



beeld: iStockphoto

Ruimte voor niet-reguliere artsen steeds verder ingeperkt

# Alternatieve behandelwijzen na Millecam

Gert van Dijk,  
beleidsmedewerker ethiek  
KNMG en Erasmus MC

Johan Legemaate,  
juridisch adviseur KNMG en  
hoogleraar gezondheidsrecht  
VU

Correspondentieadres:  
g.van.dijk@fed.knmg.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Patiënten hebben recht op zorgvuldige informatie over alle aspecten van hun behandeling. Ook als die niet-regulier is. Niet alleen de KNMG, ook rechters spreken zich uit over de algemene en specifieke normen waaraan alternatieve artsen zich moeten houden.

**D**e gedragsregel 'De arts en niet-reguliere behandelwijzen' legt de normen vast waaraan artsen moeten voldoen als zij overwegen niet-reguliere

– alternatieve – behandelwijzen toe te passen. De KNMG wil hiermee de vrijheid van patiënten garanderen om naar eigen inzicht een behandelaar te kiezen, en patiënten

## Artsen moeten zich richten naar het beste wetenschappelijke bewijs

tegelijkertijd beschermen tegen schade door het onverantwoord handelen van niet-reguliere behandelaars.

Deze KNMG-gedragsregel is gepubliceerd in april 2008. Op dat moment speelden de juridische schermutselingen rond de niet-regulier werkende artsen die betrokken waren bij de behandeling van Sylvia Millicam. Millicam

overleed in 2001 aan borstkanker, nadat zij door een groot aantal niet-reguliere behandelaars was behandeld. Daaronder bevonden zich enkele artsen. In juni 2007 werden deze artsen veroordeeld door het Centraal Tuchtcollege, en in juni 2009 door de

strafrechter. Deze rechterlijke uitspraken geven samen met de KNMG-gedragsregel heldere richtlijnen voor niet-regulier werkende artsen. Overigens zijn in de strafprocedure tegen Jomanda in de zaak-Millicam ook de normen voor niet-artsen verduidelijkt en aangescherpt.<sup>1</sup>

### Rechters en KNMG

Zowel de tucht- als de strafrechters in de zaak-Millicam formuleerden in hun uitspraken algemene regels voor niet-regulier werkende artsen. In het *kader* op blz. 902 staat hiervan een overzicht.

De door de tucht- en de strafrechters gehanteerde algemene normen en uitgangspunten komen in belangrijke mate overeen, maar verschillen hier en daar qua focus en toon. Het lijkt erop dat de strafrechter een iets strengere aanpak kiest, onder meer door sterk te benadrukken dat de arts moet proberen een patiënt die een ernstige ziekte ontkent, op andere gedachten te brengen.

Uitgangspunt voor zowel de rechters als de KNMG is dat artsen werken volgens de normen van evidence-based medicine (EBM). Dit betekent dat zij zich moeten richten naar het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, gecombineerd met klinische ervaring en de voorkeuren van de patiënt. EBM betekent overigens niet dat er wetenschappelijk bewijs moet zijn, maar wel dat wetenschappelijk bewijs niet mag worden genegeerd en dat artsen zich moeten richten naar het beste wetenschappelijke bewijs dat op dat moment beschikbaar is. De normen van EBM geven de beste garantie dat de behandeling daadwerkelijk effectief is en dat er een afweging is gemaakt tussen voor- en nadelen.

### Diagnostiek

Dit uitgangspunt vertaalt zich in de wijze waarop artsen diagnostiek mogen en moeten bedrijven. Volgens de KNMG is het uitgangspunt bij iedere medische behandeling altijd een (voorlopige) medische diagnose gebaseerd op de professionele standaard. De rechters in de zaak-Millicam sluiten zich hierbij aan: 'Een arts is per definitie op de hoogte van de wetenschappelijk onderbouwde diagnostische methoden en behoort die methoden ook te gebruiken. Als een arts een andere, niet wetenschappelijk onderbouwde, diagnosemethode toepast, is hij aanvullend bezig en moet hij de patiënt op de hoogte stellen van het ontbreken van die wetenschappelijke onderbouwing.'<sup>2</sup> Anders gezegd: artsen mogen alleen op niet-reguliere wijze een diagnose stellen als deze aanvullend is op een regulier gestelde diagnose. Als artsen op niet-reguliere wijze een diagnose stellen, zoals met de 'vegatest' – expliciet genoemd in de uitspraken – dan zijn zij verplicht om de patiënt te informeren over het feit dat deze test wetenschappelijk gezien geen betrouwbare diagnose kan opleveren. Ook moeten zij ervoor waken dat een dergelijke vorm van diagnostiek de regulier gestelde diagnose ontkent of ontkracht.

