwe ontwikkelingen met mogelijk ongewenste neveneffecten

### **Belemmeringen voor marktwerking**

Marktwerking en technologische ontwikkelingen zullen ook op het terrein van de 'medische' diagnostiek een eigen dynamiek teweegbrengen met mogelijk ongewenste neveneffecten. In de verloskunde deden de 'pretecho's' al eerder hun intrede. De IGZ ziet nu met lede ogen een particuliere praktijk ontstaan die echografie aanbiedt aan eenieder die ervoor wil betalen. Het gaat nu niet alleen om 'pretecho's', maar ook om echo's van de borst en buik. (Westerouwen van Meeteren, 2005).

Meer voorlichting nodig aan consumenten/patiënten

De zorg van de IGZ richt zich in het bijzonder op het gegeven dat de er geen arts is die de bevindingen van de radiodiagnostisch laborante ziet en in een medische context interpreteert. De Raad deelt die bezorgdheid, maar constateert tegelijkertijd dat 'medisch' op meer terreinen een andere betekenis lijkt te krijgen en niet altijd (meer) met ziekte geassocieerd wordt, bijvoorbeeld op het terrein van de cosmetische chirurgie.

'Medische' producten en 'medische' diensten dienen niet altijd een gezondheidszorgdoel

De vraag is of in dergelijke situaties wel sprake is van een vraag naar een 'medische diagnose' dan wel enig ander 'medisch' oordeel. De vergelijking met piercings en tatoeages dringt zich op. Het gaat om handelingen die in de context van gezondheidszorg onder de voorbehouden handelingen zouden vallen. Maar juist gezien de context en doel van de handelingen zijn ze daar nadrukkelijk buiten gelaten. Zo is die beslissing voor tatoeages recent nog (1 april 2005) door het kabinet bevestigd, hoewel het gevaar van infecties met Hepatitis B en C en HIV als gevolg van onhygiënisch werken werd onderkend.

Op de vrije markt gelden andere spelregels dan in de gezondheidszorg

Bij de vraag naar belemmeringen voor marktwerking dient dan ook eerst de vraag te worden beantwoord of het gaat om een 'product' c.q. 'diagnostiek' met een gezondheidszorgdoel. De genoemde voorbeelden laten immers zien dat eenzelfde handeling verschillende doelen kan dienen. Waar diagnostiek in de gezondheidszorg een gevaar zou betekenen voor de patiënt, is het terecht dat 'toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders' worden opgeworpen, dat wil zeggen dat zij net als andere aanbieders aan geldende kwaliteitseisen zullen moeten voldoen. Buiten de

gezondheidszorg zullen de daar geldende spelregels moeten worden gerespecteerd.

Meer informatie hierover aan consument/patiënt is dringend geboden

Het is uiteraard wel van belang dat consumenten/patiënten zich realiseren dat een foto om gezondheidsproblemen op het spoor te komen iets anders is dan een foto uit louter interesse, bijvoorbeeld de 'pretecho'. En dat voor de beoordeling van de eerste foto andere deskundigheid vereist is dan voor de tweede. Meer voorlichting over dergelijke ontwikkelingen en eventueel te ondernemen acties bij 'wanprestatie' is dringend geboden.

De IGZ houdt toezicht op BIG-geregelde hulpverleners, ook als ze op de vrije markt werkzaam zijn

In het kader van de Wet BIG geregelde beroepen zijn gehouden aan hun professionele standaard, ook wanneer ze betrokken zijn bij activiteiten in een marktgeoriënteerde omgeving. In of buiten de gezondheidszorg. De IGZ heeft mogelijkheden om op te treden via het tuchtrecht en artikel 40 juncto artikel 87 Wet BIG. En de consument wordt ook anderszins, via de Warenwet en Europese regelgeving (o.a. CE markering) bijvoorbeeld, bescherming geboden.

### 3.3 Nadere (juridische) beschouwing/overwegingen

Het zou een duidelijk signaal zijn van de overheid dat aan ondeskundige diagnostiek risico's zitten, maar...

Met het opnemen van de medische diagnose als voorbehouden handeling zou de overheid duidelijk maken dat alleen gekwalificeerden daartoe bevoegd zijn. Een duidelijk signaal dus dat aan ondeskundige diagnostiek risico's verbonden zijn, en dat de overheid alleen garant kan staan voor de opleiding (en toezicht op de beroepsuitoefening) van de gekwalificeerden. En net als voor het geven van injecties en het uitvoeren van chirurgische ingrepen zou het betekenen dat niet-bevoegden strafbaar zijn als ze buiten noodzaak daartoe toch overgaan.

... meer dan bij andere voorbehouden handelingen speelt het probleem van de formuleringen

Maar meer nog bij de concrete handelingen als injecties en chirurgische ingrepen speelt het probleem van de formulering. Omdat het een strafbepaling betreft, moet duidelijk zijn welk gebied voor onbevoegden verboden is. Hierboven is al aangegeven dat daar mogelijk een probleem ligt. De aard van de voorbehouden handeling is van een andere orde dan de technische handelingen die nu in artikel 36 zijn genoemd. Tot nu toe zijn 'beradene/beschouwende' handelingen niet onder de werkingsfeer van artikel 36 gebracht. Die leveren ook meer problemen op met de afbakening. Bovendien is niet op voorhand aan te geven om welke handelingen het precies gaat bij de diagnostiek.

En zou het een effectieve maatregel zijn?

Daarnaast speelt de vraag naar de effectiviteit van de maatregel. Zou het effectief zijn om de medische diagnose als voorbehouden handeling op te nemen?

Niet zozeer de diagnose is het probleem, maar de inadequate behandeling

De rechtspraak wijzen uit dat veelal niet de medische diagnose of het ontkennen daarvan het probleem is, maar de inadequate behandeling door de alternatieve hulpverlener. Daarvoor bieden de bestaande wettelijke bepalingen ook mogelijkheden. Een inadequate schadelijke behandeling valt onder artikel 96 Wet BIG en kan ook met artikel 300 Sr en volgende (dood door schuld) vervolgd worden (Van Wijmen en de Bijl, 2005).

Het verbod overtreden is een overtreding en geen misdrijf, derhalve een lage straf

Overtreding van het verbod (in artikel 35) om onbevoegd een medische diagnose te stellen zou een overtreding en geen misdrijf zijn (artikel 102, lid 2 juncto 97). Daarop staat een lagere straf dan wanneer een alternatieve hulpverlener veroordeeld zou worden op basis van het artikel (96) waarin strafbaar is gesteld het veroorzaken van een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid (drie maanden hechtenis in plaats van mogelijk zes maanden bij veroordeling op grond van artikel 96, lid 2 en 3 en de mogelijkheid te worden ontzet van het recht het betrokken beroep uit te oefenen).

En er bestaan twijfels over de handhaafbaarheid

Over de handhaafbaarheid van de diagnose als voorbehouden handeling bestaan eveneens twijfels. Het gaat immers om diagnostiek die veelal in de beslotenheid van spreek- en behandelkamers zal plaatsvinden. Hoe wil men die op het spoor komen? Is het opsporingsapparaat wel toereikend en welke consequenties zou dit hebben voor de rechterlijke capaciteit om dit te beoordelen (Van Wijmen en de Bijl, 2005)? En als er sprake is van een sterke terughoudendheid bij burgers om calamiteiten te melden (IGZ, 2005), hoe staat het dan met de bereidheid om 'kleinere problemen' te melden?

Twijfels over de preventieve werking...

Een ander aspect betreft de verwachtingen die bestaan over de preventieve werking van het strafrecht. Daarover wordt verschillend gedacht, maar in het algemeen moet men geen al te hoge verwachtingen hebben (Van Wijmen en de Bijl, 2005). Niettemin zou het wel een duidelijk signaal zijn van de overheid als aangegeven wordt dat alleen gekwalificeerden deskundig zijn om een medische diagnose te stellen.

... maar wel een duidelijk signaal

### 3.4 Conclusie

Aanzienlijke twijfel over de haalbaarheid

De haalbaarheid van het voorstel om de medische diagnose aan te merken als voorbehouden handeling heeft de Raad aan de hand van vier ijkpunten beoordeeld. De uitkomst is dat er aanzienlijke twijfel bestaat. Met name ook omdat het vraagstuk van de handhaafbaarheid zwaar weegt in de afweging om tot regelgeving over te gaan.

