

Medische diagnose

Achtergrondstudies

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid

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

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2005
ISBN 90-5732-154-8

*U kunt deze publicatie bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net)
of telefonisch bij de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van
publicatienummer 05/07.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

Veilig en wel: een rapport over bescherming van burgers tegen gevaarlijke zorgpraktijken	5
Prof. mr. F.C.B. van Wijmen en mr. dr. N.P.Y..M. de Bijl	
Omschrijving en afbakening van het begrip medische diagnose	69
Drs. D.C. Duchateau, MBA	
Medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG?	113
Mr. G.P.M. Raas	
Vergelijking van diagnoses van ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op Spoedeisende Hulpafdelingen in ziekenhuizen	127
Prof. dr. A.J.P.Schrijvers en dr. Ying Lie O	
Geen twijfel over mogelijk?	135
Prof. mr. G.R.J. de Groot	
Enquête KNMG	163
Verslag consultatieve bijeenkomst over alternatieve geneeswijzen op 4 februari 2005	169
Feiten en cijfers over alternatieve behandelwijzen	179
Drs. E.G. Brummelman	
Risico's van alternatieve behandelwijzen	193
Drs. J. van Hasselt	
Casus diabetes mellitus, type 2	209
Drs. J. van Hasselt en mr. G.P.M. Raas	
Casus depressie	219
Drs. J. van Hasselt en mr. G.P.M. Raas	
Overzicht publicaties RVZ	233

Veilig en wel

**Een rapport over bescherming van burgers tegen gevaarlijke
zorgpraktijken**

Prof. mr. F.C.B. van Wijmen
Mr. dr. N.P.Y.M. de Bijl

Sectie gezondheidsrecht
Capaciteitsgroep zorgwetenschappen
Universiteit Maastricht

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Doel en context	9
1.2	Vraagstelling	10
1.3	Verantwoording aanpak en opzet	11
2	De probleemstelling nader verkend	15
3	Handhaving langs privaatrechtelijke weg	18
3.1	Geneeskundige behandelingsovereenkomst	18
3.2	Informatie- en verwijsplicht hulpverlener	21
3.3	Informatieplicht patiënt	24
3.4	Goed hulpverlenerschap	25
3.5	Aansprakelijkheid	26
4	Handhaving langs publiekrechtelijke weg	29
4.1	Preventieve werking van strafbaarstelling	29
4.2	Effectiviteit van de artt. 96, 96a en 96b Wet big	32
4.3	Handhavingmogelijkheden via art.7 Kwz en art. 87a Wet big	36
5	Biedt wijziging van de wet big een oplossing?	40
5.1	Het stellen van diagnoses als voorbehouden handeling	40
5.2	Specifiekere strafbaarstelling	42
5.3	Nadere eisen via art. 40 Wet big	44
6	De mogelijkheden van zelfregulering	48
6.1	Mogelijkheden en beperkingen van zelfregulering	48
6.2	De betekenis van beroepscode en klacht-/tuchtregelingen	49
6.3	Registratie en informatie	51
6.4	Afspraken tussen partijen in de gezondheidszorg	53
7	De reguliere arts die alternatief werkt	55
7.1	Standpunt minister Hoogervorst	55
7.2	Registratie en herregistratie	57
7.3	Informatie en voorlichting	57
8	Beschouwingen	59
8.1	De omvang van het probleem	59
8.2	De eigen verantwoordelijkheid van de burger	59
8.3	Het benutten van bestaande (wettelijke) mogelijkheden	60
8.4	De verantwoordelijkheden van private beroepsorganisaties	61
8.5	Het belang van goede voorlichting	62
8.6	Een samenstel van maatregelen	63

1 Inleiding

1.1 Doel en context

In februari 2004 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een rapport uit getiteld 'De zorgverlening aan S.M.: een voorbeeldcasus'. Dit rapport verscheen naar aanleiding van het overlijden van comédienne S.M. aan de gevolgen van borstkanker. In het rapport concludeert de Inspectie dat burgers onvoldoende worden beschermd tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen in de gezondheidszorg.

In zijn reactie op dit rapport in juni 2004 geeft minister Hoogervorst aan dat hij wil laten onderzoeken hoe de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet big) kan worden aangepast om patiënten beter te beschermen tegen onjuiste diagnoses van alternatieve zorgverleners.

In een brief van september 2004 vraagt de minister de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) te onderzoeken of het stellen van een medische diagnose in het kader van de Wet big aangemerkt moet worden als een voorbehouden handeling. Hij wil daarbij wel 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 node-loos worden belemmerd, bijvoorbeeld door het opwerpen van onnodige toetredingsdrempels.

In het kader van de adviesaanvraag stelt de minister de RVZ de volgende vragen:

- Kan, gelet op 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 voorkomen dat niet-deskundigen zich op het terrein van de medische diagnostiek begeven?
- Zo ja, wat zijn hiervan de (neven)effecten?
- Welke optie heeft de voorkeur?

Deze adviesaanvraag kan ook tegen de achtergrond worden geplaatst van de evaluatie van de Wet big, zoals uitgevoerd onder de auspiciën van ZonMw. Onder de knelpunten wordt daarin expliciet aandacht besteed aan de problematiek van de alternatieve geneeswijzen. "Een evident knelpunt is dat degenen die alternatieve behandelmethoden toepassen

onvoldoende bekwaam kunnen zijn en patiënten kunnen weerhouden van reguliere behandeling met alle gevolgen van dien. Dit effect heeft zich met name voorgedaan met betrekking tot de diagnose van een ernstige ziekte als kanker. De eis van ‘verantwoorde zorg’ van art. 40 Wet big biedt dan geen houvast voor bijsturing nu deze niet van toepassing is op een solistisch werkzaam niet big-gekwalficeerde alternatieve behandelaar. Het pleidooi in de literatuur het begrip verantwoorde zorg in de zin van art. 40 in samenhang met art. 87a ook van toepassing te verklaren op deze categorie lijkt op het eerste gezicht aantrekkelijk. Vraag is daarbij wel op basis van welke criteria (afwezigheid van) ‘verantwoorde zorg’ zal worden beoordeeld. Een meer fundamenteel bezwaar is gerelateerd aan de in de wet voor het verrichten van handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg gekozen benadering. De wetgever zou bij deze aanpak de indruk kunnen wekken zich los te willen maken van het aan de wet ten grondslag liggend systeem van een beperkt monopolie. Bij gebleken noodzaak voor de wetgever meer grip te krijgen op de situatie op het zgn. vrije terrein, zou het alleen al met het oog op consistentie en inzichtelijkheid meer voor de hand liggen ten principale te kiezen voor een andere opstelling ten opzichte van het zgn. vrije terrein, in het bijzonder waar het betreft alternatieve behandelaars.”¹

Bij de voorstellen om hierin verandering te brengen vindt men naast de oproep voor een actief overheidsbeleid en verbetering van de voorlichting ook de suggestie om te overwegen bepaalde risicovolle handelingen als voorbehouden handelingen aan te merken².

1.2 Vraagstelling

Deze achtergrondstudie past in een totale aanpak, die de RVZ heeft uitgestippeld om de vragen van de minister te beantwoorden. Allereerst wordt de stelling van de minister gerespecteerd dat aan het *systeem* van de Wet big, de *uitgangspunten* waarop de wet stoelt, niet getornd wordt. In feite is drieërlei actie ondernomen.

1. *Het begrip medische diagnose.* Een specifieke achtergrondstudie is gericht met het doel inzicht te verkrijgen in het *begrip* medische diagnose, met als achterliggende vraag of dit *begrip* zich laat onderscheiden van bijvoorbeeld het proces van *diagnosestelling* of het *constateren van een symptoom*. Het antwoord op die vraag is nodig om de vraag van de minister te kunnen beantwoorden. Een secundair doel is de praktijk van de gezondheidszorg duidelijkheid te verschaffen over het begrip medische diagnose. Daaraan is behoefte en in deze achtergrondstudie, uitgevoerd door LSJ Medisch Projectbureau te Leiden, worden veel praktijkvoorbeelden gebruikt.
2. *Juridische middelen.* De minister wil meer mogelijkheden hebben om vooraf op te treden tegen niet-deskundigen die zich op het gebied van de medische diagnostiek begeven. Aan de Universiteit

Maastricht is gevraagd om een achtergrondstudie uit te voeren, waarin aandacht wordt besteed aan de preventieve aspecten van het strafrecht, de mogelijkheid van een specifieke strafbaarstelling, een inventarisatie van de waarborgen voor de veiligheid van burgers wanneer ze het alternatieve circuit raadplegen en mogelijk andere (dan strafrechtelijke) juridische middelen in te zetten. Daarover gaat het onderhavige rapport.

3. *Medische diagnose als voorbehouden handeling.* Hier gaat het om een analyse van de Wet big in haar totstandkomingsfase en gedurende de periode daarna, gericht op de vraag wanneer een handeling moet worden aangemerkt als voorbehouden handeling. De analyse beslaat de periode van de parlementaire behandeling tot en met de evaluatie van de Wet big. Deze deelstudie wordt binnen de RVZ uitgevoerd.

In het kader van de tweede deelstudie moet ook expliciet aandacht worden besteed aan de relatie tussen de Wet big en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo). Een belangrijke kwestie is in dit verband de reikwijdte van de wet. Wat is precies geneeskundige behandeling en wie kunnen een overeenkomst sluiten om deze uit te voeren? Vallen daar ook allerlei hulpverleners in het alternatieve vlak onder, ook diegenen die op geneeskundig gebied niet serieus genomen worden? Kan de burger dit nog begrijpen?

Speciaal aandacht is ook nog gevraagd voor de bewijsrechtelijke problematiek. Ook hier raakt men weer aan de grenzen van de reguliere geneeskunde. Verantwoorde zorg dient onder andere effectief te zijn. Het aantonen van die effectiviteit brengt problemen met zich mee.

1.3 Verantwoording aanpak en opzet

Gelet op de geringe beschikbare tijd voor het opzetten en uitvoeren van deze achtergrondstudie is de volgende werkwijze gekozen. Een *expertconferentie* is georganiseerd, waarin verschillende vragen aan de orde zijn gesteld en door deskundigen zijn bediscussieerd. De resultaten van deze discussies vormen de grondslag voor onderhavige rapportage. In vijf workshops zijn delen van de problematiek uitgesplitst, die corresponderen met hoofdstukken van deze studie:

1. Wat valt te bewerkstelligen in de sfeer van de privaatrechtelijke handhaving? Zie hoofdstuk 3.
2. Wat valt in de sfeer van de publiekrechtelijke handhaving te verbeteren? Zie hoofdstuk 4.
3. Biedt wijziging van de Wet big enig soelaas? Zie hoofdstuk 5.
4. Wat valt met zelfregulering te bereiken? Zie hoofdstuk 6.
5. Wat is er tenslotte te zeggen over zgn. artikel-3 beroepsbeoefenaren, die de alternatieve geneeskunde uitoefenen? Zie hoofdstuk 7.

De resultaten van de discussies in de verschillende workshops zijn plenair besproken.

Voor de invitational conference, die plaatsvond op 12 januari 2005, zijn experts uitgenodigd, die in de volgende categorieën te verdelen zijn:

- Openbaar Ministerie;
- advocatuur;
- Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- ministerie van VWS;
- wetenschappelijke instituten en adviesinstanties.

Hieronder is een overzicht te vinden van de vijf workshops, de expertgroepen die zich met deze onderwerpen hebben beziggehouden en de vragen die aan deze groepen zijn voorgelegd.

WORKSHOP 1

PRIVAATRECHTELIJKE HANDHAVING

Deelnemers:

F. van Wijmen, voorzitter
M. Biesart
E. Lodeweges-Hulscher
E-B. van Veen
C. Visser

Vragen:

Kunnen kwalijke zorgpraktijken geweerd worden via de privaatrechtelijke weg?

- 1a. Informed consent:
 - big-geregistreerde hulpverlener geeft informatie over alternatieve behandelaars
 - alternatieve hulpverlener geeft grenzen eigen kunnen aan
- 1b. De patiënt geeft steeds aan dat hij (ook) bij alternatieve hulpverleners in behandeling is.
2. De patiënt kan de gbo te allen tijde beëindigen of de alternatieve hulpverlener civielrechtelijk aansprakelijk stellen.
3. Wat is in dit kader de betekenis van het goed hulpverlenerschap?
4. Zijn er nog andere privaatrechtelijke mogelijkheden?

WORKSHOP 2

PUBLIEKRECHTELIJKE HANDHAVING

Deelnemers:

A.C. de Die, voorzitter
F. Eken-de Vos
E. de Jong

K. Pelleboer-Knouse
H. Plokker
J. Wöretshofer

Vragen:

Kunnen kwalijke zorgpraktijken geweerd worden via de weg van de publiekrechtelijke handhaving?

1. Wat valt te verwachten van de preventieve werking van strafbaarstelling?
2. Effectiviteit van de artt. 96, 96a en 96b Wet big?
3. Handhavingsmogelijkheden via art.7 Kwz en 87a Wet big?
4. Rollen in dezen van IGZ en het Openbaar Ministerie?
5. Andere publiekrechtelijke handhavingsmogelijkheden?

WORKSHOP 3

WIJZIGING WET BIG

Deelnemers:

G. Raas, voorzitter
J. Asperen de Boer
M. van Eijkelen
W. Jansen
A. Peters
J. Sijmons

Vragen:

Kan wijziging van de Wet big soelaas bieden bij het weren van kwalijke zorgpraktijken?

- 1a. Kan het stellen van diagnoses als voorbehouden handeling worden aangemerkt?
- 1b. Hoe staat het met de handhaafbaarheid van een dergelijke bepaling?
- 2a. Biedt specifiekere strafbaarstelling (van gevaarlijke hulpverleners) uitkomst?
- 2b. Hoe staat het met de handhaafbaarheid van een dergelijke bepaling?
3. Kunnen via art. 40 Wet big nadere eisen worden gesteld aan beroepsgroepen?
4. Zijn er nog andere mogelijkheden in de sfeer van wijziging van de Wet big?

WORKSHOP 4

ZELFREGULERING

Deelnemers:

J. Legemaate, voorzitter
F. Beumer
A. Bouwman

- A. Vermaas
- A. Vlaskamp
- C. Westerouen van Meeteren

Vragen:

Kan zelfregulering oplossingen bieden voor het weren van kwalijke zorgpraktijken?

1. Wat is in dit verband de betekenis van beroepscode en tucht-/klachtregelingen?
2. Uitwerken en vastleggen van criteria voor goede medische behandeling?
3. Nadere regulering van verantwoording via verslaglegging?
4. Rol van beroepsorganisaties in dezen?
5. Rol van de IGZ in dezen?
6. Zijn er nog andere mogelijkheden in het kader van zelfregulering?

WORKSHOP 5

REGULIER GAAT ALTERNATIEF

Deelnemers:

- N. de Bijl, voorzitter
- M. Buiting
- B. Prins
- L. Schmit Jongbloed
- I. Sindram
- B. Sluijters

Vragen:

Welke mogelijkheden biedt het aanpakken van art. 3-ers die alternatief werkzaam zijn?

1. Verbod om registertitel te voeren als men alternatief werkzaam is?
2. Vermelding bij art. 3-ers in het register dat men ook alternatief werkzaam is?
 - + informatieplicht van de desbetreffende art. 3-er aan patiënt
 - + publicatie/voorlichting
3. Wat zijn in dit kader (andere) publiekrechtelijke sanctiemogelijkheden?
4. Wat zijn in dit kader privaatrechtelijke sanctie-/correctiemogelijkheden?

2 De probleemstelling nader verkend³

De centrale vraag die door de minister aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is voorgelegd, is of de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet big moet worden opgenomen. Uit de adviesaanvraag blijkt dat het in het bijzonder twee incidenten in de alternatieve hulpverlening zijn en de maatschappelijke onrust die als gevolg daarvan is ontstaan die de minister tot die vraag hebben gebracht. Daaraan voorafgaand zal de RVZ in het advies in beeld brengen wat het achterliggende probleem is.

Als achterliggend probleem voor het advies ziet de RVZ de ondeskundige medische diagnostiek. Dat centrale probleem kan vanuit verschillende invalshoeken benaderd worden. In de adviesaanvraag is voor de juridische invalshoek gekozen: dan ligt het accent op de vraag of de patiënt wel voldoende beschermd wordt onder de huidige regelgeving. Als de invalshoek ligt op het (volks)gezondheidsprobleem als gevolg van de ondeskundige medische diagnostiek gaat het meer om de vraag naar de schade die de patiënt oploopt. En bij de invalshoek van de maatschappelijke problematiek komt het accent ofwel meer te liggen op mogelijk financiële problemen die patiënten kunnen ondervinden, ofwel op het feit dat patiënten bedrogen worden.

Het blijkt overigens moeilijk om bijvoorbeeld de mogelijke schade aan gezondheid te kwantificeren. Waarschijnlijk blijft veel onzichtbaar. Maar uit de casussen die aanleiding zijn voor de adviesaanvraag blijkt wel de ernst van de problemen.

Om iets te kunnen zeggen over de omvang van het potentiële probleem kan gebruik gemaakt worden van een schatting van het aantal contacten met alternatieve hulpverleners. Per jaar gaan ongeveer 1,1 miljoen mensen naar alternatieve hulpverleners. Dat is dan ook ongeveer het aantal diagnoses dat in het alternatieve circuit gesteld zou kunnen worden als we er van uitgaan dat per persoon één diagnose gesteld wordt.

Opmerkelijk is overigens dat hoe hoger de opleiding is die mensen hebben genoten, hoe vaker mensen gebruik maken van alternatieve therapeuten.

Om de vraag te kunnen beantwoorden of de medische diagnose als een voorbehouden handeling moet worden aangemerkt, moet eerst duidelijk worden wanneer sprake is van een voorbehouden handeling. Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet big zijn daarvoor de volgende criteria ontwikkeld:

- a. er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en

gezondheid van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen;

- b. het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen wat men voorbehouden wil, moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken;
- c. in de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden; het heeft geen zin gebieden voor te behouden waarop ondeskundigen nimmer zullen en, door gebrek aan faciliteiten, kunnen komen._

Wat het eerste criterium betreft, merkte de Gezondheidsraad in 1992 op dat “aan de stand van de wetenschap geen objectieve maatstaven kunnen worden ontleend om de ene groep handelingen wel en de andere niet tot voorbehouden te verklaren”. Die constatering betekent overigens niet dat de Gezondheidsraad dan zegt dat er geen voorbehouden handelingen moeten komen. Wel komt hij met het voorstel van een andere indeling, maar dat voorstel wordt niet overgenomen.

Over wat nu gevaarlijk is, is uitvoerig gesproken tijdens de behandeling van de wet. Bijvoorbeeld rond acupunctuur. Is bij acupunctuur wel sprake van een gezondheidsrisico? De toenmalige staatssecretaris meende van niet, maar in andere landen denkt men daar anders over. En hoewel velen wel het gevaar van ondeskundige psychotherapie onderkennen, is psychotherapie geen voorbehouden handeling geworden.

Dat heeft te maken met het tweede criterium: het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn. Over psychotherapie is uitvoerig gedebatteerd en uitvoerig geadviseerd, maar het bleek niet mogelijk psychotherapie af te bakenen van bijvoorbeeld een gesprek door de pastor of een gesprek door een verpleegkundige.

Overigens blijkt dat op dit punt niet alle omschrijvingen van voorbehouden handelingen allemaal goed gelukt zijn. Zo is niet duidelijk welke handelingen op verloskundig terrein nu worden voorbehouden, ook niet na bestudering van de relevante stukken en toelichtingen.

Het derde criterium veronderstelt dat het gebied ook door onbevoegden moet kunnen worden betreden. Het heeft immers geen zin handelingen voor te behouden die toch alleen maar in bijvoorbeeld ziekenhuizen kunnen worden uitgevoerd omdat zeer hoogwaardige apparatuur nodig is. Destijds is het voorbeeld van de niersteenvergruizer genoemd, nu zou men waarschijnlijk een ander apparaat noemen.

Voor het advies is van belang dat het begrip medische diagnose getoetst wordt aan de drie criteria. Te voorzien is dat het een probleem zal zijn om het begrip goed af te bakenen. Om die reden heeft de RVZ een achtergrondstudie laten uitvoeren.

Zo was behoefte aan meer inzicht in het begrip diagnose. Is dat begrip bijvoorbeeld te onderscheiden van het begrip diagnostisch proces of het constateren van symptomen? De afbakening van het begrip medische diagnose is in de achtergrondstudie verkend langs de weg van het begrip diagnose, het begrip medisch, de in de gezondheidszorg in gebruik zijnde classificaties, de verpleegkundige en paramedische diagnoses en het begrip geneeskunde. De conclusie van de achtergrondstudie is kort samengevat dat de verkenning een te ruime of niet zinvolle definiëring van de medische diagnose oplevert.

Aanvankelijk was de RVZ optimistisch om bijvoorbeeld een van de classificaties (de ICD 10) te kunnen gebruiken om de medische diagnose als voorbehouden handeling te kunnen omschrijven. Maar uit de achtergrondstudie over wat een medische diagnose is, komt een ander beeld naar voren. De RVZ is dan ook blij met de expertmeeting waar onder meer de voorlopige bevinding vanuit een juridisch perspectief kan worden getoetst.

De focus in het advies ligt op de vraag naar de mogelijkheid om de medische diagnose als voorbehouden handeling aan te merken, maar de minister vraagt ook naar andere mogelijkheden om te bereiken dat niet-deskundigen zich op het terrein van de medische diagnostiek begeven. Daar is in de voorbereiding op de expertmeeting bij stil gestaan. De opzet is zodanig dat ook die vraag verkend kan worden.

3 Handhaving langs privaatrechtelijke weg

In de eerste workshop was de privaatrechtelijke dimensie aan de orde. De vragen die aan de deelnemers van deze workshop waren meegegeven luiden als volgt:

Kunnen kwalijke zorgpraktijken geweerd worden via de privaatrechtelijke weg?

1a. Informed consent:

- big-geregistreerde hulpverlener geeft informatie over alternatieve behandelaars
- alternatieve hulpverlener geeft grenzen eigen kunnen aan

1b. De patiënt geeft steeds aan dat hij (ook) bij alternatieve hulpverleners in behandeling is.

2. De patiënt kan de gbo te allen tijde beëindigen of de alternatieve hulpverlener civielrechtelijk aansprakelijk stellen.

3. Wat is in dit kader de betekenis van het goed hulpverlenerschap?

4. Zijn er nog andere privaatrechtelijke mogelijkheden?

Minister Hoogervorst heeft zich in een toespraak voor de KNMG uitgelaten over het thema *openheid*, dat hier in essentie aan de orde is. De kern van de communicatie tussen de hulpverlener en de patiënt is hoe open en eerlijk eerstgenoemde is naar de tweede. Vertelt de hulpverlener wat hij in zijn mars heeft en waar zijn grenzen liggen? Verwijst hij in aansluiting daarop op het juiste moment door naar de juiste hulpverlener? De minister: “Ik denk dat u het met mij eens bent als ik zeg dat openheid een onontbeerlijk instrument is bij het verhogen van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Een goede relatie met uw patiënt staat of valt immers met openheid. Openheid over de ziekte of aandoening, openheid over de behandelwijze, openheid over wat er kan en wat niet. Goed samenwerken met collega’s, onontbeerlijk in de zorg, kan ook niet zonder openheid. En als u een goede relatie wilt met de inspectie en zorgverzekeraars kunt u evenmin verstopperij spelen. Want kwaliteit moet zichtbaar en toetsbaar zijn. Dat vraagt om openheid. Ik hecht dus, behalve aan openheid, ook zeer aan de kwaliteit van de zorg. En u natuurlijk ook. Patiënten moeten er van op aankunnen dat zij de best mogelijke zorg krijgen. Zorg die is gebaseerd op behandelmethoden waarvan de waarde wetenschappelijk en in de praktijk is bewezen.”⁴⁷

3.1 Geneeskundige behandelingsovereenkomst

Het uitgangspunt voor de discussies in deze workshop vormde de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De hulpverleningsrelatie is immers een privaatrechtelijke aangelegenheid. Of het om reguliere

dan wel alternatieve hulpverlening gaat maakt daarbij niet uit. Van een geneeskundige behandelingsovereenkomst is sprake als een hulpverlener zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbend op de patiënt (art. 7:446 BW).

Handelingen op het gebied van de geneeskunst worden omschreven als:

- a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen;
- b. andere dan de onder a bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid.

De Wgbo geldt dus ook voor alternatieve genezers, als die tenminste verrichtingen doen die tot doel hebben iemand van een ziekte te genezen, voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen.⁵ Reeds in 1993 heeft de Gezondheidsraad gewezen op de paradox dat alternatieve genezers contractpartij zouden kunnen zijn in het kader van de Wgbo, die toen de parlementaire behandeling onderging en dat zij door de overheid niet werden erkend.⁶ Ook na de in werking treding van de Wet big op 1 december 1997 is deze ambiguïteit niet verdwenen: het feit dat deze wet het 'legaal' beoefenen van alternatieve geneeswijzen mogelijk maakt betekent nog niet dat de Nederlandse overheid deze geneeswijzen 'erkent'. Dat heeft de huidige minister van VWS duidelijk gemaakt in zijn eerder geciteerde toespraak op het KNMG-congres 2004 over arts en openheid. Hij zei daar onder meer het volgende:

“Laat ik voorop stellen dat ik geloof dat de grote meerderheid van de homeopathische artsen geen schade toebrengt aan de patiënt.⁷ Excessen komen gelukkig betrekkelijk weinig voor. De meeste homeopathische artsen gaan ook integer te werk. Zij beseffen bovendien dat dr. Vogel niet bij alle aandoeningen uitkomst biedt en passen reguliere behandelmethodes toe of verwijzen door als dat nodig is. Bovendien worden homeopathische middelen weliswaar niet op hun effectiviteit, maar wel op schadelijkheid getest. En tenslotte is het mogelijk dat patiënten baat hebben bij het contact met een alternatieve genezer, waarschijnlijk vanwege de psychische aandacht die zij van die alternatieve behandelaar krijgen. Zij geven de patiënt vaak meer aandacht dan de reguliere arts.

Na deze milde opmerkingen zult u zich afvragen waarom ik mij dan toch zo kritisch heb uitgelaten over de homeopathie. De reden daarvan is dat ik vind dat de geneeskunde aan de hoogste wetenschappelijke

eisen moet voldoen en dat daarom vermenging tussen de reguliere en alternatieve methodes ongewenst is. Waarom is het zo essentieel dat de medische wetenschap gebaseerd is op hard wetenschappelijk bewijs?

Ten eerste omdat er nog zo veel is dat de reguliere medische wetenschap niét kan oplossen. Hoewel de medische wetenschap de afgelopen eeuwen een enorme vlucht heeft genomen en de kwaliteit van het menselijke leven enorm heeft verbeterd, zijn er nog veel aandoeningen – variërend van milde allergieën tot ernstige vormen van kanker – waar de medische wetenschap geen of nog geen antwoord op heeft. Juist omdat het terra incognita in de medische wereld nog zo groot is, ligt er ook een groot terrein braak voor dubieuze behandelmethodes. We moeten voorkómen dat knoeters en charlatans dat terrein betreden. Daar moeten we alert op zijn omdat patiënten kwetsbaar zijn. Dáárom moet elke behandelmethodes wetenschappelijk worden getoetst.

Ten tweede is de reguliere medische wetenschap zeker niet immuun voor theorieën, die achteraf een dwaalspoor blijken te zijn. Dat hoef ik u waarschijnlijk niet te vertellen. Wetenschap begint immers vaak met tasten en zoeken. In de medische wetenschap worden ziektebeelden erkend, bijvoorbeeld Repetitive Strain Injury, ook als de klachten grotendeels aspecifiek en dus nog niet objectief aantoonbaar zijn. Hypotheses die in eerste instantie plausibel lijken, kunnen uiteindelijk toch fout blijken te zijn. Behandelmethodes in de psychiatrie die tot voor kort wijd en zijd werden geaccepteerd, zijn door voortschrijdend inzicht en verbeterde onderzoeksmogelijkheden nu min of meer in diskrediet geraakt. Enige bescheidenheid van de reguliere zorg is dus op zijn plaats.

Ten derde weten we dat – zelfs als er wordt gewerkt binnen volledig wetenschappelijk verantwoordelijke grenzen – er medische missers worden gemaakt die in veel gevallen zelfs een fatale afloop hebben. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft daar nog niet zo lang geleden op gewezen. Ook het rapport van het Nationaal ICT-Instituut in de Zorg en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie was wat dat betreft onthutsend. Juist om fouten goed te kunnen herkennen, is een wetenschappelijke context onontbeerlijk. Buiten de sfeer van de wetenschap zijn fout en goed immers nauwelijks van elkaar te onderscheiden. Hoewel er dus vanuit alternatieve kring vaak wordt gezegd dat de medische wetenschap niet humaan genoeg is, vind ik dat het juist de menselijke zwakheden van de geneeskunde – ik doel dan op feilbaarheid en de grenzen van onze kennis – die ons dwingen er de hoogste wetenschappelijke eisen aan te stellen. Dit klemt des te meer omdat het in de geneeskunde vaak gaat om ernstig zieke mensen die de wanhoop nabij zijn”.⁸

3.2 Informatie- en verwijsplicht hulpverlener

De hulpverlener heeft op grond van artikel 7:448 BW een informatieplicht. Verdedigbaar is dat de arts – en ook alternatieve hulpverleners – de verplichting hebben om de patiënt te informeren over

- zijn kennen en kunnen;
- de grenzen daarvan.

Daarnaast kan de stelling worden geponneerd en verdedigd dat de hulpverlener de taak zo niet de verplichting heeft om de patiënt indien nodig te verwijzen naar een andere hulpverlener.

Artikel 7:448 BW

1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingvermogen.
2. Bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:
 - a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;
 - b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt;
 - c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;
 - d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.

Aldus luiden de eerste twee leden van artikel 7:448 BW. Als men de elementen waarover de informatie dient te gaan samenneemt, komt men tot de conclusie dat duidelijkheid moet worden verschaft over de *aard* van onderzoek en/of behandeling en van de verrichtingen die in dat kader worden beoogd c.q. uitgevoerd. Deze moeten worden geplaatst worden in het kader van de *ontwikkelingen* omtrent onderzoek, behandeling en gezondheidstoestand van de patiënt. Verder moeten *gevolgen* en *risico's* van onderzoek, behandeling, verrichtingen uit de doeken worden gedaan alsook in aanmerking komende *alternatieven*.

De vraag is of de hulpverlener zijn *professionele identiteit* kenbaar moet maken. Doorgaans is dit als verplichting niet echt aan de orde. Men gaat naar de eigen huisarts bij wie men ingeschreven staat. Men wordt door de huisarts naar een specialist verwezen; deze specialist kan een collega in consult roepen. Deze laatsten zullen zich met naam en toenaam voorstel-

len. De patiënt zal zich realiseren dat hij bij een cardioloog, een internist of een neuroloog terecht is gekomen. Dat maakt onderdeel uit van de verwijzing. Een al wat oudere tuchtrechtelijke uitspraak maakt helder dat de patiënt desgevraagd moet worden ingelicht over de *namen* van de bij zijn behandeling betrokken hulpverleners.⁹ Sluyters en Biesart stellen dat de arts niet ‘spontaan’ verplicht is om zijn *ervaring* aan de patiënt te vertellen. Het moet dan uiteraard met name gaan om zijn *gebrek aan ervaring*. Zij verwijzen naar Stolker¹⁰ die uit de Duitse rechtspraak putte om aansprakelijkheid te construeren voor schade die een patiënt leed wegens het feit dat de arts niet had vermeld dat hij de operatie nog nooit had verricht. De rechter in eerste instantie kwam tot die conclusie, doch de uitspraak hield in cassatie geen stand. Sluyters en Biesart gronden daarop hun opvatting dat informatie over de ervaring van een hulpverlener alleen maar op *verzoek* hoeft te worden verstrekt.¹¹ “Ex WGBO zou men kunnen redeneren dat goed hulpverlenerschap vereist dat de onervaren arts geen extra risicofactor vormt voor de patiënt. Als dat zo is, is er ook geen noodzaak de arts te verplichten zijn onervarenheid te vermelden”. Een onervaren arts mag in het geheel niet ‘opereren’. Toch zit er iets vreemds in: pas als de patiënt er om vraagt hoeft de arts, om het zo te zeggen, ‘met de billen bloot’ betreffende zijn ervaring. Wij willen dan ook verder gaan dan Sluyters en Biesart en stellen dat de arts de patiënt moet informeren over de *mate van geroutineerdheid* ten aanzien van een bepaalde beslissing of ingreep *als dat voor de beslissing van de patiënt van belang kan zijn*.

De rechtspraak komt ons weer te hulp als het gaat om de informatieplicht betreffende *niet-conventionele behandelmethoden*. Sluyters en Biesart komen tot de conclusie dat een verscherping van de informatieplicht aan de orde is als het gaat om niet-conventionele behandelmethoden. Het toenmalig Medisch Tuchtcollege Eindhoven¹² berispte een oogarts die een in Nederland omstreden ingreep uitvoerde zonder de patiënt daarover voldoende te informeren. Juist in die gevallen, aldus deze auteurs, moet gewezen worden op eventuele alternatieven en risico’s, zodat de patiënt bijvoorbeeld een second opinion kan vragen. Ook het feit dat een behandelmethode nog niet algemeen wetenschappelijk is aanvaard moet de patiënt worden meegedeeld.¹³

Dient de alternatieve hulpverlener expliciet te vermelden dat hij in het niet-reguliere of niet-conventionele veld bezig is? Men mag aannemen dat de doorsnee patiënt weet dat hij zich tot een alternatieve genezer wendt en dat diezelfde patiënt het onderscheid kent tussen reguliere en niet-reguliere beroepsbeoefenaren. Of veel patiënten ook de draagwijdte van dat onderscheid kennen in termen van wetenschappelijke fundering en wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit valt te betwijfelen. De stelling is verdedigbaar dat beoefenaren van een niet alom bekend beroep aan de patiënt duidelijk moeten maken welk beroep zij uitoefenen, wat

het domein is waarop zij werkzaam zijn en welke typen onderzoeken, behandelingen en verrichtingen binnen dat domein gangbaar zijn. Dat geldt ook voor beroepen in het reguliere veld, waarvan de benaming niet algemeen kenbaar of duidelijk is. Denk aan een haematoloog of een gastro-enteroloog. Het zou beroepsbeoefenaren in het alternatieve veld dienen als zij op voorhand het terrein van hun beroepsuitoefening duidelijk zouden maken, door dit expliciet ter sprake te brengen en de patiënt op dit punt van standaard (folder)informatie te voorzien.¹⁴

Informatie over de *grenzen* van het kennen en kunnen van een beroepsbeoefenaar kan met name van belang zijn in verband met de noodzaak om de patiënt naar een ander te verwijzen. Dit gegeven speelde een belangrijke rol in de zaak S.M. waarover de IGZ haar rapport schreef. Gesteld kan worden dat *elke hulpverlener* die zich met enigerlei geneeskundige behandeling bezighoudt, de verplichting heeft een patiënt - bij wie dat met het oog op zijn gezondheid van belang is - naar een andere, adequate hulpverlener wordt doorverwezen. Daarmee geeft de hulpverlener tevens zijn grenzen aan: hij brengt met verwijzing tot uitdrukking dat hetzij het deskundigheidsterrein wat hem betreft zijn begrenzing heeft, hetzij zijn bekwaamheid niet toereikend is of beide. Het gaat hier om een *verplichting* om te verwijzen, in het belang van de patiënt.

Op 27 november 1992 wees de Hoge Raad vonnis in een zaak tegen een hulpverlener die basisarts was maar werkzaam als homeopaat en wel in de praktijk van de iatroschoof K. Het Hof Amsterdam had vastgesteld dat de betrokken basisarts/homeopaat als behandelend arts moest worden beschouwd en dat op hem in de gegeven omstandigheden de verantwoordelijkheid rustte om het tijdstip te bepalen waarop de homeopathische behandeling voor allopathische behandeling moest wijken. Het Hof oordeelde terecht, aldus de Hoge Raad, dat een behandelend arts – en dit geldt *in het bijzonder* ook voor een arts die de homeopathische praktijk uitoefent – ernstig in zijn taak tekort schiet, wanneer hij in een geval waarin de patiënt in een levensbedreigende situatie verkeert en in verband daarmee onmiddellijke opname in een ziekenhuis geïndiceerd is, zich van de beslissing tot opname laat weerhouden, doordat hij zich laat leiden door een homeopaat die geen arts is. De iatroschoof K had de arts bezworen de homeopathische behandeling voort te zetten.¹⁵ Een niet mis te verstane uitspraak.

Dat geldt ook voor een latere uitspraak van de Hoge Raad.¹⁶ Een oud-huisarts, ook actief als antroposofisch geneeskundige, zegt een patiënte die blindelings op hem vertrouwd te hebben aangeraden een noodzakelijke operatie te laten doen, waarbij een alternatieve medicamenteuze behandeling aanvullend zou zijn; dit terwijl de vrouw volhoudt dat hij heeft gezegd dat een operatie niet nodig zou zijn omdat zijn behandeling afdoende zou zijn. Hier is relevant wat over de informatie en doorverwij-

zing is gezegd. Duidelijk is dat alle rechterlijke instanties van mening waren dat de antroposofisch arts de patiënt dringend had moeten aanraden om zich aan de operatie te onderwerpen, gezien de medische noodzaak daarvan in het reguliere circuit onomstotelijk was komen vast te staan.

3.3 Informatieplicht patiënt

Artikel 7:452 BW luidt als volgt: “De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft.” Juristen nemen aan dat het hier niet om een juridisch afdwingbare verplichting gaat.¹⁷ Geheel vrijblijvend is deze bepaling echter niet. Aangenomen wordt dat hier een morele verplichting achter schuil gaat, terwijl deze bepaling juridisch wel de betekenis heeft dat een hulpverlener, door de volgens dit artikel nalatige patiënt aangesproken, deze nalatigheid te zijner verdediging mag invoeren. Inmiddels is een brede discussie op gang gekomen over het ‘goed patiëntschap’. De essentie daarvan is dat de patiënt een aantal verantwoordelijkheden heeft, onder andere het verstrekken van informatie die relevant is voor de behandeling.¹⁸

In het licht van het voorgaande is de vraag gerechtvaardigd of van de patiënt verwacht of zelfs verlangd mag worden dat hij zo open en eerlijk is dat hij de reguliere arts – huisarts of specialist – mededeelt dat hij zich ook heeft gewend tot een alternatieve genezer. De ervaring leert dat dit vaak niet gebeurt. De patiënt acht deze informatie voor de huisarts of specialist niet van belang, beschouwt een dergelijke mededeling als een ‘motie van wantrouwen’ aan de reguliere behandelaar of schaamt zich dat hij zijn toevlucht heeft genomen tot het alternatieve circuit.

Een juridische verplichting van de patiënt om de reguliere hulpverleners in te lichten over zijn contacten met alternatieve genezers is niet te construeren. Voor zover de wetenschap daarvan van belang is voor de reguliere behandeling mag toch van een ‘goed patiënt’ verwacht worden dat hij hiervan mededeling doet. De relevantie kan hem hierin zitten dat bepaalde gedragingen van de patiënt slechts verklaard kunnen worden als men weet dat een alternatieve hulpverlener daartoe heeft geadviseerd. In het geval van S.M. is vele malen benadrukt dat reguliere behandeling van levensbelang was of zou kunnen zijn. De betrokkene maakte vaak afspraken met behandelaars uit het reguliere circuit maar zei die ook met regelmaat tevoren weer af. In de zaak waarover de Hoge Raad zich uitsprak in 1998 (zie § 3.2) was de patiënte zó bang voor een operatie dat zij aanvankelijk blind vertrouwde op het ‘goede nieuws’ van de alternatieve hulpverlener. Als in dergelijke gevallen reguliere hulpverleners in contact komen met patiënten, kan de wetenschap dat zij zich verlaten op

alternatieve hulpverleners inspireren tot het besef dat hier in de sfeer van de informatie en overreding extra moet worden geïnvesteerd.

3.4 Goed hulpverlenerschap

Bij het tegengaan van kwalijke zorgpraktijken kan – in de sleutel van de privaatrechtelijke rechtsverhouding die de Wgbo met zich meebrengt – ook het zgn. goed hulpverlenerschap soelaas bieden. Hierbij wordt immers een appèl gedaan op de professionaliteit van de hulpverlener en wordt bovendien de dimensie van ‘de beroepsgroep’ in de beschouwingen betrokken. In deze bepaling zit een individuele component (handelen als goed hulpverlener) gecombineerd met een collectief element (de voor hulpverleners geldende professionele standaard).

“De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.” Dit is de tekst van artikel 7:452 BW.

Interessant is dat hier de hulpverlener op zijn verantwoordelijkheid wordt aangesproken of kan worden aangesproken, terwijl hij binnen dat goed hulpverlenerschap ook de ruimte krijgt om zelf te beslissen. Het goed hulpverlenerschap kan ook belangrijk zijn om de professionaliteit in zaken die te maken hebben met een goede praktijkuitoefening te operationaliseren.

De professionele standaard pleegt te worden geconcretiseerd in drieërlei normen:

- 1) normen ontleend aan de technische uitoefening van het eigen beroep;
- 2) normen ontleend aan de rechten van de patiënt;
- 3) (overige) maatschappelijke normen.

Vanzelfsprekend dienen ook alternatieve genezers aan het bepaalde in artikel 7:452 BW te voldoen. Ook zij dienen te handelen in overeenstemming met de verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de voor hen geldende professionele standaard. Dat betekent ook dat van hen verwacht mag worden dat zij deze standaard uitwerken en publiek maken. Aan de hand van gepubliceerde normen en criteria kan de IGZ of een private organisatie alternatieve genezers bezoeken en rapporteren wat wel en wat niet in orde wordt bevonden. Daarbij kunnen alternatieve genezers worden bevestigd over hun deskundigheidsterrein, informatievoorziening voor hun patiënten en dergelijke.

De huidige regeling voor de artikel-3 beroepen in de Wet big zou in feite al gezien kunnen worden als een soort accreditatiesysteem, maar dan alleen voor het reguliere circuit. Zou men – op particuliere basis – ook een dergelijk accreditatiesysteem overwegen voor alternatieve genezers, dan is voorzichtigheid geboden. Wie beschouw je als alternatieve genezer, hoever ga je daarin? Is een paragnost een alternatief genezer? Zijn macrobiotiek en orthomoleculaire therapie aanvaardbare alternatieve geneeswijzen? Een ander probleem zal zijn dat bij het expliciteren van de professionele standaard een begripsverwarring dreigt aangezien in het alternatieve circuit het opstellen van standaarden heel anders kan worden aangepakt dan binnen het reguliere circuit.

Daarbij speelt het probleem dat het alternatieve circuit zich gedraagt als een uitdijend heelal. Enerzijds wil een behoorlijk grote groep binnen het alternatieve circuit zich graag zo goed mogelijk conformeren aan de professionele standaarden zoals die in het reguliere circuit bestaan. Zie bijvoorbeeld het uitstekende voorlichtingsmateriaal vanuit de acupuncturistenvereniging. De daarin beschreven domeinafbakeringen, procedures, klachtenregelingen et cetera zijn tenminste op het niveau van hetgeen in het reguliere circuit gebruikelijk is, zoniet beter. Aan de andere kant zien we dat allerhande alternatieve genezers zich afsplitsen vanuit hun “beroepsgroep” en zich daarmee onttrekken aan de interne regulering vanuit de alternatieve beroepsgroep waartoe zij eerst behoorden. Zelfregulering scheidt dus niet altijd het kaf van het koren.

In bijvoorbeeld Canada heeft het reguliere circuit bij het opstellen van haar professionele standaarden gebruik gemaakt van voorbeelden uit het alternatieve circuit. Zo is het inmiddels usance dat een regulier genezer vraagt of de patiënt gebruik maakt van een alternatieve behandeling. Ook geeft de regulier genezer standaard voorlichting over de mogelijkheid van een behandeling in het alternatieve circuit.

3.5 Aansprakelijkheid

In de sfeer van de handhaving is binnen de privaatrechtelijke verhouding een sterk gegeven, dat iemand die in een contractuele relatie door een ander gedupeerd is naar de rechter kan stappen en naast alsnog nakoming of ontbinding van de overeenkomst ook schadevergoeding kan vorderen. Een patiënt die het slachtoffer is van kwalijke zorgpraktijken, kan de alternatieve genezer die daarvoor verantwoordelijk is in rechte aanspreken. Voor het indienen van een schadeclaim moet er dan natuurlijk aantoonbare schade zijn, die aan het handelen van de wederpartij kan worden toegerekend. De patiënt die de procedure aanspant zal in beginsel zijn claim moeten kunnen onderbouwen volgens het aloude principe ‘Wie stelt, moet bewijzen’.

Begin 2005 hield Hartlief een rede over de vrees voor een toenemende claimcultuur en in dit verband mogelijk zelfs Amerikaanse toestanden. “Wat hier stoort, is dat andermans verantwoordelijkheid, *zorgplicht*, wordt voorop gesteld, terwijl de eigen verantwoordelijkheid, *eigen schuld*, naar de achtergrond wordt gedrongen, verdoezeld bijna en dat terwijl eigen gedrag en eigen keuzes een belangrijke rol hebben gespeeld bij het ontstaan van de schade”. Hartlief heeft het hier over claims van rokers en ex-rokers tegen tabaksfabrikanten, claims tegen banken en beleggingsinstellingen in verband met mislukte avonturen in de optie- of aandelenhandel alsmede fast-foodclaims. “Degenen die zich zorgen maken over dit soort ontwikkelingen ligt de term *claimcultuur* voor in de mond en als dat niet genoeg indruk maakt volgt het etiket «Amerikaanse toestanden». Wat zij dan bedoelen is niet alleen dat er veel en vlug wordt geclaimd, maar ook dat men in het hedendaagse aansprakelijkheidsrecht een serieuze kans heeft op succes. Het aansprakelijkheidsrecht maakt zelf inderdaad ook een ontwikkeling door die niet zonder meer wordt toegejuicht: zo maken behalve de overheid bijvoorbeeld ook werkgevers, artsen, notarissen en hun verzekeraars zich zorgen.”¹⁹ Hartlief schetst dat de rechtspraak hieraan in zekere mate bijdraagt en dat de overheid geneigd is aan deze ontwikkelingen paal en perk te stellen. Zij predikt terughoudendheid op het punt van smartegeldbedragen en is gekant tegen «no cure no pay-afspraken» in de letselschadeadvocatuur en Amerikaanse «instituten» als *punitive damages*, een soort privaatrechtelijke boete die een veelvoud van de schade kan bedragen. Niettemin fungeert het aansprakelijkheidsrecht meer en meer als gedragsbeïnvloedingsmechanisme.

Relevant is dit alles in verband met het weren van kwalijke zorgpraktijken. Daar waar het strafrechtelijk sanctiearsenaal achter de feiten aanloopt of niet toereikend is kan een degelijke instrumentele functie van het aansprakelijkheidsrecht aantrekkelijk zijn. De dreiging van een forse *privaatrechtelijke boete*, die een veelvoud zou kunnen zijn van de werkelijk toegebrachte schade, zou in bepaalde alternatieve kringen wel eens indruk kunnen maken, méér indruk in elk geval dan de pakkans nadat het onheil is geschied met de dreiging van een sanctie ex artikel 96 Wet big.

Daartoe zal met name de regering wel de steven moeten wenden. Nog niet zo lang geleden werd invoering van de mogelijkheid van *punitive damages* uitdrukkelijk afgewezen.²⁰

Als het gaat over het weren van gevaarlijke zorgpraktijken in de alternatieve sector zou wellicht nog een andere benadering effectief kunnen zijn. *Beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars* zouden bepaalde eisen kunnen stellen, alvorens zij een alternatieve genezer in hun verzekering zouden opnemen. Dit zouden eisen kunnen zijn betreffende de wijze van praktijkvoering, maar ook eisen betreffende de opstelling en het publiek

maken van de professionele standaard. Voorwaarde voor het welslagen hiervan is dat alle beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars één front zouden vormen en allen dezelfde eisen zouden stellen.

Een ander idee, dat zich in de (private) sfeer van de verzekering afspeelt, is geopperd in één van de andere workshops. Vraag *zorgverzekeraars* een alternatieve behandeling alleen te vergoeden als voorafgaand tenminste één bezoek is gebracht aan het regulier circuit. Onmiddellijk dringt zich de vraag op hoe zoiets geoperationaliseerd zou moeten worden. Verder gaat dit van de gedachte uit dat zorgverzekeraars alternatieve behandelingen zouden willen vergoeden. Voor sommige behandelingen is dit het geval, voor vele echter niet. Opgemerkt wordt dat dit voor de casus S.M. geen verschil zou hebben uitgemaakt, omdat daar in het reguliere circuit de diagnose was gesteld.

Vóór een dergelijke aanpak pleit dat, zo werd in de workshop geopperd, de patiënt een beter gefundeerde keus kan maken tussen een reguliere of alternatieve behandeling. Anderzijds leidt een dergelijke maatregel tot honderdduizenden bezoeken aan het reguliere circuit vanuit een min of meer futiele vraagstelling terwijl het beoogde gunstige effect slechts voordeel biedt voor een zeer beperkt aantal patiënten (tientallen). Het regulier circuit wordt dus enorm extra belast zonder dat er veel positief effect van te verwachten valt.

Van principiële aard is het argument dat het vergoeden (via de aanvullende verzekering) van alternatieve geneeswijzen door zorgverzekeraars een verkeerd en verwarrend signaal is. Dat daartoe niettemin prikkels aanwezig zijn is te wijten aan de toenemende marktwerking in de verzekeringsbranche, in combinatie met de wens van klanten tot vergoeding van alternatieve geneeswijzen. De verzekeringsbranche zou dan tenminste kunnen worden gestimuleerd tot het stellen van voorwaarden aan alternatief genezers voordat hun behandeling wordt vergoed.

4 Handhaving langs publiekrechtelijke weg

In de tweede workshop stonden de mogelijkheden om via de weg van de publiekrechtelijke handhaving paal en perk te stellen aan kwalijke zorgpraktijken in het middelpunt. De volgende vragen golden in deze workshop als leidraad.

Kunnen kwalijke zorgpraktijken geweerd worden via de weg van de publiekrechtelijke handhaving?

1. Wat valt te verwachten van de preventieve werking van strafbaarstelling?
2. Effectiviteit van de artt. 96, 96a en 96b Wet big?
3. Handhavingsmogelijkheden via art.7 Kwz en 87a Wet big
4. Rollen in dezen van IGZ en het Openbaar Ministerie?
5. Andere publiekrechtelijke handhavingsmogelijkheden?

Met name de eerste drie vragen zijn in de workshop aan de orde geweest. Over de rollen van IGZ en het Openbaar Ministerie wordt het een en ander gezegd in de paragrafen 4.2 en 4.3.

4.1 Preventieve werking van strafbaarstelling

De Wijkerslooth, voorzitter van het College van Procureurs-Generaal, begint de proloog van zijn jaarbericht 2003 met de volgende beschouwing. "«Er zijn bepaalde tekenen die er op wijzen dat de onbeheerste conjunctuur binnen het strafrechtelijk systeem ons in de komende jaren meer opwaarts zal voeren zowel t.a.v. de frequentie als de duur van de opgelegde straffen [...] In het licht van hetgeen wij thans op de grondslag van wetenschappelijk onderzoek weten omtrent dark numbers, omtrent de preventieve werking van het straffen en omtrent de sociaal ongelijke distributie van de sociale kosten van het straffen, zou een dergelijke ontwikkeling als een diepe onrechtvaardigheid moeten worden aangemerkt.» Als voorspeller van de criminaliteitsontwikkeling had Hulsman het in 1974 zonder meer bij het rechte eind. De kennis van nu leert dat ons land zich destijds in een fase vond waar de zachte glooiende criminaliteitsontwikkeling steeds steiler zou worden. Het aantal misdrijven nam allengs toe en daarbij steeg het aantal ernstige delicten meer dan navenant. In reactie op die groeiende misdaad zou meer en strenger gestraft worden dan in 1974. De voorspelling van Hulsman is dus uitgekomen. Met zijn visie dat die groei van de strafrechtelijke repressie een diepe onrechtvaardigheid is, is Hulsman echter een roepende in de woestijn gebleven. In onze maatschappij lijkt momenteel een schier onbegrensd geloof te bestaan in de mogelijkheden van het strafrecht. Door

strafbaarstelling van allerlei ongewenst gedrag, door vaker te straffen en door hogere straffen moeten misstanden uit de weg worden geruimd. Zo valt alom te beluisteren. De minimumstraf is salonfähig geworden en zelfs over de herinvoering van de doodstraf wordt hardop gefilosofeerd.

Dat staat in schril contrast met de debatten in de tijd van Hulsman toen het strafrecht bijkans als onkies werd gezien. Hoe minder strafrechtelijke handhaving, hoe beter dat voor de samenleving zou zijn, omdat repressie negatief is en meer schaadt dan dat het baat. Daarna, in de jaren tachtig, werd het strafrecht als uiterste middel beschouwd. De rechtshandhaving diende voortaan bij voorkeur uit preventie te bestaan. Vervolgens kwam het accent te liggen op het slachtoffer in het strafproces, en vooral ook op repressie.

Zo kent ieder tijdvak zijn paradigma: een geheel van veronderstellingen waar vanuit wordt gewerkt, maar die zelf niet echt ter discussie staan. Een paradigma is daarmee altijd eenzijdig en vormt haast per definitie een overdrijving. Een complex en veelzijdig probleem als criminaliteit dreigt slechts vanuit een beperkte optiek tegemoet te worden getreden. Dat zal naderhand altijd een teleurstelling blijken op te leveren. Het gevolg is dat men zich daar met een nieuw - en evenzeer eenzijdig - paradigma gaat afzetten tegen het vorige gedachtegoed.

Hiermee is niet gezegd dat straffen geen zin zou hebben. Het strafrecht heeft een belangrijke maatschappelijke functie en zal die ook houden. Daarmee kan het echter nog niet worden gezien als de panacee voor vele maatschappelijke kwalen. Met name als makkelijk gedacht wordt over de inzet van het strafrecht als beleidsinstrument, zal dat teleurstelling opleveren. Zo is nooit gebleken dat de algemene regel opgaat dat de wet minder overtreden wordt bij het eenvoudigweg verhogen van straffen of van strafmaxima. Hetzelfde geldt voor de strafbaarstelling van gedrag dat eerst nog niet kon worden bestraft. Het langer opsluiten van criminelen is lang niet altijd (kosten)effectief. Direct hard straffen zal bij sommige first offenders tot minder recidive leiden, maar bij anderen kan het juist averechts effect hebben. Het investeren in gedragverandering lijkt soms zinvol, maar in andere gevallen wordt daarmee vooral zaad op de rotsen gegooid.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid vat de situatie aldus samen: De laatste twintig jaar heeft er voor een selectie van delicten (zeden-, gewelds- en openbareordedelicten) een door de publieke opinie gesteunde verharding van het strafklimaat plaatsgevonden. Deze verharding heeft niet geleid tot een afname van de criminaliteit. Het feit dat de omvang van het strafrechtsapparaat gedurende de jaren tachtig niet met de ontwikkeling van de criminaliteit is meegegroeid, heeft weinig bijgedragen aan de groei van de criminaliteit. De criminaliteit laat zich slechts in geringe mate beïnvloeden door de opsporings- en vervolgingsactiviteiten van het strafrechtsapparaat.

Dergelijke kanttekeningen vormen een pleidooi om onszelf niet te veel op te sluiten in een paradigma: laat ons kritisch blijven op de veronderstellingen die we hanteren. De prijs is dan wellicht dat we het strafrecht vaker specifiek daar benutten waar dat maatschappelijk bezien zinvol is en werkzaam belooft te zijn - daarmee kunnen we geld, maar ook teleurstellingen besparen.”²¹

Deze beschouwingen over de preventieve werking van het strafrecht in het algemeen kunnen worden doorgetrokken naar de onderhavige materie. De boodschap dat men van de (preventieve) werking van het strafrecht geen al te grote voorstellingen moet maken lijkt eens te meer te gelden voor de strafrechtelijke handhaving van de Wet big. De evaluatie van de Wet big geeft dit onomwonden weer.²²

Over de periode 1990–juni 2002 zijn in de gepubliceerde rechtspraak elf strafrechterlijke beslissingen betreffende medisch beroepsbeoefenaren aangetroffen, waarvan vier sinds de inwerkingtreding van de Wet big. De met de Wet big ingevoerde strafbepalingen hebben hier niet of nauwelijks verandering in gebracht. Als het eenmaal tot een zitting komt, blijken rechters vrij mild te zijn in de straftoemeting bij medische zaken. Nogal eens wordt een schuldigverklaring zonder toepassing van straf uitgesproken of wordt een voorwaardelijke straf opgelegd. Aldus de auteurs van het evaluatierapport van de Wet big.

Incidenteel wordt een vervolging ingesteld op basis van art. 300 Sr., waarmee gelijk gesteld wordt opzettelijke benadeling van de gezondheid (art. 300 lid 4 Sr). Door die gelijkstelling heeft de bepaling, althans in theorie, een groot bereik. Dat aan het vereiste voor opzet is voldaan komt in de reguliere gezondheidszorg voor zover bekend niet of nauwelijks voor. Wel is onlangs de macrobioot N. veroordeeld wegens opzettelijke benadeling van de gezondheid. Een zaak tegen een alternatief genezer, die met zijn apparatuur brandwonden veroorzaakte bij een patiënt, werd afgedaan op grond van art. 300 Sr.