### Informatievoorziening

Zowel de KNMG als de tucht- en strafrechters in de zaak-Millicam besteden veel aandacht aan de wijze waarop niet-regulier werkende artsen de patiënt horen te informeren. Allereerst moeten zij de patiënt wijzen op het feit dat het om een niet-reguliere – en dus niet door de beroepsgroep erkende – behandeling of vorm van diagnostiek gaat. Ook moeten zij een duidelijk onderscheid maken tussen reguliere en niet-reguliere behandelingen. Juist bij artsen die zowel regulier als niet-regulier werken is dat van belang. Bij patiënten kan immers gemakkelijk de gedachte postvatten dat de niet-reguliere behandeling aan dezelfde kwaliteitseisen zou voldoen als de reguliere.

Alle artsen moeten hun patiënten informeren over de effectiviteit, aard, duur en (neven-) effecten van een behandeling. Ook de financiële consequenties moeten worden besproken. Mocht er geen wetenschappelijk aangetoonde effectiviteit zijn van een behandeling, regulier of niet-regulier, dan moet de patiënt ook daarvan op de hoogte worden gesteld.

Een andere eis is dat, na toestemming van de patiënt, de huisarts van de patiënt geïnformeerd moet worden over de niet-reguliere behandeling, en over de resultaten daarvan.



beeld: ANP Photo

## Tuchtcollege en strafrechter in de zaak-Millecam

*Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 19 juni 2007, TvGR 2007/39 en 2007/40:*

- Een arts die zich – mede – begeeft op het terrein van de alternatieve geneeskunst schudt daarmee de hoedanigheid van arts niet af en blijft op de eerste plaats gehouden jegens zijn patiënten te handelen met de zorgvuldigheid die onder gelijke omstandigheden van een redelijk handelend en redelijk bekwaam arts mag worden verwacht.
- Dit brengt mee dat een zodanig arts zich rekenschap dient te geven van hetgeen binnen de reguliere gezondheidszorg geldt als minimale eisen te stellen aan diagnostische methoden en wijzen van behandeling (op basis van breed gedragen opvattingen, richtlijnen e.d.).
- Ten aanzien van behandelmogelijkheden dient de alternatief werkzame arts ten minste de patiënt voor te lichten over de bestaande reguliere en alternatieve behandelmogelijkheden en hun merites, en daarbij een helder onderscheid te maken tussen reguliere en alternatieve methoden.
- Als een arts welbewust afwijkt van hetgeen zijn vak hem voorschrijft, dient hij de argumenten daarvoor in het dossier aan te tekenen. Een en ander legt een zware informatie- en dossierplicht bij de arts die alternatieve zorg biedt;
- Als een (tevens) alternatief werkend arts de uitdrukkelijke keuze van een patiënt om niet regulier te worden behandeld, respecteert en dientengevolge van de professionele standaard afwijkt, dient dat, en ook dat de patiënt adequaat is geïnformeerd, uit het dossier te blijken.
- Pas als de arts aan de hiervoor genoemde voorwaarden heeft voldaan mag hij de patiënt alternatieve zorg bieden.

*Rechtbank Amsterdam 12 juni 2009, GJ 2009/92 en 2009/118:*

- De zorgplicht behelst de verplichting om jegens patiënten te handelen met de zorgvuldigheid die van een redelijk handelend en bekwaam arts mag worden verwacht. Deze verplichting geldt ook voor een arts die zich in zijn praktijk richt op alternatieve geneeswijzen. De alternatieve geneeswijze geldt in het algemeen als aanvullend op de wetenschappelijk onderbouwde en effectief gebleken zorg.



Alle uitspraken in de zaak-Millecam zijn te vinden via [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

Met een niet-reguliere behandeling mag pas worden begonnen als de behandelende arts zich op de hoogte heeft gesteld van de regulier gestelde diagnose en de eerder ingestelde behandelingen. Bijvoorbeeld door het medische dossier van de patiënt op te vragen. Ook dit kan uiteraard alleen na toestemming van de patiënt.

### Ontkennende patiënt

Er worden dus hoge eisen gesteld aan het informeren van de patiënt. Maar de zorgplicht van de arts houdt volgens de rechters meer in. In de zaak-Millecam ging het om een patiënt die de regulier gestelde diagnose 'borstkanker' ontkende en weigerde zich regulier te laten behandelen. Volgens de strafrechters mogen artsen zich bij een dergelijke ontkenning en weigering niet zomaar neerleggen, maar moeten zij zich inspannen om de patiënt op andere gedachten te brengen. 'Indien een patiënt de werkelijke aard van de aandoening ontkent, is de arts gehouden met die ontkenning aan de slag te gaan.' Dit moet volgens de rechters met de nodige 'subtiliteit' gebeuren, maar wel 'consequent en vasthoudend'. Zeker als de patiënt een levensbedreigende ziekte heeft en

## Wie een reguliere behandeling afwijst, moet worden gewezen op het gevaar daarvan

de niet-reguliere arts de enige behandelaar is, dient deze arts met de nodige vasthoudendheid te verwijzen naar een arts die een wetenschappelijke methode hanteert. Als de patiënt blijft vasthouden aan ontkenning van de diagnose, dan kan het starten van een niet-reguliere behandeling de patiënt immers sterken in de gedachte dat de ontkenning terecht was. Een uiterste consequentie hiervan kan zijn dat de niet-reguliere arts de behandelrelatie met de patiënt verbreekt.