Het effect op de uitgangspunten van de wet is een

Hoe men het effect op de uitgangspunten van de wet beoordeelt, is een kwestie van waardering. Als het effect zou zijn dat alternatieve hulpverle-

kwestie van waardering	ners niet willen behandelen zonder de medische diagnose te kennen, wordt de keuzevrijheid van patiënten enigszins ingeperkt. Ze zullen dan niet zonder medeweten van de (huis)arts een alternatieve hulpverlener kunnen bezoeken. Maar, minder keuzevrijheid voor meer bescherming.
Nadelige effecten voor taakherschikking kunnen wel opgelost worden	Als de medische diagnose zou worden opgenomen als voorbehouden handeling kunnen nadelige effecten voor taakherschikking opgevangen worden door de bevoegdheid voor het stellen van een medische diagnose niet alleen toe te kennen aan artsen, maar eveneens aan andere daarvoor in aanmerking komende BIG-geregelde beroepen. De Raad heeft al eerder aangegeven dat voor taakherschikking een formele uitbreiding van de bevoegdheden van BIG-geregelde beroepen bevordelijk zou zijn.
Belemmeringen voor marktwerking dienen in de context van de desbetreffende 'markt' beoordeeld te worden	Als een 'medisch' product geen gezondheidszorgdoel dient en als een 'normaal consumentenproduct' kan worden beschouwd, is het terecht dat andere spelregels gelden dan in de gezondheidszorg. Belemmeringen voor marktwerking moeten dan in die context beoordeeld worden.
In het volgende hoofdstuk beantwoordt de Raad de beleidsvraag naar andere mogelijkheden	Nu in dit hoofdstuk moet worden geconcludeerd dat er twijfel bestaat over de haalbaarheid om een medische diagnose aan te merken als voorbehouden handeling, beantwoordt de raad in het volgende hoofdstuk de beleidsvraag welke andere mogelijkheden er zijn om te voorkomen dat niet-deskundigen zich op het terrein van de medische diagnostiek begeven.

## 4 Andere oplossingen/maatregelen

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoordt de Raad de beleidsvraag welke andere mogelijkheden er zijn om te voorkomen dat niet-deskundigen zich op het terrein van de medische diagnostiek begeven. Om mensen vooraf te kunnen beschermen, zal het accent in de eerste plaats moeten liggen op voorlichting (par. 4.2). Verder is meer maatwerk in de reguliere hulpverlening wenselijk (par. 4.3). Bij de mogelijkheden om achteraf op te treden valt een onderscheid te maken in privaatrechtelijke (par. 4.4) en publiekrechtelijke mogelijkheden (par. 4.5). De Raad sluit het hoofdstuk af met conclusies (par. 4.6).

### 4.2 Voorlichting

Voorlichting, informatie en publiciteit over gevaarlijke praktijken helpt!

Voorlichting helpt! Voorlichting, informatie en publiciteit over gevaarlijke praktijken maken consumenten/patiënten bewuster van de gevaren die ze lopen als ze op zoek gaan naar alternatieve therapieën. Zo blijkt de publiciteit rond de casus S.M. en negatieve publiciteit rond omstreden diëten en andere gevaarlijke praktijken effect te hebben. Zo volgden in 2002 aanmerkelijk minder kankerpatiënten een omstreden dieet dan in 1999, zeven tegen dertien procent. Onderzoekers schrijven dat effect toe aan de folder van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis waarin onverbloemd wordt gesteld dat van geen enkel dieet een effect op het ziektebeloop mag worden verwacht (Rotterdams Dagblad, 17-09-2003).

'Reclame' door de overheid voor de reguliere beroepen

De overheid zou op de onlangs geopende website [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) als het ware 'reclame' kunnen maken voor de reguliere beroepen. Naast de voorlichting die beroepsgroepen en beroepsorganisaties zelf geven, zou de overheid het tot zijn taak moeten rekenen informatie te geven over wat beroepen in de gezondheidszorg doen en wat hun deskundigheid is. In relatie tot de BIG-geregelde beroepen ligt een meer prominente verantwoordelijkheid voor de overheid ook voor de hand. De titelbescherming impliceert immers een door de overheid erkende deskundigheid en een door de overheid erkende gevolgde opleiding. Meer informatie hierover kan de burger bewust(er) laten kiezen.

Maak duidelijk of een alternatieve therapie onderdeel uitmaakt van het reguliere aanbod

Reguliere instellingen, patiëntenorganisaties en beroepsbeoefenaren zouden expliciet informatie kunnen verschaffen over de wijze waarop diagnostiek tot stand komt en over de effectiviteit van behandelingen. Patiënten zullen dan ook eerder geneigd zijn soortgelijke informatie te zoeken bij contacten in de alternatieve hulpverlening. Verder zouden instellingen en beroepsbeoefenaren transparant dienen te zijn over het

aanbieden van alternatieve therapieën. Maakt dit onderdeel uit van het aanbod en welke beroepsbeoefenaren met welke kwalificaties worden daarvoor ingezet?

Meer onderzoek nodig

Voorlichting over de werkzaamheid van alternatieve behandelwijzen dient gestoeld te zijn op 'evidence'. Daarom is meer (inter)nationaal wetenschappelijk onderzoek nodig (zie voor een overzicht van de stand van zaken: ZonMw, 2004). ZonMw heeft in maart 2005 van het ministerie van VWS geld gekregen voor onderzoek naar activiteiten die de wetenschappelijke kwaliteit en de kansrijkheid van onderzoek van door artsen toegepaste complementaire behandelwijzen op het gebied van de homeopathie, acupunctuur en natuurgeneeskunde moeten bevorderen. Onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve behandelwijzen is uiteraard geen louter Nederlandse aangelegenheid. Nederland kan gebruik maken van de uitkomsten van onderzoek dat elders al is verricht (zie voor publicaties daarover bijvoorbeeld [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)).

### 4.3 Meer maatwerk in de reguliere hulpverlening

Mensen gaan in het algemeen niet uit onvrede met de reguliere zorg naar alternatieve hulpverleners (zie ook par. 2.4). Wel wijst onderzoek uit dat mensen zelf actief een bijdrage willen leveren aan hun genezingsproces. In de reguliere gezondheidszorg is mogelijk te weinig tijd en aandacht voor dit onderdeel in de behandeling en begeleiding van patiënten.

Investeer in een goede relatie met patiënten

Vooraf voor chronisch zieken is het soms moeilijk te accepteren dat de reguliere gezondheidszorg niet altijd genezing kan bieden en klachten onvoldoende kan verhelpen. Dat is ook begrijpelijk als het toekomstperspectief door de chronische ziekte ingrijpend wijzigt. Als mensen zich dan niet serieus genomen voelen in hun pogingen om een nieuw perspectief te vinden, is de kans groot dat ze elders steun zoeken. Investeren in een goede relatie om patiënten op dit punt bij te staan, zal mogelijk ook voorkomen dat patiënten hun heil zoeken in dure, maar niet bewezen therapieën.

Patiënten hebben naast een verantwoorde behandeling behoefte aan erkenning van gevoelens

En naast een wetenschappelijk verantwoorde behandeling hebben patiënten ook behoefte aan erkenning van gevoelens. De GezondheidsRaad merkte daarover in 1993 op: "Men wil graag wetenschap, men wil ook graag wetenschappelijk behandeld worden, maar zoekt daarbij tevens waardering voor zijn gevoelens en zijn neigingen tot irrationaliteit, die weliswaar niet zonder meer te rijmen zijn met de wetenschappelijke denktrant, maar waarvan het bestaan niet kan worden ontkend. Van de alternatieve beroepsbeoefenaren wordt verwacht dat zij voorzien in de behoefte die uit deze ambivalentie voortspuit" (GezondheidsRaad, 1993, p. 65). De Raad wil daarmee niet zeggen dat in de reguliere zorg geen aandacht is voor gevoelens van patiënten, maar

blijkbaar ervaren patiënten dat niet altijd zo. Investeren in die erkenning van gevoelens van patiënten, zou tot gevolg kunnen hebben dat patiënten minder snel naar het alternatieve circuit gaan.

#### 4.4 Privaatrechtelijke mogelijkheden

##### *Zelfregulering*

Instrumenten om te kunnen kiezen tussen alternatieve hulpverleners

Ook alternatieve aanbieders dienen transparant te zijn over hun aanbod zodat patiënten bewuster kunnen kiezen. Zo is een instrument ontwikkeld om patiënten te helpen bij het kiezen tussen alternatieve hulpverleners (Kopsky et al., 2003). Met het antwoord op vijf vragen moet de patiënt zich daarover een oordeel kunnen vormen (zie Van Wijmen en de Bijl, 2005).

Voor uitwassen in de alternatieve hulpverlening is zelfregulering niet geschikt

Maar voor uitwassen in de alternatieve hulpverlening lijkt zelfregulering niet het geschikte instrument. Zo zijn kwalijke zorgpraktijken met name te verwachten bij min of meer excentrieke eenlingen. En juist bij dergelijke eenlingen is zelfregulering niet te verwachten en niet te controleren (Van Wijmen en de Bijl, 2005).

##### *Zorgverzekeraars*

Verzekeraars hebben verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld een 'verklaring' c.q. verwijzing van een arts vragen om voor vergoeding in aanmerking te komen

Zorgverzekeraars hebben eveneens mogelijkheden om patiënten bewuster te doen kiezen. Vergoeding van alternatieve behandelwijzen loopt immers via de aanvullende verzekering. Dat daarvan een verkeerd en verwarrend signaal uitgaat is te betreuren, maar verzekeraars zijn wel in de positie om kwaliteitseisen te stellen aan alternatieve behandelaars én ze kunnen een aanvullend pakket aanbieden zonder alternatieve behandelwijzen c.q. met een 'losse module' én ze kunnen ook pas dan tot vergoeding overgaan van de alternatieve behandelwijze als de patiënt een 'verklaring' c.q. verwijzing heeft van een (huis)arts. Die laatste voorwaarde wordt nu lang niet in alle gevallen gesteld, maar zou wel helpen om de patiënt bewuster te laten kiezen.