Begin 2000 vroegen kamerleden de aandacht van de minister van Justitie voor het in hun ogen onvoldoende doortastend optreden van het OM bij een aantal zaken waarin medisch onzorgvuldig was gehandeld, met name door alternatieve behandelaars. De minister trof vervolgens enkele maatregelen ter verbetering van de aanpak van aangiften ter zake. Zo is een landelijk Expertisecentrum Medische Zaken opgericht, ondergebracht bij het parket in Rotterdam. Dit richt zich op de ondersteuning van alle parketten bij de behandeling van medische zaken. Uit een inventarisatie van het OM blijkt, aldus de minister, dat ‘nagenoeg ieder parket een officier van justitie heeft aangewezen, die belast is met de behandeling van medische zaken’.

De strafrechtelijke mogelijkheden van de Wet big blijken niet of nauwelijks te worden gebruikt. Uit informatie van het Medisch Expertisecentrum bleek dat in de periode mei 1997 – mei 2002 bij negen (van de negentien) rechtbanken geen zaken aanhangig zijn gemaakt op basis van de Wet big; bij één rechtbank was één strafzaak aangebracht, terwijl van de overige rechtbanken geen gegevens bekend bleken te zijn. Medische zaken worden relatief vaak geseponneerd. Aantallen zijn niet bekend omdat registratie in de Justitiële Documentatie niet plaatsvindt als vervolging niet opportuun wordt geacht vanwege mogelijke nadelige effecten voor de beroepsbeoefenaar in kwestie. Redenen voor septs zijn: bewijsproblemen met betrekking tot causaliteit en culpa lata (grove schuld) evenals het vaak groot aantal betrokkenen (medisch team). Wel is er een overleg tussen het College van Procureurs Generaal en de IGZ, maar dat heeft tot nu toe geen duidelijk sturende werking op het vervolgingsbeleid gehad. Van de zijde van de IGZ wordt benadrukt dat, ook voor zover de strafrechtelijke weg wordt benut, er veel tijd mee gemoeid is voordat (eventueel na hoger beroep en cassatie) sprake is van een onherroepelijke rechterlijke beslissing.

De IGZ is van mening dat meer toezicht nodig is op alternatieve behandelaars, maar zegt daar vooralsnog onvoldoende capaciteit voor te hebben. Ook in de literatuur wordt geconcludeerd dat het strafrecht soms onvoldoende werkt als (repressief) correctiemechanisme. Roscam Abbing heeft aangegeven het als wettelijke plicht van de overheid te zien om het publiek directer te beschermen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door wijziging van art. 40 Wet big (nu alleen geldend als gekwalificeerden een alternatieve behandeling geven, niet als ongekwalificeerden dat doen) of van de Kwaliteitswet zorginstellingen of door het treffen van andere maatregelen. “Dit laatste zelfs indien het afbreuk zou doen aan het in de Wet big neergelegde beginsel van gedeeltelijke opheffing van het verbod van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Het alternatieve veld kan dergelijke overheidsbemoeienis voorkomen door zelf orde op zaken te stellen”, aldus Roscam Abbing.²³

4.2 Effectiviteit van de artt. 96, 96a en 96b Wet big

Art. 96 is allereerst gericht tot degenen die niet in een big-register zijn ingeschreven. Daarnaast betreft art. 96 ook wél-geregistreerden, die hun wettelijk deskundigheidsgebied te buiten gaan. Doel van het artikel is het strafbaar stellen van het veroorzaken van schade en de kans daarop door ongekwalificeerden, dat wil zeggen alle niet-geregistreerden maar ook ‘grensoverschrijdende’ geregistreerden en art.34-beroepsbeoefenaars. Voor de laatste categorie is een vierde lid aan het artikel toegevoegd. Omdat art.34-beroepsbeoefenaars niet geregistreerd zijn, zou art. 96

ook van toepassing op het handelen van deze beroepsgroep binnen hun deskundigheidsgebied. In de wetstoelichting wordt opgemerkt dat dit ‘te ver’ zou gaan. Net als de art.3-beroepsbeoefenaren zijn art.34-beroepsbeoefenaren alleen strafbaar wanneer zij buiten hun deskundigheidsgebied treden.

Strafbaar is het veroorzaken van schade aan de gezondheid van een ander en het veroorzaken van een aanmerkelijke kans daarop bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (art. 96 lid 1). Als de beroepsbeoefenaar weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt, is de straf hoger (art. 96 lid 2) en wordt het feit zelfs als misdrijf aangemerkt (art. 102). De beroepsbeoefenaar kan in zo’n geval worden ontzet uit het recht zijn beroep uit te oefenen (art. 96 lid 3). Niet strafbaar is het treden buiten het deskundigheidsgebied zonder dat sprake is van (een kans op) schade. In theorie kan dit handelen wel onder de (ruimere) norm van het tuchtrecht vallen.

De strafbepaling is beperkt tot het ‘verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg’. In de toelichting bij art. 96 staat dat dit ‘ruim moet worden opgevat’. Het gehele doen en laten van de zorgverlener wordt eronder verstaan, ook advisering en het achterwege blijven van behandeling of advisering. Art. 96 is niet alleen van toepassing op degenen die zich beroepsmatig bezighouden met gezondheidszorg, maar ook op degenen die slechts incidenteel individuele gezondheidszorg verlenen.

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wet big werd om een nadere precisering van ‘schade’ gevraagd. De minister antwoordde dat dit een moeilijk te omschrijven begrip is. Hij wees erop dat ook in (het toenmalige) art. 1401 BW het begrip schade niet was geconcretiseerd: ‘Het begrip is in de jurisprudentie verder uitgewerkt’. Duidelijk is wel dat de bepaling van toepassing is op het doen en laten van de beroepsbeoefenaar. “Zo valt het niet of niet tijdig doorverwijzen door een niet-gekwalificeerde beroepsbeoefenaar van een patiënt naar een wel gekwalificeerde er in principe onder.”²⁵ De schade hoeft niet het gevolg te zijn van een behandeling, maar kan ook uit een verkeerd advies voortkomen.

Het element ‘aanmerkelijke kans op schade’ was al in het voorontwerp opgenomen, maar is in 1986 geschrapt op advies van de Commissie Geelhoed die wees op de relatieve nadelen van die formulering, onder andere gelegen in een meer complexe bewijslast. Niettemin is de passage bij amendement weer opgenomen in de wet. De minister antwoordde op vragen van verontruste kamerleden, die het een ‘vaag begrip’ achtten, dat het “niet zo’n ‘dramatisch’ amendement” betrof. Het begrip aanmerkelijke kans op schade was, aldus de minister, een begrip waarmee onze

strafrechter al gewend is om te gaan. “Het heeft niets willekeurig en past in de algemene leer van het voorwaardelijk opzet”. Dat wordt, blijkens jurisprudentie, aanwezig geacht als de verdachte een aanmerkelijke kans heeft aanvaard dat het in de delictsomschrijving bedoelde gevolg zal optreden. Het amendement werd ingegeven door de vrees dat vervolging van alternatieve behandelaars met bedenkelijke praktijken die (nog) geen schade hadden teweeggebracht moeilijker zou zijn dan voorheen, als gevolg van het wegvallen van de bescherming van de geneeskunst.

Op een vraag van kamerleden naar de werking van art. 96 ten aanzien van de alternatief werkende (geregistreerde) arts antwoordde de minister destijds: “Gezien het feit dat het deskundigheidsterrein van de arts het gehele gebied van de geneeskunst omvat, zal van overschrijding evenwel geen sprake zijn en is art. 96 niet van toepassing”. Geneeskunst is historisch gezien een ruim begrip: elke raad of daad met de werkelijke of vermeende strekking een genezende werking op een zieke mens uit te oefenen. Geen enkele arts is bekwaam op dat gehele gebied. Daarom was er behoefte aan een bepaling zoals art. 36 lid 14. Dit bepaalt dat de arts bevoegd is tot datgene waartoe hij bekwaam is, dat wil zeggen hij moet handelen binnen de grenzen van zijn kennen en kunnen. Een strafsancie is op die bepaling niet gesteld, maar art. 96 zou hier van toepassing kunnen zijn. Zo niet, dan zal slechts sprake kunnen zijn van een tuchtrechtelijke toetsing. Dit zal zich niet snel voordoen bij andere alternatief werkende geregistreerden (bijvoorbeeld de fysiotherapeut die haptotherapie of haptonomie bedrijft), omdat het deskundigheidsgebied nauwer is omschreven.

In de workshop heeft de discussie zich toegespitst op de wetsartikelen 96 (als strafbepaling) en 96a (als voorlopige maatregel). De effectiviteit van artikel 96 is tot nu toe beperkt gebleken. Op grond van dit artikel wordt bijna geen vervolging ingesteld. De delictsomschrijving speelt ook geen zichtbare rol in het vervolgingsbeleid van het OM. Het evaluatierapport: “In de literatuur wordt algemeen geconstateerd dat van enig effect van deze strafbepaling niet is gebleken. Er moet sprake zijn van schuld, maar aan welke norm moet het OM het handelen van ongekwalificeerden meten? Sluijters²⁶ heeft aangegeven dat de eisen niet op eenzelfde -hoog-niveau mogen liggen als de eisen die worden gesteld aan de in de wet geregelde beroepen. Daarmee zou de Wet big in haar hart (ruimte voor ongekwalificeerden) worden aangetast. Het verweer van een alternatieve behandelaar zou kunnen zijn: ik hoef niet meer te weten dan de gemiddelde burger. Ook in de zaak van macrobioot N., is niet overtreding van art. 96 Wetboek van Strafrecht maar art. 300 lid 4 Wetboek van Strafrecht ten laste gelegd. De rechtbank veroordeelde hem tot zes maanden voorwaardelijke gevangenisstraf en een boete van f 5000, wegens ‘opzettelijke benadeling van de gezondheid’ (art. 300 lid 4 Sr). De opzet bestond uit het bewust aanvaarden van de niet te verwaarlozen kans op

verslechtering van de toestand van de patiënt. De rechtbank achtte bewezen voorwaardelijk opzet tot benadeling van de gezondheid van een patiënte met baarmoederhalskanker; de macrobioot had de vrouw onvoldoende gewezen op de beperkingen van de macrobiotiek. Patiënte vertrouwde op zijn advies en zag af van behandeling in de reguliere zorg. De rechtbank oordeelde dat op N. een bijzondere zorgplicht rustte, dit wil zeggen dat hij patiënte had moeten informeren over de noodzaak om naast de macrobiotiek ook een reguliere behandeling te ondergaan”.²⁷

Over de werking van de artikelen 96a en 96b valt voornamelijk weinig te zeggen. In zijn algemeenheid is daar tijdens de workshop over opgemerkt, dat het een probleem is dat strafrecht een *repressief* karakter draagt. De mogelijkheid van een voorlopige maatregel verandert daar principieel weinig aan. Beter is het om *preventief* schade te voorkomen door goed informeren van alle betrokkenen. Uit de evaluatie van de Wet big is gebleken dat bekendheid van deze wet veel te wensen overlaat. Daarnaast zijn de verwachtingen van de burger naar de overheid te hoog gespannen. Men verliest uit het oog dat de overheid alleen garanties kan bieden voor hulpverleners die big-geregistreerd zijn. Voor een beter begrip van wat wel en niet mag worden verwacht van overheid en van hulpverleners in het reguliere en alternatieve circuit een goed georganiseerde voorlichting moet worden opgezet met een structureel karakter. Daarbij moeten zowel burgers en patiënten als reguliere en alternatieve hulpverleners worden benaderd.

Niettemin mag men niet geringschattend denken over de extra mogelijkheden die de artikelen 96a en 96b bieden in de sfeer van de handhaving. Zie daarover wat tijdens de evaluatie van de Wet big is opgemerkt, toen deze bepalingen nog slechts een belofte waren. Gewezen werd op de extra criteria om overtreding van artikel 96 Wet big vast te stellen buiten de wettelijke (ernstige bezwaren tegen de verdachte, dringend vereiste bescherming van de volksgezondheid), te weten:

- het ontbreken van communicatie met het reguliere veld;
- het interveniëren in reguliere behandelingen, en
- onjuiste of misleidende voorlichting.

Juist deze redenen om tot oplegging van de voorlopige maatregel te besluiten liggen in de sfeer van het ingrijpen in schadelijke alternatieve praktijken.²⁸ In de algehele conclusies lezen we: “De uitbreiding van art.96 met de mogelijkheid van een voorlopige maatregel, die het OM vóór of tijdens de strafvervolging kan opleggen aan een verdachte, kan in principe positief uitwerken op de bescherming van de burger. Het zal echter in belangrijke mate afhangen van de initiatieven van de IGZ en van de samenwerking tussen OM en IGZ of deze voorlopige maatregel de burger meer bescherming zal bieden.”²⁹

4.3 Handhavingmogelijkheden via art. 7 Kwz en art. 87a Wet big

Centraal in de kwaliteitsregulering van de gezondheidszorg staan de Kwz voor instellingen en de Wet big voor beroepsbeoefenaren.

Beroepsbeoefenaren die in instellingen werken hebben zich ook te richten naar de voorschriften van de Kwz. De betekenis van de Kwz voor de materie die in dit rapport aan de orde is – het tegengaan van gevaarlijke zorgpraktijken, met name in het alternatieve circuit – is betrekkelijk gering. Veel alternatieve genezers oefenen hun praktijk op zichzelf uit en als zij dat toch in instellingsverband doen zijn dat doorgaans geen instellingen die onder de Kwz vallen (zie art. 1 Kwz). Voor niet in instellingsverband werkzame beroepsbeoefenaren is met name artikel 40 Wet big van belang; dit artikel bevat de verplichting om verantwoorde zorg te verlenen en de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen voor (groepen) solistisch werkende beroepsbeoefenaren. Van deze mogelijkheid is tot op heden geen gebruik gemaakt.

In de sfeer van de handhaving kent de Kwz de mogelijkheid dat de minister een schriftelijke aanwijzing geeft; de IGZ kan in acute situaties een schriftelijk bevel geven, dat evenwel maar een week geldig is (art. 7 Kwz). Voor solistisch werkende beroepsbeoefenaren kent de Wet big (art. 87a) de IGZ de bevoegdheid toe een schriftelijk bevel te geven. Sluitstuk van deze sanctiemogelijkheden is dat de minister de bevoegdheid heeft een dwangsom toe te kennen en bestuursdwang toe te passen.

De verantwoordelijkheid voor een kwalitatief goede beroepsbeoefening ligt in de systematiek primair bij de IGZ. In algemene zin is deze belast met het toezicht op de naleving van de Wet big (art. 86 Wet big). Daarnaast zijn uiteraard van belang de uitspraken die door de tuchtrechter, de strafrechter, het college voor medisch toezicht of de specialistenregistratiecommissie in het kader van de Wet big kunnen worden gedaan. In relatie tot de Kwz is van belang dat de Wet big aan de IGZ een aanvullende mogelijkheid geeft om op te treden tegen onverantwoorde zorg die binnen een instelling wordt verleend, namelijk door gebruik te maken van haar bevoegdheid om tegen een binnen de instelling werkzame beoefenaar van een beroep als genoemd in art. 3 Wet big een klacht bij de tuchtrechter in te dienen. Dit vraagt om beleid van de Inspectie ten aanzien van de vraag wanneer van welke bevoegdheid gebruik wordt gemaakt.

In de evaluatie van de Kwz werd duidelijk dat inspecteurs goed uit de voeten kunnen met de wettelijke toezichtsbevoegdheden.³⁰ Ook bleken zij ingenomen met de duidelijkheid die geschapen is met de komst van afdeling 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht, waarin specifieke normen zijn vastgelegd voor het optreden door toezichthouders. Met

betrekking tot de handhaving blijken de aanwijzings- en de bevelsbevoegdheid lastig te hanteren instrumenten te zijn. De waarde van deze instrumenten is deels gelegen in de mogelijkheid om ermee te kunnen dreigen ('stokachter-de-deur'). Deze toepassing komt voor, maar wordt door de Inspectie niet als zodanig geregistreerd, zodat niet bekend is hoe vaak op deze wijze is opgetreden. Gebleken is dat de bevoegde bestuursorganen terughoudend zijn in de daadwerkelijke toepassing van beide handhavingsinstrumenten. Deze terughoudendheid (gedurende de periode zijn volgens informatie van de Inspectie slechts één bevel en drie aanwijzingen gegeven) heeft vooral te maken met de (rechts)onzekerheid die aan het toepassen van beide maatregelen verbonden is. Het niet uitvoeren van de gegeven bevoegdheden zorgt er weer voor dat zich geen herkenbaar beleid kan ontwikkelen. Nadere normering zal zich derhalve niet uit de beschikkingspraktijk kunnen ontwikkelen. De Inspectie heeft het gevoel dat de instrumenten bevel en aanwijzing moeilijk te hanteren en onevenredig zwaar zijn. Aanvulling van dit instrumentarium met minder ingrijpende en eenvoudiger toe te passen instrumenten ligt in de rede. Van belang is ook dat de handhavingsregels die de Inspectie met betrekking tot de Kwaliteitswet zorginstellingen heeft opgesteld, na het geven van een aanwijzing of een bevel niet in vervolgstappen voorzien. Dit in afwijking van de IGZ-handhavingsregels betreffende het bevel van art. 87a Wet big.

Aan de conclusies en aanbevelingen in de evaluatie van de Kwz is het volgende ontleend:

- Er zijn juridische vragen en onduidelijkheden over de (on)mogelijkheden van de handhavingsinstrumenten bevel en aanwijzing. Ook de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang roept vragen op. Mede hierdoor wordt van deze instrumenten zeer weinig gebruikgemaakt.
- Het is gewenst meer helderheid te brengen ten aanzien van de toepassing van de handhavingsinstrumenten bevel en aanwijzing en over de relatie tussen deze instrumenten en de mogelijkheid van bestuursdwang. Het beleid behoort er meer op gericht te zijn dat de instrumenten bevel en aanwijzing onderdeel zijn van een traject met vervolgstappen en een eindpunt.
- Dit neemt niet weg dat ook in een situatie van juridische helderheid over de (on)mogelijkheden van de instrumenten bevel en aanwijzing, deze toch altijd als uiterste middel zullen worden gezien.
- Het sanctie-instrumentarium van de Inspectie moet worden uitgebreid met minder zware middelen. Aansluiting kan worden gezocht bij de voorstellen van de Adviescommissie IGZ ter zake.³¹ Daarnaast blijft de gebruikmaking van de bevoegdheid tot het opleggen van dwangsommen mogelijk. De mogelijkheden van deze bevoegdheid moeten beter worden benut.
- In een aantal sectoren heeft het veld nog onvoldoende kwaliteitsnor-

men ontwikkeld. Het risico bestaat dat de handhavende instanties de neiging vertonen op te treden als regelgevers. Dat is echter niet hun taak en verantwoordelijkheid. De ontwikkeling van kwaliteitsnormen is de verantwoordelijkheid van het veld. Waar die verantwoordelijkheid niet genomen wordt, behoren overheid en Inspectie krachtiger op te treden.³²

De laatste hier geciteerde overweging verwijst naar de zgn. geconditioneerde zelfregulering. De wetgever verwacht, met name in de Kwaliteitswet zorginstellingen, dat het veld het voortouw neemt in de uitwerking en concretisering van de algemene, open normen die de Kwz formuleert. Wat is verantwoorde zorg in een bepaalde sector of bepaald toepassingsveld? Hoe worden effectiviteit en doelmatigheid concreetiseerd en meetbaar gemaakt? Wat betekent in een specifieke zorgcontext 'patiëntgerichtheid'? Kunnen voor bepaalde patiëntencategorieën behoeften in algemene zin in kaart worden gebracht, zodat afstemming van de zorg daarop voor de zorgaanbieders en hulpverleners in die sector gemakkelijker wordt? Soortgelijke vragen kunnen worden gesteld over kwaliteitsorganisatie en kwaliteitsbeleid. De ervaring leert dat het goed mogelijk is om branchegewijs kwaliteitssystemen te ontwikkelen en meetmethoden en –technieken aan te bieden. In deze zin biedt art. 40 Wet big in zijn huidige opmaak veel minder mogelijkheden. Juist omdat dit artikel geldt voor beroepsbeoefenaren is het de moeite van het verkennen waard of deze bepaling nog benut kan worden om de praktijkvoering van hulpverleners (ook in het alternatieve veld) aan nadere regels te onderwerpen dan wel deze hulpverleners krachtiger en gericht tot zelfregulering te prikkelen. Aangezien het in dit hoofdstuk vooral over handhaving en handhavingsproblemen gaat en het volgende hoofdstuk zich beter leent voor verkenning van mogelijkheden om de verschillende bepalingen van de Wet big anders en wellicht beter te benutten, wordt op dit punt hier volstaan met verwijzing naar §5.3.

Ter afsluiting van deze beschouwing nog een enkele opmerking over de handhavingmogelijkheden en –perikelen in relatie tot art. 40 Wet big tot nu toe. Wederom verwijzen we naar de evaluatie van de Wet big. De kennis over (de inhoud van) art. 40 onder de beroepsbeoefenaren op wie dit artikel van toepassing is, is zeer beperkt. Slechts een kwart van de huisartsen, psychiaters, tandartsen en mondhygiënisten beantwoordde de vragen hierover juist. Van de fysiotherapeuten was dat eenderde tot ruim de helft. Art. 40 heeft er in geringe mate toe geleid dat beroepsbeoefenaren meer maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit te waarborgen. Fysiotherapeuten troffen het vaakst meer maatregelen (31%), huisartsen het minst vaak (6%). Vooral een betere documentatie en administratie en het volgen van bij- of nascholing werden genoemd. *Van de bevelsbevoegdheid ex art. 87a Wet big wegens onvoldoende naleving van de verplichtingen van art. 40, wordt door de IGZ incidenteel gebruikgemaakt. Bevelen*

zijn gegeven in verband met disfunctioneren als gevolg van alcoholmisbruik, ontbrekende waarborgen voor een verantwoorde hygiëne of onverantwoorde zorg en vermoeden alcoholmisbruik, opiumwet middelen misbruik en het ontbreken van een waarneemregeling. In alle gevallen is voorafgaand aan het bevel, tegelijk met het bevel, of later een procedure bij het regionale tuchtcollege of het Centraal Medisch Tuchtcollege (CMT) gestart, drie van de zeven maal resulterend in een doorhaling van de inschrijving in het big-register (één hoger beroep tegen een uitspraak van het CMT was ten tijde van deze rapportage nog niet afgerond).³³

In de workshop is de mogelijkheid overwogen om de werkingssfeer van art.40 Wet big zódanig uit te breiden, dat op basis van dit artikel ook voorschriften kunnen worden gegeven aan alternatieve genezers. Te denken valt aan nadere eisen aan de praktijkvoering, verplichte contacten met het reguliere circuit, nadere voorschriften betreffende de dossiervoering en het geven van informatie aan de patiënt aangaande de noodzakelijke zorg die deze moet ontvangen. Daartegen pleit dat dit als een erkenning van de zijde van de overheid van die alternatieve geneeswijzen (die aldus nader zouden worden gereguleerd) zou kunnen worden beschouwd. Ook hieraan zitten weer handhavingsaspecten. Bij overtreding van dergelijke bepalingen zou een bestuurlijke boete kunnen worden opgelegd. De hoogte daarvan kan worden gekoppeld aan de jaarmzet van de desbetreffende alternatieve hulpverlener. Als de IGZ deze boete zou kunnen opleggen, zou dit een korte doorlooptijd (lik op stuk beleid) bevorderen. Het is echter de vraag hoeveel capaciteit de Inspectie kan en wil inzetten om dergelijke overtredingen daadwerkelijk te constateren en aan te pakken.

5 Biedt wijziging van de wet Big een oplossing?

De derde workshop werd gewijd aan de mogelijkheden om door wijziging van de Wet big alternatieve genezers die een gevaar vormen beter aan te kunnen pakken. De volgende vragen waren aan de deelnemers van deze workshop meegegeven.

Kan wijziging van de Wet big soelaas bieden bij het weren van kwalijke zorgpraktijken?

- 1a. Kan het stellen van diagnoses als voorbehouden handeling worden aangemerkt?
- 1b. Hoe staat het met de handhaafbaarheid van een dergelijke bepaling?
- 2a. Biedt specifiekere strafbaarstelling (van gevaarlijke hulpverleners) uitkomst?
- 2b. Hoe staat het met de handhaafbaarheid van een dergelijke bepaling?
3. Kunnen via art. 40 Wet big nadere eisen worden gesteld aan beroepsgroepen?
4. Zijn er nog andere mogelijkheden in de sfeer van wijziging van de Wet big?

Op voorhand was duidelijk dat zich zekere overlappingen zouden kunnen voordoen met de thematiek in andere workshops. Dat gold met name voor de tweede workshop die zich met de publiekrechtelijke handhaving bezighield.

5.1 Het stellen van diagnoses als voorbehouden handeling

In de workshop is allereerst de vraag gesteld voor welk probleem het aanmerken van de diagnosestelling een oplossing zou moeten bieden. Als dat is om alternatieve genezers die kwalijke praktijken uitoefenen eerder of gemakkelijker te kunnen aanpakken is het niet de juiste oplossing. Het gaat niet om 'het stellen van de diagnose' maar om 'het instellen van een verkeerde behandeling' al of niet op basis van de juiste diagnose (vergelijk de zaak S.M.).

Een diagnose is de onderscheiding of bepaling van een ziekte of aandoening naar haar kenmerken. Het stellen van een diagnose is het in gang zetten of volvoeren van een proces om een georganiseerd, logisch en begrijpelijk systeem te ontwikkelen voor het classificeren (ordenen, rangschikken in klassen) van gezondheidsproblemen of gezondheidstoestanden die behandeld kunnen worden met medische interventies. Om een medische diagnose te kunnen stellen is de nodige kennis en kunde vereist.

Het begrip diagnose is ook in de wereld van de triage in discussie. Actueel is deze discussie in verband met huisartsenposten en call centres,

waarin niet-medici de telefoon aannemen en de ernst van de situatie bepalen. Sommigen stellen dat bij de triage geen diagnostiek plaatsvindt. Zij beperken het begrip diagnostiek tot de fase waarin middels anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek, zoals bloed-, urine- en röntgenonderzoek, getracht wordt vast te stellen aan welke ziekte of aandoening de patiënt lijdt. In die visie wordt in bepaalde systemen op basis van klachten en symptomen de urgentie bepaald, zonder dat hierbij een medische (differentiaal)diagnose gesteld hoeft te worden. Anderen stellen evenwel dat triage wél, al dan niet impliciete, differentiaaldiagnose vereist.³⁴ Van betekenis is in dit verband ook de definitie van het begrip ‘geneeskunst’ (art. 7:446 BW en art. 1 lid 2 sub a Wet big). De wetgever spreekt niet over het stellen van een diagnose, maar over het *beoordelen van de gezondheidstoestand van de patiënt*. Bij de triage vindt onomstotelijk een eerste – globale – beoordeling plaats van de gezondheidstoestand van de patiënt om de urgentie van de behandeling te kunnen bepalen. De verpleegkundige die de triage verricht begeeft zich daarmee op het deskundigheidsgebied van de arts. Dat kan worden afgeleid uit de omschrijving van het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige in art. 33 Wet big: daartoe wordt naast het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging gerekend het ingevolge een opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen *in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden*.³⁵

Voor de begripsvorming is verder relevant de gedachtevorming over DBC's, Diagnose Behandel Combinaties, omschreven (voor de ziekenhuiscontext) als het geheel van activiteiten en verrichtingen van ziekenhuis en specialist voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert. De diagnose (ziekte of aandoening) is het uitgangspunt, waarna het gehele zorgpad van de patiënt in kaart wordt gebracht.

De voorgaande beschouwingen leren dat het stellen van de juiste diagnose soms door leken kan gebeuren en dat daar soms speciale (medische) expertise voor vereist is. De moeder of vader die vaststelt dat het kind griep heeft diagnostiseert net zo goed als de geroutineerde verpleegkundige, die afgaande op haar kennis en ervaring feilloos menig ziektebeeld kan herkennen. Hier stuiten we op het probleem dat in hoofdstuk 2 al werd signaleerd toen het ging om het als voorbehouden handeling aanmerken van (riskante) psychotherapie. Dit strandde op de eisen om iets als een voorbehouden handeling aan te merken:

- a. er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen;
- b. het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen wat men voorbehouden wil, moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken;

- c. in de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden; het heeft geen zin gebieden voor te behouden waarop ondeskundigen nimmer zullen en, door gebrek aan faciliteiten, kunnen komen."

Ten aanzien van a: niet het stellen van de diagnose als zodanig betekent een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van de patiënt, maar het niet stellen van de juiste diagnose, maar meer nog het achterwege blijven van een adequate interventie. Ten aanzien van b: lang niet elke diagnose kan zinvol tot de exclusieve expertise van de medicus worden gerekend. Het stellen van diagnoses kan dus niet ondubbelzinnig gedefinieerd worden als een handeling die aan een bevoegde (arts) moet worden overgelaten.

Daarbij zullen zich ongetwijfeld handhavingsproblemen voordoen als men tot de typering van diagnosestelling als voorbehouden handeling overgaat. De gedachte zou dan zijn dat *elke* diagnose een voorbehouden handeling zou zijn en – indien niet in opdracht van een bevoegde uitgevoerd, met inachtneming van alle regels betreffende het verstrekken en aanvaarden van een opdracht – strafbaar zou zijn. In hoofdstuk 2 is de aanname geformuleerd dat alternatieve genezers in zeer veel gevallen diagnostiserend bezig zijn.³⁶ Is het mogelijk al deze diagnostiek, die veelal in de beslotenheid van spreek- en behandelkamers zal plaatsvinden, op het spoor te komen? Is het opsporingsapparaat toereikend? Welke consequenties zal dit hebben voor de rechterlijke capaciteit om dit te beoordelen?

Ook in de workshop is geadviseerd om het niet te zoeken in het als voorbehouden handeling aanmerken van het stellen van diagnoses, juist vanwege problemen in de sfeer van de handhaving.

5.2 Specifiekere strafbaarstelling

De evaluatie van de Wet big heeft ten aanzien van de effectiviteit van de strafbaarstelling en strafvervolging in het kader van deze wetgeving ondubbelzinnige conclusies getrokken. "In de periode mei 1997 – mei 2002 zijn bij negen (van de negentien) rechtbanken geen zaken aanhangig gemaakt op basis van de Wet big; bij één rechtbank was één strafzaak aangebracht, terwijl van de overige rechtbanken geen gegevens bekend bleken te zijn. De verklaring voor dit terughoudende gebruik van de mogelijkheid van strafrechtelijke vervolging kan niet, zoals nogal eens wordt aangevoerd, worden gevonden in de samenloop met het bestuursrechtelijk instrumentarium, omdat daar eveneens slechts spaarzaam gebruik van wordt gemaakt, zo blijkt uit de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Evenmin kan de oorzaak worden gevonden

den in het tuchtrecht omdat de IGZ ook betrekkelijk weinig gebruik blijkt te maken van de haar in het kader van het tuchtrecht gegeven bevoegdheden. [...] De IGZ is van mening dat meer toezicht nodig is op alternatieve behandelaars, maar zegt daar vooralsnog onvoldoende capaciteit voor te hebben.

Het is zeer de vraag of daarnaast verdere uitbreiding van het strafrechtelijk sanctiearsenaal moet plaatsvinden, nu blijkt dat het bestaande strafrechtelijk instrumentarium niet of nauwelijks wordt gebruikt. Dit laatste is geen nieuw gegeven. Reeds decennia lang blijkt het strafrecht in de gezondheidszorg weinig te worden toegepast. Er is dus in dit opzicht geen sprake van een nieuwe ontwikkeling sinds de invoering van de Wet big. De indruk bestaat dat het niet inzetten van de big-strafbepalingen echter voor een deel voortkomt uit gebrek aan kennis en ervaring bij politie en justitie. Ook de medisch officieren van justitie zijn (nog) niet voldoende bekend met de Wet big. Voor zover de terughoudendheid van het OM bij het vervolgen het gevolg is van onbekendheid met de big-strafbepalingen, dient deze te worden opgeheven. Hiertoe zijn al in een eerder stadium officieren van justitie bij elk parket aangewezen, met als bijzonder aandachtsgebied medische zaken. Het lijkt er echter op dat de onbekendheid van het OM op dit terrein hiermee nauwelijks is veranderd. In de woorden van de minister in zijn brief van december 2001: 'Doordat dit specialisme weinig zaken genereert, die bovendien zeer verschillend van aard zijn, is het moeilijk om expertise op te bouwen'. Het is te hopen dat het sinds 1 oktober 2001 operationele Medisch Expertisecentrum hier een rol van betekenis kan gaan spelen.

Voor het niet-strafrechtelijk vervolgen op basis van art. 96 wordt wel aangevoerd dat dit delict een lagere strafbedreiging kent vergeleken met de artikelen 307-308 Wetboek van Strafrecht. Die verklaring is echter weinig aannemelijk nu in de schaarse gevallen waarin een vervolging is gebaseerd op laatstgenoemde bepalingen vrijwel nooit een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf is opgelegd.³⁷

Ook tijdens de invitational conference werd in de derde workshop opgemerkt dat art. 96 Wet big bedoeld is voor het aanpakken van excessen. Het is een (te) zwaar artikel voor het bijsturen van een geheel veld. Indien in dit opzicht een actiever handhavingsbeleid niettemin zou worden overwogen, zouden de volgende suggesties serieus in overweging genomen moeten worden:

- alle zaken zouden door de rechtbank moeten worden behandeld, de kantonrechter is daarvoor qua expertise en equipage minder gekwalificeerd;
- verhoging van de strafmaat van art. 96 Wet big; de huidige strafmaat is drie respectievelijk zes maanden hechtenis (of een geldboete).

Een en ander heeft tot consequentie dat de strafbaarstellingen in de Wet big zouden worden ‘opgeplust’ tot misdrijven en dat daar zwaardere sancties op zouden worden gesteld.

Om een en ander werkelijk effectief te laten zijn, is ook een drastische verbetering van voorlichting aan alle betrokkenen wenselijk, zo werd in de workshop opgemerkt.

Een andere mogelijkheid om een effectievere toepassing van artikel 96 Wet big te bevorderen zou kunnen zijn om de deskundheidsomschrijving van “medisch diagnostisch handelen” aan te scherpen. Daarbij moet dan wel gestipuleerd worden dat alternatieve genezers wel *degelijk* medische diagnostiek bedrijven, ook al beweren zij dat het slechts gaat om *alternatieve* diagnostiek. Een alternatief zou kunnen zijn om het te zoeken in de formulering “beroepsmatig ondeskundig beoordelen van de gezondheidstoestand”. Indien ondeskundig handelen gevaar voor de volksgezondheid oplevert valt dat aan te pakken via art. 96. Met deze formulering wordt aangesloten bij de definitie van het ‘handelen op het gebied van de geneeskunst’ in artikel 1 lid 2 sub a Wet big respectievelijk artikel 7:446 BW. In bijvoorbeeld de casus S.M. gebeurde die beoordeling ondeskundig. Ook hier zijn evenwel problemen met de handhaafbaarheid niet uit te sluiten. Wat is beroepsmatig? Wat is ondeskundig? Vóór deze aanpak pleit dat op deze wijze een juridisch vangnet wordt gecreëerd gericht op diegenen die men wil aanpakken, waarbij aansluiting wordt gezocht bij bestaande terminologie in de wetgeving.

Tenslotte wordt nog opgemerkt dat de preventieve werking van art. 96 Wet big zal toenemen als dit artikel vaker wordt toegepast en dit dan met name ook in de publiciteit komt.

5.3 Nadere eisen via art. 40 Wet big

Ook wat betreft art. 40 Wet big zijn in de evaluatie van de Wet big – met het oog op de beschouwingen in dit rapport - interessante overwegingen geformuleerd en zijn conclusies getrokken, die tot nadenken stemmen. “Art. 40 leidt deels een slapend bestaan; aan de mogelijkheid in lid 3 om bij AMvB nadere invulling te geven aan de algemene bepalingen in de leden 1 en 2 is nooit uitvoering gegeven. Wel is sprake van zelfregulering (zoals gedragsregels en beroepscodes, intercollegiale of andere toetsingsprocedures, waarnemingsregelingen, voorzieningen voor bij- en nascholing) die (mede) als nadere invulling van de kwaliteitsbepaling van de Wet big kunnen worden beschouwd.

Het betreffende wetsartikel wordt niet steeds hetzelfde uitgelegd. Doorgaans wordt aangenomen dat het op individuele beroepsbeoefena-

ren die buiten instellingsverband werken eenzelfde verplichting oplegt verantwoorde zorg aan te bieden als art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen. Echter lid 1 richt zich primair op maatregelen (organisatorisch; materiële voorzieningen) die tot verantwoorde zorg moeten leiden en ook lid 2 betreft eerst en vooral randvoorwaarden (systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering); met name de IGZ lijkt in haar handhavingsbeleid van die meer beperkte interpretatie van art. 40 uit te gaan.

Het komt zelden tot een bevel door de IGZ ex art. 87a wegens onvoldoende naleving van de verplichtingen van art. 40; dat heeft voor een deel te maken met het feit dat een bevel de nodige procedurele formaliteiten met zich brengt en tamelijk bewerkelijk is. Een belangrijker reden is waarschijnlijk dat men er de voorkeur aan geeft eerst te waarschuwen (officieus bevel), hetgeen kennelijk in veel gevallen al voldoende effect heeft. Gevallen waarin een bevel wordt gegeven betreffen doorgaans ernstige kwesties, waarin ook een tuchtprocedure wordt gestart. De mogelijkheid zo nodig een bevel te geven wordt ondanks het zeer incidentele gebruik door de IGZ als een belangrijke stok achter de deur beschouwt. Men heeft niet zoveel behoefte aan opnemingsinstrumenten dan het bevel (een suggestie die wel van uit het veld gedaan is).

Het is altijd de bedoeling geweest ten aanzien van regelgeving inzake kwaliteit van zorg een terughoudend beleid te voeren. Dat komt niet alleen tot uiting in de Kwaliteitswet zorginstellingen, maar ook in de kwaliteitsbepaling van de Wet big. Primair wordt het aan de beroepsgroepen overgelaten om de nodige voorwaarden te scheppen voor het leveren van verantwoorde zorg respectievelijk op systematische wijze zorg voor kwaliteit te betrachten. Ook de ondervraagde beroepsbeoefenaren zien hier in de eerste plaats een rol weggelegd voor hun beroepsverenigingen. Die verantwoordelijkheid wordt ook door de meeste beroepsorganisaties inhoud gegeven. Men mag van hen verwachten dat zij dat (blijven) doen. Er is op dit moment geen aanleiding om de algemene bepalingen van de leden 1 en 2 van art. 40 in overheidsregulering nader uit te werken. Het is wel gewenst dat de mogelijkheid daartoe (art. 40 lid 3) in de wet gehandhaafd blijft.

Art. 40 is niet alleen belangrijk omdat het de verantwoordelijkheid voor (zorg voor) kwaliteit bij beroepsbeoefenaren legt en (naast andere wetsbepalingen, zoals art. 7:453 BW) impliciet oproept tot invulling van de professionele standaard, het legt ook in samenhang met art. 87a een basis voor de IGZ om op te treden als van onvoldoende aandacht voor kwaliteit sprake blijkt. Voor introductie van andere, lichtere handhavingsmogelijkheden dan het bevel lijkt geen aanleiding. Immers, juist doordat de IGZ als ultimum remedium een bevel kan geven, kan zij daaraan voorafgaande, minder formele stappen, zoals het geven van een

waarschuwing, de nodige kracht bijzetten. Wel is gewenst dat duidelijkheid wordt geschapen over de strekking van de hoofdverplichtingen van art. 40 (in de zin dat het - in ruimere zin - gaat om het bieden van verantwoorde zorg, en niet slechts om het scheppen van randvoorwaarden daartoe), en dat de IGZ haar handhavingsbeleid navenant inhoud geeft.”³⁸

Aanbevelingen evaluatie Wet big inzake artikel 40

Art. 40 van de Wet big kan in zijn huidige vorm worden gehandhaafd. Er is geen aanleiding tot aanpassing, dan wel tot verdere afstemming met of zelfs integratie in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook het handavingsinstrumentarium behoeft geen aanvulling.

Wel is gewenst dat duidelijkheid wordt geschapen over de strekking van de hoofdverplichtingen van art. 40 en dat de IGZ haar handhavingsbeleid navenant inhoud geeft.

Tenslotte wordt aanbevolen dat in opleiding en bij- en nascholing aandacht wordt besteed aan de algemene verplichtingen van solistisch werkzame beroepsbeoefenaren inzake (zorg voor) kwaliteit.

Een opmerkelijke slotsom, waar elders (zie §4.3) is geconstateerd dat art. 40 in zijn huidige vorm niet écht tot zelfregulering inspireert en voor de handhaving inderdaad weinig steun of inspiratie lijkt te bieden. Veelzeggend zijn de bevindingen dat weinig beroepsbeoefenaren van mening zijn dat zonder art. 40 Wet big onverantwoorde zorg ontstaat. In de behoefte aan nadere invulling van de eisen van art. 40 dient volgens hen vooral door de eigen beroepsorganisatie(s) en in mindere mate door de overheid te worden voorzien. Met andere woorden: de bepaling van art. 40 spreekt niet tot de verbeelding en er wordt weinig mee gedaan.

De vraag is dus of er met art. 40 Wet big nog iets te doen valt in de context van eventuele nadere regulering van alternatieve geneeswijzen. Twee mogelijkheden kunnen daarbij nader worden onderzocht:

- verruiming van de werkingssfeer van art. 40;
- het bij of krachtens de wet aanscherpen van (algemene) voorschriften voor de (kwaliteit van de) beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg.

Verruiming van de werkingssfeer

Verruiming van de werkingssfeer kan worden bereikt door dit artikel zó in te richten dat de inhoudelijke normen, zoals die via de Kwaliteitswet zorginstellingen voor instellingen (en de daarbinnen werkzame beroepsbeoefenaren) gelden toepasselijk te laten zijn voor alle beroeps- en/of bedrijfsmatig werkende professionals in de gezondheidszorg. Daarbij kan worden aangetekend dat – net als in de Kwz – de oproep en stimulans tot zelfregulering belangrijker instrumenten zijn dan het formuleren en trachten toe te passen van sancties.

Aanscherpen voorschriften

Te overwegen zou verder zijn om nadere eisen te stellen aan intercollegiale en interprofessionele samenwerking, waarbij gedacht kan worden aan:

- goede informatie en communicatie waar dat nodig is;
- verwijzing c.q. overdracht van de patiënt als dat medisch noodzakelijk is;
- het geven van voorrang aan noodzakelijke behandeling.

Daarnaast zou een algemeen voorschrift kunnen worden overwogen, waarin de wettelijke eisen die aan art. 3-beroepen en in mindere mate ook aan art. 34-beroepen worden gesteld, op particuliere basis ook voor andere beroepsgroepen in de zorgsector verplicht worden gesteld als kader voor de eigen kwaliteitsregulering. Daarmee wordt het bezwaar ondervangen dat van een specifieke regeling voor alternatieve beroepen een vorm van overheidserkenning uit zou gaan. Op dit moment bepaalt lid 4 van art. 40 dat bij algemene maatregel van bestuur voor art. 3- en art. 43-beroepsbeoefenaren nadere regels kunnen worden gesteld ter zake van de in dat lid bedoelde onderwerpen. De structuur van de nieuwe bepaling zou zó worden dat alle beoefenaren van beroepen in de individuele gezondheidszorg verplicht zouden worden verantwoorde zorg te verlenen, de daarvoor noodzakelijke organisatie in stand te houden en de vereiste materiële voorzieningen te treffen. Deze beroepsbeoefenaren zouden zo mogelijk kwaliteitssystemen moeten hebben en zich middels een jaarverslag openbaar moeten verantwoorden. Vanzelfsprekend dient een goede afbakeningsbepaling ten opzichte van de Kwz te worden opgenomen. Voorts zou een aantal onderwerpen kunnen worden genoemd waarop de wetgever expliciete zelfregulering van beroepsgroepen in de gezondheidszorg zou verwachten; deze liggen in de sfeer van samenwerking, communicatie, afstemming met andere beroepsbeoefenaren in het kader van de behandeling van patiënten alsmede in dossiervoering, privacybescherming en dergelijke. Het ligt voor de hand dat hier een brug wordt geslagen naar het bepaalde in de Wgbo, waarin immers een weloverwogen regeling is gegeven van de verplichtingen van hulpverleners in het kader van de individuele (contractuele) zorg- en behandelrelatie.

6 De mogelijkheden van zelfregulering

In de vierde workshop van de invitational conference op 12 januari 2005 werd van gedachten gewisseld over de mogelijkheden om met behulp van zelfregulering paal en perk te stellen aan kwalijke zorgpraktijken in de alternatieve sector. De volgende vragen stonden centraal.

Kan zelfregulering oplossingen bieden voor het weren van kwalijke zorgpraktijken?

1. Wat is in dit verband de betekenis van beroepscodes en tucht-/klachtregelingen?
2. Uitwerken en vastleggen van criteria voor goede medische behandeling?
3. Nadere regulering van verantwoording via verslaglegging?
4. Rol van beroepsorganisaties in dezen?
5. Rol van de IGZ in dezen?
6. Zijn er nog andere mogelijkheden in het kader van zelfregulering?

Ook hier geldt dat elementen van deze discussie reeds in voorgaande workshops aan de orde zijn geweest. Voor de opzet en het rendement van de conferentie was dat geenszins bezwaarlijk. Integendeel, zo werd de materie vanuit verschillende invalshoeken belicht. Ook in deze workshop zijn de aanvangsvragen niet systematisch aan de orde geweest en behandeld.

6.1 Mogelijkheden en beperkingen van zelfregulering

De algemene mogelijkheden en beperkingen van zelfregulering zijn ook hier van toepassing. Daar wordt niet uitvoerig op ingegaan. Bekende voordelen zijn:

- dat zelfregulering een appèl doet op de deskundigheid van betrokkenen en aldus ook de motivatie om volgens de regels te werken vergroot;
- dat men in het tempo waarin een regeling tot stand komt niet afhankelijk is van anderen;
- dat voor en binnen de kring van personen voor wie de regeling gaat gelden sancties kunnen worden vastgesteld.

Vaak is men voor zelfregulering aangewezen op anderen, bijvoorbeeld andere partijen in de zorgsector. Vaak is de materie niet eenduidig of bevinden zich binnen de kring van betrokkenen verschillende richtingen en belangen. Dergelijke verschillen of tegenstellingen komen het tempo niet ten goede. Aan sancties kan men zich onttrekken door zich buiten de kring van betrokkenen te plaatsen.

In deze workshop was de inzet het tegengaan van kwalijke zorgpraktijken met name door alternatief genezers. De deelnemers verwachtten hier niet veel effect van zelfregulering omdat:

- zelfregulering beperkt effect sorteert; dit bleek bijvoorbeeld bij de Kwaliteitswet zorginstellingen: deze zette in op zelfregulering voor instellingen, maar dat heeft volgens de evaluatie tot nu toe onvoldoende effect gehad;
- kwalijke zorgpraktijken met name zijn te verwachten bij (min of meer excentrieke) eenlingen in het alternatief circuit zoals het medium “J” en de macrobioot Nelissen; juist bij dergelijke eenlingen is zelfregulering niet te verwachten en niet te controleren.
- zelfregulering het risico van “window-dressing” kent waarbij dure uitvoeringen van regelingen (glossy magazines) de patiënt en de samenleving de indruk geven van degelijkheid, terwijl het schort aan de inhoudelijke onderbouwing.

Met name voor extreme uitwassen in de alternatieve praktijk lijkt zelfregulering niet het geschikte instrument.

6.2 De betekenis van beroepscode en klacht-/tuchtregelingen

Als zelfregulering bij uitstek wordt gezien het opstellen van een gedrags- of beroepscode. Aan de onderstaande tekst en uitleg wordt goed geïllustreerd wat onder een beroepscode – in dit geval voor verplegenden en verzorgenden – wordt verstaan.³⁹

Een beroepscode is een samenstel van gedragsregels, die in de kern normen en waarden bevatten die de desbetreffende beroepsgroep in ere wil houden. Van oudsher is een beroepscode een van de kenmerken van een professie in de sociologische zin van het woord.

Beroepscodes voor alternatieve geneeswijzen zullen dán waardevol zijn en aan het doel beantwoorden dat men zich veilig aan hun zorg kan toevertrouwen, als er bepalingen in zijn opgenomen die het deskundigheidsgebied omschrijven, alsmede respect voor andere zorgberoepen en de plicht tot overdracht als dat uit medisch oogpunt noodzakelijk is.

Net als beroepscode zijn klachtprocedures en met name tuchtmechanismen kenmerken van professies. Dat is de reden waarom allerlei zichzelf respecterende beroepen in de gezondheidszorg een eigen tuchtrecht in het leven hebben geroepen. Dat betekent dat er een aan de beroepsgroep gebonden regeling is van tuchtrecht, waaraan alle leden van de organisatie gebonden zijn. Men heeft een eigen tuchtcollege en in een reglement zijn de normen waaraan wordt getoetst en de wijze waarop dat gebeurt

uitgewerkt, inclusief mogelijke sancties voor het geval de normen overschreden worden. Een dergelijk mechanisme maakt duidelijk dat men niet alleen een eigen beroepscode heeft, maar dat men die ook in die zin serieus neemt dat beroepsgenoten die over de schreef van die normen gaan in hun professioneel gedrag getoetst kunnen worden.

Een beroepscode maakt transparant voor welke professionele normen en waarden de beroepsgroep garant wil staan. Een klacht-/tuchtregeling geeft de burger en de patiënt de mogelijkheid om het gedrag van beroepsbeoefenaren professioneel te laten toetsen.

Beroepscode voor verplegenden en verzorgenden

De zorgvrager heeft behoefte aan eenduidige gedragslijnen van hulpverleners. Van een verschil van normen en waarden op basis van functie of inkomen kan dan ook geen sprake zijn. In deze beroepscode komt daarom de solidariteit tussen verplegenden en verzorgenden tot uiting. Samen zullen zij elkaar moeten sturen bij de uitvoering van de zorg. Samen zijn zij verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van zorg en leggen zij zich vast op de uitgangspunten daartoe. De gelijkwaardigheid van verplegenden en verzorgenden tenslotte, wordt onderstreept door een beroepscode voor alle verplegenden en verzorgenden.

Het terrein waarop verplegenden en verzorgenden actief zijn, is zeer verschillend. Het is daarom nodig dat verplegenden en verzorgenden de beroepscode vertalen naar de eigen situatie. Deze beroepscode biedt hen daartoe de mogelijkheid: zij is zo geformuleerd, dat zij ook in specifieke situaties verplegenden en verzorgenden voldoende houvast biedt om goed te handelen.

De 'International Council of Nurses' (ICN) heeft in 1953 een code opgesteld die handelt over de verhouding tussen verpleegkundigen en verzorgenden onderling en de relatie tussen de zorgvrager en anderen. De ICN-code is ook gebruikt als basis voor de voorliggende beroepscode.

Beroepsmatig/professioneel zorg verlenen is het herkennen, analyseren, alsmede advies en bijstand verlenen ten aanzien van feitelijke of dreigende gevolgen van handicaps, ontwikkelingsstoornissen en hun behandeling voor de fundamentele levensverrichtingen van het individu. Het beroepsmatig/professioneel zorg verlenen houdt tevens in, het zodanig beïnvloeden van mensen, dat menselijke vermogens worden benut met het oog op het in stand houden en bevorderen van de gezondheid.

Beroepsmatig/professioneel zorg verlenen vindt per definitie multidisciplinair plaats. Dit betekent wederzijds respect voor de deskundigheid van collega's en andere beroepsbeoefenaren. Deze beroepscode is een samenhangend geheel met het verpleegkundig beroepsprofiel en het beroepsprofiel van verzorgende/helpende, zij vullen elkaar aan. In de code is de belofte tot geheimhouding opgenomen, welke de verplegende/verzorgende aflegt als het diploma wordt behaald.

Deze beroepscode geeft de mogelijkheid beslissingen te nemen die goed

Deze beroepscode geeft de mogelijkheid beslissingen te nemen die goed aansluiten op de eigen morele overtuiging van de professionele verplegende/verzorgende. Zodra de verplegende/verzorgende beslissingen neemt die afwijken van de in de code genoemde normen, dan kan men hierop worden aangesproken door collega's en moet men zich verantwoorden. In procedures, zoals in het klachtrecht of tuchtrecht, waarin verplegende/verzorgenden ter verantwoording worden geroepen dient het handelen getoetst te worden aan de intentie van deze beroepscode.

Waar in de tekst de functie van verplegende/verzorgde wordt genoemd, wordt de ziekenverzorgende, verpleegkundige, verpleger/verpleegster, kraamverzorgende, gezinsverzorgende, lichamelijk gehandicapten verzorgende en bejaardenverzorgende alsmede de helpende bedoeld. In de code wordt als 'verzamelnaam' de term verplegende/ verzorgende gebruikt. Ook zij die nog in opleiding zijn dienen zich aan de beroepscode te houden. Waar in de tekst de aanduiding "zij" wordt gebruikt, wordt ook "hij" bedoeld.

6.3 Registratie en informatie

In de big-systematiek vervult registratie een belangrijke rol. Een register maakt het mogelijk beroepsbeoefenaren te 'kennen', terwijl aan registratie en herregistratie voorwaarden kunnen worden verbonden.

De IGZ geeft aan dat de overheid geen erkenning wil van het alternatief circuit, maar wel graag wil weten waar alternatieve genezers werkzaam zijn en op welke wijze. Wellicht kan een meldingsplicht voor alternatief werkende genezers worden ingesteld waarbij een vragenlijst kan worden toegezonden om meer inzicht te krijgen in de wijze van werken. Vergelijk de belastingdienst die uit de circa acht miljoen belastingplichtigen op basis van een risico-inventarisatie nadere actie onderneemt. Indien een alternatieve genezer zich niet heeft gemeld bij de Inspectie kan een boete worden opgelegd.

Op die manier kan informatie over het alternatieve circuit worden vergaard en gerangschikt. Via bijvoorbeeld op een website kan worden vermeld wie wat doet op welke wijze. Daarbij bestaat wel het risico dat er een effect optreedt van "gemeld dus erkend". Om dat risico te vermijden zou men het beheer van het register in eigen handen van de beroepsorganisatie moeten geven dan wel bij een andere private instantie. De vraag is dan of er voldoende sancties zijn op het niet melden. Als die sancties er niet zijn of als zij niet werken, kan men het hele register beter vergeten. In veel toonaarden is gepleit voor het geven van informatie en publieksvoorlichting, ook in de andere workshops. Daarbij is overigens wel aangetekend dat het aanbieden van meer informatie aan het publiek niet

betekent dat het aankomt. Juist bij bezoekers van alternatieve genezers speelt “geloof” een veel grotere rol dan de ratio.

Andere opmerkingen zijn:

- focus je inspanningen op het verplichten van informeren uit het alternatief circuit naar het regulier circuit en op de dossierplicht;
- het reguliere circuit kan veel leren vanuit het alternatief circuit (zie ook beschrijving casus S.M. door IGZ), bijvoorbeeld ten aanzien van het gevoel “ik wordt begrepen, de hulpverlener geeft om mij”
- geen enkele maatregel is een panacee; het is meer een benadering van “veel kleine beetjes helpen”.

Eenzijds vastleggen van de dossierplicht of de verplichting tot contact met het regulier circuit, anderzijds zelfregulering van het alternatief circuit om het kaf van het koren te scheiden.

Een goed voorbeeld van zelfregulering tenslotte geeft de handleiding die Kopsky en Keppel Hesselink voor patiënten hebben gemaakt om bonafide van malafide genezers te onderscheiden.⁴⁰ Deze twee artsen-acupuncturisten hebben twee vragenlijsten ontworpen. De eerste omvat vijf vragen die alle met ja moeten worden beantwoord.

De vijf hoofdvragen

Deze dienen allen met Ja beantwoord te worden

- Zijn er meerdere centra in het land die deze therapie leveren?
- Als het om slechts één of enkele geïsoleerd werkende therapeuten of centra gaat, is dit geen gunstig teken.
- Kan er achteraf betaald worden en is de prijs redelijk?
- Het is normaal dat aansluitend aan de behandeling of een rekening gestuurd wordt, of een eenmalig consult contant afgerekend wordt. Als daarvoor echter vooraf veel betaald moet worden, is dat een ongunstig teken.
- Is er schriftelijke achtergrondinformatie beschikbaar over de therapie en de indicaties waarvoor de therapie ingezet wordt?
- Geen informatie maakt de therapie verdacht.
- Wordt er een reëel beeld geschetst van wat de patiënt mag verwachten van de therapie en hoe lang de therapie duurt?
- Als beweerd wordt dat de ziekte voor een groot deel genezen kan worden zonder enige ondersteunende documentatie is dat een ongunstig teken. Spreek direct aan het begin van een behandeltraject een duidelijk behandeldoel uit, binnen een duidelijk afgrensbare tijd. Als dat doel niet bereikt is binnen die tijd, stop de therapie.
- Voelt het goed om met deze therapeut deze behandeling te starten?
- Er moet al in de eerste ontmoeting tussen therapeut of arts een goed contact zijn; zo niet dan is dit geen gunstig teken.