Ook de KNMG stelt dat een patiënt die reguliere behandeling afwijst, moet worden gewezen op het mogelijke gevaar van dat uit- of afstel. Mocht de patiënt toch volharden in de ontkenning van de diagnose of als voor de patiënt geen reguliere curatieve behandeling meer mogelijk is, dan mag de arts geen behandelingen aanbieden die de patiënt schade zouden kunnen

## SAMENVATTING

- De afgelopen jaren is de ruimte voor artsen om niet-reguliere (alternatieve) behandelwijzen aan te bieden sterk ingeperkt.
- Vooral aan de informatievoorziening aan de patiënt worden hoge eisen gesteld.
- Artsen kunnen zich niet langer verschuilen achter de weigering van de patiënt om een reguliere behandeling te ondergaan.
- De zorgplicht van de arts impliceert ook dat de ontkennende of weigerende patiënt moet worden gestimuleerd om zich toch op reguliere wijze te laten behandelen.
- In de toekomst wordt de ruimte voor artsen om niet-reguliere behandelwijzen aan te bieden steeds kleiner.

berokkenen. De KNMG hanteert daarbij een brede opvatting van wat schade is. Het gaat niet alleen om fysieke schade en interferentie met de reguliere behandeling maar ook om het geven van onjuiste of onvolledige informatie, het wekken van valse hoop op genezing of verbetering van de klachten en het scheppen van verwarring over de reguliere diagnose. Als patiënten in het reguliere circuit curatief zijn uitbehandeld, mag de niet-reguliere arts dus niet zomaar met curatief bedoelde niet-reguliere behandelingen beginnen. Daarmee zou valse hoop worden gegeven, vaak met grote financiële consequenties.

### Toekomst

De richtlijn van de KNMG en de rechterlijke uitspraken in de zaak-Millecam stellen duidelijke grenzen aan artsen die regulier en niet-regulier combineren of die zich geheel op het niet-reguliere pad hebben begeven. Voor de toekomst valt een verdere inperking te voorzien. Verwacht kan immers worden dat er een verdere protocollering en verwetenschappelijking van de geneeskunde plaatsvindt en dat er steeds hogere eisen worden gesteld aan de wetenschappelijke onderbouwing van de professionele standaard. Ook zullen hogere eisen gesteld worden aan kwaliteitsbewaking, transparantie en het afleggen van verantwoording door artsen. Daardoor wordt de ruimte voor artsen om niet-reguliere behandelwijzen aan te bieden in de toekomst steeds kleiner. 



De KNMG-gedragsregel 'De arts en niet-reguliere behandelwijzen' kunt u vinden bij dit artikel op onze website [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl). Daar vindt u bovendien alle uitspraken in de zaak-Millecam.

### Referenties

LJN: B17445, Rechtbank Amsterdam, 13/412172-08, 12 juni 2009.  
LJN: B17422, Rechtbank Amsterdam, 13/412169-08, 12 juni 2009.

## Collumpje managen

Alles komt in drieën, wordt vaak gezegd in het ziekenhuis. Patiënten met een verdenking op een fractuur van het collum femoris komen doorgaans op twee manieren met de chirurg in aanraking. Via de eerste lijnszorg wordt een patiënt aangemeld of er verschijnt opeens een vriendelijk ogende dame op een brancard. Als de diagnose is gesteld, treden allerlei protocollen in werking. Katheters, decubituspreventie, aanvullende labwaarden en anesthesiologische voorbereidingen zijn daar onderdeel van.

Vandaag kreeg ik mevrouw Muis keurig aangemeld via een telefoontje van de huisarts op de eerste hulp. Diagnose, collumprotocol en naar de afdeling. Binnen 24 uur had zij een operatieve behandeling gekregen en liep ze zelfs weer. Een halfuur nadat mevrouw Muis op de Spoedeisende Hulp was verschenen, kwamen twee onaangekondigde brancards binnen. Beide patiënten hadden een verkort en geëxoroteerd been. Helaas had mevrouw Muis het laatste triple geboekte traumaplekje toegewezen gekregen. Ik belde dr. Spekke, een van onze traumatologen: 'Eh, ik heb hier nog twee patiënten met een mediale collumfractuur.' Hij antwoordde kortaf: 'Ja Jezus, ons hele programma is al een maand overbelast. Waarom heb je die aangenomen, Akkers?' Ik zei: 'Ze werden hier binnengereiden. Ze zijn niet aangemeld.' 'Onzin. Ze moeten met jou overleggen', zei hij. Tien ziekenhuizen later konden beide 'boventallige collumpjes' eindelijk worden overgeplaatst na een verblijf van acht uur op onze eerste hulp. Mijn collega van de nachtdienst zit naast me met een huisarts aan de telefoon. 'O, je denkt aan een ileus. Waarom dan wel?' hoor ik hem zeggen. Ik tik hem tegen zijn achterhoofd en geef hem een briefje met 'Koester die huisarts. Hij belt tenminste netjes!'

Bram Akkers,  
aios