##### *Aansprakelijkheidsrecht*

Punitive damages is een mogelijkheid in het aansprakelijkheidsrecht

De preventieve en gedragsbeïnvloedende werking van het aansprakelijkheidsrecht staat de laatste tijd meer in de belangstelling. In het verlengde daarvan wordt wel gepleit voor invoering van 'punitive damages': een boete bovenop of in plaats van de vergoeding van materiële of immateriële schade.

Voordeel: tegenwicht voor een lage pakkans

Als voordeel wordt genoemd dat een privaatrechtelijke boete een tegenwicht kan vormen voor de 'lage pakkans' op sommige terreinen van het aansprakelijkheidsrecht. En goed zou kunnen werken in die situaties waarin sprake is van een handhavingstekort (Hartlief, 2005). Daarvan lijkt zeker sprake bij de strafbepalingen van de Wet BIG zoals blijkt uit de evaluatie (ZonMw, 2002).

Nadeel: mogelijkheid claimcultuur

Als nadeel wordt wel gewezen op de claimcultuur die daardoor ontstaat. Tot nu toe is de optie van ‘punitive damages’ door het kabinet om die reden afgewezen. Maar in het licht van meer marktwerking en versterking van de positie van de patiënt is het een optie die wellicht heroverweging verdient. Naar de mening van de Raad sluit de optie namelijk wel goed aan bij de filosofie van eigen verantwoordelijkheid van de burger. Die krijgt een effectief instrument aangereikt als hij de (alternatieve) hulpverlener wil aanspreken voor geleden schade. En het zou een preventieve werking kunnen hebben naar particuliere ‘diagnostische’ praktijken waarover de IGZ zich zorgen maakt (zie par. 3.2).

#### 4.5 Publiekrechtelijke mogelijkheden

##### Wet BIG

*Het in twijfel trekken van een door een arts gestelde diagnose als voorbehouden handeling aanmerken?*

Het in twijfel trekken van een door een (tand)arts gestelde diagnose, behandeling en prognose aanmerken als voorbehouden handeling?

In het vorige hoofdstuk heeft de Raad geconcludeerd dat er twijfel bestaat over de haalbaarheid om de medische diagnose aan te merken als voorbehouden handeling. Een andere optie die te overwegen is, is of het in twijfel trekken van een door een (tand)arts gestelde diagnose, behandeling en prognose, valt aan te merken als voorbehouden handeling. Deze optie heeft de Raad voor advies voorgelegd aan prof. mr. G.R.J. de Groot (De Groot, 2005). Dat heeft geresulteerd in een mogelijke formulering voor een voorbehouden handeling:

*“Tot het geven van een oordeel of advies met betrekking tot de aanwezigheid of de aard van een aandoening, de in verband daarmee noodzakelijke behandeling of de prognose zijn, indien dat oordeel of advies afwijkt van het daarover eerder door een arts of tandarts gegeven oordeel of advies, bevoegd: de artsen en tandartsen”.*

Heeft een voordeel ten opzichte van de medische diagnose als voorbehouden handeling

Ten opzichte van de medische diagnose als voorbehouden handeling is het voordeel van deze optie dat het door zijn bredere strekking niet alleen ziet op de diagnose, maar ook op behandeling en prognose. Daarmee zou het een oplossing bieden voor de veel gehoorde opmerking tijdens de adviesvoorbereiding dat het gevaar bij de alternatieve behandeling niet zozeer is gelegen in de medische diagnose op zich, maar meer in het daarop volgend traject c.q. de behandeling.

Patiënten worden beter beschermd tegen een ondeskundig oordeel

Patiënten worden in dit voorstel beter beschermd tegen (alternatieve) hulpverleners die in de uitoefening van hun beroep bij het adviseren van de patiënt afwijken van het professioneel oordeel van een arts of tandarts.



Maar ook nadelen, en eveneens twijfels over handhaafbaarheid

Het voorstel heeft ook nadelen. Zo geldt die betere bescherming alleen voor patiënten die bij een arts zijn geweest. Verder gelden ook hier bedenkingen die vergelijkbaar zijn met de bedenkingen die de Raad naar voren bracht bij de optie van de medische diagnose als voorbehouden handelingen ten aanzien van de handhaafbaarheid, strafbedreiging en preventieve werking: heeft het voldoende preventieve werking als de straf die op de overtreding staat laag is en hoe komt men de overtreding op het spoor?

Taakherschikking blijft mogelijk, maar uitwerking niet eenvoudig

Zoals in hoofdstuk 3 besproken, is de bevoegdheidsregeling bepalend voor het effect op taakherschikking. Het is mogelijk andere BIG geregelde beroepen als bijvoorbeeld de (gezondheidszorg)psycholoog mede bevoegd te verklaren tot de voorbehouden handeling, bestaande uit het geven van een oordeel of advies dat afwijkt van het eerdere oordeel of advies van een arts (zie De Groot, 2005, par.2.6). De mogelijkheden van taakherschikking zouden op die wijze goed te benutten zijn. Maar de uitwerking zal niet eenvoudig zijn.

Verbod om beschermde titel te combineren met alternatieve titel?

*Verbod om BIG-registertitel te gebruiken voor het aanbieden van alternatieve therapieën?*

Nog weer een andere mogelijkheid die te overwegen is, is om de wenselijkheid aan de inschrijving in het register ex artikel 3 Wet BIG en het voeren van de daarmee verband houdende titel, een verbod te koppelen voor het aanbieden van alternatieve therapieën, al dan niet met gebruikmaking van een alternatieve titel naast de beschermde titel. Ook daar zijn argumenten voor en tegen aan te voeren.

Beschermde BIG-titel gebruiken voor het aanbieden van alternatieve therapieën niet in overeenstemming met beleid gericht op 'evidence based medicine'

*Voor*

Voor een dergelijk verbod pleit dat het niet de bedoeling kan zijn van de overheid dat men met een beschermde titel alternatieve therapieën aanbiedt. Zijn beleid is juist gericht op evidence based medicine. De beschermde titel is bedoeld als garantie naar de burger dat de overheid instaat voor de genoten opleiding van de beroepsbeoefenaar. Door het gebruik van de beschermde titel kan bij de patiënt het vertrouwen ontstaan dat de overheid ook kan en wil instaan voor de kwaliteit van de alternatieve therapieën.

Er gaat een legitimerende werking vanuit, dat is niet wenselijk

Voor een verbod pleit ook dat in andere maatschappelijke sectoren steeds vaker een pleidooi te horen is voor een duidelijke scheiding tussen mogelijke conflicterende werkzaamheden, bijvoorbeeld het verenigen van het werk van accountant en consultant in één persoon. De eis van 'evidence based' en alternatieve therapieën kan conflicteren, zeker ook bij een toenemende nadruk op marktwerking. Daarnaast lijkt het verbinden van de beschermde titel aan bijvoorbeeld neuroltherapie onschuldig, maar er gaat een legitimerende werking vanuit naar alternatieve hulpverleners.

<p>Maar veel patiënten kiezen juist een reguliere hulpverlener die ook een alternatieve therapie aanbiedt</p>	<p><i>Tegen</i> Tegen een dergelijk verbod pleit dat veel patiënten juist kiezen voor reguliere hulpverleners die tegelijkertijd alternatieve therapieën aanbieden. De kans dat ze daardoor volledig naar het alternatieve circuit verdwijnen is daardoor bovendien geringer. Beroepsbeoefenaren zijn gehouden de professionele standaard na te leven en een deel daarvan (geregeld ex artikel 3) is onderworpen aan tuchtrecht. Een degelijk verbod is bovendien lastig uit te leggen bij het concept van vraagsturing door de overheid. In 1998 was een ruime meerderheid van de bevolking (82%) van mening dat de overheid in haar beleid de combinatie van alternatieve en reguliere geneeskunde moest stimuleren (NIPO, 1998).</p>
<p>En welke titels zou men willen verbieden?</p>	<p>Tegen een dergelijk verbod pleit eveneens dat het lastig te handhaven en moeilijk te controleren zou zijn. Daarnaast is uiteraard de vraag welke titels men zou willen verbieden. Zo zijn er veel ‘vrije’ titels die niet meteen met alternatieve behandelwijzen geassocieerd zullen worden en waarvan het waarschijnlijk ook niet de bedoeling zal zijn dat die verboden worden (nefroloog bijvoorbeeld).</p>
<p>Europeesrechtelijk complicerende aspecten</p>	<p>Verder kleven er Europeesrechtelijk complicerende aspecten aan deze kwestie. Zo zou het niet in overeenstemming zijn met het vrij verkeer van personen, goederen en diensten om aan beroepsbeoefenaren afkomstig uit EU lidstaten het gebruik van een beroepstitel te verbieden als Nederland geen reden heeft gezien een beroep en de daarbij behorende opleiding(stitel) te regelen. Een ander volgt uit de EU richtlijnen 89/48/EEG en 92/51/EEG. Als Nederland geen reden ziet het beroep en/of de opleiding(stitel) tot acupuncturist te regelen, kunnen aan beoefenaren uit andere lidstaten die dat wel doen geen eisen gesteld worden.</p>
<p>Herregistratie zo spoedig mogelijk invoeren voor meer beroepsbeoefenaren</p>	<p><i>Zo spoedig mogelijk herregistratie invoeren</i> Samenhangend met bovenstaande overweging voor een verbod voor een alternatieve titel voor BIG-geregistreerden is te overwegen, de herregistratie voor alle artikel 3 basisberoepsbeoefenaren zo spoedig in te voeren.</p>
<p>Herregistratie nu voor beperkte groep</p>	<p>Het voordeel is dat dan voor veel meer beroepsbeoefenaren dan nu kwaliteitseisen gesteld worden. Herregistratie werkt nu feitelijk alleen voor medisch specialisten. Ingeschrevenen in een specialistenregister moeten voldoen aan de eisen voor herregistratie zoals gesteld door de bevoegde colleges. Basisartsen die verder geen opleiding volgen, zullen bij invoering van de herregistratie ook aan eisen van (werk)ervaring moeten gaan voldoen, eventueel aan eisen voor bij- en nascholing. Voor andere beroepsgroepen als fysiotherapeuten of verpleegkundigen zijn nog nauwelijks of geen specialismen tot stand gekomen. Daarom zou te overwegen zijn de datum van invoering van herregistratie naar voren te halen.</p>

### *Artikel 40*

Artikel 40 Wet BIG ook voor alternatieve hulpverleners?