Dan is er een tweede vragenlijst met tien vragen voor verdere oriëntatie als hij verder denkt in zee te gaan met een alternatieve genezer.

Tien aanvullende vragen

1. Zijn het artsen of gediplomeerde paramedici die de behandeling uitvoeren?
2. Wordt alles of een deel van de kosten vergoed door de ziektekostenverzekeraar?
3. Is de therapie beschikbaar in een centrum in de westerse landen
4. Zijn er verneigingen van therapeuten die deze behandeling uitvoeren en is er op internet informatie over te vinden?
5. Zijn behandelprotocollen aanwezig of ter inzage?
6. Is er schriftelijk overleg tussen de experimentele behandelaar en de behandelend specialist of huisarts?
7. Is er een vervanging geregeld voor als de therapeut ziek of afwezig is?
8. Is de behandeling kosten-effectief?
9. Zijn de diploma's van de therapeut ter inzage (artsenbul, diploma fysiotherapeut etc.)?
10. Is er wetenschappelijk onderzoek verricht naar de therapie (zie op het internet in Pubmed)?

Al deze vragen zijn nog van een korte of langere toelichting voorzien. Het zou te ver voeren dat hier allemaal uit te werken. Verwezen mag worden naar de website www.ores.nl.

6.4 Afspraken tussen partijen in de gezondheidszorg

Een andere bijdrage kan komen van de verzekeraars. De gedachte wordt geopperd voor een conferentie met alle betrokkenen over kwaliteitsbeleid voor alternatieve geneeswijzen (vergelijk de Leidschendam conferentie over kwaliteitsbeleid voor de reguliere gezondheidszorg). Hoewel zelfregulering vanuit het alternatieve circuit kwalijke praktijken door een ongebonden alternatief genezer niet kan voorkomen kan het in combinatie met andere maatregelen wel helpen. Bijvoorbeeld als afgesproken wordt dat verzekeraars alleen behandelingen vergoeden van bij een vereniging aangesloten alternatief genezers.

Op die manier valt het grootste deel van de bonafide alternatief genezers enigszins te reguleren, waarbij moet worden geaccepteerd dat altijd een klein aantal tussen de mazen van het net doorschiet. Voor die categorie is er de mogelijkheid van repressief aanpakken middels het tuchtrecht (als het over alternatief werkende regulier werkende artikel 3-beroepsbeoefenaren betreft) en via strafrecht (voor overige alternatief werkende hulpverleners), waarbij het OM een meer actieve aanpak zou kunnen of moeten volgen.

In de eerste categorie wordt gewezen op de regulier genezer die alternatieve geneeswijzen toepast zoals de internist D in de casus S.M. Momenteel loopt voor alle drie de big erkende artsen in de zaak S.M. een tuchtzaak bij het regionaal tuchtcollege in Amsterdam. Uit die zaak betreffende de internist D moet blijken in hoeverre bijvoorbeeld een alternatief werkend internist gehouden is aan protocollen zoals opgesteld door de internistenvereniging, ook als de patiënt zelf niet wil worden behandeld conform een dergelijk protocol. Mag of moet de hulpverlener in zo'n geval de patiënt een alternatieve behandeling weigeren? In de VS en Canada werken steeds vaker regulier en alternatief genezers samen in teams.

Blijkens een persbericht d.d. 10 december 2004 worden de 'nepartsen' van de Harlingse kliniek Eye4Care strafrechtelijk vervolgd. De officier van justitie heeft een boete van 35 000 euro en twee maanden voorwaardelijke gevangenisstraf geëist voor de rechtbank Leeuwarden. Driekwart van de patiënten van Eye4Care bestond uit terminale kankerpatiënten. "Er is grof geld verdiend aan deze patiënten, die leefden tussen hoop en vrees. Ze weken uit naar de schimmige wereld van Eye4Care, dat ze zagen als een laatste strohalm", aldus de officier.

Ook naar de handel en wandel van een aantal alternatieve hulpverleners van S. M. loopt op dit moment een strafrechtelijk vooronderzoek. Dat heeft een woordvoerder van het Openbaar Ministerie in Amsterdam bevestigd. M. overleed in augustus 2001 aan borstkanker. Alternatieve genezers hadden haar ervan overtuigd dat ze geen kanker had. Dat betreft ook het landelijk bekende medium Jomanda. In februari 2004 deed inspecteur-generaal van de Inspectie voor de Gezondheidszorg Kingma aangifte tegen zes hulpverleners van M. Het zestel, onder wie twee artsen, zou zich bij haar begeleiding schuldig hebben gemaakt aan strafbare feiten. Volgens een onderzoeksrapport van de IGZ raadden zij M. chemotherapie af. Diverse hulpverleners worden als getuige, dan wel als verdachte gehoord. Deze verhoren kunnen enkele maanden duren. "Het kan best zijn dat pas in de zomer 2005 een beslissing wordt genomen over strafvervolging", aldus de woordvoerder van het OM.

7 De reguliere arts die alternatief werkt

De vijfde workshop besteedde aandacht aan de thematiek van de art. 3-beroepsbeoefenaar, veelal arts of fysiotherapeut, die ook een alternatieve praktijk beoefent.

Deze figuur kan zich in een tweetal gestalten voordoen. We bepalen ons tot de arts.

1. De arts die daarnaast ook een alternatieve praktijk uitoefent.
2. De arts, die zijn oorspronkelijk beroep niet meer uitoefent, maar slechts een alternatieve praktijk voert.

In beide gevallen kan sprake zijn van misleiding, zoals hierna uit de doeken zal worden gedaan. De volgende vragen waren aan de deelnemers aan deze workshop meegegeven.

Welke mogelijkheden biedt het aanpakken van art. 3-ers die alternatief werkzaam zijn?

1. Verbod om registertitel te voeren als men alternatief werkzaam is?
2. Vermelding bij art. 3-ers in het register dat men ook alternatief werkzaam is?
+ informatieplicht van de desbetreffende art. 3-er aan patiënt
+ publicatie/voorlichting
3. Wat zijn in dit kader (andere) publiekrechtelijke sanctiemogelijkheden?
4. Wat zijn in dit kader privaatrechtelijke sanctie/correctiemogelijkheden?

De werkgroep heeft de hoofdvraag geherformuleerd tot 'welke mogelijkheden zijn er voor het aanpakken van kwalijke praktijken van artikel 3-ers die alternatief werkzaam zijn'? Alvorens de resultaten van de discussies in deze workshop weer te geven volgt allereerst het standpunt van minister Hoogervorst, zoals verwoord in antwoord op vragen van het kamerlid Nawijn.

7.1 Standpunt minister Hoogervorst

Zoals eerder in dit rapport aangegeven heeft minister Hoogervorst zich (onder andere in een toespraak voor de KNMG in 2003, alsook in antwoord op vragen van het kamerlid Nawijn) uitgelaten over zijn visie op alternatieve genezers, homeopaten in het bijzonder.

De eerste vraag betrof de 'eigen verantwoordelijkheid' van de patiënt. Hoe moet die worden gezien in relatie met de rol van alternatieve genezers die mevrouw S.M. hebben geadviseerd tijdens haar ziekte? De minister is van mening dat patiënten in beginsel het recht hebben te kiezen welke zorg zij willen ontvangen. Het staat patiënten daarom ook vrij

te kiezen voor een alternatieve zorgverlener. Als gevolg van deze keuzevrijheid zijn patiënten zelf verantwoordelijk voor zowel de keuze die zij maken als de wijze waarop die keuze tot stand komt. De keuzevrijheid van de burger ontslaat de zorgverleners in de gezondheidszorg echter niet van hun bijzondere zorgplicht ten aanzien van de patiënt(e). Deze bijzondere zorgplicht houdt in dat zij de plicht hebben ten minste patiënten te informeren over onder andere de voor- en nadelen van een behandeling en de consequenties van de keuze voor de voorgestelde behandeling. In het onderhavige geval lijkt een aantal zorgverleners aan hun zorgplicht voorbij te zijn gegaan. Als zorgverleners daardoor schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid veroorzaken kan dit op grond van de Wet big aan de strafrechter worden voorgelegd.

De volgende vraag is of niet een streng onderscheid moet worden gemaakt tussen de wettelijk voorgeschreven handelwijze van artsen en die van adviseurs die geen arts zijn. De minister geeft aan dat dit onderscheid reeds wordt gemaakt in de wijze waarop artsen en adviseurs die geen arts zijn worden aangesproken op hun handelen. De handelwijze van zorgverleners met een wettelijk beschermde titel (arts) wordt primair tuchtrechtelijk getoetst, zorgverleners die geen arts zijn kunnen op grond van de strafbepalingen van de Wet big worden aangesproken.

Gevraagd werd verder of uit de woorden van de minister moest worden opgemaakt dat door homeopathische artsen voorgeschreven behandelingen zijn gebaseerd op leugen en bedrog. Hoe is dat dan te rijmen met de wettelijk voorgeschreven medische zorgvuldigheid die een arts, en dus ook een homeopathische, dient te betrachten? De minister antwoordt dat het niet zijn bedoeling was om de persoonlijke integriteit van homeopathisch werkende artsen in twijfel te trekken. In het bewuste vraaggesprek is ook aangegeven dat homeopathisch werkende artsen in de regel adequate reguliere zorg bieden wanneer dat nodig is. Wanneer een homeopathisch werkend arts zich niet houdt aan de door de beroepsorganisatie vastgestelde beroepsstandaard dan kan deze arts door de IGZ voor de tuchtrechter worden gedaagd.

Hoe is te verklaren dat vele Nederlanders veelvuldig afgaan op en gebruik maken van medische adviezen van homeopathische artsen en daar kennelijk baat bij hebben? Helaas is het zo, aldus de minister, dat de reguliere geneeskunst niet overal een antwoord op heeft. Dit kan voor patiënten een reden zijn om hun heil te zoeken in alternatieve behandelmethoden. Zij hebben daarin een keuzevrijheid. “Ik wil dit niet tegengaan maar ik acht het wel mijn taak om kritisch te zijn ten opzichte van het gebruik van behandelwijzen waarvan de werking in onvoldoende mate wetenschappelijk is onderbouwd”, aldus de minister.

7.2 Registratie en herregistratie

De registratie van artikel 3-ers geeft beroepsbeoefenaren het recht de desbetreffende titel te voeren. Vraag is of de titel en registratie ook inhouden dat de hulpverlener zich dient te beperken tot zijn of haar deskundigheidsgebied. Is de artikel 3-er verplicht zich te beperken tot zijn deskundigheidsgebied omdat patiënten dit verwachten van iemand die de artikel 3-titel voert? Het lijkt erop dat het in de praktijk zo niet werkt. De deelnemers aan deze workshop hebben het idee dat patiënten zich juist vanwege de combinatie regulier-alternatief wenden tot een arts die tevens alternatief werkzaam is. Patiënten verwachten dat de artikel 3-titel óók een garantie is voor de kwaliteit van het alternatief handelen en gaan ervan uit dat de hulpverlener altijd kan terugvallen op de reguliere behandeling.

In de workshop zijn ook de opties besproken van herregistratie met daarbij de vermelding van specifieke alternatieve competenties en kenmerken (en eventueel de gevolgde opleidingen respectievelijk cursussen die ten grondslag liggen aan de alternatieve competenties) dan wel de optie van een apart register voor artikel 3-ers met alternatieve competenties. Een arts tevens homeopaat bijvoorbeeld zou zich als zodanig moeten afficheren. De deelnemers aan deze workshop achtten dit niet haalbaar: het leidt vermoedelijk tot een bureaucratische rompslomp en het is niet gemakkelijk deze gegevens actueel te houden.

Een andere optie die besproken is, is het verbod op herregistratie van art. 3-ers die alternatief werkzaam zijn. In de praktijk van alledag gebruiken allerlei artsen, al dan niet in uitzonderingsgevallen, alternatieve geneesmiddelen. Een probleem zou dan zijn waar de grens te trekken tussen wel/niet alternatief werkend. Een dergelijk verbod valt ook niet te controleren. Het zou betekenen dat artsen zich dienen te beperken tot hun deskundigheidsgebied en wat is dat dan precies? Hiermee wordt ook geen recht gedaan aan de uitgangspunten van de Wet big, dat eenieder - en dus ook art. 3-ers - zich vrij op het terrein van de individuele gezondheidszorg mag begeven. De werkgroep komt tot de conclusie dat een verbod op herregistratie van art. 3-ers die alternatief werkzaam zijn niet realistisch is. Het staat haaks op de uitgangspunten van de Wet big.

7.3 Informatie en voorlichting

Meer zien de deelnemers van deze workshop in goede voorlichting voor zowel patiënten als behandelaars. Dat wijst overigens ook de evaluatie van de Wet big uit. De huidige mogelijkheden van het register zijn nog niet voldoende benut. Een eventuele registratie door de Inspectie (zie hiervoor) kent wellicht het nadeel van het idee dat men daaraan een erkenning door de overheid van het betreffende beroep of de betreffende

behandelwijze koppelt, van de andere kant kennen we in onze samenleving ook ‘neutrale’ registratiesystemen, zoals dat van de Kamer van Koophandel. Een neutrale registratie, bedoeld om aan de burger inzicht te verschaffen in soorten beroepen en hun behandelwijzen is van groot belang en tot op heden in de gezondheidszorg onvoldoende uitgeprobeerd. Overigens geldt de wenselijkheid tot goede voorlichting over de diversiteit aan behandelwijzen en mogelijkheden ook voor de reguliere zorg. Ook daar is de patiënt min of meer onkundig van zwaartepunten, verschillen tussen instellingen et cetera.

Daarnaast geldt voor de individuele arts die alternatieve behandelwijzen toepast een informatieplicht. De tuchtrechter heeft hierop in diverse uitspraken gewezen. Kort gezegd komt het erop neer dat de alternatief werkende arts de patiënt moet informeren over de toepassing van alternatieve behandelwijzen en de grenzen van de toepassing daarvan in acht dient te nemen. De hulpverlener dient te overleggen met het reguliere circuit en tijdig over te schakelen op reguliere behandelwijzen dan wel de patiënt naar een reguliere arts te verwijzen. Tenslotte mag een alternatief werkende hulpverlener niet interveniëren in een lopende, reguliere behandeling. De informatieplicht vindt zijn grondslag in de informatieplicht en het goed hulpverlenerschap zoals geformuleerd in de Wgbo. Daarnaast valt het geven van goede voorlichting over de toepassing van alternatieve behandelwijzen ook te localiseren onder verantwoordelijke zorg in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook zorginstellingen waar alternatieve behandelwijzen worden toegepast hebben in dezen een verantwoordelijkheid.

8 Beschouwing

8.1 De omvang van het probleem

In vele toonaarden is duidelijk geworden dat excessen in de alternatieve geneeskundige praktijk tot de zeldzaamheden behoren. Gegevens uit 2003 melden het volgende. Niet-conventionele geneeskunde wordt door veel Nederlanders toegepast, homeopathie alleen al door meer dan vijf miljoen mensen. Daarin is Nederland niet afwijkend van de rest van de wereld, in de VS past 35% van de bevolking deze methoden toe. Volgens het Nivel is ruim de helft van de niet-conventionele behandelaren geregistreerd volgens art. 3 van de wet BIG, hiervan zijn ongeveer duizend arts. Onderzoek van Nivel en Consumentenbond laat zien dat homeopathie, acupunctuur, manuele geneeskunde, natuurgeneeskunde en antroposofische geneeskunde samen 85% van het gebruik van niet-conventionele geneeskunde uitmaken. Juist deze methoden worden door artsen beoefend. Uitgaande van deze cijfers moet het dus mogelijk zijn 85% van de behoefte aan niet-conventionele geneeskunde door artsen af te dekken. Er zijn nog vele andere niet-conventionele methoden, de belangrijkste is paranormale geneeskunde met een marktaandeel van een kleine 10%. De restgroep van honderden methoden vertegenwoordigt slechts 5% van het totale gebruik.⁴¹ Zo ook uit de evaluaties van de Wet big en de Kwaliteitswet zorginstellingen kan worden afgeleid dat op de handhabingsbepalingen uit deze wetten in een minimaal aantal gevallen een beroep wordt gedaan. Voor de vervolging van alternatieve genezers wordt daarbij naast het tuchtrecht ook een beroep gedaan op het reguliere strafrecht.

Men dient zich goed te realiseren dat de gevaren van kwalijke alternatieve praktijken weliswaar nimmer mogen worden gebagatelliseerd, maar dat zij aan de andere kant niet zo groot in omvang zijn dat aardverschuivingen in de straf- of bestuursrechtelijke handhaving gerechtvaardigd kunnen worden. Hier dienen met name de effectiviteit en proportionaliteit tegenover elkaar te worden afgewogen. Als thans al minimaal gebruik gemaakt wordt van de sanctiemogelijkheden van de Wet big – hetgeen terug te voeren is op toezichts-, opsporings- en bewijsrechtelijke problemen – dient men zich terdege te bedenken vooraleer men dit sanctiearsenaal uitbreidt. De proportionaliteit betreft in dit geval de misstanden die men daarmee denkt te attrapperen.

8.2 De eigen verantwoordelijkheid van de burger

In het huidige stelsel van gezondheidszorg is de eigen verantwoordelijkheid van de burger een groot goed. Al ettelijke jaren is het beleid van de overheid op deze eigen verantwoordelijkheid gericht. Het persoonsge-

bonden budget, vraaggestuurde zorg, goed patiëntschap en de inrichting van het nieuwe verzekeringsstelsel zijn evenzovele voorbeelden van deze filosofie. De kwaliteitswetgeving past geheel in dit concept. Ook de Wet big, die de mogelijkheid biedt dat de patiënt eigen keuzes maakt. De huidige wetgeving biedt daarnaast ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe beroepen en nieuwe therapieën. Het is niet verstandig om alles te willen dichttimmeren.

De vraag is of het met de bescherming van de patiënt goed gesteld is. Wellicht is er nog te zeer een disbalans tussen patiënt en hulpverlener: de patiënt voelt nog altijd een terughoudendheid om als individu een (alternatief) hulpverlener aan te spreken. Daarvoor is het klachtrecht geëigend, zij het dat met name klachtenregelingen bij alternatieve genezers een zwak punt zijn. Dat is iets waaraan gewerkt kan worden. Een altijd bestaande mogelijkheid om te ageren is de civielrechtelijke procedure. De drempel hiervoor is niet hoog, het belang van de patiënt die schadevergoeding wenst overduidelijk.

8.3 Het benutten van bestaande (wettelijke) mogelijkheden

Zojuist is gepleit voor de benutting van bestaande wettelijke mogelijkheden. Voor de patiënt zelf is dat het klachtrecht en de civielrechtelijke procedure in zoverre het gaat om een tekortkoming in de nakoming van de behandelingsovereenkomst. Patiënten kunnen hier (door patiëntenorganisaties, maar ook door professionals) in voorgelicht en begeleid worden.

Wettelijke mogelijkheden bestaan voor patiënten zelf en degenen die hen stimuleren en begeleiden stellig in de privaatrechtelijke sfeer. In de Wgbo zitten allerlei aanknopingspunten, waarop de hulpverlener aangesproken kan worden: van zijn informatieplicht tot de verplichting om een goed dossier bij te houden, van een adequaat intercollegiaal verkeer tot allerlei mogelijkheden die het goed hulpverlenerschap en de professionele standaard te bieden hebben.

Uit de evaluaties van recente wetten is gebleken dat op het terrein van de handhaving nog een slag te winnen valt. Van de handhavingsmogelijkheden van de Wet big en de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt slechts minimaal gebruik gemaakt. De IGZ en het OM kunnen op dit terrein veel actiever zijn en beter communiceren. Men kan zich daarbij in het bijzonder richten op kwalijke alternatieve praktijken.

Aanscherping van de wettelijke handhavingsmogelijkheden in de publiekrechtelijke sfeer is niet wat deskundigen met kracht aanbevelen. In dit verband kan men vraagtekens zetten bij de discussie rond de medische diagnose als voorbehouden handeling en de alternatieve gene-

zers. Het gaat om *inadequate behandeling* die *willens en wetens* plaatsvindt. Wellicht span men het paard op grote schaal achter de wagen als men denkt dit tegen te kunnen gaan door het *stellen van diagnoses* als een risicovolle handeling aan te merken. Duidelijk is dat in heel wat diagnosestelling een kind (althans ouders voor gewone ziektes en bijvoorbeeld verpleegkundigen voor heel wat ernstiger aandoeningen) de was kan doen en dat de handhaving van het niet nakomen van wettelijke bepalingen van een dergelijke voorbehouden handeling geen sinecure zal zijn, zo niet op voorhand tot mislukken gedoemd. Om van de bureaucratie die dit alles met zich meebrengt nog maar te zwijgen. Een inadequate schadelijke behandeling valt gewoon onder art. 96 Wet big en kan ook met art. 300 Sr en volgende vervolgd worden.

8.4 De verantwoordelijkheden van private beroepsorganisaties

In de sfeer van de zelfregulering valt ook het nodige te bereiken. In dit rapport is gewezen op de verantwoordelijkheden en mogelijkheden van (private) partijen in de gezondheidszorg, ieder voor zich en bilateraal of gezamenlijk.

In de eerste plaats gaat het om organisaties van beroepsbeoefenaren, zowel in de reguliere als in de niet-reguliere sector. Zij hebben de taak om de professionele standaard voor hun beroepsdomein gestalte te geven. Dat is een voortdurende bezigheid: het professioneel handelen dient steeds opnieuw op wetenschappelijke evidentie te worden getoetst en gestoeld en ook de normen ontleend aan patiëntenrechten en maatschappij zijn voortdurend aan ontwikkeling onderhevig. Daarbij wordt steeds meer inter- en multidisciplinair gewerkt, hetgeen de beroepsgroepen in staat stelt om ook over onderlinge informatie, communicatie en voorlichting heldere afspraken te maken. De snelle progressie in de transmurale zorg en in de taakherschikking maken dergelijke afspraken voor de hand liggend. Overbrugging van kloven tussen de reguliere geneeskunde en bona fide alternatieve geneeswijzen hoeft hier niet te worden geschuwd. Als daaraan – met name aan patiënten – goed ruchtbaarheid wordt gegeven, zal dat charlatans isoleren en zal het aan het publiek duidelijk worden dat men zich daarmee niet moet inlaten.

De rol van verzekeraars is in dit rapport ook verschillende keren genoemd. In het nieuwe stelsel neemt de zorgverzekering een cruciale plaats in en valt de zorgverzekeraar een belangrijke regierol toe. Van oudsher heeft de zorgverzekeraar, die contracten sluit met zorgaanbieders hiermee de sleutel van kwaliteitsbewaking in de hand: hij kan eisen stellen op het gebied van de kwaliteit van zorg. In het belang van alle betrokkenen kan hij tevoren expliciet en transparant maken aan welke

eisen hij de te contracteren zorgaanbieders zal toetsen. Patiënten kunnen bij de formulering van dergelijke eisen worden betrokken.

De vraag is welk effect dit zal hebben in de onderhavige problematiek. Veel alternatieve geneeswijzen worden door de zorgverzekeraar niet vergoed. Naar alle waarschijnlijkheid zullen met name gevaarlijke zorgpraktijken niet onder de verzekering vallen. Want ook verzekeraars doen er goed aan om van de dienstverlening die zij verzekeren deugdelijk bewijs van effectiviteit en wetenschappelijke evidentie te eisen.

Een woord tenslotte over beroepsaansprakelijkheidsverzekeraars. Ook zij hebben de macht om beroepsbeoefenaren al dan niet te accepteren en aan deze acceptatie voorwaarden te stellen. Niet overdreven lijkt in dit verband dat aan een beroepsbeoefenaar de eis wordt gesteld dat hij over een behoorlijke professionele standaard beschikt, zodat hij aan minimumvoorwaarden van goed hulpverlenerschap kan voldoen.

8.5 Het belang van goede voorlichting

In alle toonaarden is het belang van goede voorlichting als wezenlijk genoemd en onderstreept. Men hoeft de verschillende onderdelen van de problematiek maar langs te lopen. In de privaatrechtelijke sfeer moet de patiënt weten dat hij de hulpverlener – ook de alternatieve genezer – figuurlijk en als het nodig is ook letterlijk kan aanspreken. Een kritische patiënt weet wat hij op het gebied van informatie over de kennis en kunde, over de grenzen van het bekwaamheidsdomein en over het belang van doorverwijzen te vragen heeft. Het handavingsinstrumentarium van de aansprakelijkstelling en de schadevergoeding geldt als noodzakelijk sluitstuk. In dit verband mag de mogelijkheid van punitive damages (privaatrechtelijke boete) nog eens worden genoemd om aan kwalijke alternatieve praktijken paal en perk te stellen. Dit vergt echter een bijstelling van het huidige regeringsbeleid ten aanzien van het aansprakelijkheidsrecht.

In de publiekrechtelijke sfeer is voorlichting niet minder belangrijk. Daar dient deze zich niet alleen op patiënten te richten, maar met name ook op de zorgaanbieders en hun organisaties. Openheid in normen en procedures terzake van toezicht kan een zekere preventieve werking hebben. Toezicht is de toegangspoort tot de handhaving. Via toezicht komt men op misstanden. In dit verband mag nog eens gepleit worden voor een actief handavingsbeleid, waarbij IGZ en OM afstemming zoeken en een gerichte aanpak afspreken ten aanzien van schadelijke alternatieve praktijken.

Voorlichting hoort tenslotte ook tot de verantwoordelijkheid van private

partijen. Als zij in de sfeer van zelfregulering tot beroepcodes, klacht- en tuchtregelingen, richtlijnen en standaarden en ook interorganisatorische afspraken komen dienen ze daar op adequate wijze bekendheid aan te geven.

8.6 Een samenstel van maatregelen

De inzet voor deze studie is geweest het verschaffen van inzicht in de mogelijkheden om vooraf op te treden tegen niet-deskundigen die zich op het gebied van de medische diagnostiek begeven. In deze achtergrondstudie moest aandacht worden besteed aan de preventieve aspecten van het strafrecht, de mogelijkheid van een specifieke strafbaarstelling, een inventarisatie van de waarborgen voor de veiligheid van burgers wanneer ze het alternatieve circuit raadplegen en mogelijk andere (dan strafrechtelijke) juridische middelen in te zetten. In dat kader werd ook aandacht gevraagd voor de relatie tussen de Wet big en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Wat is precies geneeskundige behandeling en wie kunnen een overeenkomst sluiten om deze uit te voeren? Vallen daar ook allerlei hulpverleners in het alternatieve vlak onder, ook diegenen die op geneeskundig gebied niet serieus genomen worden? Kan de burger dit nog begrijpen?

Welnu, over de toepasselijkheid van de Wgbo op de (alternatieve) hulpverleningsrelatie (mits geneeskundige behandeling tot doel hebbend) bestaat weinig twijfel. Tussen de Wgbo en de Wet big bestaat congruentie: in beide wetten gaat het om individuele gezondheidszorg, waarvan het stellen van diagnoses overigens wettelijk expliciet deel uitmaakt.

Op deze wijze is het in de eerste plaats de patiënt zelf die over allerlei mogelijkheden beschikt om professionaliteit te verlangen, tekst en uitleg te vragen van alternatieve hulpverleners en hem desnoods in rechte aan te spreken.

In de publiekrechtelijke sfeer mag eerst van het bestaande sanctieinstrumentarium worden verwacht dat het optimaal wordt toegepast. Eenvoudig is dat niet als het gaat om incidentele excessen van hardnekkig bedrieglijke alternatieve genezers. Juist omdat het zulke exceptionaliteit betreft – hoe schrijnend ook – dient men zijn heil niet te zoeken in de strafrechtelijke handhaving. Of het nu het labelen van diagnosestelling als voorbehouden handeling betreft of een verzwaring van het bestaande sanctie-instrumentarium. Hoogstens zou men kunnen overwegen om alle strafsancities in de Wet big op te hogen en tot misdrijven te bestempelen.

Naast repressieve maatregelen – waarvan het effect zoals gesteld twijfel-

achtig is – kan men denken aan verscherping en verfijning van de kwaliteitsregulering, in het bijzonder art. 40 Wet big. Met name gaat het dan om het verruimen van de werkingssfeer van art. 40 tot alle beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg en het beter articuleren van datgene wat op beroepsgroepniveau wordt verwacht aan explicitering van de professionele standaard. Aangezien aan dit artikel een bevelsbevoegdheid is gekoppeld van de IGZ kan dit in de sfeer van de handhaving nog wat mogelijk positief rendement opleveren.

Van grootscheepse wetgevingsoperaties moet men het ter bestrijding van kwalijke zorgpraktijken dus niet hebben. Het gaat meer om een samenstel van maatregelen die door verschillende actoren en partijen kunnen of moeten worden genomen. Dat de overheid daar in de sfeer van informatie en voorlichting een belangrijke taak heeft staat buiten kijf. Maar ook de private partijen mogen zich op dit punt niet onbetuigd laten.

En uiteindelijk komt nogal wat op de patiënt zelf neer. Laten we hem sterken om de juiste keuzes te maken, laten we investeren in de effectiviteit en de overtuigingskracht van de reguliere geneeskunst en laten we reële informatie en voorlichting geven over de mogelijkheden van hulpverlening en troost in het alternatieve vlak.

Maastricht, januari 2005

Noten

- ¹ ZonMw 2002, p. 177.
- ² ZonMw 2002, p. 181.
- ³ Dit hoofdstuk is in belangrijke mate gebaseerd op de algemene inleiding die mw mr G. Raas heeft gehouden bij de opening van de invitational conference op 12 januari 2005.
- ⁴ Toespraak van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, H. Hoogervorst, tijdens het KNMG-congres Arts en Openheid op 11 maart 2004 te Rotterdam.
- ⁵ Zie ook Sluyters & Biesart 1995, p. 7.
- ⁶ Gezondheidsraad 1993.
- ⁷ Volgens het CBS-vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 1994 maakte toen homeopathie en acupunctuur samen de helft uit van de toegepaste niet-conventionele geneeswijzen. Zie VHAN 2003a.
- ⁸ Toespraak van minister Hoogervorst, gepubliceerd op de website van het ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport www.minvws.nl.
- ⁹ Zie Sluyters & Biesart 1995, p. 22. Het betrof een procedure tegen een medisch directeur van een ziekenhuis, die bekendmaking van deze namen weigerde. Deze weigering kwam hem op een berisping te staan. Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage 11 februari 1987, TvGR 1987/48.
- ¹⁰ Stolker 1988.
- ¹¹ Sluyters & Biesart 1995, p. 22
- ¹² Medisch Tuchtcollege Eindhoven 24 augustus 1987, TvGR 1989/5.
- ¹³ Aldus het Medisch Tuchtcollege Amsterdam 31 oktober 1977, TvGR 1978/47 en Centraal Medisch Tuchtcollege 23 januari 1992, TvGR 1993/2. Zie Sluyters & Biesart 1995, p. 22.
- ¹⁴ Over de informatieplicht van een artikel-3 beroepsbeoefenaar die (ook) alternatieve praktijk uitoefent zie Hoofdstuk 7 van dit rapport.
- ¹⁵ Hoge Raad 27 november 1992, NJ 1993, 593 met noot prof.mr. F.C.B. van Wijmen.
- ¹⁶ Hoge Raad 10 april 1998, NJ 1998, 572, met noot prof.mr. F.C.B. van Wijmen
- ¹⁷ Zie Sluyters & Biesart 1995, p. 52/53 en verwijzingen aldaar; zie ook Van Wijmen 1996.
- ¹⁸ Van Wijmen 1996; Van Wijmen 2003; RVZ 2003.
- ¹⁹ Hartlief 2005, p. 31.
- ²⁰ Kamerstukken II 1998/99, 26 630, nr. 1.
- ²¹ De Wijkerslooth 2003. Verwezen wordt naar L.H.C. Hulsmann, 'Beheersing van strafrechtspleging', *Delikt en Delinkwent*, 1974, p. 213 en Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid WRR, *De Toekomst van de Nationale Rechtsstaat*, Sdu Uitgevers: Den Haag

- 2002 p. 234.
- ²² ZonMw 2002, zie met name §2.7 en §4.7. Daaruit is voor de beschouwing in deze paragraaf rijkelijk geput.
- ²³ Roscam Abbing 1994.
- ²⁴ ZonMw 2002, met name §4.7 en §5.7.
- ²⁵ ZonMw 2002, p. 60.
- ²⁶ Sluijters 2001.
- ²⁷ ZonMw 2002, p. 169.
- ²⁸ ZonMw 2002, p. 170.
- ²⁹ ZonMw 2002, p. 221.
- ³⁰ ZonMw 2001, p.157. De rest van deze passage is daaraan ontleend.
- ³¹ Het betreft hier met name de mogelijkheid van het geven van aanwijzingen en het opleggen van een bestuurlijke boete.
- ³² ZonMw 2001, p. 167.
- ³³ ZonMw 2002, p. 202-204.
- ³⁴ Zie RVZ 2002, p. 132.
- ³⁵ Richtlijn triage op de spoedeisende hulp, CBO Utrecht 2004.
- ³⁶ In kringen van alternatieve genezers wordt nogal eens beweerd dat men niet aan medische diagnostiek doet. In een website over 'healing' treft men de volgende passage aan: "Er wordt niet lichamenlijk gemanipuleerd, slechts een lichte aanraking, die niet strijdt tegen persoonlijke overtuigingen of gevoelens. Er wordt geen medische diagnose gesteld, noch medische raad gegeven, en er wordt geen medische behandeling gegeven of aangeboden. Deze zijn gereserveerd voor de medische wetenschap." Die vlieger gaat natuurlijk niet op.
- ³⁷ ZonMw 2002, p.214.
- ³⁸ ZonMw 2002, p. 202-204.
- ³⁹ De keuze voor de beroepscode voor verplegenden en verzorgenden is betrekkelijk willekeurig. Onder het trefwoord 'beroepscode' vindt men op internet een grote hoeveelheid beroepscodes, waaronder ook codes van beroepen uit het alternatieve circuit.
- ⁴⁰ Kopsky & Keppel Hesselink 2003.
- ⁴¹ Rutten 2003. Hij put daarbij uit andere bronnen:
- NIPO. Multiclient onderzoek alternatieve geneeswijzen, 'Homeopathische middelen'. NIPO B.V. juni 1995;
 - Eskinazi D. Factors that shape alternative medicine. JAMA 1998;280(18): 1621-1623;
 - Nivel. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- of behandelwijzen in 2000. Utrecht 2000.

Literatuur

Dam, F.S.A.M. van. De voorgestelde maatregelen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van de dood van Sylvia Millicam en haar behandeling door alternatieve genezers. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (148), 2004, no. 13, p. 629-630.

Gezondheidsraad. *Alternatieve behandelwijzen en wetenschappelijk onderzoek*. Rijswijk: Gezondheidsraad, 1993.

Hartlief, T. *Leven in een claimcultuur: wie is er bang voor Amerikaanse toestanden?* Diesrede 2005. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2005.

Hulsman, L.H.C. *Beheersing van strafrechtspleging, Delikt en Delinkwent*, (4) 1974, p. 213.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. *De zorgverlening aan S.M: een voorbeeldcasus*. Den Haag: IGZ, 2004a.

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

Kopsky, D.J. en J.M. Keppel Hesselink. *Kiezen voor een alternatieve behandeling: een handleiding voor de patiënt*, *VSN Contactblad* (36), 2003-5. Zie ook www.ores.nl.

Roscam Abbing 1994

Roscam Abbing, H.D.C. *Alternatieve beroepsuitoefening: een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (138) 1994, p. 286-289.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Rutten, A.L.B. *Alternatieve geneeskunde en de evaluatie van de Wet big*. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, (27), 2003, no. 8, p. 539-541.

B. Sluijters, B. en M.C.I.H. Biesart. *De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de Wgbo*. Zwolle: Tjeenk Willink, 1995.

Sluijters, B. De Wet BIG tegen het licht: betere bescherming en nog wat. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, (25), 2001, p. 26-36.

Stolker, C.J.J.M. Arts en aansprakelijkheid, in het bijzonder voor mislukte sterilisaties (diss). Deventer: Kluwer, 1988.

Artsenvereniging voor Homeopathie VHAN. Standpunt artsen voor niet-conventionele geneeskunde inzake evaluatie wet big, www.vhan.nl 2003a.

Artsenvereniging voor Homeopathie VHAN. Brief aan de minister van VWS inzake wetenschappelijk bewijs homeopathie en overheidsbeleid d.d. 2 oktober 2003, www.vhan.nl 2003b.

Wijkerslooth, J.L. de. Jaarbericht Openbaar Ministerie 2003. Amsterdam, 2004.

Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid WRR. De Toekomst van de Nationale Rechtsstaat. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2002.

Wijmen, F.C.B. van. Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg. Deventer: Kluwer, 1996.

Wijmen, F.C.B. van. En ik ben maar een kuip vol dromen, in: RVZ, Zorgaanbod en cliëntenperspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003, p. 79 –108.

ZonMw. Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen. Den Haag: ZonMw, 2001.

ZonMw. Evaluatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Den Haag: ZonMw, 2002.

Omschrijving en afbakening van het begrip medische diagnose

Drs. D.C. Duchateau, MBA
LSJ Medisch Projectbureau, Leiden

Inhoudsopgave

	Inleiding en leeswijzer	73
1	Definitie van het begrip ‘medische diagnose’	75
2	Nadere beschouwing van het begrip ‘diagnose’	77
2.1	Het diagnostisch proces	77
2.2	Verskillende typen diagnose	80
2.3	Gebruik van de term diagnose door verschillende medische disciplines	84
2.4	Conclusies	85
3	Nadere beschouwing van het begrip ‘medisch’	86
3.1	Begrenzing van het begrip ‘medisch’	86
3.2	Verpleegkundige en paramedische diagnose	91
3.3	De lekendiagnose	99
3.4	De alternatieve diagnose	101
3.5	Conclusies	103
4	Conclusie	105
	Geraadpleegde literatuur	110
	Geraadpleegde deskundigen	112

Inleiding en leeswijzer

Deze achtergrondstudie beschrijft de resultaten van een zoektocht naar een omschrijving van het begrip ‘medische diagnose’. Deze studie is uitgevoerd in opdracht van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en is bedoeld als bijdrage ten behoeve van het advies dat de RVZ door de Minister is gevraagd¹ omtrent onder meer de wenselijkheid van het in de Wet BIG onderbrengen van de medische diagnose als voorbehouden handeling.

Om deze vraag te beantwoorden is het noodzakelijk om het begrip medische diagnose nader te definiëren. Het primaire doel van deze achtergrondstudie is inzicht te verschaffen in het begrip medische diagnose, met als achterliggende vraag of dit begrip zich laat onderscheiden van bijvoorbeeld het proces van diagnosestelling of het constateren van een symptoom.

In de opdracht voor deze achtergrondstudie zijn de volgende deelvragen verwoord:

- Wat is een medische diagnose?
- Wat is het doel van een medische diagnose?
- Hoe komt medische diagnosestelling tot stand (symptomen, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, computerdiagnosen, wetenschappelijke inzichten, etc.)?
- Welke soorten diagnosen zijn er (werkdiagnosen, symptoomdiagnosen, syndroomdiagnosen, waarschijnlijkheidsdiagnosen, etc.)?
- Hoe ligt de relatie tussen het constateren van symptomen, onderzoeksuitslagen en het stellen van een diagnose?
- Wat betekent de relatie tussen de verschillende classificaties en de medische diagnose? Met andere woorden: wat betekent het gebruik van classificaties als de ICDH/ICF, ICPC en IC-D10 voor afbakening van het begrip medische diagnose?
- Wat is het verschil, c.q. is er een verschil tussen een medische diagnosestelling, een paramedische diagnosestelling, een verpleegkundige diagnosestelling en andere vormen van diagnosestelling?
- Wat is het verschil tussen een medische diagnose en een ‘alternatieve diagnose’?
- Is op voorhand aan te geven welke deskundigheid nodig is voor het stellen van een diagnose?

Ten behoeve van deze achtergrondstudie is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn er gesprekken gevoerd met verschillende deskundigen. De gehanteerde bronnen en de gesprekspartners zijn terug te vinden in bijlage 1.

In het eerste hoofdstuk wordt getracht het begrip medische diagnose te

definiëren op basis van definities in de literatuur. Hoofdstuk 2 gaat nader in op het aspect diagnose, meer in het bijzonder op de relatie tussen het begrip diagnose en het diagnostisch proces. Ook worden in dit hoofdstuk verschillende typen diagnoses en verschillen in gebruik van het begrip diagnose door verschillende (medische) professionals behandeld. In hoofdstuk 3 wordt getracht de grenzen van het begrip ‘medisch’ te bepalen, onder meer door nader te kijken naar het grensvlak tussen ‘medische’ en diagnoses die doorgaans als ‘niet-medisch’ worden aangeduid, zoals de verpleegkundige diagnose, de fysiotherapeutische diagnose en de orthoptische en logopedische diagnose.

In de meeste paragrafen wordt ter illustratie gebruikgemaakt van casuïstiek om de tekst te illustreren. De casus zijn door een kadertje te onderscheiden van de hoofdtekst. De tekst is los van de kadertjes als zelfstandige tekst te lezen, maar de kadertjes verduidelijken de tekst veelal met een voorbeeld.

Elk hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie over de vraag in hoeverre in het hoofdstuk een bijdrage is geleverd aan de begrenzing van het begrip medische diagnose. In hoofdstuk 4 ten slotte staan de conclusies samengevat weergegeven.

1 Definitie van het begrip ‘medische diagnose’

Van Dale² definieert diagnose als “vaststelling van de aandoening van een patiënt, de oorzaak van een probleem”. Opvallend in de omschrijving is, dat om te kunnen spreken van een diagnose sprake moet zijn van ‘een patiënt’, die op zijn beurt staat omschreven als “iemand die medische hulp nodig heeft”.

di-ag-no-se (de ~ (v.), ~n/~s)

1 [med.] vaststelling van de aandoening van een patiënt, de oorzaak van een probleem

aan-doe-ning (de ~ (v.), ~en)

1 tot een bepaald gedeelte van het lichaam beperkte ziekte

pa-tiënt (de ~ (m.), ~en)

1 iem. die medische hulp nodig heeft

me-disch (bn.)

1 betr. hebbend op de geneeskunde => geneeskundig

ge-nees-kun-dig (bn.)

1 op de geneeskunde betr. hebbend => medisch [Ned.]

ge-nees-kun-de (de ~ (v.))

1 de wetenschap die zich richt op de aard en de oorzaken van ziekten en op de middelen om die te genezen

ge-nees-kunst (de ~ (v.))

1 praktijk van de geneeskunde

Het Geneeskundig woordenboek van Pinkhof-Hilfman³ maakt onder het lemma diagnose een onderscheid tussen “vaststelling van de aard van een toestand of een aandoening” en “de naam van de bij de patiënt geconstateerde aandoening”. Binnen de definitie zien we de diagnose zowel als handeling (het vaststellen) alsmede als het resultaat hiervan. Voor het begrip ‘aandoening’ geeft het geneeskundig woordenboek geen omschrijving.

diagnose (z.o. diagnosis)

1 vaststelling van de aard van een toestand of een aandoening

2 de naam van de bij de patiënt geconstateerde aandoening

In Elseviers Medische Encyclopedie⁴ staat diagnose omschreven als “het vaststellen van de aard van een ziekteproces”, zonder dat een omschrijving wordt gegeven van het begrip ziekteproces.

diagnose

het vaststellen van de aard van een ziekteproces

Bovenstaande omschrijvingen bieden onvoldoende houvast om een scherpe afbakening te geven voor het begrip medische diagnose. De

grens tussen het stellen van een medische diagnose en het in meer algemene zin doen van een uitspraak over iemands gezondheidstoestand is met bovenstaande omschrijvingen onvoldoende te trekken.

Casus 1:

Meneer X is al enige dagen verkouden en sinds twee dagen heeft hij ook een vervelende hoofdpijn. Zonder dat hij kennis heeft van de pathofysiologische mechanismen die aan zijn hoofdpijn ten grondslag liggen meent hij wel te weten wat de oorzaak is van zijn hoofdpijn, namelijk de verkoudheid. Hij gaat naar de apotheek om middelen te kopen tegen zowel de hoofdpijn als om het herstel van de verkoudheid te bespoedigen. Met Paracetamol en een multivitaminepreparaat begint meneer X aan de ‘behandeling’.

Is hier nu een medische diagnose gesteld? Meneer X is een patiënt, immers hij heeft (althans in zijn beleving) medische hulp nodig. Hij stelt een aandoening vast en legt ook een oorzakelijk verband tussen de verkoudheid en zijn hoofdpijn. Volgens bovengenoemde bronnen is hier dus sprake van een (medische) diagnose.

In verschillende bronnen in medische literatuur⁵ wordt het onderwerp medische diagnose nader belicht. Vanwege de medische context, wordt hier echter niet gesproken over juist de reikwijdte en de grenzen van het begrip medische diagnose. De vraag wat nu wel en wat nu niet onder het begrip medische diagnose kan worden verstaan wordt derhalve onvoldoende beantwoord.

Om nader inzicht te krijgen in het begrip medische diagnose worden in de volgende hoofdstukken zowel de term diagnose als de term medisch nader uitgediept.

2 Nadere beschouwing van het begrip 'diagnose'

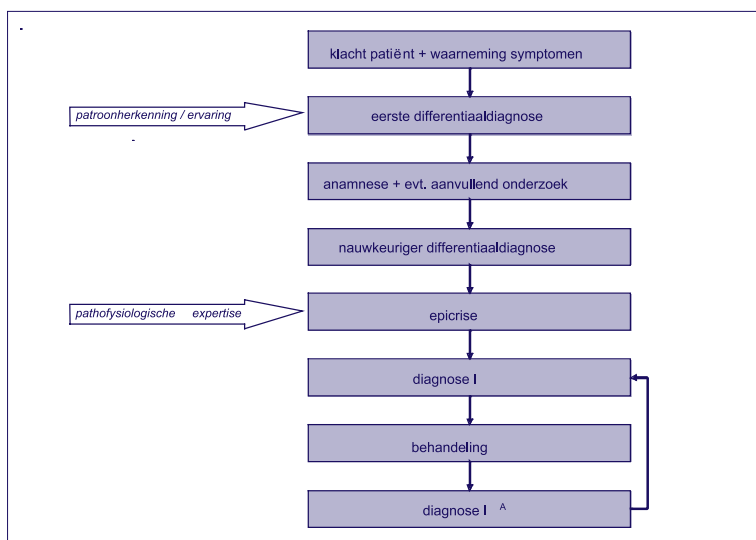
In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het begrip diagnose. Centrale vraag in dit hoofdstuk is, hoe het begrip diagnose zich verhoudt tot het diagnostisch proces. Daarnaast wordt ingegaan op de verschillende typen diagnoses en verschillen in gebruik van het begrip diagnose. Onderscheid tussen medisch en niet-medisch wordt in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten en wordt behandeld in het volgende hoofdstuk.

2.1 Het diagnostisch proces

De diagnostische cyclus

Zowel Grundmeijer⁶ als Wulff⁷ omschrijven het proces van diagnostiek als een proces waarin de arts met toenemende zekerheid een uitspraak kan doen over de aandoening van de patiënt. De arts combineert kennis van pathofysiologische mechanismen, kennis van symptomen en ervaring in symptoomherkenning met kennis van incidentie van ziekten. Hierdoor is een arts in staat om in te schatten met welke aandoening te patiënt te maken heeft. Met elk anamnestic, lichamelijk of aanvullend onderzoek neemt de zekerheid voor de arts toe.

Het diagnostisch proces kan echter niet zonder meer als een lineair proces worden beschouwd. Zelfs nadat de arts is begonnen met zijn behandeling is het diagnostisch proces nog niet afgerond. Onderstaand schema geeft dit proces weer.



De patiënt meldt zich bij de arts met een klacht en vertoont mogelijk voor de arts waarneembare symptomen. Reeds nu zal de arts een eerste inschatting maken van wat de patiënt kan mankeren. De arts maakt al dan niet expliciet een 'long-list' van mogelijke aandoeningen: de eerste differentiaaldiagnose⁸. Deze differentiële diagnose stelt de arts in staat om in de anamnese gericht te vragen naar kenmerken van beloop en ziekteverschijnselen en in te schatten welk aanvullend onderzoek kan bijdragen aan verkorting van 'long-list'. De resultaten van anamnese en eventueel aanvullend onderzoek leiden tot verkorting van de 'long-list' en dus tot een nauwkeuriger differentiaaldiagnose: een 'short-list' van mogelijke diagnoses.

Na weging van verschillende factoren met behulp van kennis van epidemiologie en pathofysiologische mechanismen bereikt het diagnostisch proces het moment van epicrise⁹. Op dit moment stelt de arts, al de hem ter beschikking staande informatie wegende, een (werk)diagnose. Dit moment wordt in de literatuur ook wel aangeduid als het feitelijk stellen van de diagnose. Van Duijn, et al.¹⁰ beschrijven dit moment als "het rustpunt voor de geest".

Hoewel de naam van deze fase, epicrise, een eind van het proces suggereert, is dit (nog) niet het geval. Het is wel een omslagpunt: de overgang van de fase van het verzamelen van medische informatie naar therapeutisch handelen.

Er is een diagnose gesteld (in de figuur aangeduid als diagnose I), maar deze diagnose is slechts een uitgangspunt voor het verdere beleid. Door artsen wordt deze diagnose vaak aangeduid als werkdiagnose of waarschijnlijkheidsdiagnose. De gevolgen van de behandeling of het ziektebeloop kunnen echter de diagnose nog wijzigen of bevestigen. Afhankelijk van hoe het ziektebeeld van de patiënt reageert op de behandeling (of het natuurlijk verloop van de ziekte) kan de diagnose worden bevestigd (diagnose ex juvantibus¹¹) of worden verworpen.

Hoewel de termen werkdiagnose, werkhypothese en waarschijnlijkheidsdiagnose vaak door elkaar worden gebruikt is hier wel een onderscheid in aan te brengen. De waarschijnlijkheidsdiagnose is de op basis van de symptomatologie en epidemiologie meest waarschijnlijke diagnose, terwijl de werkdiagnose (of werkhypothese) de voorlopige diagnose is die de richting geeft aan en de legitimering biedt voor het te volgen beleid.

Het diagnostisch model als hulp voor de definitie van het begrip diagnose

Het moment dat in bovenstaand cyclisch model het beste kan worden getypeerd als het moment waarop de diagnose wordt gesteld is het moment van epicrise. Hier is voor het eerst sprake van een diagnose. Daar deze stap echter niet los kan worden gezien van de vorige en volgende fasen in het model biedt dit geen houvast om het begrip diagnose te isoleren.

Anders is het, wanneer we de diagnose beschouwen als de uitkomst van het diagnostisch proces. De stelling kan worden verdedigd dat de diagnose de uitkomst is van de fase van epicrise. Deze diagnose heeft in veel gevallen echter nog wel een voorlopig karakter en de vraag kan worden gesteld wat nu de echte uitkomst is van het proces. Is het tussenproduct, de werkdiagnose, wel de uitkomst van het diagnostisch proces? Op dit vraagstuk wordt in paragraaf 2.3 nader ingegaan.

Kanttekeningen bij het diagnostisch proces als model

Bij bovenstaand proces zijn twee kanttekeningen te maken. Ten eerste suggereert het model een duidelijke volgorde in de verschillende fasen in het diagnostisch proces. In lang niet alle gevallen zal het proces zo nadrukkelijk worden doorlopen. De arts staan meerdere diagnostische strategieën ter beschikking die leiden tot een (werk)diagnose. Zo kan een ervaren arts bij bepaalde ziektebeelden aan patroonherkenning genoeg hebben om tot zijn diagnose te komen en worden de fasen van differentiatie diagnose en epicrise niet of minder expliciet doorlopen, terwijl in andere gevallen een ingewikkeld proces van doorlopen van algoritmen en uitsluiten of bevestigen van mogelijke diagnoses uit de differentiaaldiagnose wordt doorlopen. Ook kan de vraag worden gesteld of het eindresultaat wel altijd een diagnose is. Dit laatste wordt geïllustreerd in de onderstaande casus.

Casus 2:

Het kind van mevrouw X heeft plotseling een ernstige krampende pijn in de rechter onderbuik. Mevrouw X denkt aan een blindedarmontsteking en gaat met spoed naar de huisarts. De huisarts vraagt naar de aard en het beloop van de pijn. Bij lichamelijk onderzoek constateert de huisarts onder meer pijn op het drukpunt van MacBurney¹². Bovenaan de differentiaaldiagnose bij de huisarts staat appendicitis. Zonder het diagnostisch proces verder te doorlopen en bevestiging of uitsluiting te zoeken van aandoeningen op de differentiaaldiagnose verwijst de huisarts met spoed door naar de chirurg.

De chirurg vindt bij lichamelijk onderzoek voldoende aanwijzing om een appendicitis acuta te vermoeden en besluit tot operatief ingrijpen middels een appendectomie. Na de operatie wordt de appendix onderzocht door de patholoog die de (werk?)diagnose van huisarts en chirurg bevestigt.

Wie heeft de diagnose gesteld? Voor de moeder was de angst voor een blindedarmontsteking voldoende reden om naar de huisarts te gaan. Voor de huisarts was de differentiaaldiagnose voldoende reden om te verwijzen, voor de chirurg was zijn differentiaaldiagnose genoeg reden om te opereren. De patholoog komt met het eindoordeel: appendicitis. De huisarts heeft terecht verwezen, ook als de uitslag van het microscopisch onderzoek negatief was geweest voor appendicitis. Het vermoeden was genoeg reden voor de huisarts

om te verwijzen naar de chirurg. Heeft de huisarts een diagnose gesteld? En de moeder?

Op deze casus wordt in paragraaf 2.2 en 3.2.4 teruggekomen.

Casus 2 illustreert dat in de interactie tussen arts en patiënt zeker niet altijd het diagnostisch proces als beschreven in de paragraaf 'de diagnostische cyclus' wordt doorlopen. De stelling kan worden verdedigd dat de huisarts in casus 2 op grond van de symptomen (patroonherkenning) direct een zodanige differentiaaldiagnose heeft opgesteld, dat het proces impliciet is doorlopen en vrijwel direct het moment van epicrisis is bereikt. De beslissing luidde in dit geval: met spoed doorverwijzen naar de chirurg. Is echter het uitspreken van een verdenking ook het stellen van een diagnose of is de diagnose beperkt gebleven tot het beschrijven van een klacht die zodanig van aard was, dat verwijzing geïndiceerd is? Over de verschillende soorten diagnoses handelt paragraaf 2.2.

Een andere kanttekening die kan worden gemaakt bij het diagnostisch model, is dat er een één op één verhouding wordt gesuggereerd tussen klacht, artsbezoek en ziekte.

Met een groot aantal klachten zal een patiënt niet naar zijn arts gaan. Het areaal van klachten is groter dan het areaal van klachten dat wordt gepresenteerd bij een arts. Een groot deel van de klachten waarmee de huisarts wel wordt geconfronteerd is niet direct te koppelen aan een ziekte (bijvoorbeeld moeite met inslapen), maar valt wel binnen de taakopvatting van de huisarts. Zijn de diagnoses die de huisarts stelt bij klachten, zonder dat er sprake is van een directe koppeling met een ziekte medische diagnoses? En hoe zit het met klachten waarmee de patiënt zich meldt bij een niet-medicus? Op deze vraagstukken wordt in hoofdstuk 3 nader ingegaan.

2.2 Verschillende typen diagnose

Lang niet altijd wordt met een diagnose een geclassificeerde ziekte aangeduid. Er bestaan verschillende niveaus waarop diagnoses worden gesteld. In de literatuur worden diagnoses doorgaans in drie categorieën onderverdeeld¹³.

1. Ziektediagnosen, onderverdeeld in pathologisch-anatomische, pathofysiologische en etiologische diagnoses.
2. Syndroomdiagnosen, ook wel nosologische diagnoses genoemd.
3. Symptoomdiagnose, merendeels bestaande uit klachtbeschrijvingen.

Ziektediagnose

- Onder pathologisch-anatomische diagnose wordt verstaan een objectief vast te stellen stoornis (of de afwezigheid hiervan) in de vorm of

functie van cellen, weefsels of organen. Als voorbeeld kan worden genoemd een coloncarcinoom: chirurg, internist en patholoog kunnen de diagnose gezamenlijk met zekerheid stellen, met microscopisch onderzoek van een biopsie als sluitstuk van de diagnose. De pathologisch-anatomische diagnose benoemt een concrete ziekte, die zowel de klachten als de bevindingen kan verklaren.

- Een pathofysiologische diagnose is eveneens objectief vast te stellen, maar nu indirect via functietests, laboratoriumonderzoek of beeldvormende diagnostiek. Bijvoorbeeld hypothyreoïdie: bij onderzoek van het bloed worden waarden gevonden die passen bij een vertraagde schildklierfunctie.
- Bij de etiologische diagnose is niet alleen de onderliggende biologische disfunctie bekend, maar bovendien de oorzaak. Zonder deze oorzaak kan de ziekte niet optreden en behandeling van de oorzaak volstaat veelal om de ziekte/de stoornis te behandelen. Als voorbeeld kunnen hier infectieziekten worden genoemd.