Artikel 40 van de Wet BIG bepaalt dat een solistisch werkende beroepsbeoefenaar zijn werk zo moet organiseren dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Voorgesteld is ook dit artikel op alle beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg van toepassing te verklaren en niet alleen op de in het kader van de Wet BIG geregelde beroepen. Daardoor zouden ook eisen gesteld kunnen worden aan alternatieve behandelaars. Bijvoorbeeld ten aanzien van de verslaglegging, de communicatie met het reguliere circuit en het niet interveniëren in de reguliere behandeling.

De erkenning van alternatieve behandelaars die daarvan het gevolg is, wil de Minister niet, zo blijkt ook uit zijn standpunt op de evaluatie van de Wet BIG. Ook de RVZ is daarvan geen voorstander. Nadelen van erkenning zijn er immers ook (Van Wijmen en de Bijl, 2005)

### *Deskundigheidsomschrijvingen aanpassen*

Deskundigheid op diagnostisch gebied duidelijker omschrijven

Voor de in het kader van de Wet BIG geregelde beroepen is te overwegen in de deskundigheidsomschrijvingen van de relevante beroepen een omschrijving op te nemen over de deskundigheid op medisch diagnostisch gebied.

De burger kan dan duidelijker kiezen

Het voordeel is in de eerste plaats de duidelijkheid naar de burger/patiënt. Die weet wat hij op dit punt van de beroepsbeoefenaar mag verwachten. Ook in het onderlinge verkeer tussen beroepsbeoefenaren en andere partijen in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld verzekeraars) is die duidelijkheid welkom. Het probleem van de afbakening speelt hier niet omdat het niet om een strafbepaling/strafnorm gaat en voor de omschrijving van de deskundigheid uit een verscheidenheid aan termen geput kan worden.

Duidelijke omschrijvingen ook in de (tucht)rechtspraak een voordeel

In de tweede plaats is het voordeel gelegen in de functie die het kan vervullen in de (tucht)rechtspraak. Een duidelijke omschrijving van de deskundigheid kan (tucht)rechters een houvast bieden in de beoordeling van het handelen van (alternatieve) hulpverleners. Waar een omschrijving van die deskundigheid ontbreekt, zal het voor (alternatieve) beroepsbeoefenaren moeilijker zijn zich te beroepen op het gegeven dat ze mochten veronderstellen deskundig te zijn.

### *Actiever handhavingsbeleid*

Actiever handhavingsbeleid nodig en verhoging van de strafmaat

Omdat het bestaande strafrechtelijk instrumentarium niet of nauwelijks wordt gebruikt, ligt een actiever handhavingsbeleid van de huidige strafbepalingen in de Wet BIG voor de hand. Dat zou gepaard moeten gaan met de volgende maatregelen (Van Wijmen en de Bijl, 2005):

- alle zaken zouden door de rechtbank moeten worden behandeld; de kantonrechter is daarvoor qua expertise en equipage minder gekwalificeerd;

- verhoging van de strafmaat van artikel 96 Wet BIG; de huidige strafmaat is drie respectievelijk zes maanden hechtenis (of een geldboete).

#### 4.6 Conclusie

Voorlichting is een belangrijk middel	De Minister vroeg naar andere mogelijkheden om te bereiken dat niet-deskundigen zich niet op het terrein van medische diagnostiek begeven. Die mogelijkheden zijn er. Voorlichting is het belangrijkste middel om dat te bereiken.
Voorlichting heeft effect	Voorlichting, informatie en publiciteit over gevaarlijke zorgpraktijken heeft effect. Dat is ook van betekenis voor het vervolgings- en handhavingsbeleid.
Alle partijen in de gezondheidszorg hebben mogelijkheden om de patiënt beter te informeren	Alle betrokken partijen in de gezondheidszorg - inclusief alternatieve hulpverleners - hebben een eigen verantwoordelijkheid om patiënten te informeren over de werkzaamheid van behandelingen. Zij beschikken over uiteenlopende middelen om de patiënt beter op de hoogte te stellen van de consequenties van de keuze die de patiënt maakt.
De overheid kan verschillende maatregelen treffen, waaronder wettelijke	De overheid kan verschillende maatregelen treffen om patiënten beter te beschermen tegen niet-deskundige diagnostiek. Naast voorlichting zijn wettelijke maatregelen mogelijk. Naar welke maatregelen de voorkeur uitgaat, is een kwestie van kiezen. De Raad doet dat in het volgend hoofdstuk.

## 5 Advies/Aanbevelingen

### 5.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken heeft de Raad de mogelijkheden verkend om burgers onder het regime van de Wet BIG beter te beschermen tegen ondeskundigen die zich op het gebied van de medische diagnostiek begeven. En net als de Minister wil de Raad daarbij de uitgangspunten van de wet – in het bijzonder keuzevrijheid voor de patiënt – overeind houden. Twee met elkaar concurrerende uitgangspunten – bescherming en keuzevrijheid – met elkaar verbinden, was en is niet gemakkelijk.

In dit hoofdstuk formuleert de Raad eerst zijn advies op hoofdlijnen (par. 5.2). Vervolgens formuleert hij zijn concrete aanbevelingen aan de overheid (par. 5.3). In de slotparagraaf doet hij een beroep op alle andere partijen in de gezondheidszorg.

### 5.2 Advies

Probleem is aanwezig, maar de omvang is onbekend

Eerder heeft de Raad aangegeven dat ondeskundige medische diagnostiek schade kan opleveren voor de patiënt omdat dit kan betekenen dat die daardoor te laat of niet de juiste therapie krijgt. Hetzelfde geldt voor een inadequate behandeling. Maar er is te weinig bekend over de omvang van het probleem.

Op dit moment ontbreekt bewijs voor een urgent, omvangrijk en ernstig (volksgezondheids)probleem

Op dit moment ontbreekt bewijs voor een urgent, omvangrijk en ernstig (volksgezondheids)probleem (Van Hasselt, 2005, IGZ, 2005). En in zijn recente brief aan de Tweede Kamer heeft de Minister nog eens laten weten dat de wetgever niet meer moet regelen dan het algemeen belang en in het bijzonder het volksgezondheidsbelang vereist (Tweede Kamer, 29 282, nr. 17).

Probleem zou groter kunnen zijn en worden

Maar er is wel een maatschappelijk probleem. Daarvan getuigt de adviesaanvraag. Daar komt bij dat de Raad niet uitsluit dat sprake kan zijn van een groter wordend probleem omdat sommige bevindingen in die richting wijzen (KNMG, 2005) en te verwachten is dat het gebruik van alternatieve behandelwijzen zal toenemen.

Weging van effectiviteit en proportionaliteit

Dat maakt de afweging voor de Raad bijzonder lastig. Temeer omdat tot nu toe nog minimaal gebruik wordt gemaakt van bestaande sanctiemogelijkheden (van de Wet BIG). Dat zou terug te voeren zijn op toezichts-, opsporings- en bewijsrechtelijke problemen. Effectiviteit en proportionaliteit zijn dan in het geding.

Daarom een aanpak in drie stappen

De Raad adviseert daarom – zolang bewijs voor een urgent en omvangrijk (volksgezondheids)probleem ontbreekt – in de eerste plaats te kiezen voor voorlichting en overleg (inclusief over te entameren onderzoek) met partijen in het veld, in tweede instantie voor het optimaliseren van het gebruik van het bestaand wettelijk instrumentarium en pas in laatste instantie voor nieuwe wettelijke maatregelen. Dat zijn tevens de drie hoofdlijnen die zich voor het beleid aftekenen.

### 5.3 Aanbevelingen

Voorlichting en overleg met partijen in de gezondheidszorg

#### **Voorlichting en overleg met partijen in de gezondheidszorg**

Keuzevrijheid krijgt pas betekenis bij goede informatie. Verschillende partijen hebben daarin een verantwoordelijkheid. In dat kader doet de Raad de volgende aanbevelingen.

- Zorg voor meer voorlichting over c.q. maak ‘reclame’ voor de reguliere beroepen in de gezondheidszorg op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)
- Blijf de duidelijke boodschap over het belang van ‘evidence based medicine’ met kracht uitdragen. Ook bij gereguleerde marktwerking is dat voor de volksgezondheid op de langere termijn de meest gewenste uitkomst. Dat vraagt om een helder onderscheid tussen regulier en alternatief. Dring er bij de beroepsorganisaties op aan dat ‘evidence based’ leidend is in het beleid van de organisatie. Daarbij past in het bijzonder voorlichting over de plaats van ‘evidence based’ in de professionele standaard van de reguliere beroepen.
- Het onderscheid tussen regulier en alternatief zou eveneens leidend moeten zijn in overleg met andere partijen in de gezondheidszorg.
- Ook in gesprekken met verzekeraars zou dit onder de aandacht moeten komen. Zij zijn in de positie eisen te stellen aan de te contracteren hulpverleners. Dring er daarom bij verzekeraars op aan dat alternatieve hulpverlening als ‘aparte module’ in het aanvullende pakket wordt aangeboden. Het moet met andere woorden mogelijk zijn een aanvullend pakket te kiezen zonder alternatieve hulpverlening.
- Overleg met patiëntenorganisaties hoe zij gedupeerde patiënten kunnen bijstaan als zij alternatieve hulpverleners willen aanspreken op het nakomen van de behandelingsovereenkomst of schadevergoeding zouden willen eisen in een civiele procedure, dan wel hulp nodig hebben om misstanden onder de aandacht van de inspectie te brengen c.q. aangifte zouden willen doen. Ruchtbaarheid aan dergelijke zaken zal zeker aan het publiek duidelijk maken dat voorzichtigheid geboden is wanneer zij alternatieve hulpverleners Raadplegen. Patiënten doen er goed aan zich terdege te laten informeren.
- Dring bij ziekenhuizen, andere instellingen en aanbieders van zorg

in de gezondheidszorg aan op transparantie over hun aanbod, inclusief transparantie ten aanzien van reguliere en alternatieve/complementaire zorg.

- Overleg met partijen in het veld over de opzet van nader onderzoek naar de schade door alternatieve behandelwijzen.

### **Optimaliseren gebruik bestaand wettelijk instrumentarium**

Optimaliseren van en beter gebruik van bestaand wettelijk instrumentarium

Op onderdelen in de Wet BIG zijn aanpassingen door te voeren die in ieder geval de burgers bewuster kunnen doen kiezen tussen regulier en alternatief. Zo biedt meer voorlichting over de betekenis van (her)registratie, titelbescherming en deskundigheidsomschrijving niet alleen de burger meer inzicht, ook de (tucht)rechter zal bij zijn oordeelsvorming houvast hebben aan goed omschreven deskundigheidsgebieden. Niet alleen voor de beoordeling van het gedrag van de reguliere beroepsbeoefenaar, maar evenzeer voor dat van de alternatieve behandelaar. In dit kader doet de Raad onderstaande aanbevelingen.

- Omschrijf duidelijker de deskundigheid van de daarvoor in aanmerking komende beroepsgroepen op het gebied van de diagnostiek en pas de omschrijving van de deskundigheidsgebieden in de Wet BIG hierop aan.
- Voer zo spoedig mogelijk herregistratie in voor alle in de Wet BIG geregelde basisberoepen.
- Zorg voor een hogere strafdreiging in de Wet BIG c.q. hoog alle strafsancities in de Wet BIG op naar 'misdrijven'.
- Entameer onderzoek naar/overleg met IGZ over benodigde capaciteit om bestaande handhavingsinstrumenten optimaal in te kunnen zetten.
- Faciliteer en stimuleer een krachtig gezamenlijk optreden door IGZ en OM tegen excessen in de alternatieve hulpverlening vanwege de 'voorbeeldfunctie'.

### **Nieuwe wettelijke regelingen**

Nieuwe wettelijke regelingen

Als onderzoek uitwijst dat toch sprake is van een omvangrijker probleem dan de Raad nu heeft kunnen vaststellen, is te overwegen nieuwe wettelijke regelingen te treffen. Als een nieuwe voorbehouden handeling dan gewenst is, beveelt de Raad aan niet de medische diagnose voor te behouden, maar te kiezen voor een andere formulering. Een andere formulering biedt een oplossing voor de veel gehoorde opmerking tijdens de adviesvoorbereiding dat het probleem in de alternatieve hulpverlening niet zit in de medische diagnose. De Raad denkt daarbij aan het opnemen van de volgende bepaling in artikel 36 van de Wet BIG:

'Tot het geven van een oordeel of advies met betrekking tot de aanwezigheid of de aard van een aandoening, de in verband daarmee noodzakelijke behandeling of de prognose zijn, indien dat oordeel of advies afwijkt van het daarover eerder door een arts of tandarts gegeven oordeel of

advies, bevoegd: de artsen en tandartsen'.  
In verband met taakherschikking verdient het aanbeveling de categorie bevoegden uit te breiden met andere BIG geregelde beroepen.

#### 5.4 Tot slot

Aanbevelingen aan andere partijen in de gezondheidszorg

Bovenstaande aanbevelingen van de Raad zijn gericht aan de overheid die dit advies heeft gevraagd. Maar het is duidelijk dat het advies tevens aanbevelingen bevat voor andere betrokken partijen in de gezondheidszorg. De Raad hoopt dat zijn advies in het bijzonder de volgende partijen zal aanzetten tot actie:

*verzekeraars*: het mogelijk maken te kiezen voor een aanvullende pakket zonder alternatieve behandelaars;

*instellingen*: duidelijk maken dat 'evidence based' de norm is voor het handelen van professionals;

*professionals en hun beroepsorganisaties*: 'evidence based' hanteren als norm voor de professionele standaard;

*patient/burger*: zich beter (laten) informeren over de risico's van alternatieve hulpverlening.

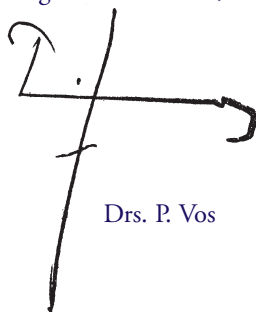
#### Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,



Drs. F.B.M. Sanders

Algemeen secretaris,



Drs. P. Vos



# Bijlagen



## Bijlage 1

### Adviesaanvraag VWS Medische diagnose

Sinds de invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) op 1 december 1997 is het in principe iedereen toegestaan om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten. Net zoals onder de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst blijft echter ook onder deze wet een spanningsveld bestaan tussen de bescherming van burgers en de keuzevrijheid. Uit de evaluatie van de Wet BIG is gebleken dat de burger hecht aan deze keuzevrijheid. Uit de evaluatie bleek tevens dat, als gevolg van de overgang van overheidsregulering naar zelfregulering, geen structurele problemen zijn ontstaan die een risico vormen voor de volksgezondheid. Ik zie dan ook geen reden om het algemene uitgangspunt van de Wet BIG te veranderen.

Hoewel de Wet BIG de alternatieve sector uit de illegaliteit haalde, nam de overheid hiermee geen inhoudelijke verantwoordelijkheid voor het zeer uitgebreide en diverse alternatieve circuit. Wanneer de burger zich door een alternatief zorgverlener laat behandelen is dit voor eigen rekening en eigen risico. Dit betekent echter niet dat er in de alternatieve sector geen waarborgen voor de veiligheid van burgers aanwezig zijn. Alternatieve beroepsbeoefenaren zijn voor wat betreft hun handelen gebonden aan bepalingen uit de Wet inzake de Geneeskundige Behandelovereenkomst, de Wet BIG en het Wetboek van Strafrecht. Deze waarborgen zijn niet waterdicht: ook in de alternatieve zorgverlening komen incidenten voor. Voorbeelden zijn de zorgverlening rondom S.M. en de kliniek Eye4Care.

De casussen van S.M. en Eye4Care hebben gemeen dat alternatieve zorgverleners een medische diagnose stellen of een medische diagnose gesteld door een deskundige in twijfel trekken. In beide gevallen lijkt de alternatieve zorgverlener zich hierbij niet op plausibele onderzoeksmethoden te hebben gebaseerd. Hierdoor kon in de genoemde casussen bij patiënten een verkeerd beeld ontstaan van het ziektebeeld, hetgeen van invloed kan zijn op de afweging van de mogelijke behandelingen.

Dergelijke misleiding van patiënten is op basis van huidige wet- en regelgeving al strafbaar.

Gezien het belang van een juiste diagnose van de patiënt wil ik onderzoeken of de Wet BIG op dit gebied kan worden aangescherpt. Hoewel de recente incidenten in de alternatieve sector de aanleiding vormen, wil ik mij hierbij niet beperken tot alternatieve zorgverleners. Immers: ook reguliere, niet BIG-geregelde beroepen kunnen buiten hun grenzen treden.

Recentelijk is artikel 96 aangepast. Dit artikel kan echter alleen op achterafbasis worden toegepast. Ik wil nu ook vooraf de vrijheid van handelen van niet-deskundigen beperken. Ik overweeg daarom om het stellen van een medische diagnose als voorbehouden handeling aan te merken. Ik wil hierbij de volgende uitgangspunten hanteren:

- het algemene uitgangspunt van de Wet BIG dient te worden gehandhaafd;
- het proces van taakherschikking mag niet onnodig worden belemmerd;
- de verdere introductie van marktprikkels in de zorg mag niet nodeeloos worden belemmerd, bijvoorbeeld door het opwerpen van onnodige toetredingsdrempels.