Syndroomdiagnose

Onder een syndroom, wordt verstaan: 'een complex van verschijnselen, kenmerkend voor een bepaald ziektebeeld'¹⁴. Een syndroomdiagnose of nosologische diagnose onderscheidt zich van een ziektediagnose doordat het bij een syndroom meestal gaat om ogenschijnlijk onsamenhangende verschijnselen, waarin door het veelvuldig voorkomen van de combinatie toch een min of meer vast patroon te onderkennen valt. De verschijnselen betreffen zowel klachten als objectiveerbare symptomen.

Syndroomdiagnosen worden gedefinieerd met criteria waarover binnen de medische beroepsgroep consensus bestaat. Syndroomdiagnosen zijn dus aan verandering onderhevig: een samenspel van klachten kan 'promoveren' tot een syndroomdiagnose.

In dit kader is het relevant om een onderscheid te maken tussen gevestigde syndromen, dat wil zeggen: syndromen die binnen de medische beroepsgroep als zodanig worden erkend, en voorlopige syndromen of pseudo-syndromen. Vaak is een belangrijk kenmerk van een pseudo-syndroom, dat deze bestaat uit een complex van klachten en (nog) niet van objectiveerbare symptomen.

Soms bereiken pseudo-syndromen uiteindelijk de status van erkende medische syndroomdiagnose (zoals bijvoorbeeld bij het syndroom van Down). Dit gaat vaak samen met het verkrijgen van etiologisch of pathofysiologisch inzicht in het syndroom. Soms echter verdwijnen pseudo-syndromen na verloop van tijd uit het spraakgebruik of worden ze door nieuwe vervangen. Zo wordt MBD (minimal brain damage) niet meer gebruikt als aanduiding voor een syndroom, alhoewel een zeer vergelijkbaar syndroom deze plaats heeft ingenomen: ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Het chronisch vermoeidheidssyndroom

(CVS, vroeger aangeduid als ME) is een ander voorbeeld van een voorlopige of pseudo-syndroomdiagnose. De term pseudo-syndroom duidt op het (nog) niet bestaan van consensus binnen de medische beroepsgroep over de status van het syndroom. Dit betekent echter niet dat pseudo-syndroomdiagnosen nooit door artsen worden gesteld.

Symptoomdiagnose

Een symptoomdiagnose beschrijft een symptoom als diagnose indien er geen ziekte- of syndroomdiagnose gesteld kan worden. Een diagnose kan een symptoomdiagnose blijven doordat het symptoom of de symptomen niet worden begrepen of doordat het verder zoeken naar de oorzaak van de symptomen geen gevolgen heeft voor de behandeling. Onder de symptoomdiagnosen worden ook de morfologische diagnoses verstaan: beschrijvingen van verandering in vorm of aspect van een deel van het lichaam zonder nadere pathofysiologische of etiologische verklaring, evenals de topische diagnose: het vaststellen van de plaats van een aandoening of letsel. Voorbeelden van symptoomdiagnosen zijn bijvoorbeeld: 'hoge bloeddruk, hartruis, leverfunctiestoornis, of 'dermatose'¹⁴. Soms komt de diagnostiek niet verder dan symptoomdiagnose en wordt symptomatische behandeling ingezet.

Klachtdiagnose

Een klachtdiagnose is vergelijkbaar met de symptoomdiagnose, met als verschil dat een klachtdiagnose niet wordt gebaseerd op objectiveerbare afwijkingen, maar louter op door de patiënt geuite klachten. Voorbeelden van klachtdiagnosen zijn bijvoorbeeld lage-rugpijn, burn-out, of hoofdpijn.

Diagnose en de totstandkoming

Diagnosen komen doorgans tot stand op basis van een diagnostisch proces als beschreven in de vorige paragraaf. Hier worden voorts twee bijzondere diagnostische wijzen genoemd: de diagnose per exclusionem en de diagnose ex juvantibus.

Bij de *diagnose per exclusionem* wordt de diagnose gesteld door uitsluiting van hetgeen niet in aanmerking komt. Voorbeeld: als verklaring van een klacht heeft de arts in zijn differentiaaldiagnose drie mogelijke aandoeningen. Uit het lichamelijk of aanvullend onderzoek blijkt dat twee aandoeningen niet aan de klacht ten grondslag liggen, doordat de uitslagen van het onderzoek niet met deze aandoening overeen kunnen komen. De arts heeft nu *per exclusionem* aangetoond dat de overgebleven aandoening de meest waarschijnlijke oorzaak is van de klacht.

Bij de diagnose *ex juvantibus* wordt de diagnose gesteld op grond van het succes van een bepaalde behandeling. Voorbeeld: een patiënt meldt zich met koorts bij de huisarts. Na anamnese en lichamelijk onderzoek denkt

de huisarts aan een infectieziekte (werkdiagnose). De huisarts schrijft antibiotica voor. Als de antibiotica de klachten doen verdwijnen, is het aannemelijk dat de aandoening die de klacht veroorzaakte inderdaad een infectieziekte was. De werkdiagnose is *ex juvantibus* bevestigd.

Casus 4:

Meneer X meldt zich bij de huisarts met een uitslag op de huid. De combinatie van ziektebeloop, jeuk, pijn en het visueel aspect van de uitslag leiden bij de huisarts tot de (morfologische) symptoomdiagnose ‘dermatose’¹⁵. Gezien het ziektebeloop en het aspect denkt de huisarts aan een allergische reactie (combinatie van pathofysiologische expertise en patroonherkenning) en stelt de pathofysiologische (werk)diagnose ‘allergische dermatose’. De huisarts besluit echter geen onderzoek in te stellen naar de etiologie: een allergische reactie waarop? Naast een allergische zijn nog andere oorzaken van de uitslag mogelijk. Aangezien de huisarts van oordeel is dat hij de factor tijd nuttig kan inzetten ten behoeve van het diagnostisch proces en dat hierdoor naar alle waarschijnlijkheid geen schade ontstaat, besluit de huisarts een antihistaminicum voor te schrijven. De behandeling slaat aan, de klachten verdwijnen en komen niet meer terug. De diagnose ‘allergische dermatose’ is *ex juvantibus* bevestigd. De behandeling is afgerond zonder dat de etiologie is komen vast te staan. De diagnose had door onderzoek naar de etiologie ‘afgemaakt’ kunnen worden, maar de noodzaak hiertoe ontbrak vanwege de afwezigheid van consequenties voor de behandeling.

Casus 5:

Meneer X meldt zich met hoofdpijn bij de huisarts. Bij anamnese en lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen verklaring voor de klacht. De ernst van de aandoening is niet zodanig dat verwijzing naar de neuroloog geïndiceerd is. De huisarts spreekt met de patiënt af de situatie voorlopig aan te zien en adviseert de patiënt om terug te komen wanneer de klachten aanhouden. De (klacht)diagnose in het medisch dossier luid: ‘hoofdpijn, niet nader omschreven’. Na verloop van tijd zijn de klachten echter verdwenen en de patiënt komt met deze klacht niet meer terug bij de huisarts.

In casus 4 is het beeld in wat er nu precies met de patiënt aan de hand was niet volledig. Toch is de diagnose voldoende compleet om een behandeling te kiezen. Hoewel de etiologische component ontbreekt is hier sprake van een diagnose en dienovereenkomstige (naar tevredenheid van arts en patiënt afgeronde) behandeling.

In casus 5 is geen sprake van een ziektediagnose. Toch is hier een diagnose gesteld: een klachtdiagnose. Dit is ook een diagnose, maar op een ander niveau van inzicht in de klacht en de onderliggende aandoening. Dit is in met name de huisartsenpraktijk in het geheel niet ongebruikelijk. Bij klachten van het bewegingsapparaat bijvoorbeeld bedraagt maar liefst 40% van het totaal aantal door de huisarts gestelde diagnosen klachtdiagnosen.

Een diagnose hoeft niet perse bevestigend van aard te zijn. Ook het uitsluiten van een ziekte wordt gerekend tot het stellen van een ziektediagnose. Bij een patiënt met hoofdpijn bij wie de hoofdpijn niet kan worden verklaard maar waar maligniteit is uitgesloten zijn feitelijk twee diagnoses gesteld, te weten een ziektediagnose (geen hersentumor) en een klachtdiagnose (hoofdpijn).

2.3 Gebruik van de term diagnose door verschillende medische disciplines

Door verschillende medische disciplines wordt de term diagnose verschillend gehanteerd. De patiëntenpopulatie bij de huisarts kent een wezenlijk verschillende incidentie van ziekten dan de klinische populatie. Daar patiënten die zich melden bij de specialist doorgaans reeds door de huisarts zijn gezien, er heeft dus al een filtering plaatsgevonden, zullen bepaalde aandoeningen bij de specialist vaker voorkomen dan bij de huisarts. Dit heeft consequenties voor het hanteren van het begrip diagnose. Een centrale vraag in de huisartsenpraktijk is 'is er sprake van een aandoening die de klachten van de patiënt kan verklaren?' Een veel gehoord uitgangspunt voor de huisartsgeneeskunde is: 'De patiënt is gezond, tenzij het tegendeel is bewezen'.

Is in casus 5 nu wel of niet gehandeld door de huisarts? Op het eerste gezicht heeft de huisarts niet gehandeld. Dit is echter een onjuiste constatering. De keuze om het natuurlijke beloop van de klacht af te wachten is ook handelen. De huisarts heeft de factor tijd ingezet als diagnostisch instrument. Zouden de klachten aanhouden, dan had hij wellicht nader onderzoek moeten doen en een diagnose moeten stellen op een hoger begripsniveau (ziektediagnose in plaats van klachtdiagnose). De huisarts heeft zijn keuze gemaakt op basis van kennis van de epidemiologie, kennis van de symptomatologie en – niet onbelangrijk – kennis van de patiënt.

De huisarts stelt zijn diagnose als rechtvaardiging voor het medisch handelen, ook wanneer het handelen beperkt is tot het vooralsnog aanzien van de klacht en het afwachten van het ziektebeloop.

In een klinische setting geldt ten opzichte van de eerste lijn een omgekeerd paradigma: 'de patiënt is ziek, tenzij het tegendeel bewezen is'. De incidentie van ziekten ligt door de 'trechterfunctie' van de huisarts dan ook aanzienlijk hoger dan in de eerste lijn. Een klinisch specialist zal zelden volstaan met een klachtdiagnose. In een vroeger stadium dan in de eerste lijn zal gekozen worden voor aanvullende diagnostiek. De vraag is immers niet of de patiënt ziek is, maar welke ziekte de patiënt heeft. Diagnostiek is in de tweede lijn dan ook veel meer gericht op het stellen van een ziektediagnose of het uitsluiten van een specifieke aandoening.

Ook de taak die verschillende professionals in de zorg vervullen leidt tot een andere hantering van het begrip diagnose. Het kind met buikpijn uit casus 2 werd door de huisarts verwezen met een klachtdiagnose. De klachtdiagnose was echter zodanig van aard dat een verwijzing was geïndiceerd. De stelling is verdedigbaar dat ook de chirurg heeft gehandeld op basis van een klachtdiagnose. Het is uiteindelijk de patholoog die de vermoede diagnose, appendicitis acuta, bevestigt. Deze laatste hanteert het begrip diagnose weer anders dan de huisarts en de specialist. De patholoog gebruikt de term diagnose als synoniem voor ‘zekere diagnose’, of meer in het bijzonder een ‘redelijkerwijs zekere uitspraak over het onderzochte weefsel of cytologisch preparaat’. Als de diagnose niet met grote zekerheid kan worden gesteld formuleert de patholoog de diagnose bijvoorbeeld als “diagnose: geen; het cytologisch beeld is echter wel verdacht voor ...” of ‘diagnose: geen; echter waarschijnlijkheidsdiagnose ...’.

Concluderend kan worden gesteld dat ieder echelon of iedere medische discipline in de zorg op het voor de eigen discipline noodzakelijke niveau diagnoses stelt. Afhankelijk van de vraag van de patiënt, de vakspecifieke kennis van de arts, de specifieke epidemiologie en de taak van de zorgverlener wordt het begrip medische diagnose anders ingevuld.

2.4 Conclusies

Het begrip diagnose is een vlag 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.

Het begrip diagnose is niet zonder meer los te beschouwen van het diagnostisch proces. Het aanwijzen van de epicrise als het stellen van de diagnose doet onvoldoende recht aan het proces als geheel. Ook het definiëren van het begrip diagnose als uitkomst van het diagnostisch proces houdt geen stand. Een dergelijke inperking van het begrip doet geen recht aan het cyclisch karakter van het proces en gaat voorbij aan de verschillende taken die verschillende zorgverleners hebben: iedere betrokkene stelt een diagnose op het voor hem in de behandelrelatie met de patiënt relevante niveau.

Het antwoord op de vraag naar de begrenzing van het begrip ‘medische diagnose’ kan niet worden gevonden in het deel ‘diagnose’.

In het volgende hoofdstuk wordt dan ook nader ingegaan op het deel ‘medisch’.

3 Nadere beschouwing van het begrip ‘medisch’

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op het adjectief ‘medisch’ in het begrip medische diagnose. Centrale vraag in dit hoofdstuk is: wat onderscheidt een medische diagnose van een niet-medische diagnose? Met andere woorden: is het mogelijk om discriminerende factoren te benoemen om medische diagnose van niet-medische diagnoses te onderscheiden?

Binnen de verpleging bestaat al geruime tijd ervaring met de afbakening van het begrip ‘verpleegkundige diagnose’. Ook verschillende paramedische disciplines hebben hun ‘eigen’ diagnose. Hier zal in dit hoofdstuk gebruik van worden gemaakt.

In de eerste paragraaf wordt getracht het begrip ‘medisch’ als zodanig te definiëren. In de volgende paragrafen wordt de mogelijke afbakening onderzocht door te kijken naar de grenzen met andere disciplines in de zorg, om zo mogelijk discriminerende factoren te onderscheiden.

3.1 Begrenzing van het begrip ‘medisch’

Begrenzing van het begrip met behulp van de term ‘medische wetenschap’
Van Dale omschrijft medisch als ‘betrekking hebbend op de geneeskunde’. Medisch wordt hier gebruikt als synoniem voor ‘geneeskundig’. Geneeskunde wordt omschreven als ‘de wetenschap die zich richt op de aard en de oorzaken van ziekten en op de middelen om die te genezen’, waarmee een direct verband wordt gelegd met de medische wetenschap. Een medische diagnose kan in deze betekenis worden omschreven als een diagnose die is gebaseerd op medisch wetenschappelijke principes of inzichten.

In toenemende mate van zekerheid kan een diagnose, of liever gezegd de relatie tussen symptomen/klachten en ziekten alsmede de mogelijke heilzame werking van een behandeling, 1) experience based, 2) consensus based of 3) evidence based zijn. De laatste categorie biedt de meeste houvast en kan worden omschreven als ‘naar de laatste stand van de wetenschap en gebaseerd op wetenschappelijke grondslag’.

Met bovenstaande omschrijving kan het begrip medische diagnose worden afgebakend. De meest enge afbakening zou kunnen worden gevonden in ‘evidence based medicine’. Een medische diagnose is dan een lege artis gestelde diagnose op basis van wetenschappelijk bewezen methoden. Deze definitie is echter erg eng, en zou een deel van diagnostiek in de reguliere geneeskunde buiten het begrip medische diagnose plaatsen. Te

denken valt in dit kader aan de in paragraaf 2.2 genoemde (onbegrepen) syndroomdiagnosen.

Een ruimere hantering van het wetenschaps criterium kan worden gevonden in een omschrijving als 'in de beroepsgroep (onder artsen) te doen gebruikelijk'. Een medische diagnose is in dit geval een lege artis gestelde diagnose. Dat wil zeggen: een diagnose die is gesteld 'naar de regelen der kunst' van de medische wetenschap.

Hoewel bovenstaande omschrijvingen een afbakening van het begrip medische diagnose bieden, zijn deze echter niet bruikbaar om het begrip medische diagnose af te bakenen met als oogmerk het stellen van een medische diagnose aan te merken als voorbehouden handeling. Dit wordt in onderstaande casus toegelicht.

Casus 6:

Meneer X gaat met zijn buikpijnklachten naar een orthomoleculair genezer. De genezer stelt vast dat meneer X zich geen zorgen hoeft te maken. Zijn klachten worden niet veroorzaakt door een of andere ernstige aandoening, maar door een tekort aan een bepaald mineraal.

Na verloop wordt meneer X ernstig ziek in het ziekenhuis opgenomen. Hij verwijt dit de orthomoleculair genezer: deze heeft tenslotte in de visie van meneer X de verkeerde medische diagnose gesteld. Hoewel de juiste diagnose overduidelijk is gemist, stelt de genezer op zijn beurt echter dat hij helemaal geen medische diagnose heeft gesteld. Zijn 'orthomoleculaire diagnose' is geen medische diagnose, immers de diagnose is niet 'evidence based' noch is zijn wijze van diagnostiek 'in de beroepsgroep (onder artsen) te doen gebruikelijk'. Als nu het stellen van een medische diagnose een voorbehouden handeling was geweest *met het wetenschaps criterium als definitie*, dan gaat de genezer vrijuit. Hij heeft immers geen voorbehouden handeling verricht, want wat hij heeft gedaan voldoet niet aan het wetenschaps criterium. Niet alleen is het wetenschaps criterium voor dit doel een ongeschikte definitie van het begrip medische diagnose, het wetenschaps criterium helpt in dit voorbeeld de genezer zelfs in zijn verdediging!

Zoals in casus 6 wordt geïllustreerd is het wetenschaps criterium ongeschikt om het begrip medische diagnose af te bakenen. De afbakening is op zich wel mogelijk, maar heeft tot gevolg, dat diagnoses van alternatieve behandelaars per definitie geen medische diagnosen zijn. Een diagnose op basis van een niet-wetenschappelijke methode zoals een aurareading of een VEGA-test¹⁶ kan dan geen medische diagnose meer zijn, waardoor het voorbehoud van het stellen van een medisch diagnose geen bruikbaar instrument meer is.

Medische diagnose als rechtvaardiging van het medisch handelen

Een van de kenmerken van een medische diagnose is, dat deze een rechtvaardiging vormt voor het medisch handelen (of niet handelen) van art-

sen. In paragraaf 2.1 is de (werk)diagnose beschreven als het omslagmoment tussen het diagnostisch proces en het therapeutisch proces. De medische (werk)diagnose krijgt zijn betekenis door de legitimering die deze biedt voor het behandelbeleid van artsen. Kan dit kenmerk van de diagnose worden gebruikt om het begrip medische diagnose af te bakenen? Een medische diagnose is volgens deze redenering een diagnose die ten grondslag ligt aan medisch handelen. Dit helpt echter niet bij de begrenzing van het begrip medische diagnose. Het resulteert immers alleen in een verschuiving van de vraag. De vraag is nu: wat is de definitie van medisch handelen? Dit kenmerk van de medische diagnose is derhalve ongeschikt om het begrip medisch af te bakenen.

Grenzen van het medisch domein in relatie tot het professionele domein van andere zorgverleners

In discussies over taakherschikking en nieuwe professionals in de zorg wordt de term 'medisch domein' vaak gehanteerd. Hiermee wordt meestal bedoeld op werkzaamheden die binnen de betrokken beroepsgroepen geacht worden binnen de taak van de arts te vallen in tegenstelling tot taken die door andere professionals kunnen worden uitgevoerd. Dit zogenoemde medisch domein wordt in de literatuur vaak aangehaald, maar niet omschreven. Bovendien is het domein dat geacht wordt het exclusieve domein van de medicus te zijn aan sterke verandering onderhevig. Dit is niet noodzakelijkerwijs een ontwikkeling van de laatste paar jaren. Als ouder voorbeeld kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de verschuivingen in de optometrie. Dertigers van nu hebben waarschijnlijk hun eerste bril via de oogarts gekregen, terwijl dit nu, behalve daar waar sprake is van aanvullende pathologie, zeer ongebruikelijk is.

Momenteel is sprake van een versnelling van de verschuiving van de grenzen van het medisch domein nu nieuwe professionals als de nurse practitioner en de physician assistant heten werkzaamheden te doen binnen het medisch domein. Indien het mogelijk zou zijn om de huidige situatie nauwgezet te omschrijven, en zo de grenzen van het medisch domein in kaart te brengen, biedt dit voor een omschrijving van de term 'medisch' weinig houvast aangezien deze grenzen sterk aan verandering onderhevig lijken te zijn. Het medisch domein biedt als zodanig dus onvoldoende houvast om te komen tot een definitie van het begrip 'medisch'.

Begrenzing van het begrip medisch aan de hand van het wettelijk kader

Een aanknopingspunt voor afbakening is mogelijk te vinden in het juridisch kader. In de Wet BIG worden handelingen in de individuele gezondheidszorg gedefinieerd als 'alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen,

hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheids-
toestand te beoordelen [...]”.

Deze definitie is (bewust) erg breed en biedt onvoldoende houvast om
het begrip medisch te begrenzen.

Casus 7:

Meneer X gaat met vermoeidheidsklachten naar een paranormaal genezer. De
genezer stelt een verstoring van het aura vast en geeft de patiënt adviezen om
herstel van het aura te bewerkstelligen.

De genezer geeft meneer X raad [dus: rechtstreeks betrekking hebbende op
zijn persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen]. Er is hier
dus sprake van een relatie in de individuele gezondheidszorg in de zin van de
Wet BIG.

Er is zonder meer sprake van een diagnose (een verstoring van het aura
als verklaring van de vermoeidheidsklachten). Wanneer we het begrip
medisch zouden definiëren als ‘een diagnose binnen het kader van de
individuele gezondheidszorg’ is in casus 7 sprake van een medische
diagnose. Deze definitie is echter erg breed. Vrijwel alle diagnostiek -
ook diagnostiek door niet-medici - is daarmee medische diagnostiek. De
term medische diagnose is daarmee zo breed als de reikwijdte van de
Wet BIG en biedt derhalve geen houvast voor afbakening.

Een andere mogelijke afbakening van het begrip medisch kan mogelijk
worden gevonden met behulp van internationaal erkende classificaties.
Op dit aspect wordt hieronder teruggekomen.

Het gebruik van classificaties

De World Health Organization (WHO) heeft in de afgelopen decennia
verschillende classificaties uitgebracht om ziekten en beperkingen te clas-
sificeren. Centraal in de ‘familie van classificaties’ staan de ICD-10
(International Statistics Classification of Diseases & Related Health
Problems) en de ICF (International Classification of Functioning,
Disability and Health), ook bekend onder zijn oude naam ICIDH
(International Classification of Impairments, Disabilities and
Handicaps).

De ICD-10 biedt een etiologische ordening van ziekten en aandoenin-
gen, gerangschikt naar diagnose. Bij de ICF daarentegen vindt classifica-
tie plaats op grond van functioneren of belemmeringen daarin op basis
van stoornissen, beperkingen en handicaps.

Veel vakgebieden hebben een van de twee classificaties of een combinatie
van beide voor eigen gebruik nader ingevuld. Een voorbeeld hiervan is
de in de huisartsgeneeskunde gebruikte ICPC (International
Classification for Primary Care), waarin zowel plaats is voor klachten als

voor syndromen als voor ziekten. Ook bestaan er gespecialiseerde classificaties op het gebied van oncologie, dermatologie, neurologie, etc.

Genoemde classificaties zijn opgesteld om een systeem te hebben voor systematische verzameling, analyse en vergelijking van mortaliteits- en morbiditeitsgegevens, die verzameld zijn in verschillende landen en op verschillende momenten. De ICD vertaalt diagnoses en gezondheidsproblemen van woorden in een alfanumerieke code om eenvoudige opslag, oproep en analyse van de data mogelijk te maken¹⁷. De ICD is met andere woorden een 'wereldwijde taal' om te komen tot eenduidige definities van diagnoses en gezondheidsproblemen om (internationale) analyses mogelijk te maken. De ICD is niet opgesteld met het oogmerk om een domein af te bakenen.

Bij het ontstaan van de classificaties werden deze met name gehanteerd door artsen. Eind jaren tachtig van de vorige eeuw komen de classificaties meer en meer in zwang bij paramedici. Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF) in de jaren negentig vanuit de ICIDH een vakgebonden deelverzameling voor gebruik in de logopedie ontwikkeld: de ICIDH-L. De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) heeft in 2003 een afgeleide van de ICF gepubliceerd.

Juist het verschil tussen de twee classificatiesystemen ICD en ICF lijkt een mogelijk houvast te bieden voor afbakening van het begrip medisch. Opvallend is namelijk dat paramedici voornamelijk werken met classificatiesystemen op basis van de ICF, terwijl medische specialismen veelal werken met subclassificaties van de ICD. Waar in de ICD de nadruk ligt op ziekten, ligt deze bij de ICF op het functioneren. Je zou kunnen zeggen dat de ICD klachten aan de hand van ziekten verklaart, terwijl de ICF de klachten functioneel beschrijft. Een voor de hand liggende conclusie zou kunnen luiden: een paramedicus stelt diagnoses op het gebied van functioneren of problemen daarin, inclusief de factoren die op dat functioneren van invloed zijn (paramedische diagnose), terwijl een arts diagnoses stelt op het gebied van ziekten (medische diagnose).

Deze conclusie houdt echter geen stand. Zo zijn er wel degelijk paramedici die werken met de ICD (orthoptisten) in plaats van met de ICF. Bovendien is de ICD breder dan alleen ziekten in enge betekenis. De ICD behelst tenslotte ook 'related health problems'. Zo bevat de ICD ook klachtdiagnosen als duizeligheid, zenuwachtigheid of geïrriteerdheid. Wanneer we alleen kijken naar het overzicht van 'ziekten' in de ICD, zien we dat het begrip ziekte in de ICD ruim wordt gehanteerd. Hoewel homoseksualiteit uit de ICD is verdwenen, wordt travestie nog als ziekte aangemerkt (mental and behavioural disorder), evenals gok- en alcoholverslaving. Of wij deze voorbeelden in Nederland als ziekte aanmerken is ten minste omstrepen. De ICD is niet een lijst met ziekten, maar een

ruim 1200 pagina's dik boekwerk met een opsomming van ziekten, gezondheidsproblemen, klachten en doodsoorzaken. De ICD biedt onvoldoende houvast om het begrip medisch af te bakenen. Hier is de ICD als eerder gesteld ook niet voor bedoeld.

Ook de ICPC biedt onvoldoende houvast om het begrip medisch af te bakenen. Evenals bij de ICD bevat de ICPC ook klacht- en syndroomdiagnosen. De ICPC is bedoeld om alle typen diagnoses die de huisarts stelt (waaronder met name ook klachtdiagnosen) te kunnen rubriceren, niet als begrenzing van het medisch domein.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt gebruik gemaakt van de DSM-IV¹⁸ (diagnostic and statistical manual of mental disorders) als classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen en stoornissen. De DSM fungeert zowel als een classificatiesysteem voor stoornissen en aandoeningen als als een diagnostisch instrument. De DSM wordt hiertoe door zowel psychiaters, als door andere artsen als door overige zorgverleners gebruikt. Ook de DSM biedt derhalve onvoldoende houvast voor afbakening van het begrip medisch.

Hoewel de verschillende classificatiesystemen, met name de ICD, een handreiking lijken te bieden voor afbakening van het begrip medisch, is het onvoldoende mogelijk om een scherpe grens te definiëren aan de hand van de classificaties.

Conclusie

Het is in deze paragraaf niet gelukt om het begrip medische diagnose 'van binnenuit' af te bakenen zonder dat de afbakening zijn doel (definiëring ten behoeve van het mogelijk voorbehouden van het stellen van een diagnose) voorbij schiet. Het enige houvast is tot op heden het juridisch kader, dit levert echter een zeer brede definitie op van het begrip medische diagnose.

In de volgende paragrafen worden derhalve de grenzen van de medische diagnose onderzocht op basis van de grenzen van onder meer de verpleegkundige en de paramedische diagnose. Ook wordt in het vervolg van dit hoofdstuk nader ingegaan op diagnoses door leken.

3.2 Verpleegkundige en paramedische diagnose

In verpleegkundige en paramedische vakliteratuur worden termen als verpleegkundige diagnose en fysiotherapeutische diagnose doorgaans gebruikt om een onderscheid aan te brengen tussen deze categorieën van diagnoses en wat in de vakliteratuur wordt aangeduid als medische diagnose. Met de medische diagnose wordt hier bedoeld op de diagnose

die valt binnen het competentiegebied van de arts. De verpleegkundige en paramedische diagnose zijn dan de diagnoses die vallen binnen respectievelijk het verpleegkundig en het paramedisch competentiegebied. In deze paragraaf worden de verpleegkundige diagnose en de paramedische diagnose beschreven en wordt onderzocht of deze houvast bieden voor een afbakening van de term medische diagnose.

De verpleegkundige diagnose

Reeds vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw wordt in Amerikaanse verpleegkundige vakliteratuur het begrip verpleegkundige diagnose gehanteerd. Midden jaren '70 werd de verpleegkundige diagnose naar de normen van de American Nursing Association formeel onderdeel van de taken van de verpleegkundige in de VS. Vanaf 1982 heeft de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gewerkt aan een uniforme classificatie van verpleegkundige diagnoses en een uniforme beschrijving van het gebruik van verpleegkundige diagnoses als instrument. Vanaf de jaren '90 deed het begrip verpleegkundige diagnose ook in Nederland zijn intrede. Momenteel maakt de verpleegkundige diagnose een belangrijk onderdeel uit van de opleiding HBO-verpleegkunde. Er bestaat echter nog een grote variatie in de mate van acceptatie van het begrip binnen zorginstellingen.

Van het begrip verpleegkundige diagnose bestaan verschillende definities. Onderstaand worden vier verschillende definities van het begrip weergegeven.¹⁹

Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over een persoon, gezin of groep, die het resultaat is van een weloverwogen, systematisch proces van het verzamelen en analyseren van gegevens. De diagnose is de grondslag voor voorschriften voor een welomschreven behandeling waarvoor de verpleegkundige aansprakelijk is. De diagnose wordt bondig geformuleerd en vermeldt, indien bekend, de oorzaken van het probleem. (Schoemaker, 1984)

Een verpleegkundige diagnose, dat wil zeggen een klinische diagnose gesteld door een verpleegkundige, beschrijft feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen, tot de behandeling waarvan verpleegkundigen op grond van hun opleiding en ervaring bevoegd en bekwaam zijn. (Gordon, 1976)

Een verpleegkundige diagnose is een beknopte formulering of term, die een samenvatting is van een groep empirische indicatoren die patronen van de totale mens vertegenwoordigen. (Roy, 1982)

Een verpleegkundige diagnose is een beknopte formulering of een term, die de samenvatting is van een groep of verzameling empirische indicato-

ren die normale variaties en gewijzigde patronen van het menselijk functioneren (feitelijk of dreigend) vertegenwoordigen, tot de behandeling waarvan verpleegkundigen op grond van hun opleiding en ervaring bevoegd en bekwaam zijn. (McLane, 1979)

In de Nederlandstalige literatuur en binnen de Nederlandse opleiding tot verpleegkundige wordt veelal gerefereerd aan de definitie van Gordon.

Binnen de verpleegkundige diagnoses wordt voorts onderscheid gemaakt tussen actuele, risico-, welzijns- en syndroomdiagnosen. De term syndroomdiagnose wordt ook gebruikt in paragraaf 2.2. Hier wordt echter bedoeld: een *verpleegkundige* syndroomdiagnose: een cluster van actuele of risicodiagnosen waarvan met grote waarschijnlijkheid sprake is bij een bepaalde situatie of gebeurtenis.

Verpleegkundige diagnoses worden veelal opgesteld volgens een vaste structuur, aangeduid als de PES-structuur²⁰ of de systematiek van Gordon:

- health problem (P)
- ethiological or related factors (E)
- signs and symptoms (S).

Naast de PES-structuur voor de verpleegkundige diagnose zijn nog de volgende indelingen te noemen.

Bij de verpleegkundige diagnose worden in 'NANDA Verpleegkundige Diagnoses'²¹ de volgende elementen vermeld:

- definitie
- bepalende kenmerken
- samenhangende factoren

In het 'Zakboek verpleegkundige diagnoses'²² worden de volgende elementen benoemd:

- verschijnselen (fysiologisch, emotioneel, cognitief)
- oorzaken (pathofysiologisch, situationeel, etiologisch)
- beoogde resultaten
- interventies

Strikt genomen maken de beoogde resultaten en de interventies²³ geen onderdeel uit van de diagnose. Deze worden echter wel bij de diagnose benoemd. De verpleegkundige diagnose biedt dus net als de medische diagnose voor een arts een onderbouwing van het professioneel handelen.

Alhoewel ook in de verpleegkundige diagnose volgens de systematiek van Cerpenito ook gesproken wordt over etiologie en pathofysiologie is een duidelijk onderscheid te maken ten opzichte van de diagnose als gesteld door een arts. Onderstaand voorbeeld maakt dit onderscheid duidelijk. Het voorbeeld is onderstaand weergegeven zoals vermeld in NANDA

Verpleegkundige Diagnoses en zoals de diagnose in het Zakboek Verpleegkundige Diagnosen is uitgewerkt.

NANDA:

Ondertemperatuur

Definitie

De toestand waarin iemands lichaamstemperatuur lager is dan normaal.

Bepalende kenmerken

Bleekheid, verlaging van de lichaamstemperatuur tot beneden de normale waarde, rillen, koele huid, blauwe nagels, hoge bloeddruk, kippenvel, vertraagd opnieuw vullen van haarvaten, versnelde hartwerking.

Samenhangende factoren

Het blootstellen aan koele of koude omgeving, vaatverwijzende geneesmiddelen, ondervoeding, ontoereikende kleding, ziekte of trauma, verdamping aan de huid in een koele omgeving, verlaagde stofwisseling [...].

CARPENITO

Hypothermie

Definitie

Aanhoudend verlaagde lichaamstemperatuur (beneden 35,5 oC rectaal)

Verschijselen

Vaak/altijd aanwezig: verlaagde lichaamstemperatuur, koud aanvoelende huid, bleke huid, rillen.

Regelmatig/vaak aanwezig: verwardheid, sufheid, rusteloosheid, verlaagde polsslag en ademhalingsfrequentie, uitgeteerd zijn/ondervoeding.

Oorzaken

Situatie persoon/omgeving: blootstelling aan hitte, kou, regen, sneeuw, wind; ongeschikte kleding, geen onderdak of verwarming kunnen betalen, afgenomen bloedcirculatie ten gevolg van: extreem hoog of laag lichaamsgewicht, consumptie van alcohol, uitdroging, inactiviteit.

Ontwikkeling: leeftijdsbepaalde ineffektieve temperatuurregulatie (zuigelingen, ouderen).

Beoogde resultaten

De patiënt:

1. onderkent risicofactoren voor hypothermie;
2. vertelt welke methoden er zijn om warmteverlies te voorkomen;
3. heeft blijvend een lichaamstemperatuur binnen normale grenswaarden.

Interventies

1. Leer patiënt hoe langdurige blootstelling aan een koude omgeving kan worden verminderd [...].
2. Adviseer een afspraak te maken met sociale dienst [...].
3. Leg familieleden uit dat pasgeborenen, baby's en ouderen gevoeliger zijn voor warmteverlies.
4. Geef voorlichting over vroegtijdige signalen van hypothermie [...].

Bovenstaand voorbeeld illustreert goed hoe de verpleegkundige diagnose zich verhoudt tot de diagnose zoals een arts die zou stellen. De diagnose hypothermie en de bijbehorende behandeling zou bij de arts gericht zijn op een stoornis bij de patiënt en de interventie (behandeling) gericht op genezing van een eventuele stoornis. De verpleegkundige blijft bij het stellen van de verpleegkundige diagnose en bij de verpleegkundige interventie nadrukkelijk op eigen expertisegebied. De afbakening van het begrip verpleegkundige diagnose is dan ook met name gericht op eigen kennis en vaardigheden van de verpleegkundige. Hoewel zowel de arts als de verpleegkundige de term hypothermie gebruiken heeft deze diagnose voor de arts en voor de verpleegkundige een verschillende betekenis.

Opvallend is in de definitie van het begrip verpleegkundige diagnose volgens Gordon, de meest gehanteerde definitie, dat de actor onderdeel uitmaakt van de definitie. Een niet-verpleegkundige kan volgens deze definitie geen verpleegkundige diagnoses stellen.

Uit het bovenstaande kan worden geconcludeerd, dat de verpleegkundige diagnose geen houvast biedt om het begrip medische diagnose af te bakenen. De verpleegkundige diagnose is een verpleegkundige diagnose door

- de toets aan de eigen expertise van de verpleegkundige en
- de actor (de diagnose is gesteld door een verpleegkundige).

Zowel het eerste als het tweede criterium bieden weliswaar houvast om het begrip medische diagnose te definiëren, maar zijn nutteloos voor het doel van deze achtergrondstudie. Immers als een medische diagnose per definitie door een arts zou worden gesteld, heeft het geen nut om deze handeling voor te behouden. Een diagnose door een niet-arts is daarmee immers per definitie geen medische diagnose meer (zie ook de uitwerking van deze redenering in casus 6).

De fysiotherapeutische diagnose

Het begrip fysiotherapeutische diagnose verschijnt vanaf eind jaren '80 in de vakliteratuur. In het decennium dat daar op volgde is de discussie verder uitgekristalliseerd, leidend tot het project Fysiotherapeutische diagnose in 1998 in opdracht van het KNGF, gefinancierd door het

ministerie van VWS. Hoewel dus nog relatief jong, heeft de fysiotherapeutische diagnose in de afgelopen jaren een aanzienlijke ontwikkeling doorgemaakt.

De fysiotherapeutische diagnose kan worden omschreven als²⁴: “Een beroepsspecifiek oordeel van de fysiotherapeut over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het – in samenspraak met de patiënt (of andere betrokkenen) – op te stellen behandelplan.”

De volgende, met elkaar samenhangende gegevensgroepen moeten in elk geval in de fysiotherapeutische diagnose worden opgenomen:

- leeftijd en contactredenen van de patiënt,
- het gezondheidsprobleem van de patiënt: de aard (in termen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen), het beloop en de prognose van het probleem,
- onderliggende medische factoren, waaronder ziekten, aandoeningen, syndromen en operaties,
- andere onderliggende persoonlijke en externe factoren, waaronder psychische en fysieke belasting van de patiënt.

Een eerste punt dat opvalt in deze definitie is dat evenals bij de verpleegkundige diagnose de actor onderdeel uitmaakt van de definitie. Alleen een fysiotherapeut kan dus, per definitie, een fysiotherapeutische diagnose stellen.

Evenals bij de verpleegkundige diagnose het geval was is ook de fysiotherapeutische diagnose gestoeld op het eigen expertisegebied: de focus ligt bij de fysiotherapeutische diagnose op stoornis, beperking en participatieprobleem. In de vakliteratuur zijn publicaties²⁵ bekend over de relatie tussen de fysiotherapeutische diagnose en de medische diagnose (hier bedoeld: diagnose van een arts). Uit onderzoek blijkt dat bij patiënten met eenzelfde medische diagnose (gesteld door een huisarts) een grote variatie voorkomt in aard en ernst van de aanwezig bevonden ‘behandelbare componenten’ binnen de fysiotherapeutische diagnose.

Onderstaande casus licht dit voorbeeld toe.

Casus 8:

Meneer X komt bij zijn huisarts met rugpijn. De huisarts verricht lichamelijk onderzoek en vindt geen afwijkingen die hij zelf kan behandelen. Hij stelt de (klacht)diagnose lumbago en verwijst de patiënt door naar de fysiotherapeut. Voor de fysiotherapeut is deze diagnose te aspecifiek. Lumbago is tenslotte niets meer dan een synoniem voor pijn in de onderrug. De fysiotherapeut stelt als fysiotherapeutische diagnose: “Arthrogeen probleem in sacro-iliacaal gewricht links + linker wervelkolom sinds Werken gaat moeizaam.”

De fysiotherapeut vertaalt de klacht naar een specifieke stoornis en een voor de patiënt relevante beperking. Op basis van deze diagnose stelt de fysiotherapeut in overleg met de patiënt een behandelplan op.

Evenals bij de verpleegkunde diagnose het geval is, wordt in de literatuur gesproken over het verschil tussen de fysiotherapeutische diagnose en de medische diagnose. Met medische diagnose wordt hierbij opnieuw bedoeld op de diagnose als gesteld door een arts (i.c. huisarts).

Het onderscheid tussen de diagnose van de arts en de fysiotherapeutische diagnose is met name interessant daar op korte termijn naar verwachting sprake zal zijn van drempelloze toegang tot de fysiotherapeutische zorg. In het klassieke model is de patiënt door een arts onderzocht en heeft de arts besloten dat (mede)behandeling door een fysiotherapeut is geïndiceerd. In het nieuwe model moet de fysiotherapeut de inschatting kunnen maken of diagnosticering en behandeling van de patiënt wel binnen zijn deskundigheidsgebied vallen. Hiertoe is een apart screeningsinstrument ontwikkeld²⁷, waarmee de fysiotherapeut nagaat of de klacht van de patiënt binnen zijn eigen competentiegebied valt, nog voordat hij het -eigen- fysiotherapeutisch diagnostisch proces ingaat.

Het onderscheid tussen het fysiotherapeutische deskundigheidsgebied en het deskundigheidsgebied van de arts wordt dus niet zozeer bepaald aan de hand van een grens 'waar houdt wat jij doet op en begint wat ik doe', maar vanuit een toets of de fysiotherapeut bekwaam is om de stoornis van de patiënt te reduceren of op te heffen. Andersom zal de huisarts verwijzen naar de fysiotherapeut, redenerend vanuit zijn eigen competenties: beschik ik over de juiste kennis en vaardigheden om de klacht van de patiënt te verhelpen, of is een andere professional (i.c. de fysiotherapeut) hiertoe beter uitgerust.

In paragraaf 2.1 is benoemd dat het begrip diagnose zowel kan slaan op het proces van diagnosestelling als op de uitkomst van het proces. Opvallend is, dat in de fysiotherapeutische vakliteratuur deze discussie ook over de fysiotherapeutische diagnose wordt gevoerd. In de meest recente publicaties wordt de term diagnose gebruikt als uitkomst van het diagnostisch proces.

De fysiotherapeutische diagnose biedt evenmin als de verpleegkundige diagnose houvast om het begrip medische diagnose nader af te bakenen.

Overige paramedische diagnoses

Logopedische diagnose

De logopedische diagnose, zoals die door logopedisten eind jaren negentig werd gebruikt in de communicatie met zorgverzekeraars, bestaat uit een lijst met voor deze beroepsgroep relevante stoornissen. Op basis van de aanwezigheid van deze stoornissen geeft de verzekeraar toestemming voor logopedische behandeling. Inmiddels is ook binnen de logopedie de ontwikkeling van een eigen diagnose voortgeschreden. Op basis van de

ICF (zie vorige paragraaf) is een selectie gemaakt met voor logopedisten relevante stoornissen, beperkingen en handicaps: de ICDH-L^{28,29}. De ICDH-L is momenteel onder revisie binnen de NVLF³⁰.

De combinatie van de aanwezige stoornis, handicap of beperking en de ernst hiervan bepalen of de logopedist de aangewezen behandelaar is of beter kan doorverwijzen naar bijvoorbeeld een foniater³¹. Leidend hierbij is opnieuw de eigen competentie van de paramedisch professional.

Overige paramedische diagnoses

De orthoptische diagnose³², op basis van de ICD-10 (zie vorige paragraaf) is als zelfstandige paramedische diagnose momenteel volop in ontwikkeling. Ook loopt er een project voor diagnosecodering voor de oefentherapeut-Cesar (op basis van ICF). De Nederlandse Vereniging van Diëtisten heeft – naar analogie van de fysiotherapeutische diagnose – de diëtistische diagnose als volgt omschreven: “Het beroepsspecifieke oordeel van de diëtist over het gezondheidsprofiel van de patiënt, als basis voor het op te stellen behandelplan”.³³

Voor alle paramedici is in feite dezelfde vraag leidend: ben ik de aangewezen professional om (de klacht van) deze patiënt te behandelen? Elke professional stelt binnen de grenzen van zijn eigen competentie zijn eigen diagnose.

Hoewel deze diagnoses in de vakliteratuur worden onderscheiden van de medische diagnose, is op basis hiervan de medische diagnose niet anders te definiëren dan ‘een diagnose die valt binnen het competentiegebied van een arts’. Met andere woorden: naar analogie van de verpleegkundige en paramedische diagnose zou een medische diagnose kunnen worden gedefinieerd als ‘een diagnose binnen het medisch domein’ of ‘een diagnose binnen het professioneel domein van de arts’. De grenzen van het medisch domein zijn echter als eerder betoogd niet nader omschreven en bovendien aan verandering onderhevig. Een dergelijke afbakening biedt dus onvoldoende houvast.

Casus 9:

Meneer X heeft van de onderwijzer van zijn zoon gehoord, dat hij de indruk heeft dat zijn zoon het schoolbord niet van veraf kan lezen. Geconfronteerd met deze indruk beseft meneer X dat zijn zoon vaak dicht op de televisie zit. Hij besluit met zijn zoon naar de opticiens te gaan. Bij de opticiens wordt onder meer een refractiemeting verricht. Geconstateerd wordt dat er inderdaad sprake is van een visusdaling. Daar er geen aanwijzingen zijn voor onderliggende verdere pathologie krijgt de zoon van meneer X een recept voor een bril. Als zodanig is de diagnose myopie niet expliciet genoemd. Ook het feit dat een bril, hoewel het een zeer gangbaar product is, in feite een orthese is, is

niet als zodanig benoemd. Toch is de stelling goed te verdedigen dat hier een medische diagnose is gesteld.

3.3 De lekendiagnose

Een arts handelt bij het stellen van een diagnose vanuit zijn eigen referentiekader, dat wil zeggen zijn vakspecifieke kennis en competenties. Hierbij echter opgemerkt dat het hier niet gaat om 'artsenkennis' en 'artsenvaardigheden' maar om beroepsgebonden en individuele kennis en vaardigheden. Zoals het geen betoog behoeft dat een huisarts geen openhartoperaties uitvoert, zo geldt dit ook voor de diagnostiek. Elke arts zal vanuit zijn eigen (specialisme gebonden) kennis en met vakspecifieke vaardigheden een diagnose stellen.

Evenzo handelt een paramedicus vanuit zijn eigen referentiekader. Naar analogie hiervan kan ook worden gesteld dat een leek een diagnose kan stellen, zij het dat de epicrise vanwege een gebrek aan onder meer etiologische kennis en inzicht in pathofysiologische mechanismen, op en andere, minder gefundeerde wijze tot stand komt. Toch vindt ook hier weging van beschikbare informatie en mogelijk patroonherkenning plaats. Ook een leek stelt een aandoening vast en kan de oorzaak van een stoornis vanuit zijn eigen referentiekader vaststellen. De validiteit van de vaststelling van de leek zal echter minder zijn vanwege een minder stevig fundament van de diagnose. Het wezenlijke verschil met de diagnose van een medicus of paramedicus is echter het ontbreken van kennis op basis van een medische of paramedische opleiding.

In onderstaande casus passeren twee soorten leken de revue: een moeder (een ervaringsdeskundige) en een drogist (een professional wiens werkzaamheden voornamelijk gekenmerkt worden door commerciële activiteit, maar wel met een relevante opleiding, echter zonder regeling binnen de Wet BIG).

Casus 10:

Het derde kind van mevrouw X hoest al een paar dagen en slaapt slecht. Desgevraagd geeft haar zoon aan last te hebben van zijn keel (anamnese). Mevrouw X neemt de temperatuur op van haar zoon en constateert een lichte verhoging. Wanneer ze bij haar zoon in de mond kijkt lijkt de keel inderdaad wat feller rood (lichamelijk onderzoek).

Mevrouw X besluit dat de klachten niet ernstig genoeg zijn om naar de huisarts te gaan en koopt bij de apotheek hoestsiroop en kinderaspirine (patroonherkenning). "Waarom zou ik naar de huisarts gaan?" zo redeneert mevrouw X, "hoestsiroop en Sinaspril worden toch niet door het ziekenfonds vergoed dus een recept heeft voor mij geen enkele meerwaarde. Ik heb per slot van rekening vaker met dit bijltje gehakt. Bovendien als de klachten aanhouden kan ik overmorgen alsnog naar de huisarts gaan".

Mevrouw X doorloopt hier verschillende stadia van het diagnostisch proces. Haar zoon presenteert zich met een klacht. Op basis van haar ervaring (het is tenslotte haar derde kind) en interpretatie van anamnestic en langs lichamelijk onderzoek verkregen informatie stelt zij een diagnose: keelontsteking en verhoging als gevolg van de ontsteking.

Casus 11:

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 aan-doening 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.”

In beide gevallen is sprake van een diagnose. In het geval van casus 10 zou kunnen worden beargumenteerd dat het hier niet om een medische diagnose gaat. Immers de diagnose is noch wetenschappelijk gefundeerd (wetenschapsbenadering, zie paragraaf 3.1), noch is er sprake van een behandelrelatie tussen moeder en kind (juridische benadering).

Wanneer het wetenschaps criterium ruimer wordt geïnterpreteerd kan overigens in dit voorbeeld wel sprake zijn van een medische diagnose. Zo kan de diagnose bijvoorbeeld zijn gebaseerd op wetenschappelijke informatie die voor leken is ontsloten. Wanneer een leek voor het diagnostisch proces bijvoorbeeld een medische encyclopedie of professionele standaarden gebruikt, kan in de wetenschapsredenering de stelling worden verdedigd dat ook hier sprake is van een medische diagnose. Of in dit geval sprake is van een medische diagnose is afhankelijk van hoe strikt het wetenschaps criterium wordt toegepast. Met name door de opkomst van internet komt meer en meer informatie voor leken beschikbaar. Informatie waar vroeger alleen de professional toegang toe had.

In het geval van casus 11 is sprake van een diagnose gesteld in het kader van de individuele gezondheidszorg, zonder dat de drogist een krachtens Wet BIG geregeld beroep is. Volgens de brede ‘Wet BIG-benadering’, de juridische begrenzing (zie paragraaf 3.1), is hier wel sprake van een medische diagnose. Volgens het wetenschaps criterium kan hier zowel worden beargumenteerd dat hier wel als niet sprake is van een medische diagnose, afhankelijk van hoe streng het wetenschaps criterium wordt toegepast.

Uit beide casus komt naar voren dat het niet zonder meer mogelijk is op voorhand aan te geven welke deskundigheid nodig is voor het stellen van een medische diagnose.

3.4 De alternatieve diagnose

Alternatieve genezers kunnen hun behandeling baseren op drie verschillende categorieën diagnoses. Als eerste mogelijkheid kan een alternatieve genezer behandelen op basis van een in het reguliere medische circuit gestelde diagnose. In dit geval is zonder meer sprake van een medische diagnose en niet van een alternatieve diagnose.

Daarnaast kan een alternatieve genezer een patiënt behandelen op basis van een diagnose op basis van een pseudosyndroom (zie paragraaf 2.2). De diagnose van een pseudosyndroom komt tot stand op basis van het complex van klachten van de patiënt en doorgaans niet op basis van objectiveerbare symptomen.

Het is in dit kader relevant om een onderscheid te maken tussen de pseudosyndroom-diagnose door een regulier werkende arts en de pseudosyndroom-diagnose door een niet-arts of een alternatief werkende arts. Wanneer de diagnose is gesteld door een regulier werkende arts zal de arts eerst getracht hebben om een erkende diagnose te stellen. Pas nadat dit niet slaagt zal de arts eventueel zijn toevlucht zoeken in de pseudosyndroom-diagnose (of de diagnose beperken tot een klachtdiagnose, zie paragraaf 2.2). In dit geval is sprake van een medische diagnose: het diagnostisch proces is doorlopen op basis van wetenschappelijke inzichten met erkende diagnostische methoden. Een aantal aandoeningen zal bovendien op reguliere wijze (*lege artis*) zijn verworpen. Alleen de uitkomst van het diagnostisch proces is discutabel. Indien de arts zich beperkt tot een klachtdiagnose, eventueel aangevuld met een aantal uitsluitingen van aandoeningen (bijvoorbeeld pijn in de onderrug, zonder waarneembare neurologische of anatomische oorzaak of afwijkingen, geen HNP³⁴), is zonder meer sprake van een medische diagnose. Als de arts in plaats hiervan een pseudosyndroom benoemt, is het ‘label’ dat de arts aan de klacht verbindt niet wetenschappelijk erkend of door collega’s geaccepteerd. De diagnose is weliswaar een medische diagnose, maar de gekozen benaming is omstreden.

Indien echter de diagnose alleen op basis van de klachten van de patiënt wordt gesteld, zonder aanvullend medisch onderzoek of zonder dat langs reguliere weg andere aandoeningen zijn uitgesloten is volgens het wetenschaps criterium geen sprake meer van een medische diagnose. De benoeming van het pseudosyndroom is nu niets anders dan het ‘herlabelen’ van de onverklaarde klachten van de patiënt. Alleen volgens de Wet BIG-benadering van de begrenzing van het begrip medische diagnose (zie paragraaf 3.1) is in dit geval sprake van een medische diagnose.

De derde categorie diagnoses bij alternatieve genezers betreft de ‘echte’ alternatieve diagnoses: diagnoses die worden gesteld op basis van niet

erkende diagnostische methoden. In onderstaande tabel³⁵ wordt een aantal alternatieve diagnoses/methoden benoemd.

Homeopathische anamnese	Homeopathie
Tong- en polsdiagnose	Acupunctuur
Subluxatie van wervels	Chiropraxie
Hervonden herinneringen	Hypnotherapie
Orgaandisfuncties	Iriscopie
Verstoorde aura's	Paranormale therapie
Verstoring van energievelden	Therapeutic Touch
VEGA-test / Electroacupunctuur Voll	Homeopathie
Vitamine- en andere tekorten	Orthomoleculaire geneeskunde
Vervuiling van het lichaam	Natuurgeneeskunde
Bezetenheid door kwade geesten	Exorcisme, islamitische geneeskunde
Wichelroedes: aardstralen	Paranormale geneeskunde
Orgaandisfuncties	Bioresonantie-therapie
Verlengde GTT ³⁶ : 'hypoglycaemia'	Orthomoleculaire geneeskunde
Levendbloedanalyse: 'candidiasis'	Orthomoleculaire geneeskunde
Multiple chemical sensitivity syndrome (MCS)	Klinische ecologie
Problemen uit vroegere levens	Reïncarnatietherapie
Postvaccinaal syndroom	Homeopathie
Precancerose	Moermanmethode

De voorbeelden uit bovenstaande tabel ontberen wetenschappelijke fundering of consensus binnen de medische beroepsgroep.

Wanneer nu het wetenschaps criterium (zie paragraaf 3.1) wordt gehanteerd kan worden gesteld dat dergelijke niet-reguliere diagnoses per definitie geen medische diagnoses zijn. Dit ondanks het feit dat er wel degelijk gebruik wordt gemaakt van medische terminologie (bijvoorbeeld hypoglycaemia³⁷ of candidiasis³⁸). Er wordt een uitspraak gedaan over de gezondheidstoestand van de patiënt, mogelijk zelfs met gebruikmaking van erkende medische terminologie, op basis van diagnostische methoden die niet zijn gebaseerd op wetenschappelijk inzicht. Alleen volgens de Wet BIG-benadering van de begrenzing van het begrip medische diagnose is in dit geval sprake van een medische diagnose. Volgens het wetenschaps criterium is dat niet het geval.

In paragraaf 3.3 is gesteld dat zelfs volgens het wetenschaps criterium leken een medische diagnose kunnen stellen. Toch is in het geval van de alternatieve diagnose geen sprake van een medische diagnose. De verklaring hiervoor ligt in de gehanteerde diagnostische methoden. De leek zal bij het stellen van de medische diagnoses reguliere, op basis van wetenschappelijke inzichten tot stand gekomen, informatie en methoden gebruiken. De alternatieve genezer doet dit niet. De conclusies die hij verbindt aan de uitkomsten van zijn alternatieve tests missen wetenschappelijke grondslag. Daarmee is de alternatieve diagnose, zelfs wanneer deze door een arts wordt gesteld, volgens het wetenschaps criterium geen medische diagnose.

Door de conclusie dat alternatieve diagnoses volgens het wetenschaps criterium geen medische diagnoses zijn, ligt tevens de beperking van de mogelijkheden die het eventueel voorbehouden van medische diagnoses zou bieden. Indien immers diagnoses die langs niet-reguliere weg tot stand zijn gekomen geen medische diagnoses zijn, heeft het geen nut meer om medische diagnoses voor te behouden (zie ook casus 6). De alternatieve genezer heeft immers, wanneer hij gebruik maakt van alternatieve diagnostische methoden, volgens het wetenschaps criterium geen medische diagnose gesteld.

Overigens zij hier opgemerkt dat volgens de Wet BIG-benadering wel sprake is van een medische diagnose.

3.5 Conclusies

In de literatuur wordt de term medisch diagnose vaak gehanteerd, echter niet gedefinieerd. Opvallend is dat de term medische diagnose bijna altijd wordt gebruikt voor een diagnose die door een arts wordt gesteld. In de verpleegkundige en paramedische vakliteratuur wordt de term medische diagnose vaak gebruikt als tegenhanger van de 'eigen' verpleegkundige of paramedische diagnose.

Opvallend is dat de verpleegkundige en paramedische diagnoses de actor benoemen in hun definitie. In het kader van deze achtergrondstudie biedt dit voor de medische diagnose geen houvast. Immers wanneer een medische diagnose in de definitie door een arts zou worden gesteld, heeft het geen nut om deze voor te behouden (zie ook casus 6).