Ik verzoek u mij over het volgende te adviseren:

- Kan, gelet op de bovenstaande uitgangspunten, de medische diagnose worden opgenomen als voorbehouden handeling in de Wet BIG?
- Wat zijn de (neven)effecten hiervan?
- Zijn er andere mogelijkheden om te bereiken dat niet-deskundigen zich niet op het terrein van medische diagnostiek begeven?
- Zo ja, wat zijn hiervan de (neven)effecten?
- Welke optie verdient de voorkeur?

Ik verzoek u mij het advies uiterlijk in maart 2005 te doen toekomen.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

## Bijlage 2

### Adviesvoorbereiding

#### *Vanuit de Raad*

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. prof. dr. J.P. Holm

#### *Ambtelijke projectgroep*

Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider

Mw. J.J. Lekahena-de Wolf, projectsecretariaat

met bijdragen van:

Dhr. drs. E.G. Brummelman en dhr. drs. J. van Hasselt

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Op verzoek van de Raad heeft de vakgroep Gezondheidsrecht van de Universiteit Maastricht een werkconferentie op uitnodiging georganiseerd. Onder voorzitterschap van prof. F.C.B. van Wijmen hebben juristen zich gebogen over de mogelijkheden om de burger onder het regime van de Wet BIG te beschermen tegen gevaarlijke zorgpraktijken. Van de uitkomsten van deze werkconferentie - die plaatsvond op 12 januari 2005 - heeft de Raad gebruik gemaakt bij het opstellen van zijn advies. De resultaten zijn terug te vinden in Van Wijmen en de Bijl, In: Medische diagnose, achtergrondstudies.

#### **Invitational conference Wet BIG, 12 januari 2005**

##### *Deelnemers*

- Mw. mr. J.M.H. Asperen de Boer, Raadsheer, Gerechtshof Amsterdam
- Mw. mr. M.C.I.H. Biesart, gezondheidsjurist, KNMG
- Mw. mr. dr. N.P.Y.M. de Bijl, gezondheidsjurist, Universiteit Maastricht, sectie Gezondheidsrecht
- Mw. mr. A. Boumans, coördinerend vice-president Gerechtshof Amsterdam (plv. lid jurist Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg)
- Dhr. mr. drs. M. Buiting, adviseur, CBO; vice-president, ESQH
- Mw. mr. A.M. Buijse, projectmedewerker, LEVV
- Mw. mr. A.C. de Die, advocaat, Pels Rijcken & Droogleever Fortuyn
- Mw. mr. M. van Eijkelen, officier van Justitie, OM Rotterdam
- Mw. mr. P.M.J. Eken-de Vos, beleidsmedewerker, Expertisecentrum medische Zaken parket Rotterdam

- Mw. drs. I.P.M. Jansen, senior-beleidsmedewerker, Ministerie van VWS
- Dhr. mr. E.J.C. de Jong, advocaat, KBS Advocaten Utrecht
- Dhr. mr. dr. J. Legemaate, juridisch adviseur, KNMG
- Mw. mr. E.L. Lodeweges-Hulscher, inspecteur/jurist, IGZ Noordoost
- Mw. K.J. Pelleboer-Knouse, beleidsmedewerker, VWS
- Mw. mr. A.J.G. Peters, inspecteur-jurist, IGZ
- Dhr. mr. H. Plokker, arts, hoofdinspecteur, IGZ
- Mw. mr. B.A. Prins, inspecteur/stafjurist, IGZ
- Dhr. mr. J.G. Sijmons, advocaat, Nijsingh advocaten
- Dhr. I.P.C. Sindram, advocaat, De Mul Zegger advocaten
- Dhr. L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA, LSJ Medisch Projectbureau
- Dhr. mr. E.B. van Veen, adviseur Gezondheidsrecht, Medlawconsult
- Dhr. mr. A.M. Vermaas, staflid Juridische Zaken Raad van Bestuur UMC Utrecht
- Mw. mr. C. Visser, wetgevingsjurist, VWS/WJZ
- Dhr. M. A.Westerouen van Meeteren, senior-inspecteur, IGZ Zuidoost
- Dhr. Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, hoogleraar Gezondheidsrecht, Universiteit Maastricht
- Dhr. mr. dr. J. Wöretshofer, universitair hoofddocent Strafrecht, Open Universiteit Strafrecht

Om de vraag van de Minister te kunnen beantwoorden en het begrip medische diagnose te kunnen definiëren en af te kunnen bakenen van het proces van diagnosestelling of het constateren van een symptoom, heeft de Raad door LSJ Medisch Projectbureau een achtergrondstudie laten uitvoeren. Het resultaat is de studie ‘Omschrijving en afbakening van het begrip medische diagnose’ van drs. D.C. Duchatteau, MBA, In: Medische Diagnose, achtergrondstudies.

Onder leiding van de eerst verantwoordelijke Raadsleden - prof. I. de Beaufort en prof. J. Holm is met een aantal deskundigen en betrokkenen uit het veld graag van gedachten gewisseld over de mogelijke implicaties van het toenemend gebruik van alternatieve behandelwijzen. Vragen die in dat verband aan de orde zijn gesteld, zijn bijvoorbeeld: wat is er nu zo problematisch aan alternatieve behandelaars, moet de overheid misleidende alternatieve behandelaars proberen harder aan te pakken of moet dat worden overgelaten aan de burgers/de markt zelf? Het verslag van de consultatieve bijeenkomst op 4 februari 2005 is te vinden in Medische diagnose, achtergrondstudies.

#### **Consultatieve bijeenkomst alternatieve hulpverlening, 4 februari 2005**

##### *Deelnemers*

- Dhr. drs. J. Boer, beleidsmedewerker Zorg, Consumentenbond

- Dhr. H.G. Bodde, huisarts, arts voor functionele geneeskunde
- Mw. M.A. Goppel, secretaris, GezondheidsRaad
- Mw. dr. Y.F. Heerkens, programmaleider classificaties, definities en coderingen, Nederlands Paramedisch Instituut
- Mw. J. van Herk, projectleider 'implementatie kwaliteitszorg alternatieve behandelwijzen', Kwaliteitsinstituut voor de Zorg CBO
- Mw. drs. E.E.P.M. Janssen-Sengers, directeur Staf Zorg, UMC St. Radboud
- Dhr. prof. dr. J.M. Keppel Hesselink, arts-farmacoloog, acupuncturist, Stichting IOCOB
- Dhr. A.L.J.E. Martens, beleidsmedewerker afd. zorg, Zorgverzekeraars Nederland
- Dhr. C.P. van der Smagt, rustend huisarts
- Dhr. L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA, LSJ Medisch Projectbureau
- Dhr. drs. A.L.J. Verhoeven, senior beleidsmedewerker, KNGF
- Dhr. prof. dr. H.B.M. van de Wiel, GUMC
- Mw. drs. J.M.M. Willemse, directeur, AVVV

Prof. mr. G.R.J. de Groot is om aanvullend advies gevraagd over de formulering van een nieuwe voorbehouden handeling. Zijn advies 'Geen twijfel mogelijk?' is te vinden in Medische diagnose, achtergrondstudies.

#### **KNMG enquête**

Via het emailpanel van de KNMG is aan artsen een beperkt aantal vragen voorgelegd over alternatieve genees- en behandelwijzen. De resultaten zijn te vinden in Medische diagnose, achtergrondstudies.

Daarnaast zijn personen en organisaties geconsulteerd over de problematiek die in de adviesaanvraag aan de orde is gesteld.

#### *Geconsulteerden*

- Mw. mr. C. Aaltink, Stuurgroep MBOG
- Mw. mr. M.C.I.H. Biesart, KNMG
- Mw. A.G. Korvinus
- Mw. mr. W. Sorgdrager, stuurgroep MBOG
- Dhr. C.P. van der Smagt, rustend huisarts
- Dhr. F.S.A.M. van Dam, PhD, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis
- Dhr. J.G.M. van Niekerk, Achmea
- Mw. drs. J.M.M. Willemse, AVVV
- Dhr. M. A.Westerouen van Meeteren, senior-inspecteur, IGZ Zuidoost
- Mw. mr. A.J.G. Peters, inspecteur-jurist, IGZ
- Dhr. R.M.W. Smeets, psychiater, Raad van bestuur GGZ Friesland
- Dhr. prof. dr. J.H. Kingma, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- Dhr. mr. R.F. Baneke, NIP
- Dhr. S.T. Houweling, arts-onderzoeker Isala klinieken Zwolle en Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling

Huisartsgeneeskunde Groningen

- Dhr. B. Vrijhoef, Maastricht
- Dhr. Th. Trompetter, arts, Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen
- Dhr. drs. E. van der Veen, Agis zorgverzekeringen
- Dhr. J. J. Veenstra, Agis zorgverzekeringen



## Bijlage 3

### Definitie alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen, achtergrond

De termen ‘alternatieve geneeswijzen’ en ‘alternatieve behandelwijzen’ zijn al geruime tijd in Nederland ingeburgerd. Zij staan voor een breed scala aan behandelmethoden die niet tot de zogenoemde ‘reguliere geneeskunde’ behoren. De Raad verstaat onder alternatieve geneeswijzen/behandelwijzen:

*“Geneeswijzen/behandelwijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen, waarin geen door de overheid erkend diploma kan worden behaald, die niet algemeen door de desbetreffende beroepsgroep worden aanvaard en geen deel uitmaken van de desbetreffende professionele standaard”<sup>1</sup>.*

De term ‘beroepsgroep’ in deze definitie staat voor de in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) geregelde beroepen. Het gaat onder meer om artsen, tandartsen, apothekers, vroedvrouwen, paramedici en verpleegkundigen. De term ‘professionele standaard’ staat voor de door bedoelde beroepsgroepen opgestelde standaarden. In deze standaarden worden veelal elementen van evidence based handelen opgenomen.

Evidence based medicine kan gedefinieerd worden als: “het gewetensvol, uitdrukkelijk en oordeelkundig gebruikmaken van het beste, actuele bewijs bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten. Toepassing van evidence-based medicine betekent het integreren van individuele klinische expertise en het beste beschikbare externe klinische bewijs, ontleend aan systematisch onderzoek”<sup>2</sup>. In de omschrijving komen elementen naar voren die wijzen op een wetenschappelijke fundering van de beslissing en op een toetsbare opstelling van degene die de beslissing neemt.

In 1981 bracht de Commissie Alternatieve Geneeswijzen (Commissie Muntendam) een omvangrijk en toonaangevend rapport uit over alternatieve geneeswijzen in Nederland<sup>3</sup>. Naast uitgebreide beschouwingen over zes zogenoemde hoofdstromingen (acupunctuur, paranormale geneeswijze, natuurgeneeswijze, antroposofische geneeswijze, homeopathie, manuele geneeswijze) besteedt het rapport aandacht aan een algemene beschouwing over alternatieve geneeswijzen, en een aantal aspecten, waaronder onderwijs, juridische aspecten, economische, financiële en wetenschappelijke aspecten.

In de algemene beschouwing gaat het rapport in op de terminologie: ‘alternatieve geneeswijzen’. Het rapport benadrukt dat de aanduiding ‘alternatief’ zowel maatschappelijke als wetenschappelijke kanten heeft. In maatschappelijk opzicht wijst de aanduiding ‘alternatieve geneeswijze’ erop dat zowel de geneeswijze als zodanig, als de beoefenaren ervan maatschappelijk niet erkend zijn. Het rapport maakt hierbij de aantekening dat maatschappelijke erkenning een relatief fenomeen is. De in Nederland als alternatieve geneeswijze aangeduide acupunctuur bijvoorbeeld is in China volledig maatschappelijk erkend en toegelaten.

Het wetenschappelijke aspect van de aanduiding ‘alternatief’ heeft volgens genoemd rapport betrekking op de omstandigheid dat de onderliggende theorieën en als feiten aangedragen beweringen bij alternatieve geneeswijzen, in Nederland niet door het ‘Forum der Wetenschap’ worden aanvaard. De alternatieve geneeswijzen zijn niet opgenomen in het normale medische curriculum en worden als ‘niet wetenschappelijk verantwoord’ en ‘niet wetenschappelijk bewezen’ beschouwd. De alternatieve geneeswijzen gaan soms van een andere filosofie en (wetenschappelijke) theorie uit en hanteren vaak een fundamenteel ander denk- en begrippenkader.

‘Alternatief’ staat in tegenstelling tot ‘regulier’. Het genoemde rapport van de Commissie alternatieve geneeswijzen verstaat onder ‘reguliere geneeswijzen’: “het geheel van medisch-diagnostische, therapeutische en preventieve activiteiten op het gebied, dat heden ten dage wordt bestreken door de universitair-wetenschappelijke studie, door de huisartsen- en specialistenopleidingen en de opleidingen tot werkende paramedische beroepen”. De term ‘regulier’ is “de meest neutrale omschrijving” voor “die geneeswijzen, die in de huidige maatschappelijke situatie in Nederland worden beschouwd als ‘normaal’, ‘gangbaar’, ‘niet-alternatief’ en ook wel als ‘officieel’ worden betiteld”.

Het in 1993 door de GezondheidsRaad uitgebrachte advies ‘Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek’<sup>24</sup> sluit qua begripsaanduidingen aan bij het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Wel hanteert men expliciet het begrip ‘Alternatieve Behandelwijzen’. Hieronder verstaat de GezondheidsRaad “alle behandelwijzen die in Nederland (beroepshalve) worden beoefend buiten de reguliere geneeskunde”. Met opzet wordt de term ‘geneeswijzen’ niet gebruikt, omdat juist moet worden onderzocht of de alternatieve behandelwijzen tot genezing leiden. De GezondheidsRaad geeft aan dat de door hem gehanteerde omschrijving eigenlijk een ‘negatieve’ definitie is. De definitie neemt de ‘reguliere behandelwijzen’ als uitgangspunt en drukt daarmee uit wat de alternatieve geneeswijzen in ieder geval niet zijn.

Uiteraard gebruiken de beoefenaren en pleitbezorgers van alternatieve behandelwijzen zelf positieve definities om hun behandelwijze te omschrijven. In deze omschrijvingen ligt het accent juist op wat de alternatieve geneeswijze inhoudt en waarin zij zich onderscheidt van de 'reguliere' zorg. Aakster bijvoorbeeld omschreef in 1991 'alternatieve geneeswijzen' als "geneeswijzen waarin het zelfherstellend of zelfregulerend vermogen van de mens centraal staat en waarin de aandacht vooral uitgaat naar de mens als geheel en diens (dis-)functioneren"<sup>5</sup>.

In de buitenlandse, met name Angelsaksische, literatuur wordt vaak gesproken van 'complementary and alternatieve medicine' (CAM). Hiermee wordt benadrukt dat de 'alternatieve' geneeskunde niet alleen anders is dan de 'reguliere geneeskunde', maar ook vaak een aanvulling hierop vormt. De termen 'complementary' en 'alternative' worden vaak tegelijkertijd gebruikt, daarmee aangevend dat bedoelde behandelwijzen afwijkend zijn van de reguliere zorg en tevens een aanvulling daarop vormen. Een 'moderne' definitie van 'complementary and alternative medicine' is: "diagnosis, treatment and/or prevention which complements mainstream medicine by contributing to a common whole, by satisfying a demand not met by orthodoxy or by diversifying the conceptual frameworks of medicine"<sup>6</sup>.

De Cochrane Collaboration hanteert een zeer ruime, politieke en historisch gerichte definitie van 'Complementary and alternative medicine': "CAM is a broad domain of healing resources that encompasses all health systems, modalities, and practices and their accompanying theories and beliefs, other than those intrinsic to the politically dominant health system of a particular society or culture in a given historical period"<sup>7</sup>. Soms worden alternatieve geneeswijzen in de Angelsaksische literatuur ook aangeduid met de term 'unconventional therapie'. Voor de Amerikaanse situatie bestaat bijvoorbeeld de volgende definitie van 'unconventional therapies': "medical interventions not taught widely at U.S. medical schools or not generally available at U.S. hospitals"<sup>8</sup>.

## Noten

- <sup>1</sup> Deze definitie is gebaseerd op de door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1990 in zijn 'Advies Beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen' opgenomen omschrijving en een omschrijving van J.K.M. Gevers. De omschrijving van de NRV voor alternatieve geneeswijzen luidde: "geneeswijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen en waarin geen door de overheid erkend diploma kan worden behaald". De omschrijving van Gevers luidt: "methoden die door de medische professie niet algemeen aanvaard worden en geen deel uit-

maken van de medisch-professionele standaard”. Deze omschrijving is te vinden in: Gevers, J.K.M. Alternatieve behandelwijzen na invoering van de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1999, p. 210-3.

- <sup>2</sup> Deze definitie is van Sackett. In: Raad voor de Volksgezondheids en Zorg. Evidence-based handelen door artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen. Zoetermeer: RVZ, 2000, p. 169, e.v.
- <sup>3</sup> Alternatieve geneeswijzen in Nederland. Commissie Alternatieve Geneeswijzen. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1981.
- <sup>4</sup> Advies Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek. Den Haag: Gezondheidsraad, 1993.
- <sup>5</sup> Aakster, C. Geciteerd in: Temmink, D en E. Sluijs. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen in 2000. Utrecht: NIVEL, 2000.
- <sup>6</sup> Ernst, E. et al. Complementary medicine – a definition. Br. J. Gen Pract, 1995, 45, p. 506.
- <sup>7</sup> Cochrane Collaboration, geciteerd in: Zollmann, C. and A. Vickers. ABC of complementary medicine. Br. Med. J., 1999, p. 693-6.
- <sup>8</sup> Eisenberg, D.M. et al. Unconventional medicine in the United States. New Engl. J. Med. 1993, p. 246-52.

## Bijlage 4

### Literatuur

Astin, J.A. Why patients use alternative medicine. JAMA, 279, 1998, no. 19, p. 1548-1553.

Biesart, M. en J.H. Hubben. Strafbepalingen en tuchtrecht: Wet BIG beschermt burger onvoldoende. Medisch Contact, 58, 2003, no. 26/27.