De verpleegkundige en paramedische diagnoses worden gekenmerkt door een afbakening aan de hand van het eigen deskundigheidsgebied. Het medisch deskundigheidsgebied is echter niet als zodanig omschreven. Het gebruik van de term 'medisch deskundigheidsgebied', suggereert bovendien dat er geen onderscheid zou bestaan tussen de deskundigheidsgebieden van de verschillende specialismen. Een cardioloog beschikt over deskundigheid die wezenlijk verschilt van de deskundigheid van een huisarts of chirurg. Hantering van het deskundigheidsgebied biedt derhalve onvoldoende houvast voor afbakening van de term medisch in het begrip medische diagnose.

Ook de verschillende classificatiesystemen bieden onvoldoende houvast om de term medisch scherp af te bakenen. Om de term toch af te bakenen zijn twee invalshoeken mogelijk: afbakening aan de hand van medische wetenschap of afbakening naar analogie van de Wet BIG.

Afbakening aan de hand van de medische wetenschap biedt een te enge definitie. Immers, als een medische diagnose per definitie alleen tot

stand kan komen volgens medisch wetenschappelijk inzicht, zijn ‘alternatieve diagnoses’ per definitie geen medische diagnoses en biedt het voorbehouden van het stellen van een medische diagnose geen soelaas (zie casus 6).

Anderzijds biedt de Wet-BIG benadering een te ruime definiëring. Als we het begrip medisch breed definiëren zoals de Wet BIG dit in feite doet, dan zijn alle diagnoses in de individuele gezondheidszorg medische diagnoses. Hieronder ook de alternatieve, maar ook de verpleegkundige en alle paramedische diagnoses. Deze afbakening levert een te brede definitie op om een bijdrage te leveren aan de begrenzing van het begrip medisch.

4 Conclusie

In het begrip medische diagnose zijn de termen ‘medisch’ en ‘diagnose’ te onderscheiden. In de gezondheidszorg is het begrip diagnose een vlag 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. Diagnosen worden gesteld door vrijwel alle zorgverleners, elk binnen zijn eigen deskundigheidsgebied. Het antwoord op de vraag naar de begrenzing van het begrip ‘medische diagnose’ kan dan ook niet worden gevonden in het deel ‘diagnose’.

Ook definitie van het begrip ‘medisch’ leidt niet tot een eenduidige en bruikbare afbakening van het begrip medische diagnose.

Verpleegkundigen en paramedici begrenzen hun ‘eigen’ professionele diagnose door deze diagnose uitsluitend te stellen binnen hun eigen competentiegebied en als rechtvaardiging voor het professioneel handelen binnen het eigen deskundigheidsgebied. Om naar analogie hiervan de medische diagnose te begrenzen vereist een antwoord op de vraag wat precies tot het medisch domein of het specifieke deskundigheidsgebied van medici kan worden gerekend. Dit is in de literatuur niet omschreven. In plaats van het begrip medische diagnose te begrenzen wordt de vraag bovendien alleen verlegd. Van ‘wat is een medische diagnose?’ naar ‘wat is het medisch domein?’.

Een andere complicerende factor om naar analogie van paramedici en verpleegkundigen de medische diagnose af te bakenen is het feit dat de actor wordt benoemd in de definitie van de verpleegkundige en paramedische diagnose. Wanneer dit ook wordt gedaan voor de medische diagnose heeft een dergelijke definiëring geen nut meer. Het is immers niet relevant om een medische diagnose aan artsen voor te behouden, wanneer deze volgens de definitie alleen door een arts kan worden gesteld. Een uitspraak over een aandoening door een alternatieve behandelaar is dan geen medische diagnose meer.

Ook bieden de verschillende classificatiesystemen onvoldoende houvast om het begrip medische diagnose te begrenzen. De ICD lijkt een houvast te bieden, maar het is niet mogelijk om aan de hand hiervan scherpe grenzen te stellen, daar de ICD breder is dan ziekten alleen (ook klachten en gezondheidsproblemen) en het begrip ziekte erg breed wordt gehanteerd. De ICD is dan ook niet bedoeld om het begrip medisch te begrenzen, maar slechts als een universele codering ten behoeve van registratie, onderzoek en beleid.

Een andere mogelijke benadering is medisch te definiëren als synoniem

voor geneeskunde. Hieraan kunnen twee uitwerkingen worden gegeven: medisch wetenschappelijke begrenzing en begrenzing naar analogie van de Wet BIG. Deze afbakening is ofwel te smal, ofwel te breed. Wanneer de medische diagnose wordt gedefinieerd als 'diagnose op basis van medisch wetenschappelijk inzicht' vallen alternatieve diagnoses buiten de definitie van medische diagnose. Als een medische diagnose alleen lege artis tot stand kan komen, heeft het geen nut meer deze voor te behouden. Het mogelijke voorbehoud van de medische diagnose is ten slotte juist bedoeld om het stellen van diagnoses die *niet* lege artis tot stand zijn gekomen aan banden te leggen (zie voorbeeld in casus 6).

Indien de geneeskunde wordt gedefinieerd naar analogie van de Wet BIG, zijn vrijwel alle diagnoses in de zorg medische diagnoses. Dus ook de diagnoses die worden gesteld door een verpleegkundige of een fysiotherapeut. Deze redenering levert weer een te brede definitie op van het begrip diagnose.

Concluderend kan worden gesteld dat het wel mogelijk is om het begrip medische diagnose aan de hand van de term 'medisch' te definiëren, maar dat dit geen definitie oplevert die mogelijk bruikbaar is om het stellen van een medische diagnose voor te behouden aan artsen.

Noten

- ¹ Kenmerk: IBE/BO-2515378.
- ² Van Dale Hedendaags Nederlands, 3e druk, 2002.
- ³ Pinkhof-Hilfman, Geneeskundig woordenboek, 9e uitgave, Houten 1992.
- ⁴ Elseviers Medische Encyclopedie, Amsterdam 1990.
- ⁵ Zie bijvoorbeeld:
 - HGLM Grundmeijer et al. (red). Het geneeskundig proces, Klinisch redeneren van klacht naar therapie. 2e druk. Maarssen 2004. pp 113 sqq
 - HR Wulff. Rational diagnosis and treatment, an introduction to clinical decision-making. 2nd edition, - Oxford 1982
 - HR Wulff. Philosophy of medicine, an introduction. 2nd edition. Oxford 1990
- ⁶ H.G.L.M. Grundemeijer, et al. (red). Het geneeskundig proces, Klinisch redeneren van klacht naar therapie. 2e druk. Maarssen 2004.
- ⁷ H.R. Wulff. Rational diagnosis and treatment, an introduction to clinical decision-making. 2nd edition.
- ⁸ differentiaaldiagnose of differentiële diagnose: de te overwegen diagnoses bij een bepaald ziektebeeld.
- ⁹ epicrisis: eindoordeel (Pinkhof-Hilfman). De letterlijke betekenis van het Griekse woord *επικρισις* is: beslissing.
- ¹⁰ N.P. van Duijn, H.C.P.M. van Weert, O.J.M. Lackamp. De diagnose. Boekbijdrage in: H.G.L.M. Grundemeijer, et al. (red). Het geneeskundig proces, Klinisch redeneren van klacht naar therapie. 2e druk. Maarssen 2004.
- ¹¹ diagnose op grond van het succes van een bepaalde behandeling (Pinkhof-Hilfman).
- ¹² Pijn bij druk op dit punt op de rechter onderbuik wijst op een mogelijke appendicitis.
- ¹³ De onderverdeling en omschrijving van de categorieën is ontleend aan N.P. van Duijn, H.C.P.M. van Weert, O.J.M. Lackamp. De diagnose. Boekbijdrage in: H.G.L.M. Grundemeijer, et al. (red). Het geneeskundig proces, Klinisch redeneren van klacht naar therapie. 2e druk. Maarssen 2004.
- ¹⁴ Bron: Van Dale. Pinkhof-Hilfman definieert een syndroom als een 'complex van verschijnselen dat vaker in eenzelfde combinatie voorkomt, en dus als een eenheid moet worden beschouwd'.
- ¹⁵ dermatose: huidziekte; allergische dermatose: een op allergische reactie berustende huidziekte (Pinkhof-Hilfman).
- ¹⁶ Een in de alternatieve geneeskunde gebruikte diagnostische test op basis van electro-acupunctuur.

- ¹⁷ ICD-10; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, volume 2. World Health Organization. Geneve, 1993.
- ¹⁸ IV is hier gebruikt als Romeins cijfer: de vierde versie. Ook wordt versie III-R (derde herziene (revised) versie) nog frequent gebruikt.
- ¹⁹ Bron: M. Gordon. Verpleegkundige diagnostiek, proces en toepassing. 1e druk 3e oplage. Maarssen 1998.
- ²⁰ E. Albersnagel, Y. van der Brug. Diagnosen, interventies & resultaten, 2e druk. Groningen 2002.
- ²¹ North American Nursing Diagnosis Association. NANDA verpleegkundige diagnoses. Definities en classificaties 2003-2004. 4e herziene druk. Houten 2003.
- ²² L.J. Carpenito, Zakboek verpleegkundige diagnoses. Groningen 1998.
- ²³ Met interventies wordt bedoeld: verpleegkundige handelingen die bijdragen aan het bereiken van het beoogde resultaat.
- ²⁴ Y. Heerkens, L. Vogels, D. van Ravensberg. Project Fysiotherapeutische diagnose. Fysiopraxis – Jrg. 7, nr 3 (1998); p. 27-29.
- ²⁵ Zie bijvoorbeeld C.D. Mischner-van Ravensberg, H.J.M. Paauw, J.L.M. van Gestel. De fysiotherapeutische werkdiagnose in relatie tot de medische diagnose. Ned Tijdschr Fysiotherapie. Jrg. 98, nr 5 (1988); p. 104-107 of
Y. Heerkens. Fysiotherapeutische diagnose bij de groep eerstelijns patiënten. Issue – Nr. 1 (1998); p. 7-12
- ²⁶ Lumbago: spit, pijn in de lendenen (Pinkhof-Hilfman).
- ²⁷ Zie bijvoorbeeld Basismodule Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Nederlands Paramedisch Instituut / Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Amersfoort, 2004.
- ²⁸ A. Broekhuizen, P. Graetz. De ICIDH in de praktijk; de logopedische diagnose: stoornis-beperking-handicap. Logopedie en foniatrie, (1994) p. 257-260
- ²⁹ Gezien de naamswijziging van de ICIDH zou hier eigenlijk gesproken moeten worden over de ICF-L. In de literatuur wordt deze naam echter (nog) niet gebruikt.
- ³⁰ Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie.
- ³¹ KNO-arts, gespecialiseerd in de behandeling van stem- en spraakstoornissen
- ³² Richtlijn Classificatie orthoptische diagnoses, resultaat van het project “Registratie patiëntgegevens in de orthoptische praktijk”. Nederlands Paramedisch Instituut. Amersfoort 1999.
- ³³ E.Lie, Y.F. Heerkens. Classificaties en Coderingen voor de Diëtetiek. Nederlands Paramedisch Instituut. Amersfoort 2003.
- ³⁴ HNP: hernia nuclei pulposi of discusprolaps, aandoening van de tussenwervelschijf, in de volksmond aangeduid als hernia.
- ³⁵ Bron: C. Renkens. Dwaalwegen in de geneeskunde. Over alternatie-

ve geneeswijzen, modeziekten en kwakzalverij. Amsterdam: 2004; p. 239.

³⁶ Glucose tolerantie-test.

³⁷ Te laag glucosegehalte van het bloed.

³⁸ Ziekte veroorzaakt door een schimmelinfectie.

Literatuur

Albersnagel, E. en Y. van der Brug. Diagnosen, interventies & resultaten. Groningen: Wolters-Noordhoff B.V., 2002.

Broekhuizen, A. en P. Graetz. De ICIDH in de praktijk; de logopedische diagnose: stoornis-beperking-handicap. Logopedie en foniatrie, 1994, p. 257-260.

Carpenito, L.J. Zakboek verpleegkundige diagnosen. Groningen: Wolters-Noordhoff B.V., 1998.

Van Dale Hedendaags Nederlands. Utrecht; Van Dale Lexicografie, 2002.

Elseviers Medische Encyclopedie. Amsterdam: Elsevier, 1990.

Gordon, M. Verpleegkundige diagnostiek, proces en toepassing. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 1998.

Grundemeijer, H.G.L.M., et al. (red). Het geneeskundig proces: klinisch redeneren van klacht naar therapie. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2004.

Heerkens, Y., L. Vogels en D. van Ravensberg. Project Fysiotherapeutische diagnose. Fysiopraxis, Jrg. 7, 1998, no. 3, p. 27-29.

Heerkens, Y. Fysiotherapeutische diagnose bij de groep eerstelijns patiënten. 1998, no. 1, p. 7-12.

Heerkens, Y., et al. Fysiotherapeutische diagnose. 1997, no. 2, p. 33-34.

Heerkens, Y., et al.. Zin en onzin van het gebruik van de ICIDH. Fysiopraxis, Jrg.2, 1993, no. 18, p. 18-21.

Isaacs, E.R. Should physical therapists diagnose: a neurologist's viewpoint. Journal of Physical Therapy Education, 9, 1995, no. 2, p. 63-64.

Leijh, E. en C. Salentijn. Verpleegkundige diagnoses. Betekenis, classificatie en vragen. Verpleegkunde, 1, 1991-1992, p. 3-10.

Lie, E. en Y.F. Heerkens. Classificaties en Coderingen voor de Diëtetiek. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2003.

Mischner-van Ravensberg, C.D., H.J.M. Paauw en J.L.M. van Gestel. De fysiotherapeutische werkdiagnose in relatie tot de medische diagnose. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. Jrg. 98, n0. 5, p. 104-107.

North American Nursing Diagnosis Association. NANDA verpleegkundige diagnoses. Definities en classificaties 2003-2004. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2003.

NPi Basismodule Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2003.

NPi: Richtlijn classificatie orthoptische diagnoses, resultaat van het project 'registratie patiëntgegevens in de orthoptische praktijk'. Nederlands Paramedisch Instituut. Amersfoort: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2004.

Philipsen, H. Wat nodig is, is een fysiotherapeutische diagnose. 4, 1987, no.2, p. 8-9.

Pinkhof-Hilfman. Geneeskundig woordenboek. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Renckens, C. Dwaalwegen in de Geneeskunde. Amsterdam: Prometheus Groep, 2004.

World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision. Geneve: WHO, 1993.

Wulff, H.R. Rational diagnosis and treatment, an introduction to clinical decision-making. Oxford: Blackwell Science, 1982.

Wulff, H.R. Philosophy of medicine, an introduction. Oxford: Blackwell Science, 1990.

Geraadpleegde deskundigen

- Mw.drs. E.P.L. Alsbersnagel-Thijssen, opleidingsmanager Master Advanced Nursing Practice, Hanzehogeschool Groningen
- Prof.dr. H. Beukers, hoogleraar Metamedica, LUMC
- Prof.dr. J.A. Bruijn,, hoogleraar Pathologie, LUMC
- Mw.dr. Y.F. Heerkens, programmaleider classificaties, definities en coderingen, Nederlands Paramedisch Instituut
- Prof.dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde, AMC/UvA
- Dr. A.P. Timmers, huisarts
- Mw.drs. H.W.A. Wams, algemeen directeur Nederlands Paramedisch Instituut

Medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG?

Mr. G.P.M. Raas
RVZ

1 Inleiding

Het uitgangspunt in de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) dat de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg in beginsel voor iedereen toegankelijk is, geldt niet voor het gebied van de voorbehouden handelingen. De wetgever heeft zich gerealiseerd dat aan het opheffen van het integrale verbod de geneeskunst uit te oefenen voor de patiënt risico's verbonden zijn. Het aan de wet BIG inherente spanningsveld tussen enerzijds de wens van patiëntenbescherming en anderzijds de praktische onmogelijkheid het gehele terrein van de geneeskunst uitsluitend aan artsen voor te behouden, heeft geresulteerd in een lijst van voorbehouden handelingen. Handelingen die risico's voor de patiënt meebrengen als ze door ondeskundigen worden verricht, worden voorbehouden aan in de wet genoemde deskundigen.

De parlementaire behandeling (die bijna tien jaar heeft geduurd en de voorbereiding daarop twintig jaar exclusief de daaraan voorafgaande periode met Staatscommissies) heeft geresulteerd in een limitatieve opsomming van 13 categorieën voorbehouden handelingen in artikel 36 van de wet. Het gaat om de volgende categorieën voorbehouden handelingen:

heelkundige handelingen, verloskundige handelingen, het verrichten van endoscopieën, het verrichten van catheterisaties, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het onder narcose brengen, het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie, het toepassen van electroconvulsietherapie, steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden en het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap.

Twee vraagstukken rond de voorbehouden handelingen hebben tijdens de parlementaire behandelingen de boventoon gevoerd: 1) wanneer is sprake van een voorbehouden handeling en 2) hoe moeten de bevoegdheden geregeld worden.

Beide vraagstukken komen terug naar aanleiding van deze adviesaanvraag. De Raad zal in het advies de vraag moeten beantwoorden of de medische diagnose een voorbehouden handeling moet worden. Indien die vraag bevestigend wordt beantwoord – mede in aanmerking genomen de door de minister gegeven uitgangspunten – komt de vraag aan de orde hoe de bevoegdheden moeten worden geregeld.

In deze bijdrage wordt eerst beknopt geschetst aan de hand van welke criteria de vraag te beantwoorden is of de medische diagnose aangemerkt kan worden als een voorbehouden handeling (par. 2). Vervolgens wordt de huidige regeling van bevoegdheden geschetst en de wijzigingen/aanpassingen die de RVZ op dit punt recent heeft voorgesteld (par. 3). Dan wordt de vraag gesteld of de medische diagnose als voorbehouden handeling kan worden opgenomen (par. 4) en hoe de bevoegdheden dan geregeld zouden moeten worden (par. 5).

2 Wanneer is er sprake van een voorbehouden handeling?

Een cruciale vraag in dat verband is welke handelingen nu risico's met zich mee brengen. Anders geformuleerd, wanneer moet een handeling worden aangemerkt als een voorbehouden handeling? Gedurende het wetgevingstraject (en daarna) is gebleken dat die vraag niet eenvoudig te beantwoorden is.

In de Memorie van Toelichting (MvT) worden drie criteria genoemd¹:

- a. er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen;*
- b. het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen wat men voorbehouden wil, moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken;*
- c. in de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden; het heeft geen zin gebieden voor te behouden waarop ondeskundigen nimmer zullen en, door gebrek aan faciliteiten, kunnen komen."*

Voor sommige handelingen ligt het voor de hand ze aan te merken als voorbehouden handeling, bijvoorbeeld een (hart)operatie. Voor andere handelingen is dat niet altijd even duidelijk. Psychotherapie bijvoorbeeld, of acupunctuur. Hieronder worden de drie criteria afzonderlijk besproken.

a. er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen

De Gezondheidsraad heeft tijdens de parlementaire behandeling van de Wet BIG drie maal over voorbehouden handelingen geadviseerd². In dit verband is een belangrijke constatering van de Gezondheidsraad dat er geen universele maatstaf is voor de vaststelling van de mate van gevaar voor (medische) handelingen en dus ook geen maatstaf voor classificering van handelingen in "gevaarlijk" en "minder gevaarlijk".

"Er kunnen aan de stand van de wetenschap geen objectieve maatstaven worden ontleend om de ene groep handelingen wel en de andere niet tot voorbehouden te verklaren"³.

Die constatering van de Gezondheidsraad leidt er overigens niet toe dat de Raad afziet van het formuleren van voorbehouden handelingen. Hij komt met het voorstel voor een andere indeling. (Omwille van de beknoptheid van deze bijdrage wordt die indeling hier buiten beschouwing gelaten.) Het voorstel wordt niet overgenomen, maar leidt wel tot enkele toevoegingen zoals die van de defibrillatie.

Acupunctuur is één van de handelingen waarover tijdens de parlementaire behandeling van de wet BIG uitvoerig is gedebatteerd. Is er bij acupunctuur wel sprake van gezondheidsrisico's? De toenmalige staatssecretaris (Simons) meende van niet. Hij kende wel grotere gezondheidsrisico's en bepleitte toch vooral ook een pragmatische aanpak. Kijkend naar de praktijk, achtte hij het niet opportuun om paal er perk te stellen aan de vrijheid van acupuncturisten. De wet bood immers ook een mogelijkheid nog voorbehouden handelingen toe te voegen⁴. De kamer stemde – de uitslag is bekend – met zijn aanpak in.

Ook over de gevaren van ondeskundige psychotherapie is uitvoerig gedebatteerd. De Gezondheidsraad stelt in zijn advies dat ondeskundige toepassing van psychotherapie tot ernstige schade bij de patiënt kan leiden. Zo wordt het door de beroepsbeoefenaar niet onderkennen van de dreiging van suïcide in veel publicaties als een gevaarlijk aspect van ondeskundig verrichte psychotherapie gemeld⁵. Toch is psychotherapie niet als voorbehouden handeling in de wet BIG opgenomen. Maar dat heeft meer te maken met het tweede criterium dat hierna besproken wordt. Hoe aanmerkelijk in dit eerste criterium moet worden geïnterpreteerd blijft overigens tijdens de parlementaire behandeling onduidelijk. Ook de Gezondheidsraad wijst er op dat de term precisie mist, maar dat dit wel haast onvermijdelijk is. “Het ene gevaar is het andere niet; men kan risico's niet steeds met dezelfde maat meten, en waar dat wel mogelijk is hoeven de getallen niet te sporen met de beleving van het risico. Bovendien ontbreekt het aan betrouwbare overzichten van de aantallen fouten en ongevallen bij het verrichten van bepaalde handelingen; ook daardoor is het niet mogelijk de mate van gevaar in maat en getal uit te drukken.”⁶

b. het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen wat men voorbehouden wil, moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken

Psychotherapie kan alleen worden aangemerkt als voorbehouden handeling als de behandelingsmethoden van de psychotherapeut op een niet voor meerdere uitleg vatbare wijze kunnen worden afgegrensd van andere, minder risicovolle behandelingsmethoden⁷. De uiteindelijke conclusie van de wetgever is dat dit niet mogelijk is. De conclusie is gebaseerd op het advies van de Gezondheidsraad. Die komt in het eerder aangehaalde advies over psychotherapie tot de conclusie dat het niet mogelijk is om psychotherapie of bepaalde methoden van psychotherapie zodanig scherp

te omschrijven dat het daarmee af te bakenen is van andere handelingen. Zo blijkt het moeilijk psychotherapie af te bakenen van een ondersteunend gesprek door een verpleegkundige of door een geestelijk verzorger.

Toch zijn de in de wet BIG gegeven omschrijvingen van categorieën voorbehouden handelingen niet allemaal evengoed afgegrensd van andere categorieën of handelingen. En in de Memorie van Toelichting (M.v.T.) zijn ook lang niet altijd aanknopingspunten te vinden om te bepalen of handelingen nu wel of niet onder een bepaalde categorie vallen. De omschrijvingen zijn met andere woorden niet altijd even goed gelukt. De toenmalige Raad BIG is tijdens zijn bestaan talloze malen benaderd met verzoeken om uitleg over de omschrijving van voorbehouden handelingen. Op basis van die verzoeken signaleerde de Raad in de praktijk de neiging om handelingen waaraan risico's verbonden zijn, maar die in de wet niet als voorbehouden handeling waren benoemd toch onder een categorie van voorbehouden handeling te brengen. Om enkele voorbeelden te noemen: het instellen of wijzigen van beademingsapparatuur, het toedienen van sondevoeding bij een reeds ingebrachte sonde, het afzuigen van slijm via een tracheacanule en het intuberen⁸. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft de Raad BIG aan het eind van zijn bestaan een stappenplan voorbehouden handelingen ontwikkeld met daarin opgenomen voorstellen voor een nieuwe omschrijving van de huidige categorieën voorbehouden handelingen⁹. Tevens heeft hij op basis van de meest gestelde vragen een nadere precisering gegeven van sommige categorieën en bij enkele daarvan aangegeven wat er naar zijn mening niet onder zou moeten vallen. Een vingerprik ter bepaling van bloedsuikerwaarde valt strikt genomen wel onder het verrichten van de voorbehouden categorie puncties, maar de Raad BIG vond dat die handeling niet zodanig gevaarlijk was dat die zou moeten worden voorbehouden. En het regionaal tuchtcollege Amsterdam bepaalde dat het doorspuiten van een stilstaand infuus geen voorbehouden handeling is¹⁰ hoewel dat strikt genomen wel onder de categorie catheterisaties valt. Uit de evaluatie van de wet BIG blijkt dat er weliswaar enige onduidelijkheid op dit punt bestaat, maar in de praktijk wel met de regeling te werken valt. Eerder bestaat de neiging meer handeling aan te merken als voorbehouden dan de wetgever bedoeld heeft. Het voordeel is dat daardoor zorgvuldig gewerkt wordt, het nadeel dat daardoor onnodige bureaucratie wordt veroorzaakt.

Dit tweede criterium is overigens niet consequent toegepast door de wetgever. Zo blijkt uit de omschrijving verloskundige handeling handelingen in artikel 36 niet welke verloskundige handelingen zijn voorbehouden en welke niet. Op verzoek van de toenmalige minister heeft de Raad BIG voorstellen gedaan voor een meer precieze omschrijving. Die zijn echter niet overgenomen. Dit heeft tot gevolg dat niet duidelijk is wat moet worden voorbehouden. Een voorbeeld kan dit verduidelijken.

De omschrijving ‘het inschatten van het verloskundig risico’ was naar de mening van de Raad BIG destijds te ruim om te kunnen worden aange-merkt als een voorbehouden handeling. De Raad achtte het een niet af te bakenen begrip. Ook verpleegkundigen die op een kraamafdeling werken verrichten immers observaties of verrichten metingen met het oogmerk risico’s in te schatten. Bovendien is niet duidelijk welke handelingen vallen onder het inschatten van risico. Voor het inschatten van het verloskundig risico worden namelijk verschillende handelingen verricht: het afnemen van een anamnese, het meten van de bloeddruk, observatie, het meten van het gewicht, etc. Naar de mening van de Raad BIG kon toch moeilijk worden volgehouden dat al deze handelingen aanmerkelijk risico’s met zich meebrengen en daarom zouden moeten worden voorbehouden. Het lijkt er op of de wetgever voor het gebied van de verloskundig is teruggekeerd naar een wetsystematiek die doet denken aan de Wet Uitoefening Geneeskunst uit 1865¹¹.

Ook de Raad van State vraagt in zijn advies over het Besluit opleidings-eisen en deskundigheidsgebied verloskundige¹² om een duidelijke toetsing aan de tijdens de parlementaire behandeling afgesproken criteria voor voorbehouden handelingen. Verder wijst hij nog eens op de noodzaak van een duidelijke afbakening in verband met de strafbaarstelling van het onbevoegdlijk verrichten van een voorbehouden handeling. Daarom zou hij graag de toelichting op beide punten aangescherpt zien¹³.

De toenmalige minister (Borst) merkt in de MvT bij het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige op dat uit de wetsgeschiedenis niet is op te maken dat de wetgever voor ogen heeft gehad om het oude bevoegdheidsterrein van de verloskundige niet opnieuw voor te behouden aan (artsen en) verloskundigen. Verder zou het voorstel van de Raad BIG impliceren dat toegestaan wordt dat ondeskundigen de medische begeleiding van de zwangerschap, de bevalling en de kraambedperiode op zich nemen terwijl niet gegarandeerd kan worden dat zij beschikken over deskundigheid op het gebied van de verloskundige risicoselectie.

Een opmerkelijke stellingname omdat zich uit de MvT bij de wet BIG een ander conclusie opdringt. Daar wordt expliciet aangegeven dat nader onderzoek nodig is met betrekking tot de vraag of en in hoeverre binnen het gebied van de verloskundige handelingen een onderscheid gemaakt moet worden tussen enerzijds verloskundige handelingen die beantwoorden aan de criteria voor voorbehouden handelingen en anderzijds handelingen die niet aan deze criteria voldoen¹⁴. En dat was mede de achtergrond voor de vraagstelling aan de Raad BIG destijds. Wel zijn de consequenties van de filosofie en systematiek van de wet voor het terrein van

de verloskunst tijdens de parlementaire behandeling wellicht onderbelicht gebleven.

Uiteindelijk blijkt noch uit artikel 36 van de wet, noch uit artikel 19 van het Besluit duidelijk welke handelingen nu voorbehouden verloskundige handelingen zijn. Als zoveel naspeuringen nodig zijn om te weten welk gebied voorbehouden is, bevordert dat de handhaafbaarheid van de wet niet. Toch leidt die vage omschrijving op dit moment niet tot problemen.

c). in de praktijk moet het gebied ook door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden; het heeft geen zin gebieden voor te behouden waarop ondeskundigen nimmer zullen en, door gebrek aan faciliteiten, kunnen komen

Hier wordt bedoeld dat het weinig zin heeft om handelingen voor te behouden waarvoor in de praktijk zeer hoogwaardige technische apparaten voor nodig zijn en die alleen in zeer gespecialiseerde medische centra voorhanden zijn¹⁵.

De Gezondheidsraad vindt echter dat de wetgever hier kiest voor pragmatisme, de gezondheidszorg is immers volop in beweging. Bij verdere commercialisering acht de Gezondheidsraad het niet uitgesloten dat onbevoegden in staat zullen zijn bijvoorbeeld een niersteenvergruizer te kopen en te gebruiken. In ieder geval kan men verwachten dat niersteenvergruizers in de loop der tijd handzamer en goedkoper zullen worden, waarmee voor onbevoegden barrières wegvallen¹⁶.

De voorspelling van de Gezondheidsraad uit 1988 blijkt uit te komen. Door de komst van de automatische uitwendige defibrillator is het voorbehouden gebied van de defibrillatie een voorbeeld waar de techniek leidt tot nieuwe inzichten in welke handelingen moeten worden voorbehouden. Uit het in 2002 daarover verschenen rapport van de Gezondheidsraad: "Sinds 1980 is een automatische defibrillator beschikbaar die met een zeer grote sensitiviteit en specificiteit onderscheid kan maken tussen hartritme stoornissen waarbij een defibrillatorschok is aangewezen en ritmes waarbij dit beslist niet het geval is. Het gebruik van deze defibrillator is door een doelgericht, automatisch ten gehore gebracht instructieschema en vergaande automatisering van de bediening zó duidelijk en gemakkelijk geworden, dat in principe iedere leek ermee kan omgaan." "Het blijkt dat ook onder veldomstandigheden de ritme-diagnostiek uitstekend is en dat het bedieningsgemak het maken van levensbedreigende fouten uitsluit."¹⁷ Een wetswijziging om de defibrillatie uit artikel 36 te schrappen is inmiddels in voorbereiding¹⁸.

3 Regeling bevoegdheden voorbehouden handelingen

Voor de 13 hiervoor genoemde clusters van handelingen is besloten dat die zo gevaarlijk zijn dat specifieke waarborgen nodig zijn. Hoe die specifieke waarborgen gedurende tien jaar parlementaire behandeling (voortdurend) gewijzigd zijn, blijft hier buiten beschouwing. Volstaan wordt met een korte samenvatting van de regeling op hoofdlijnen en de recente voorstellen van de RVZ.

De specifieke waarborgen houden in, dat alleen de arts bevoegd is om de indicatie te stellen voor de voorbehouden handelingen (en de tandarts en de verloskundige voor enkele daarvan). Bovendien wordt expliciet de eis gesteld dat de arts (en de tandarts en de verloskundige) ook bekwaam moet zijn om die handelingen uit te voeren.

De wet stelt verder eisen aan de arts als die voorbehouden handelingen door anderen wil laten uitvoeren. Zo moet zij/hij zich overtuigen van de bekwaamheid van de ander om die handeling naar behoren te kunnen uitvoeren, moet toezicht en tussenkomst mogelijk zijn en moeten, indien nodig, aanwijzingen worden gegeven (artikel 38).

Ook aan degene die een handeling in opdracht van een arts (of tandarts, of verloskundige) uitvoert, worden eisen gesteld. Zij/hij moet zichzelf bekwaam achten en handelen volgens de aanwijzingen van de opdrachtgever (artikel 35).

De bevoegdheidsregeling gaat uit van een één op één relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Dat is niet de praktijk. Om aan een aantal praktische bezwaren tegemoet te komen, biedt artikel 39 een oplossing. De essentie van dat artikel is, dat bij algemene maatregel van bestuur een bepaalde categorie beroepsbeoefenaren wettelijk deskundig wordt verklaard om bepaalde voorbehouden handelingen zonder toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever uit te voeren (Raad BIG, 1995). Dit artikel is toegepast voor verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten (Besluit functionele zelfstandigheid, besluit van 29 oktober 1997, Stb. 524).

Schematisch ziet de bevoegdheidsregeling er als volgt uit:

Bevoegdheid	Bevoegdheid wordt ontleend aan artikel	Bevoegd tot
Zelfstandige bevoegdheid	36	Indicatie en uitvoering (mits bekwaam)
Uitvoeringsbevoegdheid	35	Uitvoering met toezicht en tussenkomst (mits bekwaam)
Zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid (toepassing artikel 39)	35	Uitvoering zonder toezicht en tussenkomst (mits bekwaam)

Bron: Advies voorbehouden handelingen, Raad BIG

In zijn advies Taakherschikking in de gezondheidszorg¹⁹ heeft de Raad een aantal voorstellen gedaan om de bevoegdheidsregeling aan te passen en daarmee belemmeringen voor taakherschikking weg te nemen. Zo heeft hij aanbevolen verpleegkundigen en mondhygiënisten voor daarvoor in aanmerking komende voorbehouden handelingen een zelfstandige bevoegdheid te geven en voor meer beroepen artikel 39 toe te passen.

Op dit moment geldt als uitgangspunt voor de diagnostiek wie bekwaam is, is bevoegd. Als naast de psychiater de gezondheidszorgpsycholoog en/of de sociaal psychiatrisch verpleegkundige bekwaam is de diagnose depressie te stellen, is hij of zij daartoe bevoegd. Als de diabetesverpleegkundige bekwaam is de diagnose diabetes type 2 te stellen, is hij/zij daartoe bevoegd. Uit de jurisprudentie blijkt wel dat de (tucht)rechter scherp kijkt naar de opleiding. Zo oordeelde het Centraal Medisch Tuchtcollege in 1991 dat een basisarts onvoldoende deskundig is om oogheekkundige verrichtingen te doen. Zijn deskundigheid beperkt zich tot het kennen en kunnen van de geneeskundige opleiding.²⁰ En zo oordeelde de voorzieningenrechter in Den Haag dat diagnostiek niet in alle gevallen aan verpleegkundigen kan worden overgelaten (Rechtbank 's-Gravenhage d.d. 24 januari 2003).

4 Medische diagnose als voorbehouden handeling?

De parlementaire behandeling van de wet BIG laat zien dat de beantwoording van de vraag of de medische diagnose als voorbehouden handeling moet worden aangemerkt geen eenvoudige zal zijn. Immers, zoals de Gezondheidsraad al in 1992 opmerkte, er is geen universele maatstaf voor de vaststelling van de mate van gevaar voor (medische) handelingen.

De eerste vraag die zich aandient is echter om welke concrete handeling het gaat bij de medische diagnose. Gaat het om een concreet onderzoek, het interpreteren van een uitslag van een onderzoek, het 'labelen' van

symptomen c.q. om de intellectuele arbeid die nodig is om tot de medische diagnose te komen? Als dat laatste het geval is, is het waarschijnlijk lastig om de medische diagnose te beschouwen als een voorbehouden handeling. Immers uit de uitvoerige en langdurige voorbereiding van de parlementaire voorbereiding van de wet blijkt dat het een expliciete keus van de wetgever is geweest al het ‘beradene / beschouwende’ niet onder de werkingssfeer van artikel 36 te brengen. Bij herhaling is dit punt uitvoerig besproken in de Tweede Kamer. Het is een bewuste keus geweest van de wetgever de reikwijdte van artikel 36 te beperken tot nauw omschreven (technische) handelingen die voldoende zijn af te bakenen.

Nog een voorbeeld waaruit dat blijkt. Handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze totstandbrengen van een zwangerschap is een voorbehouden handeling (artikel 36, lid 13). Het geven van erfelijkheidsvoorlichting is echter niet onder de reikwijdte van artikel 36 gebracht²¹.

Een tweede vraag is hoe gevaarlijk het stellen (of ontkennen) van een medische diagnose is. Anders dan bij de handelingen die nu genoemd worden in artikel 36 gaat het meer om handelingen / consequenties die aan de diagnose worden verbonden. Zo is de vraag gerechtvaardigd of het beoordelen van de urgentie van klachten (triage) niet minstens zo ‘gevaarlijk’ is. Formeel is dat wellicht niet het stellen van een medische diagnose, maar de burger / patiënt zal dat onderscheid mogelijk minder relevant vinden.

Maar de wetgever is niet altijd even consequent geweest en kan dat waarschijnlijk ook niet altijd zijn. Het blijft een kwestie van kiezen. Zo is de keus om acupunctuur niet onder de omschrijving van puncties of heelkundige handelingen te laten vallen begrijpelijk, maar aanvechtbaar. In Denemarken – die een vergelijkbare regeling hebben als de wet BIG - wordt acupunctuur door een uitspraak van de Hoge Raad als een vorm van heelkundig ingrijpen beschouwd omdat daarbij de huid wordt doorboord²². En in een land als Italië mag acupunctuur alleen door artsen worden uitgevoerd²³.

Veel zal afhangen van de omschrijving van de medische diagnose. Denkbaar zou zijn voor de medische diagnose een zodanige omschrijving te kiezen dat die is af te bakenen, bijvoorbeeld alleen de diagnosen van de ICD 10. En het voorbeeld van de verloskundige handelingen laat echter zien dat een weinig precieze omschrijving (voor zover bekend) niet tot problemen heeft geleid. Nu is het verloskundige terrein uiteraard begrensd tot zwangerschap en bevalling. Een vage omschrijving op het brede terrein van de medische diagnostiek zou wel tot problemen kunnen leiden. Geraadpleegde deskundigen in het kader van de achtergrondstudie zijn niet optimistisch over de mogelijkheid een duidelijke

omschrijving te vinden voor het begrip medische diagnose. Of dat dan bovendien een oplossing zou zijn voor het probleem is dan nog weer een andere vraag.

Blijft nog de opmerking in de adviesaanvraag dat ook het in twijfel trekken of het ontkennen van een medische diagnose op niet plausibele onderzoeksmethoden door alternatieve zorgverleners ongewenst is. Ook hier lijkt het een lastig probleem te worden om dat goed af te bakenen van het in twijfel trekken van een medische diagnose van medisch deskundigen (artsen) onderling.

5 Hoe moeten de bevoegdheden geregeld worden?

Als de conclusie zou zijn dat de medische diagnose kan / moet worden opgenomen als voorbehouden handeling komt de vraag hoe de bevoegdheden moeten worden geregeld. Is dat alleen de arts / tandarts / verloskundige zoals in het huidige artikel 36 geregeld is, of is het wenselijk die bevoegdheid ook aan andere beroepsbeoefenaren toe te kennen (voor nader in hun deskundigheidsgebied te specificeren medische diagnoses)? Om dit vraagstuk verder te verkennen zijn twee casussen uitgediept: de diagnostiek bij type 2 diabetespatiënten en de diagnostiek bij depressie (zie bijdragen Van Hasselt en Raas in deze publicatie).

Een mogelijk lastiger op te lossen probleem hierbij is het vraagstuk van de opdrachtrelatie bij de regeling van de bevoegdheden. Die verdient bij de nu genoemde concrete handelingen in artikel 36, zo blijkt ook uit de evaluatie van de wet, weliswaar niet op alle fronten de schoonheidsprijs, maar er is in de praktijk wel mee te leven. Maar, dient de vraag dan te zijn, welke medische diagnoses mag de arts (korthedshalve is de opdrachtgever hier beperkt tot de arts) door een ander laten stellen / uitvoeren? En hoe zou de eis van de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst (artikel 38) bij het stellen van een diagnose als kanker of schizofrenie in de praktijk praktisch gestalte moeten krijgen?

Noten

- ¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 522, nr.3, blz. 40.
- ² Voorbehouden handelingen, Gezondheidsraad, november 1988, Voorbehouden Handelingen II, Gezondheidsraad maart 1992, Psychotherapie als voorbehouden handeling?, Gezondheidsraad maart 1992.
- ³ Voorbehouden handelingen II, Gezondheidsraad, maart 1992, blz. 7.
- ⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 45-2934 e.v. en Tweede Kamer, vergaderjaar, 1991-1992, 19 522, nr. 48, blz. 11 e.v.

- 5 Psychotherapie als voorbehouden handeling?, Gezondheidsraad, maart 1992.
- 6 Voorbehouden handelingen, Gezondheidsraad, november 1988, blz. 19-20.
- 7 Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 19 522, nr. 20, blz. 29 en 29.
- 8 Voorbehouden handelingen. Advies over de toepassing van artikel 39 voor verpleegkundigen, mondhygiënisten en radiologisch laboranten. Raad BIG. Zoetermeer, 1995.
- 9 Stappenplan voorbehouden handelingen, gedeelde verantwoordelijkheid. Raad BIG.1996.
- 10 Regionaal Tuchtcollege Amsterdam. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001, 25: 126-9 (2001/8).
- 11 Deskundigheid verloskundige. Advies over de te omschrijven deskundigheid in het kader van de Wet BIG. Raad BIG. Zoetermeer, 1996.
- 12 Staatsblad 1997, nr. 552.
- 13 Adviezen Raad van State m.b.t. amvb's en Kb's. Bijvoegsel Staatscourant 1997, nr. 237.
- 14 Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, 19 522, nr.3, blz. 47.
- 15 Tweede Kamer, vergaderjaar 1991-1992, 45-2935
- 16 Voorbehouden handelingen, Gezondheidsraad, november 1988
- 17 Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland. Gezondheidsraad. Den Haag, 2002.
- 18 Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 000 XVI, nr. 113.
- 19 Taakherschikking in de gezondheidszorg. RVZ. Zoetermeer, 2002.
- 20 CMT 12-9-1991, TGR 1992/13.
- 21 Tweede Kamer, vergaderjaar 1991 –1992, 29 januari 1992, TK 45-2934.
- 22 Toelating tot de geneeskundige beroepsuitoefening en tot het beroepsmatig verrichten van geneeskundige handelingen: bescherming en keuzevrijheid van de patiënt. N.P. Y.M. de Bijl. Koninklijke Vermande.
- 23 The legal status of complementary medicines in Europa. Stefano Maddalena. Staempfli Pub-lisher Ltd. Berne, 1999.

Vergelijking van diagnoses van ambulanceverpleegkundigen met die van medici werkzaam op Spoedeisende Hulpafdelingen in ziekenhuizen

Prof. dr. A.J.P. Schrijvers
Dr. Ying Lie O

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen

Aanleiding tot dit onderzoek

In december 2004 vroeg de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) aan prof. dr. A.J.P.Schrijvers of het mogelijk was op basis van bestaande (onderzoek)gegevens, iets te zeggen over de mate van overeenstemming/verschil tussen de diagnosestelling door artsen en bijvoorbeeld verpleegkundigen. Omdat ondergetekende al jaren studies uitvoert op het terrein van de acute zorg, deed ik de suggestie om het voorbeeld te halen uit de wereld van de ambulancezorg. Immers ambulanceverpleegkundigen stellen daar vanouds diagnoses bij de patiënt op de plaats, waar de ambulancebemanning naar toe is gestuurd door de Centrale post Ambulancezorg. De RVZ ging akkoord met dit voorstel. Hieronder beantwoorden wij daarom de onderzoeksvraag:

In welke mate stemmen de diagnoses van ambulanceverpleegkundigen op de gemelde plaats van de patiënt overeen met de diagnoses die gesteld worden op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van ziekenhuizen?

Het gaat dus bij deze vraag niet om alle patiënten die ambulancezorg ontvangen, maar alleen om die groep die vervoerd zijn naar ziekenhuizen.

Hieronder beantwoordt wiskundige dr. Ying Lie en onderzoeker bij het Julius Centrum samen met ondergetekende de onderzoeksvraag. Eerst komt de onderzoekssetting aan de orde. Daarna volgen de resultaten.

De onderzoekssetting

De Centrale Post Ambulancevervoer (CPA) van de GG&GD Amsterdam verzorgt de afhandeling van meldingen en de coördinatie van de ambulancezorg. De CPA centralisten beoordelen de binnengekomen telefonische meldingen en zetten indien nodig ambulances in. In 2003, waren dit circa 40.000 ambulance ritten. De CPA coördineert de ambulancezorg, stuurt de ambulances aan, verzorgt de inhoudelijke begeleiding tijdens de uitvoering en onderhoudt de contacten met andere betrokken partijen: andere hulpverlenende instanties, ziekenhuizen, brandweer, politie en dergelijke.

De ambulanceritten gaan vanaf de ambulancepost naar de locatie waar de patiënt zich bevindt, en indien nodig naar de spoed eisende hulp afdeling (SEH) van een ziekenhuis. Hulpverleners van de ambulance kunnen diagnostische handelingen en verrichtingen uitvoeren. Gegevens over de melding, de ambulancezorg, en de terugmelding van de SEH worden geregistreerd en opgeslagen in een geavanceerd databasesysteem.

De gegevens omvatten:

- a. Informatie over de melding: gebeurtenis, omstandigheden van medische aard vastgelegd door de centralist aan de hand van de telefonische melding.

Deze gegevens zijn beschikbaar als beknopte tekst, het A-verhaal. In het A-verhaal staan de volgende gegevens: gebeurtenis (bijvoorbeeld val van grote hoogte, aanrijding), toestand van de patiënt (aanspreekbaar en andere 'life signs'). Omdat de melder niet altijd over genoeg medische kennis beschikt, kunnen deze gegevens onduidelijk zijn. Er zijn meestal geen medische diagnoses of symptomen hieraan te relateren. Vage klachten zijn bijvoorbeeld 'patiënt onwel'. Uit het A-verhaal wordt de urgentie bepaald, en besloten al dan niet een ambulance of trauma helikopter te sturen.

- b. Gegevens over de ambulancezorg: het gecodeerde rittenformulier met diagnoses en interventies ingevuld door de ambulance hulpverleners. De belangrijkste taak van de ambulance hulpverleners is om de patiënt te stabiliseren.

De gegevens zijn beschikbaar als gecodeerde rittenformulieren en beknopte tekst in het B-verhaal. Deze gegevens geven een duidelijk beeld over de medische toestand van de patiënt. In de ambulance kunnen diagnostische en levensreddende interventies worden gedaan. Er kan aan de hand hiervan worden besloten om de patiënt te laten opnemen.

- c. Terugmelding van de SEH: diagnosegegevens aldaar vastgesteld. Patiënten kunnen indien nodig naar ander ziekenhuis worden vervoerd, of met spoed worden opgenomen. De opname wordt in dit geval vanuit de ambulance via de centrale meldkamer geregeld. Deze gegevens zijn beschikbaar als beknopte tekst, het C-verhaal. In het C-verhaal staan de diagnoses, verrichtingen en andere bijzonderheden zoals vastgesteld op de SEH in tekst vorm. Omdat deze worden doorgegeven door meerdere hulpverleners van verschillende SEH's is de invulling hiervan niet consistent. Het is opvallend dat bij de opnames deze gegevens vaak niet zijn ingevuld.

In welke mate stemmen de diagnoses van ambulanceverpleegkundigen op de gemelde plaats van de patiënt (B-verhaal) overeen met de diagnoses die gesteld worden op de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van ziekenhuizen (C-verhaal)?

Wij hebben niet getracht de A-verhalen en de B-verhalen aan elkaar te relateren. Dat viel buiten de onderzoeksopdracht, die een vergelijking tussen verpleegkundigen en artsen beoogde en niet tussen verpleegkundigen op de CPA en de ambulance.

Aanpak van het onderzoek

Gegevens kunnen slechts met elkaar worden vergeleken indien zij in vergelijkbare vorm zijn gebracht. Dit houdt in, dat de gegevens in tekst vorm eerst moeten worden ‘vertaald’ naar een gestructureerde vorm. Ook moeten er categorieën worden gedefinieerd met betrekking tot de gestelde diagnoses. Aan de hand van de vertaling en categorisering, moesten tussen de B en C verhalen een aantal variabelen worden uitgezocht waarop de eigenlijke vergelijking kan worden gedaan.

De werkzaamheden bestaan uit 4 onderdelen:

1. Onderzoek naar een geschikte gestructureerde vorm, alsmede het definiëren van de vertalingen van de gegevens onder B en C naar deze structuur. Er is gekozen om het formaat van de gecodeerde gegevens van rittenformulieren te gebruiken. In dit kort onderzoek zijn in eerste instantie de chirurgische ofwel de ‘letsel’ gegevens gebruikt.
2. De eigenlijke vertaling van de gegevens in de databasesysteem van de CPA naar bovenstaande definities. De compacte codering van de rittenformulieren heeft mogelijk gemaakt om de gegevens uit de database op te vragen en los hiervan te analyseren. Het gaat hier om de A1 en A2 ritten.
De vertaling van de teksten is moeizaam verlopen, de schrijfwijzen van belangrijke termen zijn cryptisch en niet consistent. Dit betekent dat deze bewerking niet volledig kon worden geautomatiseerd.
3. Het vergelijken tussen B en C van de aldus gecodeerde gegevens. Dit onderzoek beperkt zich tot het vergelijken van de diagnoses van het rittenformulier aangevuld met het B-verhaal, en de vertaalde diagnoses uit het C-verhaal. Bij opnamen waren deze vaak niet volledig ingevuld. De vergelijking is ingedeeld in drie categorieën: conform, grotendeels gelijk, en onvolledige gegevens.

Resultaten

De aantallen van de gebruikte gegevens staan hieronder opgesomd in tabel 1. Gevallen met betrekking tot geestelijke problemen, zelfdoding, en zwangerschap zijn vanwege hun specifieke eigenschappen niet in de analyse meegenomen.

Tabel 1: Aantal verschillende A1 en A2 ritten in 2003

Aantal A1 en A2 ambulance ritten in 2003	
Totaal aantal ritten	60031
Plaatselijk ongeval	36889
Aantal vergeleken patiënten	28180
Waarvan niet geanalyseerd:	
Niet verder vervoerd	7988
Overleden tijdens of na het vervoer	810
Geen bijzonderheden of hersteld	1230
Uitgesloten uit deze analyse	761

Na een lange moeizame bewerking van de gegevens voor de vertaling, kunnen uiteindelijk de resultaten van de vergelijking van de B en C diagnoses verkregen. De diagnoses werden “grotendeels gelijk” genoemd indien de belangrijkste en de meeste diagnoses per patiënt gelijk aan elkaar waren. In tabel 2 is het volgende af te lezen. Achttien procent van de B diagnoses is conform de C-diagnoses. Grotendeels gelijk is 34%. Onvolledig ingevulde gegevens bij opnames betreffen formulieren, waarop de C diagnose ontbreekt. Hierbij is de B-diagnose zonder meer overgenomen door de hulpverleners van de SEH's. Deze zijn gelijk te stellen aan de groep volledig conform. Dit is een percentage van 23%. Binnen tabel 2 vormt de groep Onvolledig ingevulde gegevens zonder opnames 24%. In deze groep zitten patiënten waarvan de B diagnoses niet overeenstemmen met de C diagnoses. Meestal komt dat omdat de ambulancebemanning geen röntgenfoto kan maken of aanvullend onderzoek kan doen op de plaats van het ongeval. De B diagnose beperkt zich dan tot een waarschijnlijkheidsdiagnose.

Uit de vergelijking in tabel 2 komt naar voren dat 76% (18% + 34% + 23%) van de B diagnoses volledig of grotendeels overeenstemmen met de C diagnoses. Bij 24% is dat niet het geval, meestal omdat de ambulancebemanning de diagnose niet kon stellen. In tabel 2 zijn deze uitkomsten ook uitgesplitst naar plaats van de ambulancezorg. Bij verkeersletsel komt het vaker (31%) voor dat de bemanning geen diagnose kan stellen dan bij patiënten thuis (17%).

Tabel 2: Vergelijking van de B en C diagnoses in absolute aantallen en percentages van het totaal. De onvolledig ingevulde gegevens bij opnames zijn hier apart vermeld

Aantal vergeleken patiënten B en C	totaal	verkeer	thuis	sport	bedrijf	overig
Conform	3193	836	1154	81	81	1041
Grotendeels van de diagnoses gelijk	5992	1771	1806	208	139	2068
Onvolledig ingevulde gegevens bij opnames	4053	693	2199	54	79	1028
Onvolledig ingevulde gegevens zonder opnames	4153	1507	1040	105	74	1427
Totaal aantal vergeleken patiënten	17391	4807	6199	448	373	5564
Aantal vergeleken patiënten B en C	totaal	verkeer	thuis	sport	bedrijf	overig
Conform	18%	17%	19%	18%	22%	19%
Grotendeels van de diagnoses gelijk	34%	37%	29%	46%	37%	37%
Onvolledig ingevulde gegevens bij opnames	23%	14%	35%	12%	21%	18%
Onvolledig ingevulde gegevens zonder opnames	24%	31%	17%	23%	20%	26%
Totaal aantal vergeleken patiënten	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Conclusie

Van de B diagnoses komt 76% overeen met de C diagnoses. Bij 24% was dat niet het geval, meestal omdat de ambulancebemanning geen diagnose kon stellen. Dat was dan onmogelijk omdat op de plaats van het medische incident geen röntgenfoto of aanvullend onderzoek mogelijk was.

Geen twijfel over mogelijk?

Prof. mr. G.R.J. de Groot

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
1	Inleiding	5
2	Algemene opmerkingen	6
3	Criteria voor aanwijzing voorbehouden handelingen	14
4	Het materieel effect van het voorstel	16
5	Gevolgen voor algemene strafbepalingen	17
6	Conclusies	18

Samenvatting

1. De minister van VWS heeft aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verzocht advies uit te brengen over de vraag of het wenselijk is de medische diagnose als voorbehouden handeling in de zin van de Wet-BIG aan te merken. De voorlopige conclusie van de RVZ is dat het niet goed mogelijk is de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet-BIG op te nemen. De gedachte is echter gerezen het ‘in twijfel trekken van een reeds door een arts of tandarts gestelde diagnose, prognose en behandelplan’ aan te merken als handeling die wordt voorbehouden aan artsen en tandartsen. Deze notitie bevat, op verzoek van de RVZ, een beschouwing over dit alternatieve voorstel vanuit een juridische gezichtshoek.
2. De toegevoegde waarde van de voorgestelde nieuwe voorbehouden handeling kan hierin worden gezien dat de integriteit van het medisch-professioneel proces expliciet wordt beschermd door onoordeelkundige interventies te verbieden. Bovendien is het voordeel dat niet, zoals bij overtreding van artikel 96 Wet-BIG wel het geval is, moet vaststaan dat aan de patiënt schade is toegebracht of dat een aanmerkelijke kans op schade is ontstaan.
3. Tussen het voorstel zoals vervat in de adviesaanvraag van de minister van VWS (medische diagnose als voorbehouden handeling), hierna aan te duiden als het voorstel-VWS, en het binnen de RVZ ontwikkelde alternatief (in twijfel trekken diagnose, behandeling of prognose als voorbehouden handeling), hierna aan te duiden als voorstel-RVZ bestaan drie verschillen:
 - a) het voorstel-VWS verbiedt elke diagnose, in eerste instantie of bij wijze van *second opinion*, het voorstel-RVZ verbiedt slechts oordelen waarmee een eerder gestelde diagnose in twijfel wordt getrokken, en is in zoverre *beperkter*;
 - b) het voorstel-VWS beperkt zich tot de diagnose, het voorstel-RVZ ziet daarnaast ook op behandeling en prognose, en is in zoverre *breder*;
 - c) het voorstel-VWS ziet op het stellen van de diagnose, het voorstel-RVZ op de communicatie met de patiënt.
4. Lost het RVZ-voorstel de problemen op die naar aanleiding van het VWS-voorstel waren gesignaleerd? Op enkele punten is dat het geval. De bij het VWS-voorstel gesignaleerde definitieproblemen worden goeddeels weggenomen. Een voordeel van het RVZ-voorstel is ook dat het zich niet alleen richt tegen inadequate diagnoses, maar ook tegen inadequate behandelingen. Op andere punten kunnen de gesignaleerde problemen zich in gelijke mate voordoen.

5. De tekst van een voorbehouden handeling conform het RVZ-voorstel verdient om twee redenen bijzondere aandacht. De *eerste* reden is dat het voorstel een beperking inhoudt van de vrijheid van meningsuiting, zoals gewaarborgd in artikel 10 Europees Verdrag voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dit aspect zal terdege bij de uitwerking van een eventueel wetsvoorstel moeten worden betrokken.
6. In de tweede plaats is het van belang de bepaling zo in te richten dat het beschermd belang zo goed mogelijk wordt gediend. Daartoe zou de bepaling van geobjectieeerde bestanddelen moeten worden voorzien, zodat de strafrechtelijke begrippen opzet en schuld niet of in beperkte mate een rol hoeven te spelen.
7. Een mogelijke formulering van de voorbehouden handeling is:

‘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.’

8. De Wet-BIG zelf kent geen criteria aan de hand waarvan wordt bepaald of een bepaalde handeling als voorbehouden handeling moet worden aangemerkt. Voorbehouden handelingen worden in de wet zélf aangewezen. Voor elke in aanmerking komende handeling was en is het aan regering en parlement zelf af te wegen of het een voorbehouden handeling moet zijn. In de toelichting op de Wet-BIG zijn wel bepaalde criteria geformuleerd, maar de wetgever is daaraan op geen enkele wijze gebonden. Overigens hoeven die criteria er op geen enkele wijze aan in de weg te staan het ‘in twijfel trekken’ van diagnose, behandeling of prognose als voorbehouden handeling aan te merken.
9. Vanuit juridisch oogpunt valt weinig te zeggen over de mogelijke feitelijke effecten van het voorstel. Die effecten hangen ervan af of (alternatieve) hulpverleners geneigd zijn zich daarnaar te richten, en of zij zich door de strafbedreiging van de nieuwe voorbehouden handeling laten afschrikken; zij hangen vervolgens af van de aangiftebereidheid van benadeelde patiënten; van de bereidheid van het Openbaar Ministerie om tot vervolging over te gaan en van de feitelijke mogelijkheden daartoe; en tenslotte van de mogelijkheden overtreding van het verbod op de nieuwe voorbehouden handeling te bewijzen.

10. De strafbaarstelling van (kortweg) het afwijken van het medisch oordeel over diagnose, behandeling of prognose door een ander dan een arts hoeft niet af te doen aan de effectiviteit van artikel 96 Wet-BIG.
11. Een nieuwe voorbehouden handeling zoals voorgesteld kan ertoe bijdragen dat onoordeelkundige en daarmee risicovolle interventies in het medisch-professionele proces achterwege blijven. In welke mate aan een nieuwe voorbehouden handeling behoefte bestaat, en hoe effectief een dergelijke regeling zou zijn, zal moeten worden beoordeeld aan de hand van andere dan juridische argumenten.

1 Inleiding

1.1 Adviesaanvraag en voorlopige bevindingen

De minister van VWS heeft aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verzocht advies uit te brengen over de vraag of het wenselijk is de medische diagnose als voorbehouden handeling in de zin van de Wet-BIG aan te merken¹. Daartoe heeft de RVZ drie deelstudies verricht, over het begrip ‘medische diagnose’², over de juridische mogelijkheden om de burger beter te beschermen³ en over het begrip ‘voorbehouden handeling’ in de Wet-BIG⁴. De belangrijkste bevindingen uit de deelonderzoeken zijn:

- a) het begrip ‘diagnose’ is een vlag die veel ladingen dekt; de grenzen daarvan zijn moeilijk te bepalen; inadequate behandelingen zijn het probleem;
- b) de handhaving van een verbod op diagnosestelling door anderen dan (tand)artsen is problematisch;
- c) niet de diagnose, maar inadequate behandelingen zijn het probleem;
- d) het bestaande sanctie-instrumentarium wordt nog onvoldoende benut;
- e) de wetgever heeft er bewust voor gekozen alleen een aantal nauw omschreven (technische) handelingen als voorbehouden handelingen aan te merken, zij het dat hij daarbij niet altijd consequent is geweest.

Hieraan verbindt de RVZ de voorlopige conclusie dat het niet goed mogelijk is de medische diagnose als voorbehouden handeling in de Wet-BIG op te nemen. De RVZ vindt die uitkomst echter niet bevredigend, want de Raad is het met de Minister eens dat patiënten voldoende beschermd moeten worden tegen ondeskundigen die zich uitspreken over medische diagnoses en patiënten daardoor schade berokkenen. Tegen deze achtergrond is de gedachte gerezen het ‘in twijfel trekken van een reeds door een arts of tandarts gestelde diagnose, prognose en behandelplan’ aan te merken als handeling die wordt voorbehouden aan artsen en tandartsen. Deze gedachte is uitgewerkt in de notitie ‘Een nieuwe voorbehouden handeling’ d.d. 2 maart 2005.

1.2 Vraagstelling

De RVZ heeft mij gevraagd de volgende vragen te beantwoorden:

- a) hoe kijkt u aan tegen dit laatste voorstel van de RVZ, mede gelet op de achtergrondstudies en het zeer recente standpunt van de Minister in zijn brief aan de Tweede Kamer (d.d. 15 februari 2005) over de

bescherming van de burger ten aanzien van alternatieve beroepsbeoefenaren?

- b) hoe pakt het voorstel uit als we kijken naar de criteria voor voorbehouden handelingen die destijds gesteld zijn?
- c) wat zou het materieel effect van het voorstel kunnen zijn?
- d) zou een dergelijke (specifieke) strafbaarstelling de werking van de algemene strafbepalingen in gevaar kunnen brengen c.q. minder effectief kunnen doen zijn?

2 Algemene opmerkingen

2.1 Inleiding

Hierna zal ik ingaan op:

- a) de betekenis van de voorbehouden handeling volgens het voorstel zoals ontwikkeld door de RVZ in vergelijking met handhaving van de wettelijke status quo (2.2);
- b) de verschillen tussen de twee voorstellen voor een nieuwe voorbehouden handeling (2.3);
- c) de vraag of de bezwaren die tegen het oorspronkelijke voorstel waren gerezen met het door de RVZ ontwikkelde voorstel worden weggenomen (2.4);
- d) inhoud en formulering van de nieuwe voorbehouden handeling (2.5)
- e) casuïstiek (2.6).

2.2 Vergelijking met status quo

Het doel van de eventuele toevoeging van een nieuwe voorbehouden handeling is: bescherming van patiënten. Biedt de voorgestelde nieuwe voorbehouden handeling extra bescherming, in vergelijking met de status quo?

Het is een welbewuste keuze van de wetgever geweest het stelsel van de Wet uitoefening geneeskunst, waarin de uitoefening van de geneeskunst aan artsen was voorbehouden⁵, te verlaten, en in plaats daarvan een stelsel in te voeren waarin behoudens wel omschreven voorbehouden handelingen en titelbescherming eenieder vrij is werkzaamheden met een curatieve strekking of pretentie uit te voeren. De keerzijde is dat de burger de vrijheid heeft om voor eigen verantwoordelijkheid een hulpverlener van zijn keuze in te schakelen. Wie kiest voor een hulpverlener zonder beschermde titel, heeft geen zekerheid over diens opleiding en deskundigheid.

Het gevolg van één en ander is echter dat het eenieder – mits men zich niet ten onrechte als arts afficheert – vrij staat patiënten te adviseren over hun gezondheidstoestand, de eventuele behandeling en de prognose, óók al beschikt men volstrekt niet over daarvoor nodige professionele kennis en vaardigheden. Dat kan tot nadeel kan leiden voor de gezondheid van patiënten wanneer als gevolg van de interventie van ondeskundige hulpverleners medisch noodzakelijke vormen van onderzoek of behandeling achterwege blijven. De adviesaanvraag van de Minister maakt duidelijk dat het ontbreken van een *gerichte* wettelijke bescherming van het

medisch-professioneel proces thans, mede onder invloed van casuïstiek zoals die van Sylvia Millicam, als problematisch wordt ervaren. De brief van de Minister aan de Tweede Kamer van 15 februari 2005 bevestigt dit beeld.

De Wet-BIG biedt, in elk geval in theorie, de patiënt enige bescherming tegen ondeskundige interventies doordat in artikel 96 Wet-BIG het veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid strafbaar wordt gesteld. Afgezien daarvan laat artikel 96 echter onverlet dat iedereen – de bestaande voorbehouden handelingen daargelaten – elke vorm van quasi-curatieve hulp mag verlenen.

Wat voegt een nieuwe voorbehouden handeling toe in vergelijking met de bestaande situatie, waarin alleen artikel 96 Wet-BIG geldt?

In de eerste plaats kan de toegevoegde waarde van de voorgestelde nieuwe voorbehouden handeling hierin worden gezien dat de integriteit van het medisch-professioneel proces expliciet wordt beschermd door onoordeelkundige interventies te verbieden. Daarmee wordt een zekere waarborg geboden dat de patiënt erop kan rekenen dat alleen degenen die daarvoor opgeleid zijn en daarvoor deskundig zijn zich uitspreken over de diagnose, behandeling en prognose⁶; iets wat eigenlijk vanzelfsprekend zou moeten zijn. Hierbij moet tegelijk worden aangetekend dat de voorgestelde nieuwe voorbehouden handeling alleen bescherming biedt tegen interventies door niet-artsen; tegen handelen van artsen dat niet aan de professionele standaard voldoet biedt het opnemen van een nieuwe voorbehouden handeling geen bescherming.

In de tweede plaats hoeft in een nieuwe wettelijke regeling – of die nu het stellen van een diagnose of het in twijfel trekken van een diagnose betreft – niet vast te staan, zoals bij vervolging op grond van artikel 96 Wet-BIG wel het geval is, dat aan de patiënt schade is toegebracht of dat een aanmerkelijke kans op schade is ontstaan. Het in twijfel trekken van diagnose, behandeling of prognose door een ander dan een arts wordt verboden, ook als er geen (aanmerkelijke kans op) schade mee wordt veroorzaakt. Nu zal steeds het doel van een wettelijke regeling zijn de patiënt potentieel schadelijk handelen te behoeden. Dat in de voorgestelde regeling het schade-element geen rol speelt, is in zoverre niet van groot belang. Iets anders is echter dat het ontbreken van het element 'schade' of 'aanmerkelijke kans op schade' de levering van het *strafrechtelijk bewijs* vermoedelijk gemakkelijker maakt. In zoverre heeft het een voordeel bepaalde gedragingen (ondeskundige interventies in het medisch-professioneel proces) te verbieden ongeacht de vraag of er sprake is van (een aanmerkelijke kans op) schade.

Wat de strafrechtelijke consequenties betreft valt nog het volgende op te

merken. Het onbevoegd verrichten van een voorbehouden handeling wordt aangemerkt als een overtreding, die wordt bedreigd met maximaal drie maanden hechtenis of geldboete van de tweede categorie⁷. Het buiten noodzaak veroorzaken van (een aanmerkelijke kans op) schade geldt eveneens als overtreding, met dezelfde strafbedreiging⁸. Doet zich echter de omstandigheid voor dat de pleger van het delict wist of ernstige reden had om te vermoeden dat hij (een aanmerkelijke kans op) schade veroorzaakte, dan is sprake van een misdrijf, waarop een gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie staat⁹. Alleen in dit laatste geval kent artikel 96 Wet-BIG dus zwaardere strafrechtelijke sancties dan bij het onbevoegd verrichten van een eventuele nieuwe voorbehouden handeling van toepassing zouden zijn.

2.3 Twee nieuwe voorbehouden handelingen vergeleken

Tussen het voorstel zoals vervat in de adviesaanvraag van de minister van VWS (medische diagnose als voorbehouden handeling), hierna aan te duiden als het voorstel-VWS, en het binnen de RVZ ontwikkelde alternatief (in twijfel trekken diagnose, behandeling of prognose als voorbehouden handeling), hierna aan te duiden als voorstel-RVZ bestaan drie verschillen:

- a) het voorstel-VWS verbiedt elke diagnose, in eerste instantie of bij wijze van *second opinion*, het voorstel-RVZ verbiedt slechts oordelen waarmee een eerder gestelde diagnose in twijfel wordt getrokken, en is in zoverre *beperkter*;
- b) het voorstel-VWS beperkt zich tot de diagnose, het voorstel-RVZ ziet daarnaast ook op behandeling en prognose, en is in zoverre *breder*;
- c) het voorstel-VWS ziet op het stellen van de diagnose, het voorstel-RVZ op de communicatie met de patiënt.

Ad a). Dat de voorbehouden handeling in het RVZ-voorstel slechts ziet op het ‘in twijfel trekken’ (ik ga nu even uit van die formulering, waarover later meer), en niet op diagnose, behandeling of prognose zélf, brengt mee dat een alternatieve behandelaar zonder enige beperking diagnoses kan stellen, behandelingen kan voorstellen of prognoses kan geven mits (i) niet eerder een arts zich daarover heeft uitgesproken en (ii) hij niet van het eerdere oordeel of advies van de arts afwijkt¹⁰. De patiënt die met een klacht *meteen* naar een alternatieve behandelaar gaat, wordt op dat moment door het RVZ-voorstel niet beschermd. Alleen degene die eerst naar een arts is gegaan, wordt beschermd. Daarmee is een beperking van het voorstel-RVZ gegeven. Hoe men die beperking beoordeelt, is een beleidsmatige kwestie. Daarbij komt het aan op wat men belangrijk vindt: bescherming van patiënten tegen inadequate quasi-medische praktijken onder alle omstandigheden, of: bescherming van de

integriteit van het medisch-professioneel proces als dat eenmaal is in gang is gezet. Het is een kwestie van probleemstelling: op welk probleem willen wij met aanpassing van de Wet-BIG een antwoord geven?

Het is verleidelijk hierbij de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ter sprake te brengen. Wie met een serieuze klacht niet naar een serieuze dokter gaat, maar naar een ondeskundige, wordt door de voorgestelde wetswijziging niet beschermd: hij heeft de gevolgen aan zichzelf te wijten. Wie wel naar de arts gaat maar daarnaast behoefte heeft aan hulp in het alternatieve circuit, hetgeen onverminderd mogelijk blijft, krijgt een – extra – waarborg dat ondeskundige interventies in het reguliere medische proces achterwege zullen blijven. Men kan kunnen menen dat de tweede patiënt méér aanspraak op wettelijke bescherming kan maken dan de eerste.

Ad b). Het RVZ-voorstel heeft een bredere strekking doordat het, behalve op de diagnose, ook ziet op behandeling en prognose. Op dat punt biedt het RVZ-voorstel een voordeel. Het kan immers goed zijn dat een alternatieve hulpverlener geen woord zegt dat als ‘diagnose’ kan worden beschouwd of zelfs diagnose en behandelingsadvies van de arts als gegeven accepteert, om vervolgens een behandeling in te zetten die bij de patiënt slechts de illusie van genezing te weeg brengt. Die hulpverlener gaat in het VWS-voorstel vrijuit, echter niet in het RVZ-voorstel.

Ad c). Met ‘in twijfel trekken’ is ongetwijfeld niet bedoeld op datgene wat zich in het hoofd van de hulpverlener afspeelt, maar op datgene wat hij tegen de patiënt zegt. Het gaat er in het RVZ-voorstel om dat een onbevoegde hulpverlener bij de patiënt niet de indruk mag wekken dat de diagnose, de behandeling of de prognose van een arts onjuist is (resp. dat het oordeel van de onbevoegde beter is). Het RVZ-voorstel biedt in dit opzicht een voordeel boven het VWS-voorstel, waarin (het stellen van) de medische diagnose de voorbehouden handeling zou zijn. Zoals in *Op zoek naar de medische diagnose* wordt uiteengezet, moet de diagnose worden opgevat als de aandoening of als het *vaststellen* van de aandoening. Het probleem is echter niet wat de alternatieve hulpverlener vaststelt of meent vast te stellen; het probleem is vooral het beeld, de schijn of de waan die bij de patiënt wordt gewekt of in stand gehouden, al dan niet als grondslag voor een niet doeltreffende behandeling.

2.4 De bezwaren tegen de medische diagnose als voorbehouden handeling

Lost het RVZ-voorstel de problemen op die naar aanleiding van het VWS-voorstel waren gesignaleerd?

Het begrip 'diagnose' is een vlag die veel ladingen dekt; de grenzen daarvan zijn moeilijk te bepalen. Dit bezwaar wordt in het voorstel-RVZ ten dele weggenomen. Dat de grenzen van het begrip 'diagnose' moeilijk te bepalen zijn, komt onder andere doordat dat begrip een uiteenlopende inhoud heeft, al naar gelang men spreekt van een medische, verpleegkundige, fysiotherapeutische of andere paramedische diagnose¹¹. In het voorstel-RVZ is in zoverre duidelijk wat met 'diagnose' wordt bedoeld: namelijk de door een arts gestelde diagnose. Wat overblijft zijn de verschillen in betekenis van het begrip 'diagnose' zélf. De betekenis varieert van 'het beschrijven van een klacht' tot en met 'het doen van een uitspraak over de aan- of afwezigheid van een specifieke ziekte'¹². Deze definitieproblemen zijn echter niet onoplosbaar. Zij doen zich niet meer voor als de term 'diagnose' wordt vermeden en wordt gekozen voor een zo duidelijk mogelijke omschrijving.

Nu voegt het voorstel aan de diagnose wel de begrippen 'behandeling' en 'prognose' toe; wordt het definitieprobleem daardoor niet juist weer groter? Naar mijn mening is dat niet het geval. Over de betekenis van de term 'behandeling', in samenhang met een medische diagnose, kan moeilijk verschil van mening bestaan. De betekenis van 'prognose' is eenduidig: 'een uitspraak omtrent het vermoedelijk verloop van iets'¹³. Voor zover toch discussie zou kunnen bestaan over deze termen, moet worden bedacht dat wettelijke voorschriften onvermijdelijk vaak vage normen of normbestanddelen bevatten (vergelijk het begrip 'aanmerkelijke kans op schade' in artikel 96 Wet-BIG), zonder dat dit aan toepassing ervan in de weg hoeft te staan. Vage normen of normbestanddelen kunnen nader worden gepreciseerd in de parlementaire stukken en vervolgens in de rechtspraak.

Niet de diagnose, maar inadequate behandelingen zijn het probleem. Als dat zo is, biedt het voorstel-RVZ een duidelijk voordeel. Het raakt ook behandelingen die afwijken van de door een arts voorgestelde of aangevangen behandeling. Het voorstel beoogt ongewenste interventies daarin tegen te gaan.

Het zou naar mijn mening overigens geen goed idee zijn een nieuwe voorbehouden handeling alléén te richten op de behandeling. In een aantal gevallen worden patiënten door verkeerde informatie over de aard van hun aandoening op het verkeerde been gezet, of gesterkt in het verdringen van de ernst van hun aandoening. Het probleem begint dán, en als de wetgever interenieert, zou het óók op dat punt moeten zijn.

De handhaving van een verbod op diagnosestelling door anderen dan (tand)artsen is problematisch. Natuurlijk hebben verboden en strafbepalingen die nauwelijks handhaafbaar zijn weinig zin. De *Aanwijzingen voor de regelgeving* verzetten zich daar ook tegen¹⁴. Onmiskienbaar kent

de (strafrechtelijke) handhaving van elke gedraging die zich afspeelt tussen patiënt en hulpverlener kent eigen problemen. De patiënt moet bereid zijn tot aangifte¹⁵, hetgeen lang niet altijd het geval is; het Openbaar Ministerie moet bereid zijn tot en de middelen hebben voor strafrechtelijke vervolging; er moet een redelijke kans bestaan dat een strafbaar feit inderdaad bewezen kan worden.

Of het inderdaad problematisch is een verbod op diagnosestelling te handhaven, moet ik in het midden laten – het lijkt mij een onderwerp dat in een eventueel wetgevingsproces wel enige nadere aandacht verdient – maar het komt mij voor dat op dat punt geen wezenlijke verschillen tussen beide voorstellen bestaan.

Het bestaande sanctie-instrumentarium wordt nog onvoldoende benut. Ook wat dit argument betreft¹⁶ bestaat er geen verschil tussen beide voorstellen. Of het argument opgaat, laat ik ook hier in het midden.

De wetgever heeft er bewust voor gekozen alleen een aantal nauw omschreven (technische) handelingen als voorbehouden handelingen aan te merken. Dit aspect komt in § 3 aan de orde.

2.5 Inhoud en formulering van de voorbehouden handeling

Het voorstel is het ‘in twijfel trekken van een reeds door een arts of tandarts gestelde diagnose, prognose en behandelplan’ aan te merken als handeling die wordt voorbehouden aan artsen en tandartsen. De tekst van de wijziging verdient om twee redenen bijzondere aandacht.

De *eerste* reden is dat het voorstel een beperking inhoudt van de vrijheid van meningsuiting, zoals gewaarborgd in artikel 10 Europees Verdrag voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en artikel 7 lid 3 Grondwet. Het is immers de bedoeling dat de hulpverlener zich tegenover de patiënt onthoudt van een bepaald soort oordelen en adviezen. De vrijheid van meningsuiting kan volgens artikel 10 lid 2 EVRM worden onderworpen aan beperkingen of sancties die bij de wet zijn voorzien en die noodzakelijk zijn in het belang van, voor zover hier van toepassing, de bescherming van de gezondheid.

Niet alleen maakt artikel 10 EVRM het nodig uitdrukkelijk te motiveren waarom grenzen worden gesteld aan de vrijheid van hulpverleners zich tegenover patiënten te uiten – er moet een *pressing social need* zijn – bovendien is het noodzakelijk dat die beperkingen niet verder gaan dan strikt noodzakelijk is voor het doel waarvoor zij gesteld worden. Daaraan voeg ik toe dat bij strafrechtelijke vervolging de rechter in elk individueel geval zal beoordelen of handhaving van het verbod van de voorgestelde

voorbehouden behandeling tegenover de individuele hulpverlener gerechtvaardigd is.

Opmerking verdient dat op grond van de Wet-BIG een verbod om de van een arts afkomstige diagnose, behandeling of prognose in twijfel te trekken slechts geldt voor degenen die beroepsmatig dergelijke handelingen zouden verrichten, dat dit verbod niet van toepassing is voor zover daarvoor een noodzaak zou bestaan en, onder bepaalde voorwaarden, ook niet geldt als wordt gehandeld in opdracht van een arts¹⁷. In zoverre gaat een eventuele verbodsbepaling niet verder dan voor het doel ervan, bescherming van de gezondheid, nodig is. Ik wijs er bovendien op dat het voorstel ook in zoverre niet verder gaat dan nodig is, dat het aan een zorgvuldig werkende alternatieve hulpverlener niets in de weg legt. De alternatieve hulpverlener die de patiënt een door hem geapprecieerde zorg en begeleiding biedt, maar daarbij ‘afblijft’ van de professionele zorgverlening door de arts, kan zijn werk blijven doen.

Wat artikel 10 EVRM betreft, volsta ik met deze kanttekeningen. Dit deelonderwerp zal terdege bij de uitwerking van een eventueel wetsvoorstel moeten worden betrokken.

De *tweede* reden waarom de formulering speciale aandacht verdient betreft de strafrechtelijke handhaving. Het is van belang de bepaling zo in te richten dat het beschermd belang zo goed mogelijk wordt gediend. Daartoe zou de bepaling van geobjectiveerde bestanddelen moeten worden voorzien. Geobjectiveerde bestanddelen zijn bestanddelen die aan het opzetvereiste zijn onttrokken. Dat wil zeggen dat de opzet niet op het vervuld zijn van dat bestanddeel hoeft te zijn gericht, zodat zulks ook niet hoeft te worden bewezen. Ook het schuldverband speelt een ondergeschikte rol¹⁸. Aangenomen wordt dat een beroep op afwezigheid van alle schuld (het zogenoemde avas-verweer) ten aanzien van geobjectiveerde delictsbestanddelen mogelijk blijft. Een dergelijk verweer gaat echter uitsluitend op als de verdachte geen enkele schuld treft. De eisen die aan een avas-verweer worden gesteld, zijn dan ook hoog¹⁹.

Het meeste heil zal dus te verwachten zijn van een strafbepaling waarin opzet en schuld geen (of een zo klein mogelijke) rol spelen. Gelet op de systematiek van artikel 36 Wet-BIG zou aan die bepaling een lid kunnen worden toegevoegd met de volgende strekking²⁰:

‘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 de toelichting zou tot uitdrukking moeten worden gebracht dat het afwijkend oordeel of advies een geobjectiveerd bestanddeel is.

De strafbaarstelling van een *afwijkende* diagnose vooronderstelt dat sprake is van een voorafgaande diagnose van een arts. Die zal bekend zijn indien de alternatieve genezer bij de patiënt of (met toestemming van de patiënt) bij de behandelend arts informeert naar de eerder gestelde diagnose en de eerder voorgestelde of uitgevoerde behandeling. Het ligt voor de hand dat de patiënt die een alternatieve genezer consulteert, deze daarover informeert. Bovendien mag van iemand die pretendeert zorg te verlenen, ook alternatief, worden verlangd dat hij tenminste de zorgvuldigheid betracht dat hij naar de eerdere diagnose, behandeling en prognose informeert.

In het hypothetische geval dat de patiënt het inwinnen van informatie belet en zelf ook geen inlichtingen geeft over hetgeen hem elders is verteld, is de vraag of iemand van het geven van een afwijkend oordeel over diagnose, behandeling of prognose een strafrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Een beroep op afwezigheid van alle schuld zou dan misschien kunnen slagen. Denkbaar is dat, voor de duidelijkheid, een bepaling toe te voegen die inhoudt dat het buiten noodzaak beroepsmatig verrichten van de nieuwe voorbehouden handeling door degene die niet behoort tot de daar genoemde personen, niet strafbaar is als hij de diagnose, behandeling of prognose 'niet kende en redelijkerwijs ook niet kon kennen'.

Naarmate op de alternatieve genezer een verdergaande informatieplicht rust, hoe minder ruimte er is voor een beroep op avas en hoe geringer dus het aantal straffeloos blijvende gevallen zal zijn. In verband hiermee verdient het aanbeveling aan de verplichting van alternatieve behandelars, zich te informeren over eerder en elders gegeven informatie over diagnose, behandeling en prognose uitdrukkelijk aandacht te schenken in de toelichting op een eventueel wetsvoorstel²¹. Het verweer 'ik wist er niet van' wordt dan minder kansrijk.

Ik merk op dat van de hiervoor gegeven tentatieve omschrijving van een nieuwe voorbehouden handeling geen deel uitmaakt dat het oordeel of advies wordt gegeven in het kader van een behandelingsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:446 lid 1 BW. Het is technisch denkbaar dat element toe te voegen: de formulering gaat dan luiden '*Tot het geven van een oordeel of advies, in het kader van een overeenkomst inzake geneeskundige behandeling, met betrekking tot de aanwezigheid of de aard van een aandoening...*'. Om een aantal redenen lijkt mij een dergelijke toevoeging geen goed idee:

- a) de toch al ingewikkelde formulering wordt nóg ingewikkelder;
- b) de strafrechtelijke handhaving wordt lastiger doordat de delictsom-

- schrijving met een element wordt uitgebreid waarvan de aanwezigheid niet altijd gemakkelijk is vast te stellen;
- c) een aantal gevallen, waarop de nieuwe bepaling juist betrekking zou moeten hebben, valt buiten de boot; zo zal niet in alle gevallen van alternatieve hulp zeker zijn dat het gaat om ‘handelingen op het gebied van de geneeskunst’ zoals artikel 7:446 lid 1 BW eist.

2.6 Casuïstiek

Ter verduidelijking wordt hierna voor enkele casus gezien welke consequenties een nieuwe voorbehouden handeling, zoals hiervoor geschetst, zou hebben. Niet beoogd is alle denkbare gevallen te bespreken.

‘Vrienden onder elkaar’. Gewone burgers onderling staat het vrij hun mening te geven over de diagnose, advies of prognose van een arts. De één kan vrij tegen de ander zeggen dat hij het niet eens is met wat de arts heeft gezegd. Dit volgt uit artikel 35 lid 1 Wet-BIG. Die bepaalt verbiedt slechts het beroepsmatig verrichten van voorbehouden handelingen.

Drogist (1). Wie aan de drogist advies vraagt over een pijnlijk blaasje op de mondhoek²², kan dat advies krijgen. De drogist mag hem of haar een crème adviseren zonder zich schuldig te maken aan overtreding van de Wet-BIG. De voorbehouden handeling houdt immers in dat men niet mag afwijken van een door een arts gegeven oordeel of advies. In dit voorbeeld ontbreekt een dergelijk oordeel of advies.

Drogist (2). De casus wordt anders als de patiënt al bij de huisarts is geweest, de huisarts heeft gezegd dat het een koortslip is en daarvoor een antivirale crème heeft geadviseerd, waarna de drogist – op de hoogte van het advies van de huisarts – een afwijkend advies geeft. Dit afwijken van het eerder gegeven medisch oordeel of advies is volgens de hier besproken nieuwe regeling niet toelaatbaar.

Bedrijfsarts-personeelsconsulent. De bedrijfsarts die ter voorkoming van burn-out en daarmee gepaard gaande verschijnselen enkele weken ziekteverlof en aansluitend parttime werkhervatting adviseert, mag niet op eigen gezag worden overruled door een personeelsconsulent: dat zou immers een advies over behandeling zijn dat afwijkt van het eerdere advies van een arts.

Psychiater-psycholoog. Nadat een geraadpleegde psychiater als zijn mening heeft gegeven dat bij de patiënt geen sprake is van een depressie, vraagt de patiënt een second opinion aan een psycholoog. Die constateert een depressieve aandoening en geeft een daarop afgestemd behandelingsad-

vies. Deze handelwijze is niet toelaatbaar als de hiervoor besproken nieuwe regeling van kracht wordt, tenzij daarin uitdrukkelijk een plaats aan de psycholoog wordt toegekend: het is mogelijk hem 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.

De zorgvuldige alternatieve genezer. Moet de alternatieve genezer (niet-arts) die serieus en misschien zelfs terecht twijfelt aan de juistheid van de diagnose die de arts heeft gesteld, daarover tegenover de patiënt zwijgen? Nee. Wat hij niet mag doen, is tegenover de patiënt uitspreken dat de medische diagnose onjuist is. Wat hij binnen de voorgestelde regeling wél mag doen, is zijn aarzeling over de medische diagnose aan de patiënt overbrengen zónder daarvoor een eigen, afwijkend oordeel in de plaats te stellen, en de patiënt bijvoorbeeld adviseren een second opinion bij een andere arts in te winnen.

3 Criteria voor aanwijzing voorbehouden handelingen

3.1 Status en betekenis van de criteria

De Wet-BIG zelf kent geen criteria aan de hand waarvan wordt bepaald of een bepaalde handeling als voorbehouden handeling moet worden aangemerkt. Voorbehouden handelingen worden in de wet zélf aangewezen. Voor elke in aanmerking komende handeling was en is het aan regering en parlement zelf af te wegen of het een voorbehouden handeling moet zijn.

Voor de indiening van het voorstel van Wet-BIG heeft de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening criteria geformuleerd voor het aanwijzen van voorbehouden handelingen:

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

De regering zegt in de memorie van toelichting op het voorstel van Wet-BIG dat zij zich ‘in grote trekken’ met deze criteria kan verenigen²³. Bij verdere bestudering springt in het oog dat het eerste criterium verreweg het belangrijkste is. Het ligt gezien de strekking van de Wet-BIG voor de hand primair betekenis toe te kennen aan de risico’s die bepaalde handelingen voor patiënten hebben. Het tweede criterium dient er veeleer toe een goede afbakening van een voorbehouden handeling te waarborgen, en ook het derde criterium heeft vooral een praktische achtergrond²⁴.

Aanwijzing van de voorbehouden handelingen in de Wet-BIG heeft plaatsgevonden na advies van de Gezondheidsraad, die in de wetenschappelijke literatuur geen objectieve criteria of aanknopingspunten voor het voorbehouden van handelingen kon vinden²⁵. De keuze van de voorbehouden handelingen is dan ook is dan ook het gevolg van een vooral pragmatische benadering.

De wetgever is op geen enkele wijze gebonden aan de hiervoor genoemde criteria voor aanwijzing van voorbehouden handelingen. De wetgever heeft alle vrijheid die criteria te volgen of niet te volgen, dan wel daar zelf een nadere uitleg aan te geven. Afgezien hiervan moeten de criteria naar mijn mening ook daarom niet op een voetstuk worden geplaatst omdat ze zeer algemeen geformuleerd zijn, de regering ze destijds alleen ‘in grote trekken’ heeft overgenomen en de wetgever er vervolgens een

uiterst pragmatische toepassing aan heeft gegeven. De RVZ hoeft zich dan ook door die criteria niet te laten weerhouden om tot het opnemen van een nieuwe voorbehouden handeling te adviseren als de raad daarvoor uit een oogpunt van bescherming van de gezondheid aanleiding ziet.

3.2 Toepassing criteria

Wat het eerste criterium betreft – er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van het desbetreffende gebied door ondeskundigen – lijkt mij een afweging waarbij interventies in het medisch-professioneel proces aan artsen worden voorbehouden, volstrekt verdedigbaar.

Ook aan het tweede criterium – het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn – behoeft geen punt van discussie te vormen, mits een duidelijke en precieze formulering voor de eventueel nieuwe voorbehouden handeling wordt gevonden.

Dat het gebied in de praktijk ook door onbevoegden wordt betreden – het derde criterium – lijkt moeilijk voor betwisting vatbaar, enerzijds gelet op de door de Minister al genoemde casus *Sylvia Millecam* en *Eye4Care*, anderzijds gelet op de hoge vlucht die alternatieve geneeswijzen ook in Nederland hebben genomen²⁶.

3.3 Conclusie

Het vorenstaande leidt tot de conclusie dat de criteria voor aanwijzing van voorbehouden handelingen er op geen enkele wijze aan in de weg hoeven te staan het ‘in twijfel trekken’ van diagnose, behandeling of prognose als voorbehouden handeling aan te merken. Integendeel, dat is binnen die criteria op goede gronden verdedigbaar.

4 Het materieel effect van het voorstel

Vanuit juridisch oogpunt valt weinig te zeggen over de mogelijke feitelijke effecten van het voorstel. Die effecten hangen ervan af of (alternatieve) hulpverleners geneigd zijn zich daarnaar te richten, en of zij zich door de strafbedreiging van de nieuwe voorbehouden handeling laten afschrikken; zij hangen vervolgens af van de aangiftebereidheid van benadeelde patiënten; van de bereidheid van het Openbaar Ministerie om tot vervolging over te gaan en van de feitelijke mogelijkheden daartoe; en tenslotte van de mogelijkheden overtreding van het verbod op de nieuwe voorbehouden handeling te bewijzen.

5 Gevolgen voor algemene strafbepalingen

Speciaal van belang is hier artikel 96 Wet-BIG. In die bepaling wordt strafbaar gesteld het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg waarbij kennelijk wordt getreden buiten de grenzen van hetgeen tot het gebied van deskundigheid wordt gerekend, dat buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt.

De strafbaarstelling van (kortweg) het afwijken van het medisch oordeel over diagnose, behandeling of prognose door een ander dan een arts hoeft niet af te doen aan de effectiviteit van artikel 96 Wet-BIG. Artikel 55 lid 2 Sr. bepaalt dat indien voor een feit dat in een algemene strafbepaling valt een bijzondere strafbepaling bestaat, alleen de laatste in aanmerking komt. Dit voorschrift regelt de verhouding tussen de generalis- en de specialisbepaling. Van een dergelijke verhouding is sprake als de specialisbepaling alle bestanddelen van de generalisbepaling bevat alsmede één of meer andere. Men spreekt dan van de *logische* specialis²⁷.

De thans voorgestelde bepaling bevat echter niet alle delictsbestanddelen van artikel 96 Wet-BIG. In het bijzonder zal de schade of de aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander niet bewezen hoeven worden. De regel van artikel 55 lid 2 Sr. is dus niet van toepassing.

Daarnaast is er de *systematische* (of *juridische*) specialis. Daarvan is sprake als ondanks het ontbreken van een logische verhouding tussen beide strafbepalingen op grond van de veronderstelde bedoeling van de wetgever een specialiteitsverhouding moet worden aangenomen. De bedoeling van de wetgever moet worden afgeleid uit de wetsgeschiedenis, de samenhang van de betreffende strafbepalingen (bijvoorbeeld plaatsing in dezelfde titel) of de materieelrechtelijke kwalificatie van het delict. Als met de introductie van een nieuwe strafbepaling in de Wet-BIG nadrukkelijk niet wordt bedoeld een generalis-specialisverhouding tot stand te brengen, dan kan dat in de toelichting op de bepaling tot uiting worden gebracht. Ook dan is de regel van artikel 55 lid 2 Sr. niet van toepassing.

Overigens wordt in de rechtspraak slechts in zeer bijzondere gevallen aangenomen dat sprake is van een generalis-specialisverhouding, die meebrengt dat de algemene bepaling niet meer kan worden toegepast. Het ontbreken van een generalis-specialisverhouding brengt mee dat de vervolgende officier van justitie in het voorkomende geval niet beperkt is in zijn vrijheid om een strafbare gedraging te brengen onder de strafbepaling van artikel 96 Wet-BIG²⁸.

De conclusie moet dus zijn dat (specifieke) strafbaarstelling van de voorgestelde nieuwe voorbehouden handeling de werking van de algemene strafbepalingen niet in gevaar hoeft te brengen of minder effectief hoeft te maken.

6 Conclusies

Mijn conclusies over het binnen de RVZ ontwikkelde voorstel voor een nieuwe voorbehouden handeling zijn de volgende:

- a) het voorstel-RVZ neemt enkele van de bezwaren weg die in de deelstudies naar voren zijn gekomen tegen het überhaupt opnemen van een nieuwe voorbehouden handeling;
- b) bij vergelijking van het RVZ- en VWS-voorstel, is het RVZ-voorstel in het voordeel, vooral omdat het niet alleen ziet op de diagnose, maar ook op behandeling en prognose;
- c) wel is de kring van patiënten die in het RVZ-voorstel worden beschermd, beperkter dan in het VWS-voorstel: de alternatieve hulpverlener-niet-arts is vrij in diagnostiek, behandeling en prognose zo lang de patiënt nog niet bij een arts is geweest; slechts de algemene strafbepaling van artikel 96 Wet-BIG biedt dan bescherming;
- d) de omschrijving van een nieuwe voorbehouden handeling verdient zorgvuldige overweging, om te voorkomen dat een ongerechtvaardigde inbreuk op de vrijheid van meningsuiting wordt gemaakt en om effectieve strafrechtelijke handhaving mogelijk te maken;
- e) de destijds ontwikkelde criteria voor het opnemen van voorbehouden handelingen staan er niet aan in de weg een nieuwe voorbehouden handeling op te nemen die het in twijfel trekken van het oordeel of advies van een arts over diagnose, behandeling of prognose aan artsen voorbehoudt;
- f) strafbaarstelling van overtreding van het verbod van die voorbehouden handeling hoeft niet af te doen aan de werking van algemene strafbepalingen, in het bijzonder die van artikel 96 Wet-BIG.

Een nieuwe voorbehouden handeling zoals voorgesteld kan ertoe bijdragen dat onoordeelkundige en daarmee risicovolle interventies in het medisch-professionele proces achterwege blijven. Opneming van een dergelijke voorbehouden handeling is juridisch-technisch mogelijk. Daarmee is echter nog niets gezegd over de noodzaak ervan. In welke mate aan een nieuwe voorbehouden handeling behoefte bestaat, en hoe effectief een dergelijke regeling zou zijn, zal moeten worden beoordeeld aan de hand van andere dan juridische argumenten.

Noten

- ¹ Adviesaanvraag minister van VWS aan RVZ d.d. 28 september 2004.
- ² Op zoek naar de medische diagnose, achtergrondstudie, concept 27 december 2004.
- ³ Wijmen, F.C.B. van, N.P.Y.M. de Bijl, Veilig en wel. Een rapport over bescherming van burgers tegen gevaarlijke zorgpraktijken. Maastricht: Universiteit Maastricht Groep gezondheidsrecht, 2005.
- ⁴ 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.
- ⁵ Eenvoudshalve spreek ik hier en verderop alleen over artsen en noem ik niet telkens ook de tandartsen. Het gestelde geldt echter mutatis mutandis ook voor de tandartsen.
- ⁶ Ik neem aan dat hierop wordt bedoeld wanneer in de notitie Een nieuwe voorbehouden handeling wordt gezegd dat van een nieuwe voorbehouden handeling een ‘signaalwerking’ kan uitgaan.
- ⁷ Artikelen 35 lid 1, 97 en 102 lid 2 Wet-BIG.
- ⁸ Artikelen 96 lid 1 en 101 lid 2 Wet-BIG.
- ⁹ Artikelen 96 lid 2 en 102 lid 1 Wet-BIG.
- ¹⁰ Lees voor ‘hij’ uiteraard evengoed: zij.
- ¹¹ Hierover Op zoek naar de medische diagnose, p. 14 e.v.
- ¹² Op zoek naar de medische diagnose, p. 12-13.
- ¹³ Aldus Van Dale.
- ¹⁴ Aanwijzing 11 lid 1: ‘Tot het treffen van een regeling wordt niet besloten dan nadat is nagegaan of in voldoende mate handhaving te realiseren valt.’
- ¹⁵ Aangifte is strikt genomen alleen noodzakelijk bij klachtdelicten, waarvan hier geen sprake is. Niettemin zal het in de praktijk zonder initiatief en informatie van de patiënt of zijn omgeving meestal niet tot strafrechtelijke handhaving kunnen komen.
- ¹⁶ Zie aanwijzing 7 onder d van de Aanwijzingen voor de regelgeving: ‘Indien overheidsinterventie noodzakelijk is, wordt [eerst] onderzocht of de gekozen doelstellingen kunnen worden bereikt door aanpassing of beter gebruik van bestaande instrumenten dan wel, indien dit niet mogelijk is, welke andere mogelijkheden daartoe bestaan’.
- ¹⁷ Zie artikel 35, lid 1, Wet-BIG.
- ¹⁸ Zie bijvoorbeeld de leeftijd als geobjectiveerd bestanddeel in artikel 245 Sr.: ‘Hij die met iemand, die de leeftijd van twaalf jaren maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, buiten echt, ontuchtige handelingen pleegt [...]’. De bescherming van het slachtoffer staat bij een bepaling als deze centraal, aldus de Hoge Raad, zodat ook een beroep op afwezigheid van alle schuld met betrekking tot de

leeftijd niet gemakkelijk kan worden aanvaard. Vgl. HR 20 januari 1959, NJ 1959, 102.

- ¹⁹ Zie Hullu, J. de. *Materieel Strafrecht. Over algemene leerstukken van strafrechtelijke aansprakelijkheid naar Nederlands recht.* Deventer: Uitgeverij Kluwer, 2003, p. 222.
- ²⁰ Het is niet de bedoeling hiermee een afgewogen en definitief tekstvoorstel te doen.
- ²¹ In de toelichting zou erop kunnen worden gewezen dat op degenen tot wie een patiënt zich richt een vergaande informatieplicht rust voor zover het eerdere behandeling en diagnostiek betreft. Zelfs zou denkbaar zijn dat wordt opgeschreven dat deze zich van een diagnose dient te onthouden in geval de patiënt hem belet om zich van een eerdere diagnose op de hoogte te stellen en daarover zelf evenmin informatie wil verstrekken.
- ²² Casus 11 uit Op zoek naar de medische diagnose.
- ²³ MvT, Kamerstukken II 1985-1986, 19 522, nr. 3, p. 40.
- ²⁴ Zie hierover Leenen, H.J.J. *Handboek gezondheidsrecht, Deel II, Gezondheidszorg en recht.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002, p. 76.
- ²⁵ Gezondheidsraad. *Voorbehouden handelingen.* Den Haag: Gezondheidsraad, 1988; idem, *Voorbehouden handelingen II,* 1992; H.J.J. Leenen, a.w. p. 77.
- ²⁶ Dijk, P. van. *Geneeswijzen in Nederland, 9e herziene druk.* Deventer: Uitgeverij Ankh-Hermes, 2003.
- ²⁷ Zie o.a. HR 23 februari 1982, NJ 1982, 647.
- ²⁸ Dan wel, in voorkomende gevallen, die van artikel 97 Wet-BIG.

Enquête KNMG

Resultaat van de vragenlijst Alternatieve genees- en behandelwijzen

Via het emailpanel van de KNMG is aan artsen een beperkt aantal vragen voorgelegd met betrekking tot alternatieve genees- en behandelwijzen. Het aantal verstuurde vragenlijsten was: 953; aantal ontvangen: 128
Responspercentage: 13%. Deze steekproef is niet representatief.

1 Gegevens over de praktijkomvang van de respondenten

Bijna de helft van de respondenten heeft meer dan 1500 patiënten in zijn praktijk. Een kwart van de respondenten heeft 100 of minder patiënten en is dus niet of nauwelijks praktiserend.

Aantal patiënten	Aantal	%
0-100 patiënten	33	25
101-500 patiënten	15	11
501-1000 patiënten	10	7
1001-1500 patiënten	9	7
> 1500 patiënten	61	47
TOTAAL	128	100

2 Past u zelf alternatieve behandelwijzen toe en/of verwijst u door naar alternatieve behandelaren?

85% van de respondenten past geen alternatieve behandelwijzen toe. Rond 40% van de respondenten verwijst al dan niet op verzoek van de patiënt door naar alternatieve behandelaren.

Antwoord opties	Aantal	%
Nee, ik pas geen alternatieve behandelwijze toe en ik verwijs niet door naar alternatieve therapeuten	67	52
Nee, ik pas geen alternatieve behandelwijze toe, maar op verzoek van de patiënt verwijs ik door naar mij bekende alternatieve therapeuten	17	13
Nee, ik pas geen alternatieve behandelwijze toe, op verzoek van de patiënt verwijs ik door, maar ik laat de keuze aan de patiënt over	26	20
Ja, ik pas zelf een alternatieve behandelwijze toe, en verwijs niet door	1	0
Ja, ik pas zelf een alternatieve behandelwijze toe en verwijs ook op verzoek van de patiënt door naar andere alternatieve therapeuten	8	6
Anders	9	7
TOTAAL	128	100

3 Hoeveel van uw patiënten hebben in de afgelopen periode van vijf jaar gezondheidsschade opgelopen in het alternatieve circuit?

57% van de respondenten heeft in de afgelopen 5 jaar geen patiënten in zijn praktijk gezien die gezondheidsschade hebben opgelopen als gevolg van alternatieve behandelwijzen; 43% is in deze periode geconfronteerd met één of meer patiënten die gezondheidsschade hebben opgelopen. In de meeste gevallen ging het om 1 tot 10 patiënten.

Antwoord opties	Aantal	%
Geen	73	57
1-10 patiënten	46	35
11-25 patiënten	4	3
26-50 patiënten	4	3
Meer dan 50 patiënten	1	0
TOTAAL	128	100

4 Als patiënten uit uw praktijk gezondheidsschade hebben opgelopen in het alternatieve circuit, op hoeveel van de patiënten waarop u alternatieve behandelwijzen toepast en/of doorverwijst naar alternatieve behandelaren is onderstaande van toepassing?

Als de meest voorkomende gezondheidsschade worden genoemd: het ontkennen van de reguliere medische diagnose, inadequate of schadelijke alternatieve behandeling en het niet meer volgen van de ingestelde reguliere behandeling.

	Minderheid	Helft van de patiënten	Meerderheid (in %)
Niet onderkennen van (nieuwe) gezondheidsproblemen	13	4	5
Ontkennen van de reguliere medische diagnose	13	4	10
Interferentie tussen alternatieve en reguliere behandeling	14	8	5
Niet meer volgen van ingestelde reguliere behandeling	13	4	8
Inadequate of schadelijke alternatieve behandeling	10	4	9
Anders	0	2	4

**Verslag consultatieve
bijeenkomst over
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

In de bijeenkomst is aan de hand van stellingen gediscussieerd. Die zijn onderstaand vetgedrukt weergegeven, de daarbij gegeven toelichting cursief. Een beknopte samenvatting van datgene wat door de deelnemers naar voren is gebracht is vervolgens per stelling terug te vinden.

1. Wie de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt ten volle erkent, verlangt van de overheid geen aanvullende maatregelen om de patiënt onder het regime van de wet BIG te beschermen tegen ondeskundige medische diagnostiek.

De consument/patiënt die naar een alternatieve hulpverlener gaat maakt willens en wetens een keuze. En, zoals de Minister het zegt in zijn adviesaanvraag "Wanneer de burger zich door een alternatief zorgverlener laat behandelen is dit voor eigen rekening en eigen risico". De medische diagnose is weliswaar een belangrijk ijkpunt voor de patiënt en mogelijk ook beslissend voor de behandeling, maar voor de patiënt kunnen andere overwegingen gelden waarom hij al dan niet behandeld wenst te worden binnen of buiten het reguliere circuit. Je zou ook de vraag kunnen stellen wat er nu zo problematisch is aan het gebruik van alternatieve geneeswijzen.

Ook op andere terreinen erkennen we immers die eigen verantwoordelijkheid van burgers. Ook als ze schade kunnen oplopen. Door ondoordachte financiële uitgaven bijvoorbeeld of als ze zich laten verleiden tot financiële

beleggingen die ze zich niet goed kunnen veroorloven. Pas als sprake is van misleiding treedt de overheid op.

Maar juist omdat het om gezondheidszorg gaat, is de overheid gehouden extra maatregelen te treffen, kan ook de redenering zijn. Dan komt het erop aan dat de burger zich beschermd weet door een overheid die al het mogelijke heeft gedaan. Dat daardoor zijn keuzevrijheid (enigszins) wordt ingeperkt is minder belangrijk. Dat is immers in zijn eigen belang. Of anders geformuleerd: voor zijn eigen bestwil.

Het probleem inzake alternatieve geneeswijze zit niet zozeer in het stellen van de diagnose, maar meer in een onjuiste of niet adequate behandeling zoals onder andere bleek in de zaken die aanleiding waren voor de adviesaanvraag. Daarom wordt afgesproken dat bij stelling 1 ook 'behandeling' wordt meegenomen.

De vraag is of het juist is het geheel van alternatieve geneeswijzen als 'probleem' te definiëren. Uit onderzoek blijkt dat de patiënt het bezoeken van een alternatieve genezer niet als een probleem beschouwt, maar er juist vaak baat bij heeft. Dat blijkt ook uit het zeer beperkte aantal klachten dat jaarlijks wordt gemeld bij de klachtencommissie alternatieve geneeswijze. En als er klachten worden ingediend gaan die over (mis)communicatie, niet over de (on)werkzaamheid.

Met betrekking tot het niet afstemmen tussen alternatieve en reguliere gezondheidszorg wordt vanuit de alternatieve geneeswijzers vaak aangegeven dat zij niet of nauwelijks kunnen doordringen tot de reguliere geneeskunde. Aldaar bestaat veel afweer tegen alternatieve geneeswijzen hetgeen tot veel strijd leidt. Uit onderzoek in de Journal of Canadian Medical Association op het gebied van de medische sociologie blijkt dat de reguliere geneeskunde veel heeft te verliezen in het zich open stellen voor contacten met het alternatieve circuit. Het vasthouden aan haar eigen macht ligt ten grondslag aan het afwijzen van contacten met het alternatieve circuit. Ook een experiment in Winterswijk, waar getracht werd het reguliere en het alternatieve circuit met elkaar in contact te brengen met behulp van het ziekenhuis, liep spaak op onwil van met name het reguliere circuit. Daarnaast blijkt dat patiënten vaak hun reguliere arts niet durven vertellen dat zij ook gebruik maken van het alternatieve circuit. Door die onbekendheid kunnen negatieve interacties plaatsvinden bij bijvoorbeeld medicijngebruik.

Juist nu bij behandeling van patiënten multidisciplinair teamwork steeds belangrijker wordt, wordt het wellicht mogelijk in een behandelteam ook een alternatief genezer op te nemen. De aanwezige medici die ook alternatieve geneeswijzen aanbieden geven aan dat het communiceren met het reguliere circuit geen onoverkomelijke problemen met zich mee-

brengt. Voor niet reguliere hulpverleners is dit moeilijker. Er wordt een vergelijking getrokken met het betrekken van een geestelijk verzorger van een patiënt van buiten het ziekenhuis bijvoorbeeld bij de teambehandeling van een euthanasieverzoek. Het zal zelden gebeuren dat een dominee echt wordt toegevoegd aan een ziekenhuisteam dat de patiënt begeleidt. Anderen achten dit juist verfrissend, mede met het oog op het belang van ketenzorg.

Veel aanwezigen achten het niet verstandig beleid te baseren op incidenten. Beter is het de patiënten goed voor te lichten en beter gebruik te maken van hetgeen in de wet BIG nu reeds mogelijk is voor het aanpakken van alternatieve genezers.

De kern van de discussie is het spanningsveld tussen *veiligheid en vrijheid*. In Nederland is niet duidelijk hoe het risico op schade binnen het reguliere en het alternatieve circuit zich verhouden. Omdat die vergelijking niet mogelijk is, is het op dit moment het beste zich te concentreren op maximale vrijheid. Dat burgers financiële schade (kunnen) lijden door gebruik van alternatieve geneeswijzen kan (indirect) ook gelden voor niet goed geboden reguliere geneeskunde. In beide gevallen gaat het om een eigen keuze van de patiënt. Daarnaast vallen de uitgaven voor alternatieve geneeswijzen in het niet bij de uitgaven in het reguliere circuit.

In het reguliere circuit geldt de evidence based onderzoeksmethode als de gouden standaard. Voor de alternatieve geneeswijzen zijn andere methoden ontwikkeld die op die vorm van geneeskunde beter toepasbaar zijn. Indien de onderzoeksmethode van evidence based medicine toepasbaar is voor een alternatieve behandeling is dat het beste. Er wordt voor gepleit ook een criterium als patiënttevredenheid mee te nemen als onderzoeksmethode. Dat laatste past goed bij de insteek van alternatieve geneeswijzen. De alternatieve geneeswijzen werken meer vanuit een levensbeschouwelijke invalshoek en minder vanuit het idee van evidence based.

De kern voor beide vormen van geneeskunde – regulier en alternatief – zou moeten zijn de ‘toetsbaarheid’. Er wordt op gewezen dat het placebo-effect veel invloed kan hebben op de genezing, ook in het reguliere circuit. Sommige publicaties spreken van circa 40% bijdrage op het totaal.

2 Het moet artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten verboden worden een aanvullende titel te voeren die duidt op het aanbieden van alternatieve therapieën.

Diverse reguliere hulpverleners bieden alternatieve therapieën aan. Soms met gebruikmaking van een combinatie van titels, bijvoorbeeld de arts - homeopaat, de verpleegkundige - aromatherapeut of de fysiotherapeut – haptoneuroloog. Marktwerking zal ertoe leiden dat meer reguliere hulpverleners dat gaan doen. De eerste titel is door de overheid beschermd, de tweede niet. Voor de patiënt is dat alleen maar verwarrend. Die ontleent aan de beschermde titel het vertrouwen dat de alternatieve therapie werkzaam en veilig zijn. Dat vertrouwen wordt versterkt als therapieën goed scoren in onderzoeken van de Consumentenbond of vergoed worden door verzekeraars. De mogelijke scheidslijn die wel wordt gesuggereerd in het optreden van de hulpverlener tussen regulier en 'alternatief' is noch voor de hulpverlener zelf, noch voor patiënten duidelijk aan te brengen en te herkennen. Voor het kunnen maken van een goede keuze door de patiënt is het noodzakelijk beide rollen helder van elkaar te onderscheiden. Daar komt nog een kwaliteitsargument bij. Een huisarts kan bijvoorbeeld uit kwaliteitsoverwegingen niet ook tegelijk anesthesist zijn of chirurg. Ieder vakgebied vraagt nu eenmaal een bepaalde mate van kennis en ervaring. De hulpverlener zal daarom moeten kiezen tussen regulier of alternatief.

Aanwezig zijn hebben verschillende zienswijzen ten aanzien van mogelijke verwarring door de combinatie van titels zoals arts – homeopaat, fysiotherapeut – haptoneuroloog, etc. Sommigen vinden dat juist in deze combinaties het complementaire karakter van de reguliere en de alternatieve geneeswijzen ideaal wordt gecombineerd. Anderen geven aan dat wellicht de hulpverleners zelf wel een goede scheiding kunnen maken tussen beide vormen van behandeling, maar dat dit moeilijker zal zijn voor de patiënt.

Een voordeel is het minder grote risico dat voor een somatisch probleem een verkeerde alternatieve behandeling wordt toegepast. Daarnaast geldt voor (sommige) reguliere hulpverleners die ook alternatief werken de verplichting tot periodieke herregistratie. Een arts – homeopaat – acupuncturist heeft bijvoorbeeld op alle drie de aandachtsgebieden een verplichting tot nascholing, hetgeen een veel hogere bijscholingslast is dan voor de reguliere huisarts. Ook is het tuchtrecht op hem/haar van toepassing.

Eén van de academische ziekenhuizen in het land staat het eigen personeel niet toe binnen de muren van het ziekenhuis alternatieve geneeswijzen aan te bieden, zoals therapeutisch touch door verpleegkundigen. De reactie op de maatregel was binnen de eigen regio overwegend positief, terwijl uit andere delen van Nederland juist minder positief werd geoordeeld.

Integriteit is van groot belang. De hulpverlener moet duidelijk aangeven welke benaderingswijze hij/zij volgt en de patiënt moet op heldere informatie zijn beslissingen kunnen baseren.

Behalve in Nederland wordt deze discussie nergens gevoerd. In andere westerse landen is de combinatie arts – acupuncturist heel gewoon. Bijvoorbeeld in Duitsland is de combinatie internist – natuurarts heel gewoon in tegenstelling tot Nederland.

3 Alternatieve hulpverlening ligt veel meer op het terrein van welzijn dan op het terrein van de gezondheidszorg en hoort daarom ook niet thuis in de aanvullende ziektekostenverzekeringen.

De term ziektekostenverzekering suggereert dat alles wat in de aanvullende verzekering zit ook met ziekte en gezondheidszorg te maken heeft. De laatste jaren doet zich een ontwikkeling voor gericht op het weghalen van niet strikt tot het 'gezondheidszorgdomein' horende zaken. In die lijn zou het passen om alternatieve hulpverlening in een ander verzekeringsarrangement onder te brengen.

Het is van belang een onderscheid te maken tussen *zorg en welzijn*. Een aanzienlijk deel van bezoekers aan het alternatieve circuit is op zoek naar een beter welzijn en zoekt niet zozeer naar genezing van een ziekte. Voor het verbeteren van welzijn kan een bezoek aan een alternatieve genezer zeker baat met zich meebrengen. Echter wanneer in het alternatieve circuit de patiënt bewust of onbewust wordt gesterkt in zijn mening of gevoel dat hij wel ziek is terwijl dat in het reguliere circuit wordt ontkend, dan kan het schadelijk worden omdat de patiënt wordt gefixeerd op een lichamelijke oorzaak van zijn/haar klachten terwijl deze een psychosociale oorzaak kunnen hebben.

Een deel van de alternatieve genezers kijkt, net als het reguliere circuit, naar de kwaal op zichzelf. Een groot deel kijkt echter juist naar andere zaken rondom de kwaal zoals het slaap- en eetpatroon van de patiënt en kijkt vervolgens naar mogelijke interacties.

Die contextgebonden aanpak geeft de patiënt het gevoel dat veel alternatief genezers een meer holistische benadering volgen dan zorgverleners in het reguliere circuit. En daardoor voelt de patiënt zich beter. Hier speelt opnieuw de samenhang tussen zorg en welzijn. Doordat de patiënt zich beter begrepen of beter op zijn plaats voelt in het alternatieve circuit draagt dat op zich weer bij tot een snellere genezing van diens kwaal. Net zoals een huisdier het welzijn van mensen kan verhogen en kan bijdragen aan ziekteherstel. In dat opzicht zouden regulier en alternatieve circuit elkaar kunnen aanvullen.

Sommige deelnemers poneren de stelling: “er is maar één geneeskunde; de rest is welzijn”. Anderen wijzen erop dat de reguliere gezondheidszorg ook de pretentie heeft “leed te verzachten”. Als het reguliere medisch circuit welzijn wel beschouwt als deel van zijn terrein dan moet de arts aangeven aan de patiënt welk gedeelte van welzijn hij tot zijn domein rekent.

De reguliere medicus richt zich in de eerste plaats op het behandelen van ‘ziekte’.

De opleiding tot reguliere medicus stelt de ‘pathogenese’ centraal. Dat blijkt ook uit de nadruk op het coderen van ziekten in de artspraktijk. Op die manier staat de pathologie centraal en minder de ‘salutologie’. De kracht van de alternatieve geneeswijze is mede te danken aan de focus op de salutologie. Hierin kunnen de reguliere en alternatieve geneeswijzen elkaar aanvullen.

Met betrekking tot het verzekeringstechnisch effect kiezen de meeste verzekeraars voor een (gedeeltelijke) vergoeding van bezoek en therapie in het alternatieve circuit. Deze keuze gebeurt op basis van marketing. De verzekerden willen het graag en het kost de verzekeraars minder dan het aan premie opbrengt (in het aanvullend pakket). Verzekeraars geven een verschillende invulling aan het vergoeden van alternatieve therapieën. Het uitsluiten van een categorie alternatieve genezers wordt bovendien bemoeilijkt door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMA) die stelt dat indien een alternatief genezer staat geregistreerd bij een beroepsvereniging dan wel zich houdt aan vergelijkbare eisen als binnen betreffende verenigingen deze omwille van de concurrentie moet worden geaccepteerd door de verzekeraars.

De aanwezigen wijzen erop dat ook verkeerd eten, gevaarlijke sporten en andere riskante of verkeerde leefwijzen kan leiden tot een aanzienlijk groter aantal doden per jaar. De overheid/politiek zal dergelijke verkeerde leefwijzen niet wettelijk durven aanpakken. Het is vreemd voor de aanpak van alternatieve geneeswijzen alle registers open te willen trekken. Dat het vergoeden van alternatieve geneeswijzen, net als de cijferlijst van de Consumentenbond, een aureool verleent aan alternatieve geneeswijzen dat verkeerd begrepen kan worden door burgers/patiënten wordt voor lief genomen.

4 Zolang geen gegevens beschikbaar zijn over de effectiviteit van alternatieve therapieën is de overheid c.q. het reguliere veld gedwongen alle alternatieve hulperlening over één kam te scheren.

Het is een illusie een onderscheid te willen maken tussen ‘bonafide’ of ‘malafide’ therapieën. Waar erkenning door de overheid of door het reguliere veld

steeds op vastloopt, is het ontbreken van bewijs van werkzaamheid of effectiviteit van behandelingen. Ook een kwaliteitsbeoordeling door de Consumentenbond of door een verzekeraar kan hier geen uitspraak over doen. Een kwaliteitsstelsel kan iets zeggen over de aanwezigheid van bijvoorbeeld een klachtenregeling, maar zegt nog niets over de inhoud van de behandeling of het effect daarvan. Waar in de reguliere zorg een forse beweging op gang is gekomen naar een toetsbare opstelling – ook ten aanzien van de uitkomsten van de zorg – blijft die in de alternatieve hulpverlening achterwege.

Via zelfregulering op het gebied van organisatie, zoals gestimuleerd vanuit het CBO-programma en getoetst door de Consumentenbond, wordt gewerkt aan verbetering van de (repeteerbaarheid van) organisatie, klachtenbehandeling etc. Er wordt echter niet gekeken naar de repeteerbaarheid van een behandelwijze noch naar het effect van een behandeling. De Consumentenbond is zijn onderzoek naar alternatieve geneeswijzen gestart vanuit de gedachte: het gebruik is niet weg te denken; controleer dan wat je kunt controleren. Op werkzaamheid kan de Consumentenbond niet toetsen, wel op bijvoorbeeld de organisatievormen. Wel heeft men besloten mede naar aanleiding van kritische uitzending op de televisie geen cijfers meer te geven aan de diverse vormen van alternatieve therapieën. De cijfers doen onterecht overkomen alsof de kwaliteit van de behandelingen is getoetst. Gevraagd naar het verschil tussen de werkzaamheid van huidcrèmes en alternatieve geneeswijzen wordt aangegeven dat huidcrèmes ‘testbaar’ zijn in tegenstelling tot zorg, dienstverlening etc.

Met betrekking tot het wel of niet bewezen zijn van veel alternatieve therapieën wordt erop gewezen dat ook in het reguliere circuit veel therapieën nog niet zijn bewezen of na enkele jaren onwerkzaam blijken. Echter zo'n therapie wordt wel toegepast op basis van een brede consensus binnen de beroepsgroep van medici. Dat geldt minder of niet voor allerlei alternatieve behandelingen.

Een alternatief is te onderzoeken of een alternatief genezer zich wel of niet toetsbaar opstelt inzake de toegepaste (be)handelingen. Er wordt op gewezen dat de Stichting voor Innovatief Onderzoek en onderwijs van Complementaire Behandelwijzen (IOCOB) tracht een scheiding te maken tussen misleidende en bonafide alternatieve geneeswijzen, onder andere door onderzoek te doen naar het wel of niet het toetsbaar opstellen van de behandelaars. Voor de consument is een keuzewijzer opgesteld waarbij aan de hand van tien criteria alternatieve genezers worden getoetst op hun meer of minder bonafide karakter. Diverse patiëntenverenigingen hebben deze benadering overgenomen voor het toetsen van alternatieve geneeswijzen voor de betreffende chronische ziekte.

Het gemeenschappelijk element van de alternatieve geneeswijzen is volgens sommigen het 'onwetenschappelijk' karakter. In het verleden is getracht te komen tot een ordening van de alternatieve geneeswijzen mede aan de hand van wel of niet getoetst. Dat is ondanks herhaalde pogingen niet gelukt en ook nu is bijvoorbeeld de KNMG zoekende naar het onderscheid tussen bonafide en malafide alternatieve geneeswijzen c.q. een goede ordening. Het niet kunnen aanbrenge van een onderverdeling of ordening betekent dat er niets anders op zit dan alle alternatieve geneeswijzen op één manier te behandelen. Het enige onderscheid dat mogelijk is, is het onderscheid tussen regulier opgeleide zorgverleners die een alternatieve behandeling aanbieden versus de niet regulier opgeleide alternatief genezers.

Nogmaals wordt gewezen op het belang van toetsbaarheid. De acupunctuur en de homeopathie stellen zich toetsbaar op door te publiceren over onderzoek naar de werkzaamheid. Bovendien zijn in de laatste decennia diverse kruiden die voorheen gerekend werden tot het alternatieve circuit inmiddels geaccepteerd in het reguliere circuit. Anderzijds is van therapieën als met haaienkraakbeen of combugathee bewezen dat ze absoluut niets doen of zelfs gevaarlijk te zijn. Opgemerkt wordt dat therapieën kunnen worden getoetst op meerdere criteria zoals werkbaarheid, integriteit en organisatie.

Feiten en cijfers over alternatieve behandelwijzen

Drs. E.G. Brummelman
RVZ

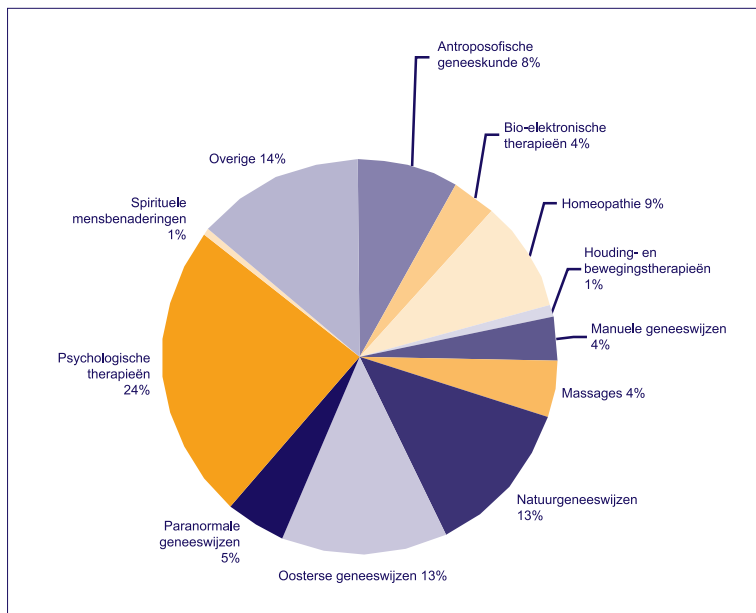
In deze bijlage worden feiten en cijfers over alternatieve genees- en behandelwijzen gepresenteerd. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de vergoeding daarvan door verzekeraars. In hoofdstuk 1 worden zorgaanbod en capaciteit besproken. In hoofdstuk 2 komen zorggebruik en productie aan bod. En tenslotte wordt in hoofdstuk 3 de financiering van alternatieve genees- en behandelwijzen beschreven.

1 Zorgaanbod en capaciteit

Het Nivel heeft in 2000 onderzoek gedaan naar alternatieve genees- en behandelwijzen. In totaal meldde 72 van de 93 geëncquêteerde beroepsorganisaties in 2000 ongeveer 11.000 georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaren. Dit getal is echter een overschatting omdat een beroepsbeoefenaar bij meerdere beroepsorganisaties tegelijk kan zijn aangesloten. Tegelijk is sprake van een onderschatting omdat het hier alleen om de georganiseerde beroepsbeoefenaren gaat en niet om de ongeorganiseerde, niet bij een beroepsvereniging aangesloten beoefenaren. Het getal van 11.000 is in ieder geval wel aanzienlijk meer dan de tot dan toe meest recente schatting van ruim 4000 beroepsbeoefenaren uit 1997 (NIVEL, 2000).

In de onderstaande figuur zijn de aangesloten beroepsbeoefenaren onderverdeeld naar een aantal categorieën.

Figuur 1 Aangesloten beroepsbeoefenaren naar categorie (n=10684)



Bron: NIVEL, 2000.

Van Dijk komt in zijn boek "Geneeswijzen in Nederland" tot een nog hoger aantal dan 11.000. Hij telde op 1 januari 2003 129 beroepsverenigingen voor alternatieve geneeswijzen waarvan op dat moment 18.955 personen lid waren. Ook bij dit cijfer dient opgemerkt te worden dat er mogelijk dubbele lidmaatschappen bestaan. Ook hoeft niet elke beoefe-

naar fulltime werkzaam te zijn en zijn er artsen/therapeuten die de alternatieve praktijk combineren met hun reguliere werkzaamheden. Nieuw bij Van Dijk is dat hij een schatting heeft gemaakt van de niet-georganiseerde beroepsbeoefenaars. Opvallend is het lage aantal van 3.347 waar hij op uitkomt. Dit resulteert in een totaal aantal beoefenaren in Nederland van 22.206. Ter vergelijking: volgens van Dijk waren er per 1 januari 2003 7200 praktiserende huisartsen en 11.500 praktiserende fysiotherapeuten in Nederland.

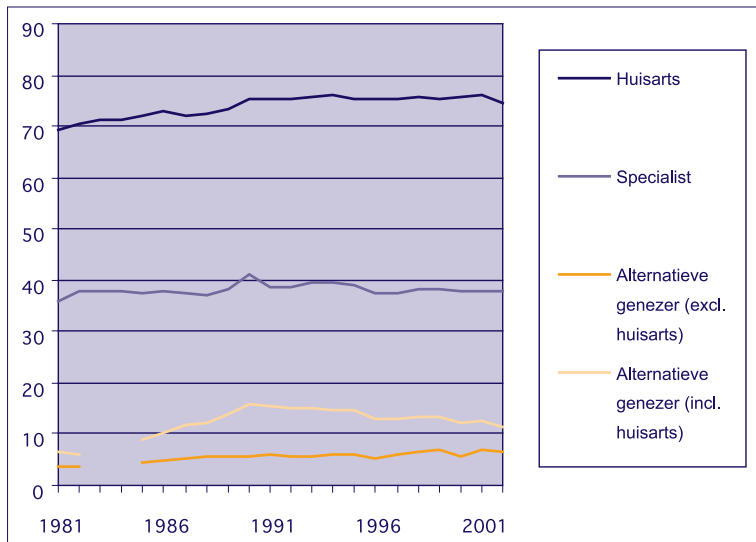
Verder is interessant dat hij de artsen van de niet-artsen (therapeuten) onderscheidt. Ongeveer 10 % van de beoefenaars van alternatieve geneeswijzen is volgens hem arts. Dit percentage is sinds 1977 ongeveer gelijk gebleven. In totaal waren er volgens hem op 1 januari 2003 1488 artsen die alternatieve geneeswijzen toepassen. Hij ziet deze artsen bij 6 beroepsverenigingen: Acupunctuur (500), Antroposofische geneeskunde (216), Homeopathie (402), Manuele therapie/geneeskunde (170), natuurgeneeskunde (120) en neuuraaltherapie (80).

2 Zorggebruik en productie

In deze paragraaf wordt de zorgconsumptie besproken. Allereerst brengen we het percentage personen in de bevolking met contact met een alternatieve genezer in beeld. Daarna worden de achtergrondkenmerken van bezoekers van alternatieve genezers beschreven.

Figuur 2 brengt het percentage personen in de bevolking met contact met een alternatieve genezer in beeld. De alternatieve genezer mag daarbij niet de eigen (alternatieve) huisarts zijn. Het verloop van dit percentage over de jaren zetten we af tegen enkele andere beroepsbeoefenaren.

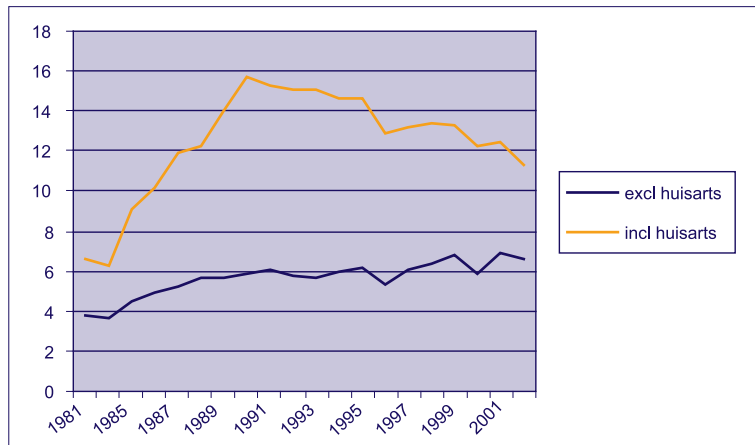
Figuur 2 Percentage personen in de bevolking met contact in 1 jaar



Bron: CBS, 2004.

In figuur 3 zoomen we verder in op het gebruik van de alternatieve genezer. We zien dat het gebruik in de jaren '80 is toegenomen. Vanaf 1991 is echter een dalende trend te zien in het gebruik van alternatieve genezers (incl. huisarts). Het gebruik van alternatieve genezers (excl. huisarts) vertoont in de jaren '90 schommelingen, maar stijgt bijna niet meer. Hieruit kan men concluderen dat het aandeel alternatief werkende artsen in deze jaren is afgenomen.

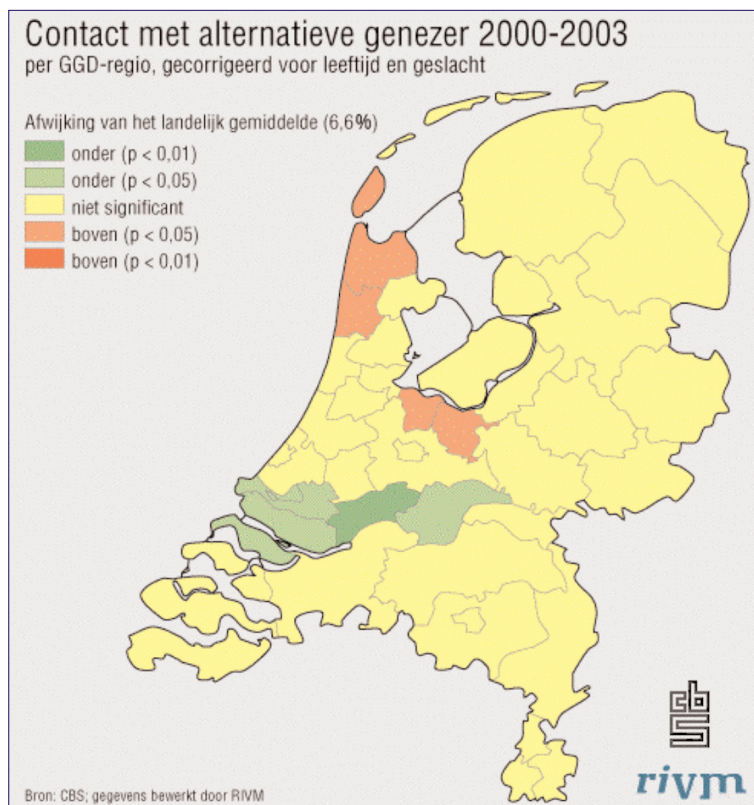
Figuur 3 Percentage personen in de bevolking met contact in 1 jaar



Bron: CBS, 2004

Uit onderstaande figuur 4 blijkt dat er regionale verschillen bestaan in de contacten die mensen met alternatieve genezers hebben. "Gemiddeld bezoekt 6,6% van de Nederlanders minstens één keer per jaar een alternatieve genezer. In de GGD-regio Gooi- en Vechtstreek ligt dit beduidend hoger en bezoekt 1 op de tien inwoners (10,3%) een alternatieve genezer. Ook de naastgelegen regio Eemland wijkt met 9,0% significant af van het Nederlands gemiddelde. In de GGD-regio's in het noordelijke deel van de provincie Noord-Holland gaan ook relatief veel mensen naar een alternatief genezer. Tussen de grote rivieren maakt slechts een klein deel van de bevolking de gang naar de alternatieve genezer. In de GGD-regio Nieuwe Waterweg Noord bezoekt slechts 3,9% van de inwoners de alternatieve genezer. (...) De regionale verschillen worden niet verklaard door regionale variaties in leeftijd en geslacht, omdat voor deze factoren is gecorrigeerd" (Mac Gillavry E., 2004).

Figuur 4



Bron: RIVM

Aantal diagnoses in het alternatieve circuit

Met behulp van cijfers over het aantal mensen dat contact heeft gehad met alternatieve genezers kan een inschatting worden gemaakt van het aantal diagnoses in het alternatieve circuit. Hierbij wordt gebruikgemaakt van cijfers over het meest recente jaar 2002 in tabel 1. 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 genezer, waarbij de alternatieve genezer niet tevens de huisarts was. 11,3 Procent van de bevolking had contact met een alternatieve genezer, waarbij de alternatieve genezer 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 genezer was (CBS, 2004).

Met een totale bevolking van ongeveer 16 miljoen mensen in 2002 ging het om 1.1 miljoen mensen (exclusief de huisarts) en 1.8 miljoen men-

sen (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. Dat wil zeggen dat er in Nederland ongeveer 1,1 miljoen diagnoses per jaar door alternatieve beroepsbeoefenaren worden gesteld (exclusief huisarts).

Tabel 1 Percentage personen met contact met een hulpverlener in 1 jaar in 2002

Huisarts	Specialist	Tandarts	Fysio-therapeut	Alternatieve genezer (excl. huisarts)	Alternatieve genezer (incl. huisarts)	Ambulante GGZ
74,5%	37,8%	78,5%	17,2%	6,6%	11,3%	1,5%

Bron: CBS, 2003 en CBS, 2004.

Het CBS heeft ook geschat hoeveel contacten een bezoeker met een alternatieve genezer (exclusief de huisarts) heeft. Voor 2002 wordt het gemiddeld aantal contacten van een bezoeker op 6,3 geschat (zie tabel 6). Omgerekend ging het om ongeveer 6,6 miljoen contacten in 2002.

In de onderstaande tabel 2 zijn de personen met contact onderverdeeld naar de belangrijkste alternatieve geneeswijzen. De som van de verschillende alternatieve geneeswijzen kan meer zijn dan het “totaal” omdat er ook mensen zijn die meer dan één alternatieve genezer bezoeken.

Tabel 2 Verdeling van de contacten over alternatieve genezers

	1990	1995	2000	2001	2002
Totaal	5,9	6,2	5,9	6,9	6,6
Waarvan					
- Homeopathie	2,3	2,0	2,1	2,4	2,4
- Acupunctuur	0,7	0,9	1,2	1,4	1,4
- Natuurgeneeskunde	0,8	0,8	0,8	1,2	0,9
- Paranormaal/Magnetiseur	1,2	1,2	0,9	1,0	0,9
- Overige	1,8	2,2	2,0	2,5	2,1

Bron: CBS, 2003.

De gebruikers van alternatieve geneeswijzen hebben bepaalde achtergrondkenmerken. Zo blijkt uit tabel 3 dat hoger opgeleiden vaker contact hebben met een alternatieve genezer dan lager opgeleiden. Uit tabel 4 en 5 blijkt dat vrouwen vaker naar een alternatieve genezer gaan dan mannen en dat 20 tot 65 jarigen vaker contact zoeken dan 0 tot 19 jarigen en mensen van 65 jaar en ouder.

Tabel 3 Opleidingsniveau van mensen die contact hadden met een alternatieve genezer, 2002 (gecorrigeerd)

Lager onderwijs	4
Lbo	6
mavo, vwo-3	5,4
Havo, vmo, mbo	7,4
Hbo, universiteit	10,5

Bron: CBS, 2003.

Tabel 4 Percentage personen met contact met een alternatieve genezer (excl.huisarts) in 1 jr

Perioden	Totaal	Geslacht		Verzekeringsvorm			Leeftijd				
		Mannen	Vrouwen	Zieken-fonds	Particulier	Leef-tijd	Totaal particulier	IZA/IZR	Overige verzeke-ring	0-19 jaar	20-44 jaar
1991	6,1	4,8	7,4	5,8	6,7	5,2	7	3,9	7,3	7,2	4,9
1992	5,8	4,6	6,8	5,7	5,9	6,2	5,8	3,4	6,4	7,5	5,2
1993	5,7	3,7	7,6	5,7	5,6	5,2	5,8	4,1	6,3	6,9	4,6
1994	6	4,1	7,8	5,8	6,2	6,4	6,2	3,5	7,5	6,7	4,6
1995	6,2	4,8	7,6	5,6	7,3	6,2	7,5	4,3	6,6	7,7	6,2
1996	5,3	3,7	6,8	4,5	6,6	5,6	6,8	3,1	5,9	7,7	3,3
1997	6,1	4,5	7,7	5,4	7,4	5,7	7,6	4,1	6,8	7,8	4,9
1998	6,4	5,2	7,6	6	7,1	8,1	6,9	4,3	6,9	8,5	4,6
1999	6,8	4,8	8,8	6,3	7,5	6,3	7,7	5,3	7,2	9,3	3,8
2000	5,9	4,7	7,2	5,8	6,1	7,3	6	4,4	6,3	8	3,7
2001	6,9	4,8	9	6,8	7,2	6,2	7,4	4,9	8,1	8,2	5,1
2002	6,6	4,7	8,4	5,8	7,9	6	8,1	4,7	7,1	8,2	5,8

Bron: CBS, 2004.

Tabel 5 Percentage personen met contact met een alternatieve genezer (incl. huisarts) in 1 jr

Perioden	Totaal	Geslacht		Verzekeringsvorm			Leeftijd				
		Mannen	Vrouwen	Zieken-fonds	Particulier	Leef-tijd	Totaal particulier	IZA/IZR	Overige verzeke-ring	0-19 jaar	20-44 jaar
1991	15,3	13,5	17	15,1	15,7	15,5	15,8	14,2	16,8	15,8	11,7
1992	15,1	13	17,1	15,3	14,8	14,9	14,8	13,8	16,4	16,6	10,8
1993	15,1	12,5	17,7	15,5	14,6	14,8	14,6	15,1	16,4	16	10,1
1994	14,6	11,9	17,3	14,4	15	16,2	14,8	12,7	16,4	14,8	12,5
1995	14,6	12,5	16,6	14	15,5	13,2	15,9	13,9	15,3	15,6	11,8
1996	12,9	10,8	15	12,2	14,2	13,9	14,2	11,5	13,6	15,3	9,6
1997	13,2	10,9	15,4	12,3	14,7	15	14,7	11,4	14	15,2	10,2
1998	13,4	11,5	15,3	12,8	14,4	13,7	14,5	13,1	13,6	15,3	10
1999	13,3	10,4	16,2	12,7	14,4	12,3	14,7	11,2	13,9	16,8	9,3
2000	12,2	9,9	14,4	12,3	12,1	13,7	11,8	10,1	12,6	14,8	9,9
2001	12,5	9,9	15,2	12,3	13	10,9	13,3	10,5	12,9	15,7	9,3
2002	11,3	9	13,5	10,4	12,7	11,5	12,8	9	11,2	14,5	9,4

Bron: CBS, 2004.

Homeopathische geneesmiddelen

Naast behandelingen door alternatieve genezers consumeren mensen ook alternatieve geneesmiddelen. Hierover is minder bekend dan over de behandelingen. Homeopathische geneesmiddelen mogen in Nederland alleen worden verkocht als zij zijn geregistreerd door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). “Het CBG beoordeelt of homeopathische geneesmiddelen van een constante en controleerbare kwaliteit zijn en of ze veilig zijn. De fabrikanten hoeven niet zozeer aan te tonen dat hun middel werkt, maar het moet duidelijk zijn welke stoffen een middel bevat en in welke verhouding. Inmiddels hebben 3.200 homeopathische producten een registratie bij het CBG” (SFK, 2005). Op deze geneesmiddelen is het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten van toepassing.

De verkoopcijfers van homeopathische geneesmiddelen zijn alleen openbaar voor wat betreft de geneesmiddelen die door de openbare apotheek worden verkocht. Naast openbare apotheken verkopen drogisterijen ook veel homeopathische geneesmiddelen. Verkoopcijfers zijn hierover niet bekend. Daarnaast dient te worden opgemerkt dat de homeopathische verstrekkingen die niet zijn geregistreerd via het apotheekinformatiesysteem niet zijn meegenomen in onderstaande cijfers.

“Volgens gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is in 2002 1.800.000 keer een homeopatisch product verstrekt via de apotheek. Dit is 550.000 keer minder dan in 2001. In totaal is er € 20 miljoen aan deze artikelen besteed, een afname van € 7,7 miljoen ten opzichte van het voorgaande jaar. Per apotheek bedroeg de omzet € 12.000. De gemiddelde brutowinst in 2002 is teruggelopen van € 5.400 naar € 3.600 per apotheek” (SFK, 2005).

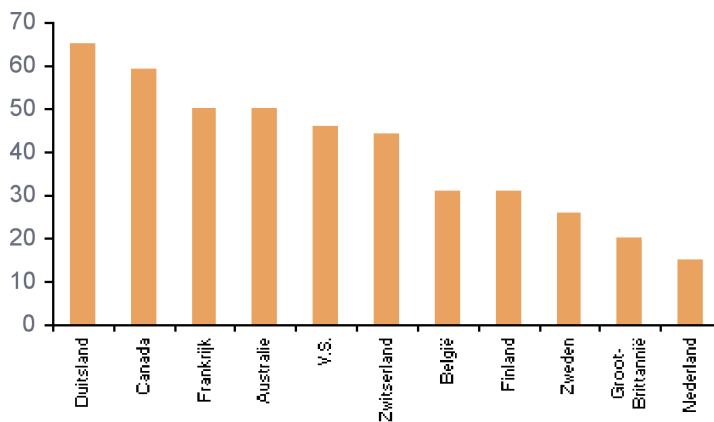
Het CBS heeft berekend dat ongeveer 32 procent van de bevolking niet voorgeschreven medicijnen gebruikt. 6,6 Procent daarvan maakt gebruik van homeopathische middelen. Dit zijn ongeveer 340.000 mensen per jaar. Het CBS geeft ook wat achtergrondinformatie over deze gebruikers. Anders dan bij de alternatieve genezers zijn gebruikers van homeopathische geneesmiddelen vaker wat ouder. Verder zijn zij vaker vrouw dan man en vaker particulier dan ziekenfonds verzekerd (CBS, 2003).

Internationaal

In onderstaande figuur is het percentage gebruikers van alternatieve geneeswijzen in Nederland per jaar afgezet tegen het aantal in andere landen. Nederland scoort beduidend lager als het gaat om het gebruik van alternatieve geneeswijzen (15%), dan andere landen (Duitsland 65 %; Frankrijk 50 %). Overigens is het cijfer dat Van Dijk voor Nederland gebruikt redelijk oud. Begin jaren '90 was nog sprake van een gebruik van rond de 15% (incl. huisarts), terwijl dit in 2002 slechts nog zo'n

11,3% was (incl. huisarts) en 6,6% (exclusief de huisarts). Zie voor de precieze aantallen de tabellen 4 en 5.

Figuur 5 Percentage van de bevolking dat jaarlijks gebruikmaakt van alternatieve geneeswijzen



Bron: Van Dijk, 2003

3 Financiering

De uitgaven aan alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen (exclusief homeopathische zelfzorgmiddelen) in Nederland bedroegen in 2002 ongeveer een half miljard euro. Dit is als volgt berekend. In 2002 had 11,3 procent van de bevolking contact met een alternatieve genezer (inclusief huisarts). Dit zijn ongeveer 1,8 miljoen mensen. Het CBS berekende dat deze mensen in 2002 ongeveer 6,3 keer per persoon naar de alternatieve geneeswijzer gingen (exclusief huisarts). Zie hiervoor tabel 6. Als we uitgaan van ongeveer 6 consulten per persoon met een fictief tarief van € 45,- per consult dan resulteert dit in een bedrag van € 0,5 miljard euro. 20 procent van deze uitgaven worden vergoed door de zorgverzekeraars (€ 0,1 miljard) (Vektis, 2004a en 2004b). Renckens (2004) komt via het extrapoleren van uitgaven uit 1986 voor 2002 ook aan ongeveer een half miljard euro (476 miljoen euro). Daarnaast maakt Renckens (2004) ook nog een schatting van de uitgaven aan homeopathische, natuurgeneesmiddelen en voedingssupplementen voor 2002. Deze schat hij op € 223 miljoen. De totale uitgaven in 2002 komen daarmee op zo'n € 0,7 miljard.

Tabel 6 Aantal contacten per persoon met contact in 1 jaar in 2002

Huisarts	Specialist	Tandarts	Fysio-therapeut	Alternatieve genezer (excl. huisarts)	Alternatieve genezer (incl. huisarts)	Ambulante GGZ
4,9	4,5	2,8	16,3	6,3	.	.

Bron: CBS, 2004.

Een deel van de kosten van deze contacten worden vergoed door verzekeraars. Verzekerden moeten dan wel aanvullend hiervoor verzekerd zijn of alternatieve geneeswijzen moeten opgenomen zijn in het verzekerde pakket. De uitgaven van verzekeraars aan alternatieve geneeswijzen zijn voor aanvullend verzekerde ziekenfondsverzekerden en privaatrechtelijk verzekerden niet zonder meer met elkaar te vergelijken. De gegevens zijn afkomstig uit verschillende bronnen. Grofweg kan men echter zeggen dat verzekeraars in 2003 € 26 miljoen uitgaven aan alternatieve geneeswijzen voor privaatrechtelijk verzekerden en € 72 miljoen aan aanvullend verzekerde ziekenfondsverzekerden (Vektis, 2004a en 2004b). Deze bedragen zijn om een aantal redenen echter een onderschatting. Zo zijn de bedragen bijvoorbeeld exclusief eigen betalingen (netto), bijna altijd gemaximeerd en worden alternatieve zelfzorgmiddelen niet vergoed.

Dekking en polisvoorwaarden

Verzekerden moeten aanvullend verzekerd zijn of alternatieve geneeswijzen moeten opgenomen zijn in het verzekerde pakket om voor vergoe-

ding in aanmerking te komen. Bij particuliere zorgverzekeraars kunnen alternatieve geneeswijzen opgenomen zijn in de hoofdverzekering of in het aanvullende pakket. Bij ziekenfondsverzekeringen kunnen alternatieve geneeswijzen alleen opgenomen zijn in het aanvullende pakket. De meeste zorgverzekeraars bieden alternatieve therapieën aan. De dekking en polisvoorwaarden om voor vergoeding in aanmerking te komen verschillen echter per verzekeraar. Meestal is de omvang van de dekking van geneeswijzen in een polis anders dan de dekking van geneesmiddelen. Zo kunnen in één polis geneeswijzen 75 % procent vergoed worden tot een maximum van € 475,- per jaar en geneesmiddelen 100 % tot een maximum van € 230,- per jaar. Sommige verzekeraars kiezen echter voor één percentage en één bedrag voor geneeswijzen en geneesmiddelen tezamen. Bij alle verzekeraars is het zo dat hoe uitgebreider pakket is, hoe uitgebreider de dekking voor alternatieve geneeswijzen is. De maximale vergoeding per jaar voor geneeswijzen en geneesmiddelen tezamen ligt in 2004 ongeveer tussen de € 200 bij de meest eenvoudige polissen tot ongeveer € 700 bij de meest uitgebreide polissen.

De polisvoorwaarden kunnen op een aantal punten verschillen. Er kan verschil zijn in de mate waarin niet-artsen onder de dekking vallen, of zij lid moeten zijn van een bepaalde beroepsvereniging, of geneesmiddelen geregistreerd moeten zijn in het Besluit Homeopathische Farmaceutische Producten en in hoeverre geneesmiddelen door een arts moeten zijn voorgeschreven.

Bijna altijd vallen niet-artsen onder de dekking, al wordt er vaak de voorwaarden aan gesteld dat zij lid moeten zijn van een, vaak in de polisvoorwaarden genoemde, beroepsvereniging. Daarnaast moeten voorgeschreven geneesmiddelen altijd geregistreerd zijn in het besluit Homeopathisch Farmaceutische Producten om voor vergoeding in aanmerking te komen. Deze geneesmiddelen hoeven niet per se door een arts te zijn voorgeschreven.

Literatuur

Dijk, O. van, Geneeswijzen in Nederland, Compendium van alternatieve geneeswijzen, negende geheel herziene druk, Deventer, 2003.

Gillavry E. Mav Contact met alternatieve genezer 2000-2003. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorg\Vrije beroepen in de zorg\Alternatieve geneeswijzen, 14 september 2004

Nivel, Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees-/behandelwijzen in 2000; rapport derde fase, Utrecht, 2000.
Stichting farmaceutische kengetallen (SFK), website 25 januari 2005.

CBS, Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS): gezondheid en welzijn, Statline, www.cbs.nl, Voorburg/Heerlen 2004.

CBS, Vademecum gezondheidsstatistiek 2003, Voorburg, 2003.

Vektis, Zormonitor 2004, Zeist, 2004a.

Vektis, Berekening uitgaven alternatieve geneeswijzen particuliere zorgverzekeraars, 2004b (ongepubliceerd).

Risico's van alternatieve behandelwijzen

Drs. J. van Hasselt

1 Inleiding

Deze notitie inventariseert recente publicaties over alternatieve behandelwijzen, met het accent op de schadelijke gevolgen van de toepassing ervan.

Paragraaf 2 gaat over publicaties in recente jaargangen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG). Voor het NTVG is gekozen omdat dit tijdschrift voor de Nederlandse situatie gezien kan worden als een gezaghebbend orgaan waarin gedegen en betrouwbare berichtgeving plaatsvindt over ontwikkelingen in de (klinisch-) medische zorg in brede zin. Verondersteld werd dat belangrijke ontwikkelingen op het terrein van de alternatieve behandelwijzen in het NTVG gesignaleerd zouden worden. Omdat vooral belang werd gehecht aan recente informatie is gekozen voor de periode 1999 tot heden. De gevonden publicaties worden per jaar in volgorde vermeld. Omdat slechts weinig publicaties werden aangetroffen die specifiek handelden over de gevaren van alternatieve behandelwijzen, worden ook andere artikelen en berichten over alternatieve behandelwijzen beschreven.

Paragraaf 3 vermeldt en beschrijft recente artikelen over de schade van alternatieve behandelingen in buitenlandse literatuur. Deze artikelen zijn gevonden door middel van een snelle (quick and dirty) literatuursearch via PubMed. De search is niet uitputtend. De gevonden publicaties zijn veelal overzichtsartikelen waarin recente literatuur is samengevat. De paragraaf begint met artikelen die het brede veld van de alternatieve behandelwijzen betreffen. Vervolgens worden artikelen beschreven die betrekking hebben op een specifiek onderdeel van de alternatieve behandelwijzen, i.c. acupunctuur, of op toepassing van alternatieve behandelwijzen bij specifieke aandoeningen, i.c. kanker, allergieën en astma.

Paragraaf 4 bevat een korte conclusie.

2 NTVG

1999

Het NTVG publiceert in januari in de rubriek 'geneeskunde en recht' een artikel van J.K.M. Gevers over de alternatieve behandelwijzen na invoering van de wet BIG¹. In deze algemeen gestelde beschouwing geeft de auteur aan dat de Wet BIG de positie van alternatieve behandelaars heeft verruimd. Dit geldt vooral voor de alternatieve behandelaars die niet tevens reguliere hulpverleners zijn.

In maart wordt in de rubriek 'buitenlands nieuws' gewag gemaakt van een artikel in 'The Hindustan Times' over kwalijke praktijken van kwakzalvers in India².

In de rubriek 'buitenlands nieuws' van juni wordt melding gemaakt van de invoering in Duitsland van een aparte lijst van erkende alternatieve geneesmiddelen³.

Van Dam beschrijft in juli de uitkomsten van een enquête naar het gebruik van alternatieve diëten en behandelingen. De enquête werd in maart 1999 gehouden onder patiënten met kanker die de polikliniek van het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis bezochten⁴. Van de meewerkende patiënten gebruikte 30% alternatieve behandelwijzen, naast de reguliere behandeling. Dertien procent gebruikte een alternatief dieet. In tweederde van de gevallen is dit het zogenoemde Houtsmullerdieet, in eenderde het Moermandieet. Omdat de uitkomsten vergeleken worden met een eerder onderzoek (1984-1987) kon worden vastgesteld dat het gebruik van alternatieve behandelwijzen door kankerpatiënten met gemiddeld 80% is toegenomen. Het artikel bevat een pleidooi voor heldere informatie aan de patiënt.

Eveneens in juli publiceren Renckens en Van Dam een brief aan de redactie over het Koningin Wilhelmina Fonds en de Houtsmuller-therapie⁵, waarin de presentatie van dr. Houtsmuller op een KWF-congres wordt bekritiseerd. In juli reageert het Koningin Wilhelmina Fonds/Nederlandse Kankerbestrijding op dit artikel⁶. In oktober wordt vervolgens nog een aantal brieven, waaronder van Houtsmuller zelf, gepubliceerd, alsook reacties daarop van Renckens en Van Dam⁷.

2000

Van Dam beschrijft in september 2000 een ontwikkeling in de VS waarbij in het beroemde Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York een afdeling voor complementaire therapieën is ingesteld⁸. Hij acht dit voor Nederland een ongewenste ontwikkeling. In latere nummers wordt hierop gereageerd⁹.

Eveneens in september 2000 wordt in de rubriek 'buitenlands nieuws' melding gemaakt van artikelen waarin de erkenning van acupunctuur wordt bepleit¹⁰. Het gaat om Engeland (British Medical Association), Denemarken en Duitsland.

In december bespreekt Dunning het boek "Kwakzalvers op kaliloog" van C. Renckens¹¹.

2001

In de rubriek 'buitenlands nieuws' wordt in januari melding gemaakt van een artikel in de 'Sunday Times' (17-12-2000) waaruit de oorsprong van de acupunctuur in Europa wordt gezocht¹².

Eveneens in januari publiceren Renckens e.a. een brief aan de redactie over de definitie 'kwakzalver' in het publieke debat¹³. In maart wordt een aantal reacties op deze brief gepubliceerd¹⁴.

2002

Ramnarain e.a. beschrijven in januari een geval van dubbelzijdige pneumothorax na acupunctuur¹⁵. Zij geven aan dat pneumothorax, na infectie, de meest voorkomende ernstige complicatie is van acupunctuur. Bepleit wordt dat acupuncturisten op de hoogte moeten zijn van de risico's van de behandeling en van de risicogebieden van het lichaam. In juni wordt op dit artikel gereageerd met eveneens een beschrijving van een dubbelzijdige pneumothorax als gevolg van acupunctuur¹⁶.

In februari wordt in de rubriek 'buitenlands nieuws' melding gemaakt van een artikel in de Duitse 'Artze Zeitung' waarin de effectiviteit van acupunctuur door middel van een grootschalig gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek lijkt vastgesteld voor 'volksziekten' als rug-, hoofd- en artrosepijn, allergische rinitis en dysmenorroe¹⁷. Acht procent van de met acupunctuur behandelde patiënten geeft aan kleine bijwerkingen te ondervinden, zoals bloedingen of bloeduitstortingen. Ernstige bijwerkingen waren zeldzaam.

Crijns e.a. beschrijven in 2002 een geval van acute hepatitis na gebruik van een fytopreparaat¹⁸. Het door een alternatieve genezer voorgeschreven product zorgde voor een ernstige, maar reversibele leverfunctiestoornis. Schrijvers pleiten voor aandacht voor mogelijke inname van onschuldig geachte, maar voor de lever potentieel toxische plantaardige stoffen, bij onverklaarde leverfunctiestoornissen.

Eveneens in 2002 wordt in de rubriek 'buitenlands nieuws' melding gemaakt van een door de WHO opgestelde 'Strategie voor traditionele geneeskunde'¹⁹. Het gaat om het initiëren van onderzoek naar de effectiviteit en veiligheid, het voorlichten over verantwoord gebruik en het

adviseren van landen over de integratie van traditionele geneeswijzen binnen de nationale gezondheidszorg.

2003

In september 2003 vinden in het NTVG verschillende discussies plaats. Rooijmans e.a.²⁰ bepleiten een minder kritische houding tegenover alternatieve behandelwijzen. Zij stellen dat :”Het belangrijkste risico is dat patiënten de reguliere geneeskunde mijden.....Dat gebeurt echter weinig”. Verder concluderen zij dat alternatieve geneeskunde geen ziekten geneest, maar soms wel zieken helpt. In het decembernummer van het tijdschrift wordt een groot aantal zowel positieve als negatieve reacties hierop gepubliceerd²¹. Ook in het februarinummer 2004 wordt een reactie gepubliceerd²².

Van Dam e.a. komen in een artikel in het NTVG van september 2003 over afname van het gebruik van alternatieve behandelwijzen door kankerpatiënten²³, tot de volgende slotsom: “Al met al lijkt er geen reden om erg bezorgd te zijn over de omvang en de impact van alternatieve behandelwijzen bij kankerpatiënten”.

Eveneens in het septembernummer publiceert Renckens een kritisch stuk over ‘disfunctionerende artsen’²⁴, waarin hij vanuit de Vereniging tegen de Kwakzalverij erop aandringt dat de erkende wetenschappelijke verenigingen maatregelen nemen tegen artsen die tevens alternatieve geneeswijzen beoefenen en daarin ‘disfunctioneren’. Op dit artikel wordt in het decembernummer van het tijdschrift gereageerd²⁵.

Als laatste wordt in het septembernummer in de rubriek ‘buitenlands nieuws’ melding gemaakt van een van een Noors artikel dat verschenen is in het European Journal of Cancer²⁶. Paragraaf 3 van deze bijlage gaat nader op dit artikel in.

2004

In maart 2004 maakt de rubriek ‘buitenlands nieuws’ melding van een in het ‘Israel Medical Association Journal’ verschenen artikel²⁷. Dit artikel constateert dat de behoefte aan alternatieve therapieën, vooral onder jonge, blanke en hoogopgeleide vrouwen, toeneemt. Gepleit wordt voor het beschikbaar maken van non-conventionele behandelingen in reguliere medische instellingen en voor het doorverwijzen door reguliere artsen naar alternatieve therapieën.

Van Dam gaat in maart 2004 in op de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg voorgestelde maatregelen naar aanleiding van de dood van Sylvia Millecam en haar behandeling door alternatieve genezers²⁸. Hij zet vraagtekens bij de haalbaarheid en effecten van deze maatregelen, bijvoorbeeld de registratieplicht. Verder geeft hij aan dat patiënten met kanker die zich uitsluitend alternatief laten behandelen, uiterst zeldzaam

zijn. Uit een telling in het Nederlands Kanker Instituut/ Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis bleek dat over een periode van 24 jaar in een patiëntenbestand van 8200 patiënten met borstkanker er slechts 8 patiënten te vinden waren die na de diagnose hun heil verder in het alternatieve circuit gezocht hadden. Ongeveer een vijfde van de patiënten, maakt naast de reguliere behandeling gebruik van alternatieve behandelwijzen. Hij constateert dat in het algemeen de alternatieve behandeling geen probleem oplevert voor de reguliere behandeling, “integendeel, voor sommige patiënten is het een probaat middel om de angst en de ellende de baas te kunnen”. In mei wordt op dit artikel gereageerd²⁹.

In mei wordt verder in de rubriek ‘buitenlands nieuws’ gewag gemaakt van een onderzoek in de Verenigde Staten waaruit blijkt dat alternatieve zorg voor kankerpatiënten meestal complementair is aan de reguliere zorg, en zelden vervangend³⁰. Slechts 2,3% van de bezoeken aan alternatieve praktijken betreft kanker en alternatieve zorg beslaat 2% van alle medische kosten die kankerpatiënten maken.

In juni bevat de rubriek ‘buitenlands nieuws’ een bijdrage over de door de WHO gepubliceerde waarschuwing voor de risico's van alternatieve geneeswijzen³¹. De WHO verstrekt geen gegevens over de omvang van de gezondheidsschade als gevolg van alternatieve geneeswijzen.

In oktober publiceren Schoonman e.a. een artikel waarin zij kritiek leveren op een buitenlands onderzoek dat de effectiviteit van acupunctuur bij migraine lijkt aan te tonen³². Saillant is wel dat de redactie van het NTVG bij het artikel van Schoonman e.a. een belangenconflict signaleert (één van de auteurs is ad hoc adviseur voor diverse farmaceutische bedrijven die medicijnen ontwikkelen tegen migraine). Op dit artikel wordt kritisch gereageerd in januari 2005³³. De kritiek betreft de wijze waarop Schoonman het onderzoek bespreekt.

2005

In januari 2005 wordt in de rubriek ‘binnenlands nieuws’ gemeld dat de minister van VWS de subsidie van het onderzoek naar het kwaliteitsbeeld van alternatieve beroepsorganisaties wil stopzetten³⁴. In dit bericht wordt een relatie gelegd met twijfels over de kwaliteit van een alternatieve therapie (ASR), die eerder negatief in het nieuws kwam.

Verder wordt in januari een buitenlands onderzoek besproken waarin geconstateerd wordt dat websites over alternatieve kankertherapie soms reguliere behandeling ontmoedigen³⁵. Dit zou het geval zijn bij ongeveer 10% van de websites.

3 Informatie over gebruik van alternatieve behandelingen in buitenlandse literatuur, met nadruk op schade

Alternatieve behandelwijzen algemeen

In internationaal verband zijn er weinig concrete gegevens over de schadelijkheid van alternatieve behandelwijzen. Een in de Australische tegenhanger van het NTVG (The Medical Journal of Australia) in 2004 gepubliceerd overzichtsartikel³⁶ komt tot de conclusie dat er zonder twijfel risico's zitten aan het gebruik van complementaire en alternatieve behandelwijzen, maar dat deze risico's in algemene zin weinig voorkomen en minimaal zijn. Ze staan niet in verhouding tot de risico's verbonden aan de reguliere geneeskunde. Deze laatste risico's zijn in onze maatschappij doorgaans geaccepteerd.

Een overzichtsartikel uit 2003 over de bijeffecten van alternatieve behandelwijzen noemt diverse risico's van alternatieve behandelwijzen³⁷. Voor dit in het tijdschrift 'Allergy' gepubliceerde overzicht is gebruik gemaakt van een groot aantal artikelen over uiteenlopende behandelwijzen. De volgende risico's worden genoemd: allergische reacties, farmacologische interferenties en orgaanafwijkingen (lever-, nier en hartstoornissen) als gevolg van kruidentherapie; pneumothorax, harttamponade en ruggenmergletsel en infecties (waaronder hepatitis B, HIV) bij acupunctuur; en voedingsdeficiënties ten gevolge van diëten. Het artikel concludeert dat het patroon van de bijeffecten van alternatieve behandelwijzen vergelijkbaar is met dat van reguliere geneeskunde. Verder geeft het aan dat de meeste van de beschreven artikelen anekdotisch van aard zijn. Dit geeft aan dat de gerapporteerde bijwerkingen veelal weinig tot zelden voorkomen. Het artikel wijst op het ontbreken van goed onderzoek waarmee de incidentie van bijeffecten van alternatieve behandelwijzen kan worden vastgesteld.

Een overzichtsartikel uit 2002 duidt op het gevaar dat sommige alternatieve behandelaars de toepassing van vaccinaties afwijzen³⁸. Dit werd onderzocht bij homeopaten, chiropractors en natuurartsen. De prevalentie van het gebruik van alternatieve behandelwijzen loopt in de onderzochte literatuur uiteen van 9 tot 65%.

Acupunctuur

In Engeland werd een prospectief onderzoek bij patiënten uitgevoerd naar bijwerkingen gedurende een bepaalde periode van toepassing van acupunctuur³⁹. Dit onderzoek werd gepubliceerd in 2004. De behandeling werd gegeven door geregistreerde acupuncturisten die een driejarige fulltime opleiding hadden genoten en zich gebonden wisten aan een gedragscode. Vier procent van de patiënten kreeg de acupunctuurbehandeling.

deling vergoed door de verzekeraar (NHS), bijna 10% van de patiënten naar acupunctuur verwezen door een hulpverlener van de NHS. De meeste patiënten ontvingen de acupunctuur voor klachten van het bewegingsapparaat of voor psychische klachten. Bijna 11% van de patiënten rapporteerden bijeffecten van de therapie, veelal extreme vermoeidheid en pijn op de behandelde plaats. De gerapporteerde bijeffecten waren nagenoeg allemaal van niet-ernstige aard. Tien procent van de bijeffecten zijn het gevolg van slechte uitvoering van de acupunctuur. Een opmerkelijke uitkomst was dat patiënten die tijdens de acupunctuurbehandeling geen contact hadden met hun huisarts, minder bijeffecten van de behandeling meldden dan patiënten die wel bij de huisarts geweest waren. Ook bijzonder is dat 94% van de patiënten die een bijeffect van de behandeling meldden, aangaven de behandeling te willen voortzetten. De studie kon niet aantonen dat door acupuncturisten reguliere medicatie werd ontraden. Wel werd soms een dosisvermindering voorgesteld. Evenmin kon worden aangetoond dat door toepassing van acupunctuur het stellen van een 'reguliere' diagnose of het beginnen met een 'reguliere' behandeling zou worden uitgesteld.

Bij een in 2001 gepubliceerd prospectief onderzoek in de jaren 1998 tot 2000 in Engeland naar de gevaren van acupunctuur bleek in 617 van de 10.000 consulten sprake van 'minor events' zoals bloeding of naaldpijn. In 14 per 10.000 consulten was sprake van 'significant events', zoals een vergeten naald, hoofdpijn of braken⁴⁰.

Een overzichtartikel uit 2001⁴¹ noemt de volgende ernstige complicaties van acupunctuur: harttamponade (6 gevallen), pneumothorax (meer dan 90 gevallen, waarvan 2 dodelijk), schade aan het perifere (enkele gevallen) en centrale zenuwstelsel (10 gevallen) en schade aan bloedvaten (enkele gevallen). De genoemde aantallen zijn naar de mening van de auteurs de tot dan toe in de medische literatuur beschreven gevallen.

Alternatieve behandelwijzen bij kanker

Uit 2005 stamt een overzichtartikel over het gebruik van complementaire en alternatieve behandelwijzen bij kankerpatiënten in Europa⁴². Dit artikel geeft aan dat ongeveer 36% van de patiënten hiervan gebruik maakt. In totaal werd een heterogene groep van 58 verschillende alternatieve behandelwijzen gevonden. Het meest gebruikt worden kruiden, homeopathie, voedingssupplementen, spirituele therapieën en ontspanningstechnieken. Vaak worden meerdere alternatieve therapieën tegelijkertijd gebruikt. Het profiel van de gemiddelde gebruiker van alternatieve behandelwijzen is: jong, vrouw en hoog opgeleid. De reden voor het gebruik van alternatieve behandelwijzen is veelal de wens om het lichaam weerbaarder te maken tegen de tumor en om het fysieke en emotionele welbevinden te verbeteren. Veel gebruikers ervaren de toepassing van alternatieve behandelwijzen positief. De studie benadrukt dat

de reguliere hulpverleners er goed aan doen zich op de hoogte te stellen van het gebruik door hun patiënten van alternatieve behandelwijzen en voor een goede voorlichting te zorgen.

Bij een in 2003 gepubliceerd onderzoek in Noorwegen leek dat het gebruik van alternatieve behandelwijzen door kankerpatiënten een vermindering van de overlevingsduur te voorspellen^{43,44}. Het maakte niet welke alternatieve behandelwijze werd toegepast. De reden dat gebruikers van alternatieve behandelwijzen neigden naar een kortere levensduur bleef onbekend. In de studie kon geen causaal verband aangetoond worden tussen het gebruik van alternatieve behandelwijzen en de kortere levensduur. Als een van de mogelijke verklaringen wordt genoemd dat patiënten die alternatieve behandelwijzen gebruikten de ernst van hun situatie meer accuraat hebben ingeschat dan hun artsen.

Alternatieve behandelwijzen bij allergieën en astma

Een overzichtsartikel uit 2004 naar het recente gebruik van alternatieve behandelwijzen bij allergieën en astma geeft aan dat ruim 40% van de Amerikaanse patiënten met allergie of astma, gebruik maakt van alternatieve therapieën⁴⁵. Vaak gaat het om kruidentherapie of acupunctuur. Risico's van kruidentherapie zijn vooral overgevoeligheid voor bestanddelen van de kruiden en lever- en nierintoxicaties. In algemene zin wordt als risico van alternatieve behandelwijzen genoemd een vertraging in het gebruik van reguliere ontstekingsremmende medicijnen, wat zou kunnen leiden tot meer gebruik van acute zorg en ziekenhuisopnamen. Slechts 30% van de chiropractors, homeopaten en natuurartsen in de USA beveelt vaccinatie aan, terwijl 7% van de Amerikaanse natuurartsen actief vaccinatie afwijst.

In 2004 verschijnt een ander overzichtsartikel naar gebruik van alternatieve behandelwijzen bij astma⁴⁶. Dit artikel gaat gedetailleerd in op het werkingsmechanisme en de effecten en bijwerkingen van kruidentherapie, acupunctuur, homeopathie, yoga, chiropraxie en massagetherapie. Daarbij wordt in algemene zin gewezen op problemen in de opzet van verschillende onderzoeken. Voor de kruidentherapie (Chinese, Japanse en Koreaanse) worden aanwijzingen voor effectiviteit in laboratoriumonderzoek gemeld. Klinische studies ontbreken echter veelal. Voor sommige kruidentherapieën worden bijwerkingen gemeld: cardiovasculaire risico's, aantasting van het centraal zenuwstelsel, plotselinge dood door vergiftiging, acute leverontsteking, niersteenvorming en longontstekingen. Voor acupunctuur wordt in de literatuur eigenlijk geen effect bij astma gerapporteerd.

Als risico worden genoemd verergering van astma, harttamponade, en lichte verschijnselen als naaldpijn. Voor het gebruik van homeopathie bij astma worden geen effecten vermeld en evenmin bijwerkingen. Wat de

toepassing van yoga bij astma betreft concludeert het overzicht dat behoefte bestaat aan goed onderzoek. De studie noemt wel enkele publicaties waarin positieve effecten werden gemeld. Ook voor de effectiviteit van chiropraxie bij astma zijn de onderzoeksgegevens tegenstrijdig. Gewezen wordt wel op de gevaren van chiropraxie, vooral bij toepassing in de spinale regio: gevaar van cerebrovasculaire accidenten is aanwezig. Voor de toepassing van massage wordt een onderzoek vermeld waarin de werkzaamheid bij jonge kinderen met astma is aangetoond. Bij volwassenen is de werkzaamheid niet bewezen.

Overige artikelen

Naast bovenbeschreven overzichtsartikelen is er ook een aantal artikelen met casuïstische mededelingen. Deze betreffen onder meer twee gevallen van gebroken tussenwervelschijven na manuele therapie⁴⁷, een geval van interferentie van een elektromagnetische stimulator met een geïmplanteerde pacemaker⁴⁸ en een geval van cervicale vaatproblematiek na chiropraxie⁴⁹.

4 Conclusie

Het NTVG van de afgelopen jaren bevat slechts weinig publicaties over alternatieve behandelwijzen. Ongeveer de helft van de gevonden publicaties betreft mededelingen uit buitenlandse bronnen. De publicaties over de Nederlandse situatie zijn voor een groot deel gewijd aan de plaats van de alternatieve behandelwijzen in de Nederlandse gezondheidszorg. Slechts enkele publicaties betreffen concrete meldingen van gezondheidsschade als gevolg van alternatieve behandelwijzen.

De in paragraaf 3 beschreven buitenlandse literatuur bevat overeenkomstige meldingen van gezondheidsschade als gevolg van verschillende soorten alternatieve behandelwijzen. Het gaat onder meer om allergische reacties en orgaanschade als gevolg van kruidentherapieën, harttamponade, pneumothorax en beschadiging van het centrale zenuwstelsel als gevolg van acupunctuur en zenuw- en/of vaatletsel in het halsgebied na chiropraxie. Voor zover bekend is de frequentie van voorkomen van genoemde bijwerkingen gering tot uiterst gering.

Met inachtneming van de beperkingen van dit literatuuronderzoek – screenen van slechts één Nederlands tijdschrift en een snelle scan van buitenlandse literatuur – kan voorzichtig worden geconcludeerd dat aan de toepassing van alternatieve behandelwijzen weliswaar risico's verbonden zijn, maar dat de ernst en omvang van deze risico's doorgaans beperkt is.

Bovenstaande conclusie vindt steun in het jaarverslag van de Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002. “In Nederland laten zich jaarlijks vele tienduizenden mensen behandelen door alternatieve beroepsbeoefenaren. Doorgaans gebeurt dit zonder noemenswaardige problemen. Maar wanneer de samenleving wordt opgeschrikt door gevaarlijke behandelpraktijken van alternatieve behandelaars, zich iatrosroof of macrobioot noemend, of wanneer een bekende, aan borstkanker lijdende, Nederlandse zich afkeert van de reguliere geneeskunde en zich laat behandelen in het alternatieve circuit, vraagt menigeen zich af, inclusief de politiek, waarom de inspectie niet ingrijpt.” (pag. 116)

Noten

- ¹ Gevers, J.K.M. Alternatieve behandelwijzen na invoering van de Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). NTVG, 1999, p. 210-13.
- ² Kwakzalvers als alternatief voor de reguliere gezondheidszorg. NTVG, 1999, p. 687.
- ³ Aparte lijst van erkende alternatieve geneesmiddelen. NTVG, 1999, p. 1227.
- ⁴ Dam, F.S.A.M. van. Meer gebruik van alternatieve diëten en van andere alternatieve behandelingen door kankerpatiënten: Houtsmuller is in, Moerman is uit. NTVG, 1999, p. 1421-4.
- ⁵ Renckens, C.N.M. *et al.* Het Koningin Wilhelmina Fonds en de Houtsmuller-therapie. NTVG, 1999, p. 1431-3.
- ⁶ Het Koningin Wilhelmina Fonds en de Houtsmuller-therapie bij kanker. NTVG, 1999, p. 1542-3.
- ⁷ NTVG, 1999, p. 2073-7.
- ⁸ Dam, F.S.A.M. van. Complementaire geneeswijzen in het ziekenhuis: 'if you can't beat them, join them?' NTVG 2000, p. 1794-5.
- ⁹ NTVG 2000, p. 2170-2.
- ¹⁰ Erkenning acupunctuur gewenst. NTVG 2000, p. 1847.
- ¹¹ NTVG, 2000, p. 2484.
- ¹² Acupunctuur mogelijk van Europese oorsprong. NTVG, 2001, p. 95.
- ¹³ Renckens, C.N.M. *et al.* De definitie van 'kwakzalver' in het publieke debat over alternatieve behandelwijzen. NTVG, 2001, p. 141-2.
- ¹⁴ NTVG, 2001, p. 656-8.
- ¹⁵ Ramnarain, D. *et al.* Dubbelzijdige pneumothorax na acupunctuur bij een jonge vrouw. NTVG 2002, p. 172- 5.
- ¹⁶ NTVG 2002, p. 1158.
- ¹⁷ Acupunctuur is effectief. NTVG, 2004, p. 341.
- ¹⁸ Crijns, A.P.G. *et al.* Acute hepatitis na gebruik van een plantaardig preparaat met stinkende gouwe (*Chelidonium majus*). NTVG 2002, p. 124-7.
- ¹⁹ NTVG 2002, p. 1150.
- ²⁰ Rooijmans, H.G.M. *et al.* Over ziekten en zieken – wetenschappelijke en alternatieve geneeskunde. NTVG 2003, p. 1717-20.
- ²¹ NTVG 2003, p.2604-10.
- ²² NTVG 2004, p. 450-01.
- ²³ Dam, F.S.A.M. *et al.* Minder gebruik van alternatieve behandelingen door kankerpatiënten in 2002 dan in 1999. NTVG 2003, p. 1731-4.
- ²⁴ Renckens, C.N.M. Medisch-wetenschappelijke verenigingen, kwaliteitscontrole en disfunctionerende artsen. NTVG 2003, p. 1749-52.
- ²⁵ NTVG 2003, p. 2601-04.

- 26 Alternatieve therapie verlengt leven kankerpatiënten niet. NTVG 2003, p. 1756.
- 27 Behoeftte aan alternatieve therapieën groeit. NTVG 2004, p. 497.
- 28 Dam, F.S.A.M. van. De voorgestelde maatregelen van de Inspectie voor de Gezondheid naar aanleiding van de dood van Sylvia Millicam en haar behandeling door alternatieve genezers. NTVG, 2004, p. 629-30.
- 29 NTVG, 2004, p. 1011.
- 30 Gebruik alternatieve zorg door kankerpatiënten. NTVG, 2004, p. 900.
- 31 WHO waarschuwt voor alternatieve medicatie. NTVG, 2004, p. 1402.
- 32 Schoonman, G.G. *et al.* Acupunctuur bij de profylactische behandeling van migraine; voorlopig nog geen bewijs van effectiviteit. NTVG, 2004, p. 2165-6.
- 33 NTVG, 2005, p. 266.
- 34 Geen geld meer voor beoordeling van alternatieve geneeswijzen. NTVG 20045, p. 152-3.
- 35 Websites over alternatieve kankertherapie ontmoedigen soms reguliere behandeling. NTVG, 2005, p. 209-10.
- 36 Myers, P. *et al.* The other side of the coin: safety of complementary and alternative medicine. MJA, 2004, p. 222-5.
- 37 Niggemann, B. *et al.* Side-effects of complementary and alternative medicine. Ts. Allergy, 2003, p.707-16.
- 38 Ernst, E. Rise in popularity of complementary and alternative medicine: reasons and consequences for vaccination. Vaccine, 2002, p. S90-3.
- 39 MacPherson, H. *et al.* Patient reports of adverse events associated with acupuncture treatment: a prospective national survey. Ts. Quality and Safety of Healthcare 2004, p. 349-355.
- 40 White, A. *et al.* Adverse events following acupuncture: prospective survey of 32.000 consultations with doctors and physiotherapists. BMJ, 2001, p. 485-6.
- 41 Peuker, E. *et al.* Rare but serious complications of acupuncture: traumatic lesions. Acupuncture in medicine, 2001, p. 103-8.
- 42 Molassiotis, A. *et al.* Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Annals of Oncology, 2005.
- 43 Onderzoek van T. Risberg *et al.*, gepubliceerd in de European Journal of Cancer 2003 en geciteerd in: Maanen, H. van. Kankerpatiënten niet gebaat bij alternatieven-integendeel. Het Parool, 08-02-03 en genoemd in NTVG 2003, p. 1756.
- 44 T.Risberg *et al.* Does use of alternative medicine predict survival from cancer? European Journal of Cancer 39, 2003, p. 372-377.
- 45 Heimall, J. *et al.* Defining Complementary and Alternative Medicine in Allergies and Asthma. Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 2004, p. 93-103.

- ⁴⁶ Bielory, L. *et al.* Clinical efficacy, mechanisms of action, and adverse effects of complementary and alternative medicine therapies for asthma. *Allergy and Asthma Proc.* 2004, p. 283-91.
- ⁴⁷ Tseng, S-H. Ruptured cervical disc after spinal manipulation therapy. *Spine*, 2002, p. E80-2.
- ⁴⁸ Hazards of an Alternative Medicine Device in a patient with a pacemaker. *NEJM*, 2004, p. 1688-90.
- ⁴⁹ Stroke after neck manipulation in the post partum period. *New Zealand Medical Journal*, 2001, p. 498.

Casus diabetes mellitus, type 2¹

Drs. J. van Hasselt en mr. G.P.M. Raas

Inleiding

Deze bijlage is geschreven in het kader van de advisering over 'Medische diagnose' door de Raad voor de Volksgezondheid en zorg. Ze geeft informatie over de diagnostiek van diabetes mellitus, type 2 en over mogelijke aspecten van taakherschikking op dit terrein. Een andere bijlage gaat in op de diagnostiek bij depressie.

Voorkomen

Diabetes mellitus vormt, niet alleen in Nederland maar ook elders, een groot en groeiend gezondheidsprobleem. Er komt een aantal typen diabetes mellitus voor. Het meest bekend en frequent zijn type 2 (ook wel aangeduid als 'ouderdomsdiabetes') en type 1 (ook wel 'jeugddiabetes' genoemd). Opmerkelijk is dat een groot aantal diabetespatiënten nog niet als zodanig herkend zijn. Dit geldt vooral voor type 2. Deze vorm van diabetes begint in tegenstelling tot type 1 vaak sluipend.

Over het totaal aantal personen in Nederland dat lijdt aan diabetes bestaat onduidelijkheid. Dit wordt veroorzaakt door het aantal patiënten dat nog niet als zodanig is herkend en geregistreerd. Het 'Nationaal Kompas Volksgezondheid'² komt tot de conclusie dat in het jaar 2000 in Nederland tussen de 470.000 en 508.000 personen van 20 jaar en ouder leden aan diabetes; 60.000 tot 64.900 hiervan (circa 15%) leden aan type 1, 410.000 tot 443.400 aan type 2. Van de bevolkingsgroep van 0 tot 19 jaar leden 4.200 kinderen aan diabetes, type 1.

De weergegeven cijfers zijn zowel gebaseerd op epidemiologisch onderzoek als op registraties bij huisartsen. Het Nationaal Kompas vermeldt tevens dat het aantal onbekende diabetespatiënten naar schatting ongeveer 50% van het reeds bekende aantal bedraagt. Het gaat dan waarschijnlijk om ongeveer 250.000 personen. Het totaal aantal diabetesen in Nederland zou daarmee uitkomen op ongeveer 750.000 personen. Het Nationaal Kompas noemt dit aantal overigens niet.

Diabetes komt, zowel type 1 als 2, iets vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Verder hebben bepaalde groepen uit onze samenleving een verhoogd risico op diabetes. Het gaat vooral om Surinaamse Hindoestanen en in mindere mate om Surinaamse Creolen³.

Momenteel neemt het aantal diabetespatiënten type 2 jaarlijks toe met ongeveer 65.000 personen⁴. De incidentie (het aantal nieuwe patiënten per jaar) stijgt. Voor type 2 diabetes kan de toegenomen incidentie een gevolg zijn van de actievere opsporing door huisartsen, naar aanleiding

van de in 1999 herziene NHG-standaard. Ook wordt een relatie gelegd met de toename in overgewicht in de bevolking en met de vergrijzing.

Diagnostiek van diabetes type 2

Diabetes type 2 begint meestal na het veertigste levensjaar. De symptomen zijn vaak diffuus, waardoor de diagnose minder snel gesteld wordt. Hoewel er een groot scala aan klachten kan voorkomen bij diabetes type 2, presenteren patiënten zich vaak met een enkel symptoom, dat op zich niet direct aan diabetes doet denken. Er kan bijvoorbeeld sprake zijn van slecht zien of jeuk. Een aantal klachten bij elkaar maakt de verdenking op diabetes waarschijnlijker. Kenmerkende symptomen zijn: dorst, veel drinken en plassen, vermagering en vermoeidheid. Verder kan er sprake zijn van genoemde oogklachten of jeuk en neurogene pijnen.

De diagnose diabetes type 2 wordt gesteld aan de hand van verhoogde bloedglucosewaarden (zie tabel 1). In veel gevallen wordt de diagnose door de huisarts gesteld. De diagnose bestaat uit een herhaalde waarneming van en verhoogd bloedglucose, liefst bij een nuchtere persoon. Het bloedglucosegehalte kan zowel via een vingerprik (capillair) als via bloedafname (veneus) worden gemeten. De eerste bepaling kan door de huisarts of praktijkassistente zelf worden gedaan, voor de tweede is inschakeling van een laboratorium noodzakelijk. Het stellen van de diagnose, als ook de instelling van de patiënt op orale medicatie of op insuline behoren tot het takenpakket van de huisarts, neergelegd in de NHG-Standaard Diabetes type 2⁵.

De grenswaarden bloedglucose in mmol per liter zijn:

Tabel 1: Referentiewaarden voor diagnose diabetes mellitus⁶

		Capillair bloed	Veneus plasma
Normaal	Nuchter glucose	< 5.6	< 6.1
	Niet nuchter	< 7.8	< 7.8
Gestoord	Nuchter glucose	≥ 5.6 en ≤ 6.0	≥ 6.1 en ≤ 6.9
Diabetes mellitus	Nuchter glucose	> 6.0	> 6.9
	Niet nuchter	> 11.0	> 11.0

De NHG-Standaard wijst erop dat draagbare bloedglucosemeters, zoals gebruikt in de huisartspraktijk, een afwijking van 10 tot 15 % kunnen hebben. De standaard beveelt om die reden aan om bij marginaal afwijkende waarden een laboratoriumbepaling te laten doen. Recent verscheen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel over de toepasbaarheid van draagbare bloedglucosemeters voor de diagnostiek van diabetes mellitus⁷. Dit artikel pleit ervoor draagbare bloedglucosemeters in het geheel niet te gebruiken voor de diagnostiek van diabetes.

Aanbevolen wordt de NHG-Standaard in deze zin te herzien. De bloedglucosemeters kunnen wel gebruikt worden bij de monitoring van de glucoseconcentratie bij patiënten met diabetes.

Tijdens het proces van vaststellen van de diagnose diabetes mellitus kunnen ook andere diagnoses op het spoor gekomen worden. Het kan onder meer gaan om hoge bloeddruk, hypercholesterolemie (te hoog cholesterolgehalte in bloed) en overgewicht en obesitas. Het opsporen en behandelen van deze aandoeningen is een essentieel onderdeel van de zorg voor diabetespatiënten.

Organisatie van de diabeteszorg

De zorg voor diabetespatiënten kan plaatsvinden in de huisartspraktijk, in de polikliniek van het ziekenhuis en in transmurale settings. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 75% van de diabetespatiënten de huisarts als begeleider heeft⁸. Het instellen van diabetespatiënten op insuline was vroeger uitsluitend een taak voor de internist. Tegenwoordig kan dit ook in de eerstelijns⁹. Bij instelling van patiënten door de huisarts schrijft de NHG-Standaard voor dat deze samenwerkt met een diabetesverpleegkundige en een goede samenwerkingsrelatie heeft met een internist.

In de NHG-Standaard wordt de diabeteszorg beschreven als gestructureerd teamwork. Onder meer de volgende taken zijn van belang: het opsporen van nieuwe patiënten; het vaststellen van diabetes; behandeling van diabetes; inventarisatie van risico op hart-/vaatliden en andere diabetesgerelateerde complicaties; behandeling van de complicaties; driemaandelijke en jaarlijkse controles. Bij de driemaandelijke controle gaat het om het algemeen welbevinden van de patiënt en de controle van voedingsgewoonten, gewicht en bloedglucosewaarden. De jaarlijkse controle is uitgebreider en omvat ook controle van de bloeddruk, de voeten en de ogen.

In de huisartspraktijken wordt het merendeel van genoemde taken door de huisarts en de praktijkassistente uitgevoerd. De praktijkassistente is vooral belast met het oproepen van bekende diabetespatiënten voor controle. Bij diabetespatiënten die voor controle komen neemt ze bloedmonsters af voor de bloedglucosebepaling en bepaalt ze het gewicht. In een onbekend aantal gevallen is een praktijkverpleegkundige aangewezen voor een deel van de zorg voor diabetespatiënten. De huisarts kan de patiënt voor onderzoek, controle of behandeling doorverwijzen naar andere hulpverleners, zoals de diëtist, podotherapeut, oogarts of internist. Soms maken complicaties verwijzing nodig naar andere specialisten, bijvoorbeeld de cardioloog, neuroloog of vaatchirurg.

De laatste jaren zijn er vele transmurale zorgvormen tot ontwikkeling gekomen¹⁰. De zorg voor diabetespatiënten wordt daarbij een gedeelde verantwoordelijkheid voor huisarts en andere hulpverleners, zoals wijkverpleegkundige en diabetesverpleegkundige. Verder is er een groeiend aantal diabetesdiensten actief die een groot deel van de zorg overnemen¹¹. Vaak zijn deze diensten gelieerd aan huisartsenlaboratoria. De diensten kunnen een rol spelen bij de voorlichting aan en educatie van patiënten en nemen meestal een deel van de controle van diabetespatiënten voor hun rekening. De huisarts krijgt dan de uitslag van de onderzoeken. Soms doet de dienst de gehele controle, dat wil zeggen zowel de driemaandelijke controles als de jaarlijkse controle. Het kan onder meer gaan om laboratoriumonderzoek van bloed en urine, het nakijken van de voeten en de ogen, het bepalen van bloeddruk en gewicht en het navragen naar medicijngebruik en welbevinden.

Onderzoek wijst uit dat vijftien procent van de huisartsen samenwerkt met een diabetesverpleegkundige¹². Het gebruik van protocollen is dan gebruikelijk. De diabetesverpleegkundige kan werken vanuit het ziekenhuis, vanuit een thuiszorgcentrale of vanuit een diabetesdienst. Zij/hij kan uiteenlopende taken vervullen zoals: het geven van voorlichting aan patiënten over diabetes en de omgang daarmee, inclusief het instrueren bij de zelfcontrole, het voorbereiden of uitvoeren van de reguliere controles en het geven van insuliner therapie. De huisartsen die samenwerken met een diabetesverpleegkundige besteden meestal de driemaandelijke controles aan deze hulpverlener uit en doen de jaarlijkse grote controle zelf.

Onderzoek door de Universiteit Maastricht heeft uitgewezen dat diabetesverpleegkundigen zorg leveren die minstens vergelijkbaar is met de door huisartsen en internisten geleverde diabeteszorg, en op sommige aspecten zelf beter¹³. Het ging om taakherschikking van internist of huisarts naar diabetesverpleegkundige voor patiënten met stabiele type 2 diabetes op basis van een protocol.

De NHG-Standaard geeft aan, zoals eerder opgemerkt, dat diabetespatiënten driemaandelijks gecontroleerd moeten worden en eenmaal per jaar uitgebreid moeten worden onderzocht. Onderzoek wijst uit dat type 2 diabetes inderdaad gemiddeld vijfmaal per jaar de huisarts bezoeken vanwege de diabetes¹⁴. Dit maakt diabeteszorg bijzonder intensief. Wanneer de zorg uitsluitend door de huisarts zelf gegeven zou worden, zou dit, ook gelet op het grote aantal diabetespatiënten en de aanzienlijke jaarlijkse toename van het aantal mensen met (een risico op) diabetes, een bijzonder groot beslag leggen op zijn/haar capaciteit.

Zoals uit het voorgaande blijkt, besteedt de huisarts momenteel al in veel gevallen taken rondom diabeteszorg uit aan andere hulpverleners. Er

is met andere woorden al op ruime schaal sprake van taakherschikking in de diabeteszorg. Toch bestaat er nog veel onduidelijkheid over de bevoegdheid van bijvoorbeeld praktijkverpleegkundigen en diabetesverpleegkundigen voor het uitvoeren van sommige handelingen. Zo mogen genoemde hulpverleners geen recepten uitschrijven. In zijn advies Taakherschikking in de gezondheidszorg heeft de RVZ aangegeven dat het wenselijk is dat mogelijke wettelijke belemmeringen voor taakherschikking op het vlak van diabeteszorg worden opgeheven, waaronder die van het voorschrijven van medicijnen door verpleegkundigen¹⁵.

Diagnostiek en taakherschikking

In deze paragraaf wordt verkend wat de effecten zouden kunnen zijn voor taakherschikking als de medische diagnose¹⁶ als voorbehouden handeling in de wet BIG zou worden opgenomen. Daartoe wordt eerst geschetst hoe een mogelijk gewenste situatie onder het huidige wettelijk regime bereikt zou kunnen, vervolgens wordt de situatie bezien als de medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG zou (kunnen) worden opgenomen.

Mogelijk gewenste situatie onder het huidig wettelijk regime
Tot nu toe blijft taakherschikking veelal beperkt tot het overnemen van (delen) van de medische behandeling. Soms gaat het verder. Meestal denkt men dan aan de nurse practitioner of aan de physician assistant, maar ook de diabetesverpleegkundige of de doktersassistente neemt in toenemende mate taken over. Zeker in de diabeteszorg. De bekwaamheid van deze hulpverleners voor relevante handelingen is dan een punt van aandacht. Met het oog op het grote aantal diabetespatiënten en de gegroeide praktijk van taakherschikking zou het wenselijk kunnen zijn dat ook niet-artsen (formeel) de medische diagnose diabetes mellitus type 2 mogen stellen.

In de Isaklinieken in Zwolle wordt onderzoek gedaan naar taakverschuiving en is een protocol ontwikkeld waarbinnen diabetesverpleegkundigen geheel zelfstandig patiënten behandelen (inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen op het gebied van de glucose-, bloeddruk- en vetspectrumregulatie). De protocollen zijn direct afgeleid van de richtlijnen die gelden binnen de diabeteszorg.¹⁷ Het onderzoek in Zwolle wijst uit dat de resultaten bij patiënten die door verpleegkundigen worden behandeld, vergelijkbaar zijn met die van de artsen. Op het punt van de bloedglucosewaarden zijn de uitkomsten bij patiënten behandeld door verpleegkundigen zelfs beter. Deze resultaten bevestigen de bevindingen uit het onderzoek van Vrijhoef et al. Aan de Universiteit van Maastricht vindt momenteel promotieonderzoek plaats waarbij reguliere diabeteszorg vergeleken wordt met partiële zorg (jaarcontrole door de

arts) en complete taakherschikking (alle consulten door diabetesverpleegkundige).

Gezien de aantallen nieuwe diabetespatiënten die er jaarlijks bijkomen (65.000¹⁸) zou het wenselijk kunnen zijn na te denken of ook niet de organisatie van de diagnostiek voor diabetes type 2 anders dan tot nu toe geregeld zou moeten worden. Het stellen van de diagnose diabetes mellitus type 2 lijkt niet zodanig complex dat de expertise van een arts vereist is. Het stellen van de diagnose is in feite het beoordelen van objectieve laboratoriumuitslagen. De normen liggen vast. Wel hangt uiteraard een en ander hangt af of en waar de patiënt zich met klachten presenteert. Als een patiënt met vage klachten op het spreekuur van de huisarts komt, zal het de huisarts zijn die de ziekte diagnosticeert.

Maar als groepen mensen/patiënten in de eerstelijns onderzocht worden op diabetes type 2 zoals onlangs door de Gezondheidsraad is aanbevolen¹⁹ voor mensen/patiënten met overgewicht en obesitas zou dat ook door een andere hulpverlener, bijvoorbeeld een verpleegkundige kunnen gebeuren. Het gaat dan immers ook om aanzienlijke aantallen. Berekend zou kunnen worden wat dit betekent voor de vermindering van de (uren)inzet van artsen als niet-artsen deze diagnostiek voor hun rekening te nemen.

Als de uitkomst van de discussie zou zijn dat de diagnostiek inderdaad ook anders georganiseerd zou kunnen / moeten worden, is dat onder het huidige regime van de wet BIG goed mogelijk. Het uitgangspunt is immers, wie bekwaam is, is bevoegd. Als de diabetesverpleegkundige (nurse practitioner, doktersassistente, physician assistant, verpleegkundige) bekwaam is om de diagnose diabetes type 2 te stellen, is zij/hij bevoegd. Lokale / regionale initiatieven krijgen onder het huidige regime alle kans. Wel zouden protocollen zoals in gebruik in de Isalakliniek in Zwolle of in transmurale projecten als in Maastricht dan aangepast moeten worden. Als een meer structurele oplossing wenselijk is (taakherschikking), zou, zoals de RVZ in zijn eerder genoemde advies Taakherschikking in de gezondheidszorg heeft aanbevolen, de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden van beroepen aangepast dienen te worden. Dan is sprake van een formele herverdeling van taken tussen beroepen. Eén en ander heeft consequenties voor opleidingen en bij- en nascholing.

Als de medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG zou (kunnen) worden opgenomen

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? Daarvoor zijn meerdere opties denkbaar.

1. De arts is bevoegd en andere beroepsbeoefenaren voor zover dit 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.

2. De arts is bevoegd (artikel 36) en andere beroepsbeoefenaren diagnosticeren 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 opdrachtrelatie is bij deze diagnostiek overigens wellicht minder gecompliceerd dan bij andere soorten diagnostiek.

Aan de tweede optie kleven de bezwaren die de RVZ in zijn advies Taakherschikking eerder heeft benoemd, namelijk een toename van de bureaucratie, problemen met zelfstandigheid van de opdrachtnemer, problemen met het toezicht en belemmering van de ontwikkeling van beroepen.

Noten

¹ Met dank aan de heren drs. S.T. Houweling, artsonderzoeker Stichting Langerhans, diabetespoli Isalaklinieken, Zwolle en dr. H.J.M. Vrijhoef, universitair docent Universiteit Maastricht, sectie Verplegingswetenschap en onderzoeker academisch ziekenhuis Maastricht, afdeling Transmurale Zorg, voor commentaar op een eerdere versie van deze bijlage.

² Gegevens ontleend aan: Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16 september 2004, RIVM, Bilthoven.

³ *Op.cit.*

⁴ *Op.cit.*

⁵ NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, 1^e herziening, 1999.

⁶ Tabel ontleend aan NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2, 1^e herziening, 1999.

⁷ Houweling, S.T. *et al.* Diagnostiek van diabetes mellitus: beperkte

plaats voor draagbare glucosemeters. Ned Tijdschr Geneesk 2005, p. 694-7.

- ⁸ Groeneveld, Y. e.a. Gestructureerd teamwork. Diabeteszorg volgens protocol. Medisch Contact 2001, p. 1148-50.
- ⁹ Zie bijvoorbeeld: Riet, A. van der, e.a. Instelling op insuline van patiënten met diabetes mellitus type II in de eerste lijn; goede resultaten bij geringe kosten. Medisch Contact 1995, p. 508-12.
- ¹⁰ Zie bijvoorbeeld: Persoon, A. e.a. Transmurale zorg in Nederland: Een inventarisatie op basis van bestaande gegevensbestanden. NIVEL, 1996, Utrecht.
- ¹¹ Baan, C.A. e.a. Afstemming in de zorg; een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. RIVM, 2003, Bilthoven.
- ¹² Tacken, M. e.a. De zorg rondom diabetes mellitus, type 2, patiënten in de huisartspraktijk. Utrecht: LINH, 2001; geciteerd in: Baan, C.A. e.a. Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. RIVM, Bilthoven, 2003.
- ¹³ Vrijhoef, H.J.M. Is it justifiable to treat chronic patients by nurse specialists? Dissertatie Universiteit Maastricht, 2002.
Vrijhoef, H.J.M., Frederix, M.G.W. en Spreeuwenberg, C. Effectiviteit van taakherschikking in de diabeteszorg. Nederland Tijdschrift voor Diabetologie, 1, september 2003, p 6-13..
- ¹⁴ Post, D. e.a. Zorgconsumptie van patiënten met diabetes mellitus. Een verkenning bij 2114 patiënten. TSG 2000, p 354-60; geciteerd in Baan, C.A. e.a. Afstemming in de zorg. Een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening. RIVM, Bilthoven, 2003.
- ¹⁵ Taakherschikking in de gezondheidszorg. RVZ, 02/17,2002.
- ¹⁶ Het begrip 'medische diagnose' is verder uitgewerkt in een achtergrondstudie bij het advies.
- ¹⁷ S.T. Houweling en N. Kleefstra. De verpleegkundige behandelt patiënten met diabetes net zo goed als de dokter (of misschien wel beter?). EADV Magazine. Tijdschrift voor en over diabeteseducatie. 19e jaargang, oktober 2004.
- ¹⁸ Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16 september 2004, RIVM, Bilthoven.
- ¹⁹ Screening op type 2 diabetes. Gezondheidsraad, 2004, Den Haag.

Casus depressie*

Drs. J. van Hasselt en mr. G.P.M. Raas

* Met dank aan de heren drs. R. Baneke, directeur Nederlands Instituut voor Psychologen en R. Smeets, psychiater, directeur GGZ Friesland, voor hun commentaar bij een eerdere versie van deze casus.

Inleiding

Deze bijlage is geschreven in het kader van de advisering over 'Medische diagnose' door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ze geeft informatie over de diagnostiek bij depressie en over mogelijke aspecten van taakherschikking op dit terrein. Een andere bijlage gaat in op de diagnostiek bij diabetes mellitus, type II.

Voorkomen

Het aantal personen in Nederland dat lijdt aan een vorm van depressie is slechts bij benadering te schatten. Dit komt door gebrekkige registratie van patiënten en doordat patiënten soms niet bij de hulpverlening terecht komen of als zodanig worden gediagnosticeerd. Bestaande schattingen lopen sterk uiteen. Zo geeft het Nationaal Kompas Volksgezondheid¹ aan dat in het jaar 2000 ruim 407.700 personen van 13 jaar en ouder leden aan een depressie. Het gaat om ongeveer 139.000 mannen (circa 34%) en 268.000 vrouwen (circa 66%). Het Trimbos-Instituut daarentegen schat op basis van bevolkingsonderzoek het aantal patiënten met een depressie op 750.000 personen².

Depressie komt vooral voor in de leeftijd tussen 25 en 45 jaar. Het is een vrij vaak voorkomende aandoening: ruim 15% van de volwassenen in Nederland heeft ooit aan een depressie geleden. Het Nationaal Kompas onderscheidt onder de noemer 'depressie' de depressieve stoornis en de dysthyme stoornis. De depressieve stoornis komt ongeveer tweemaal zo vaak voor als de dysthymie. Bovenstaande schattingen gelden voor het totaal van beide vormen. Van een depressieve stoornis is sprake wanneer bij de patiënt gedurende tenminste twee weken minimaal vijf symptomen optreden, waarvan tenminste één van twee kernsymptomen en waarbij de verschijnselen een belemmering vormen voor het maatschappelijke en beroepsmatige functioneren van de betrokkene. De kernsymptomen en andere symptomen worden in de aansluitende paragraaf over diagnostiek weergegeven. Bij dysthymie zijn 2 tot 5 van de bedoelde symptomen aanwezig, maar wel gedurende tenminste 2 jaar. Naast de depressieve stoornis en de dysthyme stoornis bestaan nog andere vormen van depressie, onder meer de bipolaire stoornis en de milde depressie.

Jaarlijks krijgen ruim 285.000 volwassenen een eerste depressie en 41.000 mensen een eerste dysthyme stoornis^{3,4}. Slechts een gedeelte van deze patiënten komt bij de huisarts terecht. Huisartsen registreerden in 2000 123.100 nieuwe gevallen van depressie en 44.000 personen met depressieve klachten die niet aan alle bovengenoemde criteria voldeden. In totaal bedroeg het aantal door huisartsen geregistreerde nieuwe geval-

len in het jaar 2000 167.100 personen. In totaal registreerden huisartsen in 2000 bij 341.000 personen een depressie.

Het aantal patiënten met een depressie of dysthyme stoornis is in de periode 1985 – 2000 voortdurend gestegen. De oorzaken voor deze stijging zijn niet precies bekend. Mogelijk speelt een betere herkenning en vroege opsporing door huisartsen een rol, mede als gevolg van de publicatie van richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Verder kan van belang zijn dat onder de bevolking meer bekendheid met depressie ontstaat, bijvoorbeeld als gevolg van publieksvoorlichting. Ook de demografische ontwikkeling speelt een rol. Voor de toekomst wordt een verdere stijging verwacht. Waarschijnlijk stijgt tussen 2000 en 2020 het aantal nieuwe gevallen van depressieve stoornissen dat de huisarts diagnosticeert met ruim 12%⁵.

Diagnostiek

Inleiding

Bij de beschrijving van de diagnostiek van depressie ligt het accent op de activiteiten van de huisarts. De reden hiervoor is dat deze hulpverlener voor de meeste personen met depressie het eerste aanspreekpunt is. Dit geldt zowel voor de situatie waarin zij zich expliciet met depressieve klachten tot de huisarts wenden, als wanneer de klachten ‘verstoppt’ zijn in somatische klachten.

Huisarts

De huisarts beschouwt het diagnosticeren en behandelen van personen met depressie tot zijn/haar taak⁶. Toch komen, zoals eerder aangegeven, niet alle patiënten met depressie bij de huisarts terecht. In de eerste plaats komt dit doordat niet alle patiënten met depressie contact zoeken met hun huisarts. Uit bevolkingsonderzoek bleek bijvoorbeeld dat in het jaar 1997 ruim 45% van de patiënten met een depressie bij de huisarts kwam⁷. In totaal kreeg 64% van de patiënten met depressie uit het onderzoek hulp. Een aanzienlijk aantal patiënten met depressie zoekt en/of ontvangt geen hulp.

In de tweede plaats wordt door de huisarts de diagnose soms gemist of wordt deze niet direct gesteld. Uit een onderzoek naar diagnostiek van depressie in de huisartspraktijk bleek dat de huisarts in bijna eenderde (circa 32%) van de gevallen de diagnose depressie niet herkende⁸. Het gaat hier soms om een zogenoemde gemaskeerde depressie, dat wil zeggen om patiënten die met een somatische reden op het spreekuur komen. De lichamelijke klachten zetten de huisarts soms niet op het spoor van een depressie.

De huisarts kan bij het stellen van de diagnose depressie gebruikmaken van een aantal hulpmiddelen, bijvoorbeeld de NHG-Standaard ‘Depressieve stoornis (depressie)’⁹. Verder bestaat er een aantal meetinstrumenten in de vorm van gestructureerde vragenlijsten, bijvoorbeeld de ‘Depressieherkenningschaal’¹⁰ en door de patiënt zelf in te vullen lijsten die bij de diagnostiek door de huisarts te gebruiken zijn¹¹. Op dit moment is een multidisciplinaire richtlijn voor diagnostiek en behandeling van depressie in ontwikkeling¹².

In het onderstaande wordt voor wat betreft de huisarts verder ingegaan op de NHG-Standaard. De diagnostische criteria hierin zijn ontleend aan de DSM-IV. Het gaat om de volgende symptomen, waarvan de eerste twee de kernsymptomen van een depressie zijn:

- Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- Duidelijke vermindering van interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- Duidelijke gewichtsvermindering of gewichtstoename
- Slapeloosheid of overmatig slapen, bijna elke dag
- Psychomotorische agitatie of remming, elke dag
- Moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid, bijna elke dag
- Terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt of een suïcideopgave of een specifiek plan om suïcide te plegen

De NHG-Standaard onderscheidt de volgende diagnoses:

- Depressieve stoornis: vijf symptomen, waaronder tenminste één van de kernsymptomen, gedurende tenminste twee weken
- Dysthymie: depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, gedurende tenminste twee jaar en met tenminste twee extra symptomen
- Chronische depressie: er is gedurende tenminste de voorafgaande twee jaar voortdurend aan de criteria voor een depressieve stoornis voldaan.

In veel gevallen bestaat er in eerste instantie een vermoeden op depressie. Het stellen van de diagnose depressie geschiedt in de loop van een aantal consulten. De diagnostiek komt tot stand in een diagnostisch gesprek, waarvoor meer tijd wordt uitgetrokken dan een standaard consult. Zonodig vindt ook lichamelijk onderzoek plaats. In het diagnostisch gesprek probeert de huisarts te screenen op bovengenoemde criteria. De huisarts tracht de ernst van de depressie in te schatten, alsook de mate

waarin hierdoor het dagelijks functioneren wordt belemmerd. De patiënten die de huisarts diagnosticeert, worden in de meeste gevallen ook door deze hulpverlener zelf behandeld.

Er is weinig informatie over het gebruik van de NHG-Standaard depressieve stoornis door huisartsen. Onderzoek bij in Westelijk Noord Brabant werkzame huisartsen leerde dat zij de NHG-Standaard depressie niet eenvoudig te gebruiken vonden¹³. Zij werkten soms met andere onderzoeks- en screeningsinstrumenten en vertrouwden vaak op hun intuïtie. Op advies van de GGZ is voor de huisartsen in Westelijk Noord Brabant een speciale richtlijn ontwikkeld waarin elementen van de NHG-Standaard en andere instrumenten zijn opgenomen. Dit protocol bleek goed te voldoen.

Recent is vanuit de psychiatrie overwegend positief gereageerd op de NHG-Standaard depressieve stoornis¹⁴. De standaard wordt als 'goed' en 'werkbaar' omschreven. Opgemerkt wordt dat de aansluiting bij de diagnostische criteria van de DSM-IV bevorderend kan zijn voor de samenwerking met de tweede en derde lijn.

Andere hulpverleners

Voor het stellen van de diagnose depressie binnen de GGZ, dat wil zeggen bij de (geïntegreerde) GGZ-instellingen, PAAZ'en en bij de vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut, bestaat geen standaardprocedure. Instellingen en hulpverleners hebben veelal hun eigen wijze van diagnostiek. Dat geldt ook voor het AMW en voor de eerstelijns- of gezondheidspsycholoog. Soms kan gebruik gemaakt worden van richtlijnen. In de psychiatrie worden bijvoorbeeld de 'Richtlijn Depressie bij volwassenen'¹⁵ en de 'Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen'¹⁶ gebruikt. De eerder genoemde toekomstige multidisciplinaire richtlijn stemmingsstoornissen kan wellicht zorgen voor meer eenheid in de benadering van personen met depressie door de verschillende beroepsgroepen. Voor de GGZ geldt, evenals bij de huisarts werd genoemd, dat diagnostiek geen eenmalige vaststelling is, maar een zich herhalende activiteit. Het gaat om een proces van screenen, diagnosebepaling en ernstbepaling, waarop zonodig aansluitend een behandelplan wordt opgesteld.

Voor de screening op en diagnostiek van depressie zijn uiteenlopende gestructureerde en semi-gestructureerde interviews beschikbaar¹⁷. Sommige interviews zijn uitsluitend bestemd voor gebruik door psychiateren en klinisch psychologen, andere kunnen ook door niet-clinici worden afgenomen. Zij moeten dan wel een specifieke training hebben ondergaan¹⁸. Weer andere screeningsinstrumenten zijn door personen met depressie zelf te gebruiken.

De manier van tegemoet treden van potentiële patiënten is bij instellingen voor GGZ vaak geprotocolleerd. Het Trimbos-Instituut deed recent onderzoek naar de zogenoemde ‘voordeuren’ van de GGZ^{19,20}. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de protocollen vaak per instelling verschillen. Een algemeen gegeven is wel het door veld en overheid in 1997 vastgestelde ‘modelprotocol’ Indicatiestelling in de GGZ²¹. Dit protocol maakt onderscheid tussen langdurende zorg op basis van een meervoudige hulpvraag (traject II) en kortdurende zorg (traject I). In grote lijnen is de langdurende zorg het domein van de intramurale GGZ, waarvoor indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg noodzakelijk is. Zij blijft in het kader van deze notitie buiten beschouwing. Reden hiervoor is dat voor de aandoening ‘depressie’ in veruit de meeste gevallen geen intramurale GGZ noodzakelijk is.

De kortdurende zorg is het domein van de extramurale of ambulante GGZ. Binnen de kortdurende zorg maakt het bovengenoemde ‘modelprotocol’ onderscheid in hulp waarvoor maximaal vijf consulten nodig zijn of waarvoor een richtlijn bestaat (het zogenoemde traject Ia), en hulp waarvoor meer dan vijf consulten noodzakelijk lijken (traject Ib). In het laatste geval moet over de indicatie voor de noodzakelijk geachte zorg beslist worden door een behandelteam van de instelling. In het eerste geval, bij de zeer kortdurende zorg, kan de hulp zonder meer verleend worden door de hulpverlener die de hulpvraag in ontvangst neemt.

De Trimbos-studie naar de voordeuren van de GGZ geeft aan dat de meeste instellingen de indicatiestelling volgens het eerdergenoemde ‘modelprotocol’ hebben gerealiseerd. Dat wil zeggen dat er een multidisciplinair ‘voordeurteam’ is gevormd dat de hulpvraag in ontvangst neemt. Hierna volgt een intakegesprek met de hulpvrager door een lid van het voordeurteam, waarbij onder meer de diagnose wordt gesteld. De voordeurteams zijn multidisciplinair en bestaan meestal uit psychiater en psychotherapeut, soms aangevuld met psycholoog en sociaal psychiatisch verpleegkundige. De hulpverleners in het voordeurteam zijn meestal tevens werkzaam in een behandelteam.

Zelfstandig gevestigde psychiaters, psychologen en psychotherapeuten zullen naar hen verwezen patiënten zelf diagnosticeren. Het Trimbos-onderzoek geeft aan dat zij dit bijna steeds doen in één of meer face to face intakegesprekken.

Voor het stellen van de diagnose kan zowel bij vrijgevestigde therapeuten als in instellingen gebruik worden gemaakt van eerdergenoemde interviewinstrumenten. Over de mate waarin dit het geval is, zijn geen gegevens voorhanden.

Consultatie en transmurale mogelijkheden

Het bovenstaande maakt duidelijk dat een aanzienlijk deel van de psychische problematiek, waaronder depressie door de huisarts niet of niet in eerste instantie wordt herkend. Om in deze situatie verbetering te brengen zijn vele initiatieven ontwikkeld. In 1999 werd op initiatief van het ministerie van VWS de regeling 'Consultatiegelden GGZ' ingesteld waarmee in vele regio's en op verschillende wijzen de consultatie door de eerstelijns (huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog) van de GGZ gefaciliteerd werd. Doel was de eerste lijn te ondersteunen bij de zorgverlening aan mensen met psychische problemen. Hierdoor zouden meer patiënten in de eerste lijn geholpen kunnen worden en zou de samenwerking tussen eerste en tweede lijn op dit vlak kunnen verbeteren. De regeling 'Consultatiegelden GGZ' maakt deel uit van een reeks overheidsmaatregelen ter versterking van de eerstelijns ggz.

Onderzoek geeft aan dat van de Consultatiegeldenregeling op ruime schaal gebruik is gemaakt. In totaal waren 2200 huisartsen (30% van het totaal) hierbij betrokken als consultvragers. Het grootste deel van de consultaties (70 %) wordt door een SPV'er behandeld, 12% door een psychiater en 15% door een psycholoog/psychotherapeut. Vijfenzestig procent van de consultaties werd gevraagd door de huisarts. Veelal ging het om het regelen van een verwijzing of problemen met de diagnostiek. Vaak betreft het hierbij stemmingsstoornissen of psychosociale problematiek. Er zijn verschillende vormen van consultatie mogelijk. Het meest frequent is gebruik gemaakt van een tijdelijke kortdurende overname van de behandeling.

Zelftesten

Een vermeldenswaard fenomeen is het bestaan van zelftesten op het gebied van depressie. Al geruime tijd zijn er zelftesten beschikbaar om na te kunnen gaan of men wellicht lijdt aan een depressie. Deze testen worden met enige regelmaat gepubliceerd in uiteenlopende meer of minder populaire tijdschriften. De testen hebben niet de bedoeling om een diagnose te stellen, maar geven alleen een indicatie. Bij een positieve uitkomst wordt men meestal aangeraden naar de huisarts te gaan. Een betrekkelijk nieuw fenomeen zijn zelftesten die via het Internet worden aangeboden²³.

De zorg voor patiënten met een depressie

Depressies kunnen een verschillend beloop hebben. Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de depressies (80%) niet langer duurt dan een jaar, 50% minder dan 4 maanden. Soms gaan ze vanzelf over. In andere gevallen is behandeling in de vorm van medicatie en/of gesprekken (psychotherapie of lichtere vormen van ondersteuning) noodzakelijk. Het

risico dat een depressie chronisch wordt, neemt toe naarmate de duur van de klachten langer is en de leeftijd van de patiënt hoger. In 35 tot 40% van de gevallen treedt een recidief op. De kans hierop is groter naarmate de depressie zich op jongere of juist oudere leeftijd manifesteerde en de klachten ernstiger waren.

Zoals eerder opgemerkt, wordt het merendeel van de door de huisarts gediagnosticeerde depressies ook door deze hulpverlener behandeld. De NHG-Standaard depressieve stoornis kan hiervoor gebruikt worden of in de toekomst de multidisciplinaire richtlijn depressie bij volwassenen. De NHG-Standaard onderscheidt de volgende behandelmogelijkheden:

- Het geven van voorlichting, begeleiding en eventueel medicatie door de huisarts
- Psychologische interventie door de geïnteresseerde huisarts of door een psycholoog, maatschappelijk werker of SPV'er in de eerste lijn
- Psychotherapie door psycholoog, psychotherapeut of psychiater, in de tweedelijns
- Multidisciplinaire behandeling in een GGZ-instelling of PAAZ

De huisarts kan de patiënt verwijzen naar een andere hulpverlener of instelling. Redenen voor een verwijzing kunnen bijvoorbeeld zijn de wens van de patiënt of onvoldoende effectiviteit van door de huisarts ingezette behandeling.

Ook voor behandeling door de GGZ geldt dat keuze bestaat uit verschillende behandelmogelijkheden of een combinatie daarvan, bijvoorbeeld medicatie, vormen van psychotherapie, vooral cognitieve gedragstherapie en steunende interventies. Doorgaans zal het gaan om patiënten met ernstiger vormen van depressie. Voor een deel gebeurt de behandeling nog volgens het beginsel van 'matched care'. Hieronder wordt verstaan dat op grond van het bovenbeschreven proces van diagnostiek en indicatiestelling de patiënt gekoppeld wordt aan de hulpverlener die het beste in staat is zijn hulpvraag te beantwoorden.

In toenemende mate is daarnaast in de GGZ sprake van aandacht voor de voordelen van het principe van 'stepped care'²⁴. Dit houdt in dat bij patiënten met psychische problematiek in eerste instantie een zo licht mogelijke interventie wordt ingezet. Vervolgens wordt door voortdurende metingen van de ernst van de situatie nagegaan of niet een zwaardere interventie noodzakelijk is. Stepped care heeft ook consequenties voor de diagnostiek. In eerste instantie wordt een zo minimaal mogelijke diagnostiek uitgevoerd, zodat sprake is van 'stepped diagnostiek'. Deze zou in de plaats kunnen komen van de huidige uitgebreide intakeprocedure in de GGZ waarbij sprake is van een complex van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing.

Conclusie m.b.t. aspecten van taakherschikking ten aanzien van diagnostiek bij patiënten met depressie

Deze paragraaf verkennt de effecten voor taakherschikking als de medische diagnose²³ als voorbehouden handeling in de wet BIG zou worden opgenomen. Daartoe wordt eerst geschetst hoe een mogelijke gewenste situatie onder het huidige regime bereikt zou kunnen worden. Vervolgens wordt de situatie bezien indien de medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG zou worden opgenomen.

Mogelijk gewenste situatie onder het huidige regime

Taakherschikking blijft tot nu toe meestal beperkt tot het overnemen van delen van de medische handeling, bijvoorbeeld door de doktersassistente. Soms gaat het verder. Denk bijvoorbeeld aan de inschakeling van de nurse practitioner of de physician assistant. De bekwaamheid van deze hulpverleners voor relevante handelingen is een punt van aandacht.

Uit het voorgaande blijkt, net als dat het geval is bij patiënten met diabetes mellitus, type II, dat veel patiënten met depressie niet de geëigende hulp krijgen. Deels komt dit doordat zij zich niet met klachten melden bij de hulpverlening en deels doordat de hulpverlening, i.c. de huisarts, hun klachten niet interpreteert als behorend bij een depressie. Voor het eerste geval zou verbetering bereikt kunnen worden door het stimuleren van bewustwording bij de bevolking, bijvoorbeeld door meer gerichte voorlichting. Op zich bestaat er een groot aanbod aan informatie in tijdschriften en op het Internet, maar deze informatie komt niet steeds op de goede plaats terecht. Dit is een belangrijk aandachtspunt, maar uitwerking valt buiten het bestek van deze notitie.

Betere herkenning van depressie door de huisarts zou bereikt kunnen worden door gerichte screening van patiënten op het spreekuur. De screening zou zich moeten beperken tot patiënten die zich met nader vast te stellen verschijnselen presenteren. Te denken is aan vermoeidheidsklachten, slaapproblemen en concentratiestoornissen. Verder zou bij patiënten met een chronische aandoening zoals diabetes, reuma, ziekte van Parkinson of andere neurologische aandoeningen en bij patiënten met nieuwvormingen standaard een screening op depressie kunnen worden gedaan. Uitvoering van deze screening door een medewerker van de praktijk lijkt een optie. Hiervoor kan gebruikgemaakt worden van een eenvoudig toepasbaar protocol. De vraag is of deze medewerker ook zelf de diagnose depressie moet stellen, of dat hiervoor toch het oordeel van de huisarts, al dan niet na consultatie van de GGZ, nodig is.

In deze zin kan het wenselijk zijn in de huisartspraktijk in ieder geval ondersteuning voor bedoelde screening te realiseren. Daarnaast kan het wenselijk zijn op meer structurele manier ondersteuning in huisartsprak-

tijken te realiseren voor consultatie, bijvoorbeeld waar het gaat om diagnostiek van depressie. Er zijn verschillende opties: screening door praktijkgebonden medewerkers zoals praktijkverpleegkundige of doktersassistente of inschakeling van externe expertise uit de GGZ. Zelfstandige inzet in de huisartspraktijk van een ervaren SPV'er kan bijvoorbeeld een optie zijn, zowel voor screening als bijvoorbeeld voor diagnostiek. Zie hiervoor de eerder genoemde voorbeelden van consultatie.

Als de uitkomst van de discussie zou zijn dat screening en diagnostiek van depressie inderdaad anders georganiseerd zouden kunnen/moeten worden, is dat onder het huidige regime van de wet BIG goed mogelijk. Het uitgangspunt is immers, wie bekwaam is, is bevoegd.

Als een meer structurele oplossing (taakherschikking) wenselijk is, dient, zoals de RVZ in zijn eerder genoemde advies Taakherschikking in de gezondheidszorg heeft aanbevolen, de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden van beroepen aangepast te worden. Dan is sprake van een formele herverdeling van taken tussen beroepen. Eén en ander heeft consequenties voor opleidingen en bij- en nascholing.

Als de medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG zou (kunnen) worden opgenomen

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? Daarvoor zijn meerdere opties denkbaar.

1. De arts is bevoegd en andere beroepsbeoefenaren voor zover dit 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. Dit geldt bijvoorbeeld voor de gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut en in de toekomst wellicht voor nog in de wet BIG te regelen beroepen, zoals de verpleegkundig specialist.

2. De arts is bevoegd (artikel 36) en andere beroepsbeoefenaren diagnosticeren 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 redelijker-

wijs aannemen dat de ander bekwaam is, heeft hij aanwijzingen gegeven, is toezicht en tussenkomst verzekerd. De opdrachtrelatie is bij deze diagnostiek overigens wellicht minder gecompliceerd dan bij andere soorten diagnostiek.

Aan de tweede optie kleven de bezwaren die de RVZ in zijn advies Taakherschikking eerder heeft benoemd, namelijk een toename van de bureaucratie, problemen met zelfstandigheid van de opdrachtnemer, problemen met het toezicht en belemmering van de ontwikkeling van beroepen.

Noten

- ¹ Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16 september 2004, RIVM, Bilthoven.
- ² www.trimbosinstituut.nl>psychische stoornissen>informatie voor professionals>depressie
- ³ Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16 september 2004, RIVM, Bilthoven.
- ⁴ Dit getal is berekend op basis van het zogenoemde NEMESIS-onderzoek waarvan de resultaten in 1997 werden gepubliceerd. Het ging om een bevolkingsonderzoek naar psychische klachten bij 18 tot 64 jarigen; Zie voor dit onderzoek: Bijl, R.V. en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. (NEMESIS). TSG, 1998, p 446-57.
- ⁵ Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 2.8, 16 september 2004, RIVM, Bilthoven.
- ⁶ Laurant, M.G.H. et al. Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts. Medisch Contact 2001, p. 1780-3.
- ⁷ Bijl, R.V. en A. Ravelli. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. (NEMESIS), TSG, 1998, p 446-57.
- ⁸ Tiemens, B.G. et al. Diagnostiek van depressie en angst in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1998, p. 109-16; Ormel, J. et al. Prevalentie, signalering en beloop van depressie in de huisartspraktijk. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1994, p 123-6.
- ⁹ <http://nhg.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M44/std.htm>
- ¹⁰ Depressieherkenningschaal, gebaseerd op de vragenlijst van Goldberg, beschreven in: Marwijk, H.W.J. et al. De 'Depressieherkenningschaal': een hulpmiddel bij het diagnosticeren van depressie in de huisartspraktijk. Ned. Tijdschr. Geneesk. 1996, p. 2127-31.
- ¹¹ Zie bijvoorbeeld: Tiemens, B.G. et al. Signalering van depressie en generaliseerde angst in de huisartspraktijk; de ontwikkeling van een screeningsinstrument. Ts Soc. Gezondheidsz. 1995, p. 520-7.
- ¹² Waarschijnlijk medio 2005 beschikbaar (www.ggzrichtlijnen.nl).

- ¹³ Musch, E. Depressie tussen de lijnen. MGV, 2003, p. 1107-8.
- ¹⁴ Broek, W.W. van den. De standaard 'Depressieve stoornis' (eerste herziening) van het Nederlands Huisarts Genootschap; reactie vanuit de psychiatrie. Ned Tijdschr Geneesk 2005, p. 509-10.
- ¹⁵ Depressie bij volwassenen, resultaat van een consensusbijeenkomst gehouden op vrijdag 16 september 1994 te Utrecht, CBO, 1994.
- ¹⁶ Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2004.
- ¹⁷ Zie bijvoorbeeld: Havenaar, J.M. et al. Algemene meetinstrumenten in de psychiatrische praktijk. Ts voor Psychiatrie, 2004, p. 647-50; Nolen, W.A. en Dingemans, P.M.A.J. Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. Ts. voor Psychiatrie, 2004, p. 681-6.
- ¹⁸ Zie de website van het Trimbos-instituut; Informatie voor professionals; psychische stoornissen; depressie.
- ¹⁹ Ginneken, P. van. De voordeuren van de GGZ anno 2002. Trimbos-instituut, Utrecht, 2003.
- ²⁰ Het begrip 'voorkeur' wordt in dit onderzoek omschreven als: "Poort die volwassenen en ouderen, na beoordeling van hun hulpvraag volgens een bepaalde procedure, toegang verschaft tot de kortdurende, reguliere hulp die de GGZ biedt".
- ²¹ Modelprocedure 'Indicatiestelling in de GGZ'. Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg, Utrecht, 1997.
- ²² Verhaak, P.F.M. e.a. Drie jaar ervaring met Consultatieregeling ggz ten behoeve van de eerste lijn. MGV, 2003, p. 547-58; Zantinge, E.M. et al. GGZ-consultaties aan de eerstelijns zorg: registratie 2000-2003. Utrecht: NIVEL, Trimbos-Instituut, 2004.
- ²³ Bijvoorbeeld de testen van GGZ-Drenthe, beschikbaar onder: www.ggzdrenthe.nl; verder: www.depressiezelftest.nl of zelftesten van Achmea health of Margriet (www.gezondheidsplein.nl/portal/margriet/); <http://depressie-angst.klup.nl/>; www.zwaarweer.nl; Online Depression Screening Test van de New York University of Medicine (<http://www.med.nyu.edu/psych/screens/depres.html>), enzovoorts.
- ²⁴ Zie bijvoorbeeld: Meeuwissen, J. en M. Donker. Minder is meer; stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. MGV 2004, p. 904-15.
- ²⁵ Het begrip 'medische diagnose' is verder uitgewerkt in een achtergrondstudie bij het advies.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (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

05/07	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 (achtergrondstudie 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
04/01	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