Blais, R., A. Maïga and A. Aboubacar. How Different Are Users and Non-Users of Alternative Medicine? Canadian Journal of Public Health, 88, 1997, May-Juni, p. 159-162.

Brotherton, S.E., P.H. Rockey and S. Etzel. US Graduate Medical Education, 2003-2004. JAMA, 292, 2004, no. 9 p. 1032-1037.

Brummelman, E.G. Feiten en cijfers over alternatieve behandelwijzen. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Busch, M. en D. Bosga. Leven en werken in dubbelzinnigheid: interview met Ted Kaptchuk. TT-Wijzer, 2004, no. 36, p. 6-8.

Caulfield, T. and C. Feasby. Potions, promises and para-doxes: complementary and alternative medicine and mal-practice law in Canada.

Cohen, K.R., P. Cerone and R. Ruggiero. Complementary/Alternative Medicine Use: Responsibilities and Implications for Pharmacy Services. P&T, 27, 2002, no. 9, p. 440-446.

Consumentenbond. Alternatieve behandelaars aan de beterende hand. Consumentengids, 2002, dec., p. 30-33.

Crommentuyn, R.J.H. Vissen in de prullenbak van de geneeskunde. Medisch Contact, 2004, no. 49.

Crul, B.V.M. en J. Legemaate. Uitspraak Rechtbank: Wie stelt de diagnose? Medisch Contact, 58, 2003, no. 36, p. 1364-1366.

Dam, F.S.A.M., van. De voorgestelde maatregelen van de IGZ naar aanleiding van de dood van Sylvia Millicam en haar behandeling door alternatieve genezers. Ned Tijdschr Geneesk, 148, 2004, no. 13, p. 629-630.

Dijk, P. van. Geneeswijzen in Nederland: compendium van alternatieve geneeswijzen. Negende geheel herziene druk. Deventer: Ankh-Hermes bv, 1976, 2003.

Doyle, A. Alternative medicine and medical malpractice. *The Journal of Legal Medicine*, 2001, no. 22, p. 533-552.

Duchatteau, D.C. Omschrijving en afbakening van het begrip medische diagnose. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Eisenberg, D.M., et al. Unconventional medicine in the united states: prevalence, costs, and patterns of use. *The New England Journal of Medicine*, 328, 1993, no. 4, p. 246-252.

Eisenberg, M., et al. Trends in alternative medicine use in the united states, 1990-1997. *JAMA*, 280, 1998, no. 18, p. 1569-1575.

Gelder, R. van. Een vergelijking van de positie van alternatieve/complementaire behandelaars in de beroepenwetgeving van verschillende EU-lidstaten.

GezondheidsRaad. Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: GR, 1993.

GGZ Nederland. GGZ, religie en allochtone cliënten.

Groot, G.R.J. Geen twijfel over mogelijk? In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Hasselt, J. van Risico's van alternatieve behandelwijzen. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Hasselt, J. van en G.P.M. Raas. Casus diabetes. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Hasselt, J. van en G.P.M. Raas. Casus depressie. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Hingstman, L. en R.J. Kenens (Nivel), W. van der Windt en H.F. Talma (Prismant), H.E. Meihuizen, E.J.C. Josten en G. van Essen (OSA). Arbeidsmarktstatistieken in zorg en welzijn 2004. Tilburg/Utrecht: OSA, 2004.

Hoffer, C.B.M. Volksgeloof en religieuze geneeswijzen onder moslims in Nederland: een historisch-sociologische analyse van religieus-medisch denken en handelen. Proefschrift Leiden. Amsterdam: Thela Thesis, 2000.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Eye4Care te Harlingen: juni 2002-2004. Den Haag: IGZ, 2004.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapport 2003. Den Haag: IGZ, 2004.

Jacobs, J.W.G., F.W. Kraaimaat en J.W.J. Bijlsma. Why do patients with rheumatoid arthritis use alternative treatments? *Clin Rheumatol*, 2001, no. 192-196.

Kerridge, I.H. and J.R. McPhee. Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine. *Medical Journal of Australia*, 3, 2004, no. 181, p. 164-166.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Enquête alternatieve genees- en behandelwijzen. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Medische diagnose: achtergrondstudies*. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Longtin, R. Norwegian Law Brings Alternative Medicine to the Mainstream. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 2004, no 4, p. 254-255.

Maassen, H. Orkaan en ijsklontje. *Medisch Contact*, 2002, no. 46, p. 1685-1687.

Maddalena, S. Institut de droit de la santé Université de Neuchâtel. *The legal status of complementary medicines in Europe*. Berne: Stämpfli Publisher Ltd., 1999.

Megchelen, P. van. Pluisgevoel of protocol: op zoek naar de medische intuïtie. *Medisch Contact*, 2004, no. 30/31.

Miller, F.G., E.J. Emanuel, D.L. Rosenstein and S.E. Straus. Ethical Issues Concerning Research in Complementary and Alternative Medicine. *JAMA*, 291, 2004, no. 5, p. 599-604.

NIPO het marktonderzoeksinstituut. *Alternatieve geneeswijzen: zorg of zegen?* Amsterdam: NIPO, 1998.

Nivel. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen in 2000; rapport derde fase. Utrecht: Nivel, 2000.

Oldendick, R., et al. Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement.

PRANA, tijdschrift voor spiritualiteit en randgebieden der wetenschappen. Symposium Artsen over alternatieve geneeswijzen 15 mei 2004. 2004, no. 143.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Met het oog op gepaste zorg. Zoetermeer: RVZ, 2004.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Raas, G.P.M. Medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet BIG? In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Rijken, P.M. en P. Spreeuwenberg. Patiëntenpanel Chronisch Zieken: kerngegevens zorg 2003. Utrecht: Patiëntenpanel Chronisch Zieken, 2004.

Roscam Abbing, H.D.C. Alternatieve beroepsuitoefening: een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling. Ned Tijdschr Geneesk, 138, 1994, no. 4, p. 286-289.

Rosenberg, E. Patiënt wil zelf een rol spelen bij zijn genezing. Hoogleraar over vraag naar alternatieve geneeswijzen. NRC Handelsblad, 19 02 2005.

Saper, R.B., et al. Heavy metal content of ayurvedic herbal medicine products. JAMA, 292, 2004, no. 24, p. 2868-2872.

Schrijvers, A.J.P. en Ying Lie O. Vergelijking van diagnoses van ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op spoedeisende hulpafdelingen in ziekenhuizen. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Siahpush, M. Why do people favour alternative medicine? Australian



and New Zealand Journal of Public Health, 23, 1999, no. 3, p. 266-271.

Silversides, A. More provinces protecting MDs who practise alternative medicine. Canadian Medical Association or its licensors, 2002, Febr. 5, p. 166.

Studdert, D.M., et al. Medical malpractice implications of alternative medicine. JAMA, 280, 1998, no. 18, p. 1610-1615.

Temmink, D. en E. Sluijs. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen in 2000: rapport derde fase. Utrecht: Nivel, 2000.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Arbeidsmarkt en opleidingen zorgsector. Motie van het lid Tonkens C.S. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004, no. 29 282-12.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector / Geestelijke gezondheidszorg. Verslag van een algemeen overleg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004, no. 29 282 en 25 424-14.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector. Brief van de minister van VWS. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2004-2005, no. 29 282-17.

Vereniging van Indicerende en adviserende artsen. Richtlijn alternatieve geneeswijzen: handreiking sociaal medische beoordeling bijzondere bijstand tbv van alternatieve geneeswijzen. S.l.: VIA, 2004.

Westerouwen van Meeteren, M.A. Particuliere praktijk voor echografie. Medisch Contact, 2005, no. 2, p. 79.

World Health Organization. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. Geneve: WHO, 2001.

World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Geneve: WHO, 2002.

Wijmen, F.C.B. van en N.P.Y.M. de Bijl. Veilig en wel: rapportage over bescherming van burgers tegen gevaarlijke zorgpraktijken. In: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische diagnose: achtergrondstudies. Zoetermeer: RVZ, 2005.

Zollman, C. and A. Vickers. ABC of complementary medicine. Complementary medicine and the patient. *BMJ*, 319, 1999, Dec., p. 1486-1489.

ZonMw. Onderzoek op het gebied van Complementaire Behandelwijzen: 'Stand van zaken en plan van aanpak'. Den Haag: ZonMw, 2004.

## Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ ([www.rvz.net](http://www.rvz.net)). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

### Adviezen en achtergrondstudies

05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€	15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€	15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€	15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€	15,00
05/04	Van weten naar doen	€	15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier		gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€	15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)		gratis
04/08	Gepaste zorg	€	15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€	15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€	15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€	15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)		gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€	15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/14	Acute zorg	€	15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00

03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61

01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenkende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

#### **Bijzondere publicaties**

05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

#### **Signalementen met achtergrondstudies**

Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

#### **Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid**

	Signalering Ethiek en Gezondheid 2003		gratis
	Signalering Ethiek en Gezondheid 2004		gratis
	De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004		gratis
	Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)		gratis

### **Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking**

*De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.*

VG	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken	
05/04	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie	
05/03	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG	Genitale verminking in juridisch perspectief	
05/02	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	
05/01		gratis

### **Werkprogramma's en jaarverslagen**

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis