

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



De zorgverlening aan S. M.

Een voorbeeldcasus

Inhoudsopgave

1	Inleiding, samenvatting en conclusies	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Samenvatting	6
1.3	Conclusies en aanbevelingen	6
2	Het feitelijk onderzoek	7
2.1	Beknopt chronologisch overzicht	7
2.2	Constateringen aangaande de geleverde zorg	9
2.2.1	De heer J.K., huisarts te Amsterdam	9
2.2.2	Het Kennemer Gasthuis te Haarlem	11
2.2.3	Prof. dr. S. M., oncologisch chirurg in het AZVU te Amsterdam	12
2.2.4	Dr. E. van der W., internist-oncologe in het AZVU te Amsterdam	14
2.2.5	Dr. E.J.Th. R., oncologisch chirurg, in het AvL te Amsterdam	16
2.2.6	Mevrouw J.W.P. D. ('J.')	19
2.2.7	Mevrouw J.A.C. H.-H., oud-huisarts en arts voor natuurgeneeskunde	25
2.2.8	Kliniek voor Cell Specific Cancer Therapy te Yverdon Zwitserland	26
2.2.9	De heer E.R. V., arts-bioloog	27
2.2.10	De heer A. A., paragnost	27
2.2.11	Dr. H.F. D., internist	30
2.2.12	De heer C. B., therapeut te Hilversum	34
2.2.13	Echografiepraktijk Proline te Zaandam	41
2.2.14	Mevrouw O. T.	42
2.2.15	Prof. dr. R.I.C. W. te Amsterdam	46
2.2.16	Mevrouw R. K., plastisch-chirurg	48
2.2.17	De heer C.J.M. Br., arts te Haarzuilens	50
2.2.18	De heer J.A.M. K., alternatief werkend arts in Millingen a/d Rijn	56
2.2.19	Huisartsenpraktijk Millingen a/d Rijn	66
2.2.20	Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen	68
3	Beoordeling	71
4	Verantwoording en toetsingskader	86
4.1	Verantwoording	86
4.2	Toetsingskader	87
4.2.1	Inleiding, korte schets van het ontstaan van de BIG en de uitgangspunten van deze wet	87
4.2.2	Wetgeving, de professionele standaard en andere eisen aan het beroepsmatig handelen van hulpverleners in de gezondheidszorg die vallen onder de Wet BIG (art. 3 en art. 34 beroepen)	90
4.2.3	Strafrechtelijke normen en beginselen, geldend voor alle hulpverleners	94
4.2.4	Normen voortvloeiende uit de rechten van de patiënt	97

1 Inleiding, samenvatting en conclusies

1.1 Inleiding

Op 21 augustus 2001 overleed comédienne S. M. op 45-jarige leeftijd aan de gevolgen van borstkanker. Nadien verschenen er in de media alarmerende berichten over de rol die zorgverleners in de ziektegeschiedenis gespeeld zouden hebben. Deze berichten hielden aan en steeds duidelijker ontspon zich het beeld van een wanhopig op zoek zijnde kankerpatiënte die door verkeerde adviezen en falende hulpverleners haar kans op genezing verspeelde. Hierover ontstond maatschappelijke onrust en er werden Kamervragen gesteld. Hoewel tot dan toe geen klachten of meldingen over de kwestie bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg waren binnen gekomen, besloot de inspectie een oriënterend onderzoek in te stellen, afgaande op de verontrustende berichten in de media. Vanuit de regionale inspecties zijn toen gesprekken gevoerd met een aantal direct betrokken zorgverleners (voor zover bekend). Dit leverde geen tastbare aanwijzingen op van wantoestanden omdat uitsluitend kon worden afgegaan op wat de media bericht hadden, hetgeen op tegenspraak verworpen werd. De verontrustende berichten hielden evenwel aan en er kwamen bij de inspectie rechtstreeks signalen binnen die het door de media opgeroepen beeld leken te bevestigen. Ondanks dat er vanuit nabestaanden geen klacht of melding was ingediend, besloot de Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg het oriënterende onderzoek te doen volgen door een integraal onderzoek naar de geleverde zorg aan mevrouw M. Er werd een landelijk inspectieteam geformeerd, dat in de zomer van 2002 met het onderzoek van start ging. Uitgangspunt was dat 'het totaal van de geleverde zorg' object van onderzoek zou zijn, dat wil zeggen zowel betrekking hebbend op de reguliere als de alternatieve zorgverlening. Gaande het onderzoek openbaarde zich de omvang van de casus, de inspectie heeft in totaal 28 direct betrokken zorgverleners kunnen traceren zonder 100 procent zekerheid dat het er niet nog meer zijn geweest.

Primair was de doelstelling van het onderzoek casuïstisch van aard. Reactief is de casus onderzocht, hetgeen valt onder het zogenaamde interventietoezicht van IGZ. In concreto is de wijze van zorgverlening van elke betrokken beroepsbeoefenaar onderzocht en getoetst naar de maatstaven van goed hulpverlenerschap en/of verantwoorde zorg. Daaruit afgeleid is gekeken in hoeverre 'de burger in Nederland' voldoende veilig gebruik kan maken van niet-reguliere gezondheidszorg c.q. of deze zorg met voldoende waarborgen omgeven is. Voor zover hier hiaten zijn aangetroffen, worden 'lessons to be learned' geformuleerd die naar het oordeel van de inspectie zouden moeten resulteren in aanpassing (lees: aanscherping) van wet- of regelgeving.

Hoewel daar in het rapport niet geheel aan voorbij zal worden gegaan, richtte het onderzoek zich niet op 'de keuzen van de patiënt'. Dit omdat 'de keuzevrijheid van de patiënt' niet ter discussie staat en als 'een groot goed' beschouwd wordt. Bovendien is het de wettelijke taak van de inspectie om toezicht te houden op het zorgveld en niet op gedragingen van patiënten. Aldus wordt het totaal van de zorgverlening aan de patiënte gereconstrueerd vanuit het perspectief van de verantwoordelijkheid die een zorgverlener daarin heeft.

Het rapport bestaat uit vier delen. Het eerste deel bevat de inleiding, de samenvatting en de conclusies. Deel twee beschrijft het feitelijke onderzoek ('de constateringen'), hetgeen wordt voorafgegaan door een beknopt chronologisch overzicht om de lezer wegwijs te maken in het tijdspad en ter wille van de overzichtelijkheid. In deel drie volgt een analyse van de bevindingen ('de beoordeling') waarin de inspectie haar oordeel uitspreekt. Tegelijk spreekt de inspectie zich uit over de consequenties die aan de casus verbonden zouden moeten worden, zowel betrekking hebbend op de individuele zorgverleners, alsook op

maatregelen van algemene strekking. Deel vier bevat de verantwoording en beschrijft het toetsingskader dat bij het onderzoek gehanteerd is.

1.2 Samenvatting

Tussen september 1999 en augustus 2001 hebben bijna 30 individuele beroepsbeoefenaren of zorginstellingen beroepsmatig bemoeienis gehad met de patiënte die aan een mammacarcinoom leed. Vanuit het reguliere veld werd van verschillende zijden een adequaat behandelingsaanbod gedaan, patiënte verkoos uitsluitend niet-reguliere behandelwijzen die haar geen genezing brachten. Belangrijk aspect daarbij is geweest dat vanuit de zijde der alternatieve hulpverleners de diagnose borstkanker werd tegengesproken en patiënte met ongefundeerde behandelingswijzen genezing in het vooruitzicht werd gesteld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg uit ernstige kritiek op deze wijze van omgaan met patiënten die per definitie in een kwetsbare positie verkeren en houdt een pleidooi voor maatregelen om patiënten betere bescherming tegen gevaarlijke kwakzalverij te bieden. Hoewel in de casus het reguliere veld grosso modo professioneel juist gehandeld heeft, is de vraag gewettigd waarom patiënten dan toch de invalshoek van alternatief prefereren en daaruit zou het reguliere veld lessen kunnen leren. Tijd en aandacht, ook gericht op de belevingsaspecten van de patiënt zou de zorg ten goede kunnen komen. Tegen alternatief als additionele behandelwijze gelden geen bezwaren; patiënten kunnen daar baat bij ondervinden.

Het casuïstisch deel van het onderzoek leidt tot de conclusie dat verscheidene individuele zorgverleners dusdanig onverantwoorde zorg geboden hebben dat tuchtrechtelijke en/of strafrechtelijke toetsing voor de hand ligt. Het initiatief tot het eerste zal door de inspectie zelf ter hand worden genomen, voor het strafrechtelijk deel zal aangifte worden gedaan bij het Openbaar Ministerie. Voorts komt de inspectie tot de conclusie dat er onder het huidige liberale regime van de Wet BIG onvoldoende waarborgen zijn ter bescherming van de burger tegen malpractices door niet-reguliere zorgverleners.

1.3 Conclusies en aanbevelingen

Conclusie en te nemen maatregelen met betrekking tot de casus

- De in de casus betrokken alternatief werkende hulpverleners dienen naar het oordeel van de inspectie tuchtrechtelijk en/of strafrechtelijk te worden aangesproken op hun rol in het ziektebeloop, waarbij genezing of levensverlenging de pas werden afgesneden en waarvan patiënte ernstige schade heeft ondervonden. Het resultaat hiervan was dat patiënte overleden is aan een onbehandeld mammacarcinoom.

Conclusies van algemene strekking en aanbevelingen

- Het stellen van ‘een medische diagnose’ dient te worden aangemerkt als voorbehouden aan artsen en de medische diagnose dient kaderstellend te zijn bij het instellen van een behandeling.
- Op een ieder die gezondheidszorg bedrijft zou de wettelijke verplichting moeten rusten te voldoen aan art. 40 van de Wet BIG, i.c. het leveren van kwalitatief verantwoorde zorg.
- Kwalitatief verantwoorde zorg zou mede moeten inhouden, dat op de hulpverlener de plicht rust aan te sturen op de behandeling met het best mogelijk te verwachten resultaat.
- Ter preventie van malpractice is pro-actief toezicht op het alternatieve zorgveld aangewezen, waarbij een melding- of registratieplicht het zicht op het veld moet verschaffen.
- Bij afwijken van de reguliere standaard zou de hulpverlener verplicht moeten zijn dit vast te leggen in een schriftelijke overeenkomst met de patiënt waarvan de inhoud protocollair is vastgelegd.

2 Het feitelijk onderzoek

2.1 Beknopt chronologisch overzicht

September 1999

Op 22 september 1999 consulteert mevrouw M. het spreekuur van **J.K., huisarts** te Amsterdam, vanwege een knobbeltje in de rechterborst. De huisarts palpeert een tumortje van 1 à 1,5 centimeter, mediaal in de rechterborst. Dezelfde dag wordt patiënte doorverwezen naar de afdeling Radiologie van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), alwaar een mammografie en een echografie worden verricht. De uitslag was aspecifiek, een consult bij de chirurg wordt geadviseerd. De huisarts maakt daarop een poliklinische afspraak bij één van de chirurgen van het VU Medisch Centrum (AZVU); patiënte is op deze afspraak niet verschenen.

Patiënte bezoekt ook in september 1999 de alternatief werkend arts, **J.A.M. K.** in Millingen aan de Rijn. Deze verricht bij patiënte electro-acupunctuur. Een praktijkassistente heeft stellig tegenover de inspectie verklaard dat patiënte een gunstige uitslag van de heer K. kreeg. "Er was niets aan de hand" en patiënte was daarover opgelucht.

Mei 2000

Op 11 mei 2000 consulteert patiënte de heer **J.B.B. van T., plastisch chirurg** in het Kennemer Gasthuis te Haarlem. Hij stelt vast dat het knobbeltje in de borst inmiddels een grootte heeft van 3 à 4 centimeter. Direct wordt de algemeen **chirurg A. J.** in de behandeling betrokken. Er wordt een punctie verricht waarmee de diagnose 'adenocarcinoom' komt vast te staan. Als behandeling wordt een gecombineerde operatie tijdens één sessie voorgesteld; een mamma-amputatie door de algemeen chirurg gevolgd door een borstreconstructie door de plastisch chirurg. Patiënte verzoekt om bedenktijd en besluit elders een second opinion te vragen.

Nadat de diagnose 'borstkanker' gesteld was, heeft patiënte ook hulp gezocht bij **mevrouw J. D.**, bekend staand als het genezend medium 'J.'. Mevrouw D. heeft tegenover patiënte haar stellige overtuiging uitgesproken dat er geen sprake was van kanker. Ook is gebleken dat mevrouw D. chemotherapie heeft afgeraden. Tot aan haar overlijden heeft patiënte in nauw contact gestaan met mevrouw D.; door patiënte zelf en namens haar, worden regelmatig zogenaamde 'healings' bezocht.

Juni 2000

Op 8 juni 2000 bezoekt patiënte voor een second opinion **prof. dr. S. M., oncologisch chirurg** in het AZVU te Amsterdam. Prof. M. oordeelt dat inmiddels sprake was van 'local advanced breast cancer' en dat chemotherapie de eerst aangewezen therapie is, waarna operatie en bestraling zouden kunnen plaatsvinden met eventueel daarna nog een hormoonkuur. Patiënte wordt overgedragen aan **dr. E. van der W., internist-oncologe** in het AZVU, die patiënte op 16 juni 2000 op haar spreekuur ziet. Er wordt een tumor met een diameter van 7 à 8,5 centimeter geconstateerd en een vergrote lymfeklier in de rechteroksels. De behandelingsmogelijkheden zijn uitvoerig met patiënte besproken, door dr. van der W. zelf en op 19 juni 2000 met **dr. E.T.J.Th. R., oncologisch chirurg** in het AvL te Amsterdam. Ook op 19 juni 2000 zou patiënte dr. van der W. opnieuw bezoeken; deze afspraak werd door patiënte afgebeld. Patiënte gaf daarbij aan, voorkeur te geven aan een alternatieve behandeling in Zwitserland. Dit betrof de zogenaamde 'cell specific cancer therapy' (CSCT) of Zoetron-therapie, die in een kliniek te Yverdon werd toegepast. Informatie daarover verkreeg mevrouw M. van een patiënt die er ervaring mee had en van de arts die hem daarbij begeleidt heeft, **mevrouw J. H.-H., oud-huisarts en arts voor natuurgeneeskunde**.

Ook heeft er een kortdurende consultatie plaatsgevonden bij de **arts-bioloog E.V.** te Den Haag, die patiënte zou hebben terugverwezen naar het reguliere circuit.

Via mevrouw D. is patiënte in contact gekomen met de paragnost **A. A.**, werkzaam in de praktijk van **dr. H.F. D.**, internist, toen gevestigd in Hilversum. Op 19 juni 2000 brengt patiënte een bezoek aan deze praktijk. Daarbij komt ook de CSCT-behandeling in Zwitserland ter sprake, waarop dr. D. contact opneemt met voornoemde mevrouw H.-H.

Juli 2000

In juli 2000 vertrekt patiënte naar Zwitserland, waar zij gedurende 5 weken met magneetveldtherapie werd behandeld in de **CSCT-kliniek** in Yverdon-les-Bains. Tijdens de eerste week werd mevrouw M. vergezeld door het genezend medium mevrouw D. De eerder vermelde arts J.A.M. K. heeft patiënte in Zwitserland tweemaal opgezocht.

Augustus 2000

Na terugkeer in Nederland worden de contacten met mevrouw D., dr. D. en de heer A. A. voortgezet.

September - november 2000

In september 2000 start patiënte met de zogenaamde 'zouttherapie', toegepast door de heer **C. B.** te Hilversum. Een dagelijkse inname van 7 à 8 gram keukenzout zou een voor de tumor ongunstig milieu veroorzaken, waardoor deze zou reduceren en mogelijk verdwijnen. Het effect wordt gemeten door herhaald echografisch onderzoek in de particuliere praktijk **Proline** in Zaandam. Wanneer eind november 2000 blijkt dat de tumor fors in grootte is toegenomen, wordt de zouttherapie beëindigd en de behandelrelatie met C.B. verbroken.

Zowel door de paragnost A.A. als door het genezend medium mevrouw D. wordt patiënte voorgehouden: geen kanker. Dr. D., die met A.A. en mevrouw D. samenwerkt, gaat jegens patiënte versluisend met haar aandoening om, maar dringt wel aan op een hernieuwde punctie. Via ondermeer dr. D. vindt een ontmoeting plaats met **prof. dr. R.I.C. W.**, oncologisch chirurg, zelf kankerpatiënt. Met tactvol optreden gelukt het prof. W. patiënte te doen inzien dat een reguliere behandeling noodzakelijk is en dat daar haast bij geboden is. Een afspraak met mevrouw **H.S.A.O.**, oncologisch chirurg in het AvL komt met instemming tot stand, echter patiënte komt niet opdagen.

In dezelfde periode komt patiënte via het Steunpunt voor vrouwen met Siliconen (SVS) in contact met mevrouw **O. T.** uit Den Haag. Deze beschrijft zichzelf als helderziend en past verschillende alternatieve behandelwijzen toe. In eerste instantie zijn er alleen telefonische contacten, waarbij de voorlopige diagnose "bacteriële infectie" valt. Mevrouw O. T. is één van degenen die namens patiënte 'healings' bij mevrouw D. bezocht heeft.

December 2000

Op verwijzing van dr. D. is er op 5 december 2000 een afspraak bij **mevrouw R.K.**, **plastisch chirurg**, werkzaam in de privé-kliniek Middellaan in Velp (Gld). Hieruit komt een afspraak voort in het Sophia Ziekenhuis in Zwolle voor het ondergaan van een punctie, waar patiënte wederom niet verschijnt. Volgens mevrouw R.K. is patiënte ervan overtuigd dat zij geen kanker heeft, genezend medium 'J.' zou haar dat bezworen hebben.

Op advies van mevrouw O. T. komt patiënte per 12 december 2000 onder behandeling van de arts **C.J.M. Br.** in Haarzuilens; tegelijkertijd eindigt de behandelrelatie met dr. D. Over de behandelingen van Br. bestaan tegengestelde verklaringen. Br. zelf verklaart te zijn uitgegaan van borstkanker die regulier behandeld moest worden. Zijn eigen behandeling

beperkte zich tot de bestrijding van een secundaire infectie. Daar tegenover staan verklaringen dat Br. de aandoening niet voor kanker hield, doch voor een te genezen bacteriële infectie.

Br. heeft zijn beleid van destijds onderbouwd met het overhandigen van de originele 'groene' patiëntenkaart. Op basis van onderzoek via het Nederlands Forensisch Instituut te Rijswijk is komen vast te staan dat deze patiëntenkaart geruime tijd na het overlijden van mevrouw M. is ingevuld.

Maart/april 2001

De huisarts bezoekt patiënte thuis, in een ultieme poging haar een reguliere behandeling te laten ondergaan. De huisarts krijgt inzage in een brief van Br., waarin uitsluitend gesproken wordt over een "bacteriële infectie". Namens mevrouw M. worden healings bij 'J.' bezocht waar zij telkenmale in de categorie 'geen kanker' wordt ingedeeld. Vanwege hevige pijn gebruikt patiënte 12 tabletten paracetamol per dag.

Mei 2001

De tevergeefse behandeling bij Br. wordt beëindigd. De **arts J.A.M. K.** in Millingen a/d Rijn komt weer in beeld, die de beschikking heeft gekregen over een magneetveld-apparaat waarmee patiënte behandeld wordt. Patiënte komt in Millingen wonen. K. stelt dat de overkomst naar Millingen een vriendendienst was en ontkent het bestaan van een arts-patiënt relatie. K. legt echter tegengestelde verklaringen af over zijn bemoeienissen met mevrouw M. Vier voormalige assistentes uit diens praktijk hebben mevrouw M. van nabij meegemaakt en voelen zich ernstig bezwaard over de wijze waarop K. patiënte voorlichtte en valse hoop verschafte.

Juni – augustus 2001

Patiënte gaat zienderogen achteruit, ondanks intensieve magneetveldtherapie en volgens K. gunstige uitslagen van onder meer electro-acupunctuurmetingen. Er ontstaan oedeem en ernstige dyspnoe. Noch K., noch patiënte zelf lijken het naderende einde van patiëntes leven te beseffen. Het ontbreekt aan palliatieve zorg.

Op 14 augustus, vijf dagen voor het overlijden van patiënte, roept K. de hulp in van **huisarts G.J.** uit Millingen a/d Rijn.

Bij aankomst treft J. een ernstig zieke, terminale patiënte aan, zonder besef van de ernst van de situatie. J. acht het onbegrijpelijk dat hij in dit stadium met patiënte en haar partner een 'slecht nieuws-gesprek' heeft moeten voeren.

Door toedoen van J. wordt patiënte op vrijdag 17 augustus opgenomen in het Universitair Medisch Centrum (UMC) St. Radboud in Nijmegen. Zij komt in behandeling bij **mevrouw A.J.W. B., arts-assistent** onder verantwoordelijkheid van **prof.dr. P.H.M. de M., oncoloog**. Er blijkt een vergevorderd stadium van een gemetastaseerd mammacarcinoom met een vaste tumormassa in de gehele rechterthoraxhelft.

Patiënte krijgt zuurstof en bloed toegediend. De behandeling is er op gericht het patiënte zo comfortabel mogelijk te maken. Op zondag 19 augustus ontwikkelde zich een prikkelhoest en verslechterde de situatie. In de nacht van 20 op 21 augustus 2001 is patiënte overleden.

2.2 Constateringen aangaande de geleverde zorg

2.2.1 De heer J.K., huisarts te Amsterdam

Mevrouw M. bezocht op 22 september 1999 haar huisarts omdat zij een knobbeltje in haar rechterborst voelde. Door middel van palpatie bevestigde K. het bestaan van een tumor - mediaal in de rechtermamma - van 1 à 1½ cm. De huisarts heeft patiënte toen meteen

doorgestuurd naar de Röntgenafdeling van het OLVG in Amsterdam. Dit in tegenstelling tot hetgeen in de media^[1] vermeld is, als zou hij het hebben gehouden op een onschuldig bindweefselknobbeltje met het advies "het voorlopig aan te zien".

Er wordt dezelfde dag een mammogram en een echogram van de rechtermamma gemaakt. De uitslag, ook gedateerd 22 september 1999, vermeldt dat de mammografie geen microcalcificaties, noch een pathologische massa vertoonde. De echografie had als uitslag: *"nodus van intermediaire echogenisiteit, geen slagschaduw, dit kan gaan om normaal klierweefsel, maligniteit kan echter echografisch nooit uitgesloten worden"*. Als advies wordt gegeven: *consult chirurgie*; daarbij staat vermeld: *"een afspraak zou al zijn gemaakt"*. Deze afspraak was gemaakt door de huisarts bij de poli chirurgie van het VU-ziekenhuis.

Patiënte is de afspraak met de chirurg niet nagekomen. Na ruim een half jaar vernam K. dat en hij geeft aan daarvan geschrokken te zijn. Mevrouw M. gaf hem als verklaring dat 'een helderziende' tegen haar gezegd had dat de aandoening niet kwaadaardig was. Achteraf betreurt K. de ontstane delay en dat hij niet is nagegaan hoe het zijn patiënte vergaan was. Er was geen reden om daar op toe te zien; patiënte was immers lege artis en met instemming verwezen naar de chirurg in het OLVG.

Na de delay heeft K. ervoor zorggedragen dat patiënte specialistische zorg kreeg. Eerst in het Kennemer Gasthuis te Haarlem, daarna in het VU-ziekenhuis voor een second opinion en vervolgens in het AvL. Vanuit het ziekenhuis vernam de huisarts dat patiënte niet met de voorgestelde behandeling wilde starten. Het werd K. toen duidelijk dat het mis dreigde te gaan. Hij heeft patiënte talloze malen opgebeld om er bij haar op aan te dringen zich te laten behandelen. Hij schat dat hij wel dertig pogingen heeft ondernomen om contact met haar te krijgen. Op zeker moment maakte patiënte kenbaar zijn aandringen niet op prijs te stellen, waarna hij besloot zich meer low profile op te stellen om het contact niet te verliezen.

Het werd de huisarts steeds meer duidelijk dat patiënte werd bijgestaan door allerlei alternatieve hulpverleners en dat het reguliere circuit gemeden werd. Op zeker moment overhandigde mevrouw M. een brief ter inzage, afkomstig van de alternatief werkend arts Br. Deze brief was door Br. aan patiënte meegegeven, aan haarzelf overlatend om deze aan haar huisarts te overhandigen. K. is stellig dat Br. in de brief een bacteriële infectie als diagnose vermeldde; niettemin was de behandeling niet gelukt en patiënte werd terugverwezen naar de huisarts.

Uit de mond van patiënte zelf heeft K. vernomen dat het genezend medium 'J.' - die mevrouw M. bijstond - patiënte voorhield dat er geen kanker was.

Op 12 maart 2001 bezocht de huisarts patiënte thuis en schrok bij die gelegenheid van haar lichamelijke toestand. Er was obliagaat sprake van een mastitis carcinomatosa. Wederom drong hij aan op reguliere behandeling. Hij vertelde haar dat zij werd misleid en dat zij, als zij op deze weg door zou gaan, dood zou gaan.

Mevrouw O. T., die intensief met patiënte contact onderhield, is van mening dat het optreden van de huisarts die 12^e maart te confronterend geweest is en dat patiënte daarom het contact met haar huisarts verbroken heeft.

[1] NOVA 1 september 2001.

De heer H. van der H., de vroegere levenspartner van patiënte en nadien met haar bevriend gebleven, meent dat de huisarts – waarmee patiënte oorspronkelijk een goede verstandhouding had – veel moeite ondernomen heeft om haar te overreden ook reguliere therapie te ondergaan. Voornoemde 12^e maart 2001 heeft hij tezamen met de huisarts patiënte thuis bezocht.

De huisarts verklaart, afgezien van de inzage in de brief van Br., nimmer bericht van of contact met het alternatieve circuit gehad te hebben. Wat hij van de behandelingen vernam, hoorde hij van patiënte zelf. Van de verschillende medisch specialisten die door patiënte geconsulteerd zijn, heeft K. schriftelijk bericht gekregen.

Achteraf worstelt K. nog steeds met de vraag hoe hij patiënte had moeten overtuigen het juiste te doen. “Het was om wanhopig van te worden om het als het ware voor je ogen fout te zien gaan. Wellicht was psychologische begeleiding aangewezen geweest, maar dat is achteraf”.

K. is zeer slecht te spreken over de alternatieve behandelaars. Hij spreekt van een gevoelige, kwetsbare patiënte, die mede door haar achtergrond op het verkeerde been gezet kon worden. Ook acht hij het onjuist dat geen van de behandelaars contact met hem gezocht heeft. “Als huisarts hoor je de spil in het behandelingscircuit te zijn. Het is frustrerend dat je voor je patiënt het beste wil en hevig probeert haar daarvan te overtuigen en tegelijkertijd wordt tegengewerkt. Feitelijk is het begonnen met de helderziende (onbekend wie dit is geweest) die heeft voorgehouden dat het geen borstkanker was”.

K. is van mening dat zijn patiënte op een vreselijke wijze is overleden. Er bestond zijns inziens een reële kans op overleven indien zij tijdig en juist behandeld zou zijn.

2.2.2 Het Kennemer Gasthuis te Haarlem

Na een delay van ruim een half jaar sinds de vaststelling van een tumor in de rechterborst, kwam patiënte, verwezen door haar huisarts, op 11 mei 2000 op het spreekuur van J.P.B. van T., plastisch chirurg in het Kennemer Gasthuis te Haarlem. Van T. is fulltime verbonden aan het Kennemer Gasthuis en oefent zijn vak in volle omvang uit.

Mevrouw M. was al sinds 1992 bij Van T. onder behandeling. Destijds had hij bij patiënte mamma-prothesen geplaatst en nadien waren er periodiek controles geweest; bij deze controles zijn nimmer afwijkingen geconstateerd.

Tijdens het consult op 11 mei 2000 vernam Van T. anamnestic dat er sprake was van een knobbeltje in de rechterborst dat groter werd. Bij lichamelijk onderzoek was het gezwel goed palpabel in verband met de onderliggende prothese. Van T. besluit ogenblikkelijk de algemeen chirurg A. J. in de behandeling te betrekken, met wie hij (samen met een internist) een mammabehandelteam vormt. A.J. onderzoekt patiënte dan en constateert een circa 3 à 4 cm grote, onregelmatig aanvoelende zwelling in de rechterborst, zonder palpabele lymfeklieren.

Er wordt een nieuw echogram gemaakt, men beschikte overigens niet over de uitslag van de mammografie en het echogram die in september 1999 in het OLVG gemaakt waren. Voorts besloot men met spoed de aard van de tumor vast te stellen door onder echografische geleiding een punctie te verrichten. Het verkregen materiaal werd cito voor cytologisch

onderzoek aan het P.A.-lab aangeboden, dat dezelfde dag de uitslag verstrekt. Er was sprake van een adenocarcinoom, waarmee de diagnose "borstkanker" feitelijk kwam vast te staan. Deze is uitvoerig met patiënte besproken, waarbij tegelijk een behandelingsvoorstel is gedaan. Dat aanbod hield in om een week later, in een gezamenlijke operatie door algemeen en plastisch chirurg, in één sessie een mamma-amputatie en tegelijk een reconstructie van de mamma te verrichten. Deze gecombineerde behandeling doen A.J. en Van T. vaker samen.

A.J. en Van T. hebben tegenover de inspectie verklaard dat hun behandelingsvoorstel van destijds in overeenstemming met het landelijk geldend protocol is. Bij een tumor van deze afmeting en in dit stadium, is opereren als eerste stap conform 'the state of the art'. Bij een grotere/verder voortgeschreden tumor behandelt men eerst met chemotherapie en eerst dan volgt operatie; dit verklaart het verschil met het latere behandelingsvoorstel vanuit het AZVU en het AvL. In het Kennemer Gasthuis volgt men hetzelfde beleid als in het AvL; men werkt er ook mee samen. In de oncologiecommissie van het Kennemer Gasthuis hebben ook specialisten uit het AvL zitting.

Over het behandelingsvoorstel is uitvoerig met patiënte gesproken. Van T. kan zich herinneren patiënte doordrongen te hebben van de ernst van de situatie. Het gesprek richtte zich voornamelijk op de te plannen operatie. Over het post-operatieve vervolg kon nog weinig gezegd worden, er diende nog aanvullend onderzoek plaats te vinden ter uitsluiting van metastasen (longfoto, lever-echo, botscan, etc.). Met betrekking tot het verwijderen van okselklieren zou durante operationem 'de poortwachterklier' onderzocht worden en op geleide daarvan gehandeld worden. Als vervolgbehandeling zou chemotherapie, bestraling en eventueel tamoxifenbehandeling in aanmerking kunnen komen.

A.J. is ervan overtuigd dat patiënte de boodschap goed begreep. Er werd enige bedenktijd gevraagd, met een second opinion als optie. Afsproken werd dat patiënte met A.J. of Van T. contact zou opnemen indien zij akkoord ging met het behandelingsvoorstel. Nadien zijn er door zowel A.J. als Van T. telefonische contacten met patiënte geweest. Eerst maakte zij kenbaar elders een second opinion te vragen, in tweede instantie uitte patiënte twijfel over de diagnose borstkanker. Na een paar weken deelde patiënte mee dat zij voor een niet-reguliere behandeling in Zwitserland gekozen had. Van T. geeft aan patiënte toen op het hart gedrukt te hebben goed na te denken over de te nemen stappen, maar zij bleek vastberaden te zijn.

Van ziekenhuiszijde zijn daarna nog verschillende pogingen ondernomen in contact te blijven met patiënte, echter dit werd door haar afgehouden.

Daar de behandeling was afgesloten, werd een specialistenbrief aan de huisarts gestuurd. Door geen der behandelaars, alternatief noch regulier, is nadien nog contact over patiënte opgenomen of informatie opgevraagd. Het overlijden heeft men uit de media vernomen. A.J. benadrukt mondeling en telefonisch veel tijd aan patiëntenvoorlichting besteed te hebben. Met zo te handelen maakt hij eigenlijk nooit mee dat met name jonge mensen zich aan de reguliere behandeling onttrekken. Van T. meent dat patiënte geweten moet hebben wat er aan de hand was, maar dat gesublimeerd heeft.

2.2.3 Prof. dr. S. M., oncologisch chirurg in het AZVU te Amsterdam

Prof. M. is hoogleraar oncologische chirurgie en nu ongeveer 20 jaar werkzaam op oncologisch gebied. Naast zijn werk in het VU-ziekenhuis en de universiteit is hij werkzaam als consulent in perifere ziekenhuizen.

Mevrouw M. kwam op 8 juni 2000 op het spreekuur van prof. M. op de polikliniek heelkunde van het AZVU. Zij was verwezen door haar huisarts voor een second opinion in verband met de in Haarlem gestelde diagnose: mammacarcinoom. Hoe en waarom patiënte juist bij hem terecht was gekomen weet prof. M. niet. Hij acht het mogelijk dat de specifieke expertise die er in het VU-ziekenhuis is ten aanzien van borstkanker een rol heeft gespeeld.

Patiënte wist dat de diagnose borstkanker gesteld was, zij had de uitslag van de in Haarlem genomen punctie bij zich. Over de delay tussen de ontdekking van het knobbeltje en de maanden later genomen punctie heeft M. niet met patiënte gesproken.

Op grond van lichamelijk onderzoek vermoedde prof. M. dat sprake was van 'local advanced breast cancer', stadium T3 (wellicht hoger) met een gerede kans op lymfogene uitzaaiing. Er werden opnieuw een mammografie en een echo gemaakt.

Prof. M. heeft patiënte zijn visie kenbaar gemaakt en verteld dat nader onderzoek en bespreking in multidisciplinair verband het behandelbeleid zou bepalen. Wel kon hij al duidelijk maken dat de meest voor de hand liggende therapie (in dit stadium) zou zijn: eerst chemotherapie, dan chirurgie en vervolgens radiotherapie. Eventueel zou hormoontherapie kunnen volgen, afhankelijk van de gevoeligheid.

Het gesprek met patiënte heeft 20 à 30 minuten geduurd, herinnert prof. M. zich. Hij kreeg de indruk dat patiënte schrok van de boodschap dat het al zover gevorderd was dat alleen een operatie niet meer voldoende was. Ze was verbaasd dat er voor iets waar ze niet zoveel last van had, zo'n uitgebreid en ingrijpend traject zou worden uitgezet. Patiënte liet daar afkeer tegen blijken. Naar het hem voorkwam woog het voor patiënte zwaar dat zij een borst zou moeten gaan missen. Daar tegenover stond dat een borstreconstructie zou kunnen plaatsvinden. Uiteindelijk wordt het behandelbeleid in overleg met de patiënt bepaald.

Over de voors en tegens (en de bijwerkingen) van chemotherapie is op dat moment nog niet gesproken.

Eerst moest nader onderzoek plaatsvinden om exact de stagering te bepalen. Een bot- en leverscan moesten uitsluitsel gaan geven over eventueel aanwezige metastasering op afstand. Op grond van de uitslagen wordt een patiënt in het multidisciplinaire team besproken alwaar het behandelvoorstel bepaald wordt, hetgeen vervolgens met de patiënt wordt doorgesproken. Prof. M. koos er bij deze patiënte voor om haar naar dr. E. van der W. door te verwijzen. Gezien de verwachting dat eerst chemotherapie zou moeten gaan plaatsvinden, zou patiënte bij deze internist-oncologe op het juiste adres zijn; bovendien staat dr. van der W. qua persoonlijkheid er om bekend dat zij kankerpatiënten uitstekende begeleiding kan bieden. Er werd alvast een afspraak bij dr. van der W. gemaakt voor 16 juni 2000.

Dezelfde middag heeft patiënte onderzoek op de röntgenafdeling ondergaan. Er werden een mammografie en een echo gemaakt, die vergeleken werden met die uit 1999, gemaakt in het OLVG. Op de foto uit 1999 was de afwijking nog niet indrukwekkend. Thans was de tumor duidelijk qua volume toegenomen; de echo gaf een grootte aan van minimaal 5 cm; in de oksel werden meerdere pathologische klieren aangetroffen.

Op 16 juni werden een lever- en botscaan gemaakt, waarop geen afwijkingen te zien waren. Er waren dus geen metastasen op afstand, de conclusie 'local advanced breast cancer' was gerechtvaardigd.

Prof. M. betreurt het dat patiënte zich aan de behandeling in het ziekenhuis onttrokken heeft, daar patiënte in een stadium verkeerde met (nog) goede therapeutische mogelijkheden. Hij heeft in zijn loopbaan een paar keer eerder meegemaakt dat patiënten zich aan de behandeling onttrokken en overleden zijn aan hun ziekte; dit betroffen patiënten die uitsluitend het alternatieve circuit verkozen.

In beginsel staat prof. M. niet afwijzend tegenover niet-reguliere behandelwijzen, zolang het niet interfereert met de reguliere therapie. Het is de keuze van de patiënt en zolang het als 'aanvullend' wordt toegepast is er geen gevaar. Contact met niet-reguliere behandelaars heeft prof. M. zelden; zo daar sprake van is, wordt via de patiënt gecommuniceerd. Het komt wel eens voor dat een niet-reguliere behandelaar een bepaalde uitslag opvraagt. In het geval van mevrouw M. is dit niet gebeurd.

2.2.4 Dr. E. van der W., internist-oncoloog in het AZVU te Amsterdam

Dr. van der W. zag mevrouw M. op haar spreekuur op 16 juni 2000 in de polikliniek Interne Geneeskunde van het AZVU te Amsterdam. Zij was naar dr. van der W. doorverwezen door prof. M., oncologisch chirurg.

Anamnestic gaf patiënte aan dat het knobbeltje in haar borst al eerder was ontdekt en dat er toen een mammografie gemaakt was, zonder aanvullende diagnostiek. Voorts vertelde zij over het behandelvoorstel in het Kennemer Gasthuis in mei, waarop zij verkoos om een second opinion bij professor M. te vragen.

Bij lichamelijk onderzoek constateerde dr. van der W. een harde irregulaire tumor met een diameter van 7 à 8,5 cm in de rechtermamma, los van de huid en onderlaag; daarbij een vergrote lymfeklier in de rechteroksel.

Dr. van der W. heeft veel tijd uitgetrokken om met patiënte de situatie te bespreken. Zij heeft uitgelegd dat de groei (feitelijk: de celvermeerdering) van zo'n tumor exponentieel verloopt. Dat verklaarde dat in mei (een maand tevoren) nog een primaire operatieve behandeling mogelijk was en nu niet meer. Bij een succesvolle operatie dienen de snijvlakken vrij van tumorweefsel te zijn en in de situatie die dr. van der W. constateerde was dat niet haalbaar meer. Zelfs was er een verschil met de tumorgrootte die Prof. M. op 8 juni 2000 had vastgesteld (5,5 – 7 cm) en de waarneming van dr. van der W. zelf op 16 juni 2000 (7- 8,5 cm).

Qua eerste behandeling was chemotherapie aangewezen met een kans van 80% dat de tumor daarop zou reageren. Als de tumor gevoelig voor chemotherapie is, neemt deze in grootte af en wordt operabel. Tegelijk pakt de chemotherapie eventuele uitzaaiingen naar elders aan. Vervolgens zou ook nog radiotherapie kunnen plaatsvinden, eventueel gevolgd door hormoontherapie, afhankelijk van de gevoeligheid van de tumor daarvoor.

Gezien de afmeting van de primaire tumor was er een gereede kans dat er metastasen op afstand zouden zijn. Evenwel een lever- en botscan, alsook een echogram van de lever waren beiden negatief, dat wil zeggen er waren geen aanwijzingen voor metastasen op afstand. Gezien de bevindingen sprak dr. van der W. qua stadium van 'locally advanced breast cancer'.

Het behandelplan voor patiënte zou er als volgt hebben uitgezien: zes keer chemotherapie, waarbij na twee keer kan worden vastgesteld of de tumor reageert op chemotherapie; zo niet, dan is er nog de mogelijkheid van een combinatie-chemokuur waarop mogelijk wel gunstig gereageerd wordt. Vervolgens zou chirurgisch een borstamputatie plus een okselkliertoilet worden uitgevoerd, waarna bestraling en eventueel hormoontherapie zouden kunnen volgen. De behandeling zou een kans van 50-60% op langdurige overleving bieden,

bij de overige 40% biedt het levensverlenging. Zijn er metastasen op afstand (of is er een recidief), dan wordt de prognose ongunstig, dat wil zeggen een gemiddelde levensverlenging van twee jaar. Omdat er bij patiënte nog geen uitzaaiingen op afstand waren, was het zaak om zo snel mogelijk met de behandelingen te starten.

Dr. van der W. heeft, zoals zij altijd doet, in alle openheid de pro's en contra's van de behandeling met patiënte besproken. Daarbij zijn ook de nadelen aan bod geweest die voor patiënte zwaar wogen: het verlies van de borst, de kans op versneld in de overgang komen met heftiger verschijnselen dan die tijdens een fysiologisch optredende menopauze en tijdens de chemokuren zo mogelijk misselijkheid, braken en haarverlies.

Aan het eind van het consult gaf dr. van der W. patiënte schriftelijke informatie mee over de behandeling. Zij bemerkte dat patiënte zich zeer zeker verdiept had in de materie en ervoer met name weerstand tegen de chemotherapie. Patiënte zag het als afschrikwekkend 'geen vrouw' meer te zullen zijn. Zij vroeg 100% garantie op curatieve genezing, hetgeen dr. van der W. haar niet kon geven. Anderzijds moet patiënte geweten hebben dat 100% garantie nooit mogelijk is, zo meent dr. van der W.

Patiënte's terughoudendheid werd mede ingegeven door ervaringen in de eigen familie met de reguliere geneeskunde; in patiënte's beleving woog dit zwaar.

Dr. van der W. heeft nog voorgesteld om een psycholoog in de behandeling te betrekken, maar dat werd afgewezen. Patiënte's partner, die de gesprekken bijwoonde, gaf aan patiënte te steunen in haar keuzes.

Ook heeft dr. van der W. voorgesteld om dr. E.J.Th. R. uit het AvL de chirurgische behandeling op zich te laten nemen, naast dat dr. van der W. in het AZVU het internistisch/oncologische deel zou doen. Daadwerkelijk heeft er nog een consultatie bij dr. R. plaatsgevonden.

Een hernieuwde afspraak met dr. van der W. voor 19 juni 2002 werd telefonisch afgezegd. Patiënte gaf daarbij aan geen chemotherapie te willen en zich te willen laten behandelen in de 'non-tumortoxische kliniek' CSCT te Yverdon in Zwitserland. Dr. van der W. heeft patiënte toen nadrukkelijk gevraagd om haar op de hoogte te houden van elke verdere stap die zij zou nemen. Bovendien maakte dr. van der W. de afspraak met dr. R. en de huisarts, dat wanneer patiënte zou bellen, de informatie aan elkaar doorgegeven zou worden. Enige weken later belde patiënte opnieuw met dr. van der W. met het verhaal dat de borst door de behandeling in Zwitserland soepeler aanvoelde.

Dr. van der W. heeft patiënte nog op het hart gedrukt om contact op te nemen als de pijn toeneemt of de huid open zou gaan; lokale bestraling zou dan de remedie zijn. Zij vertelde daarbij dat bestraling geen pijn doet. Bovendien heeft dr. van der W. patiënte gezegd "je mag terugkomen, ik verwijt je niks" en "je kunt altijd bellen".

Dr. van der W. heeft frequent telefonisch overlegd met de huisarts van patiënte.

Medio augustus 2000 nam patiënte opnieuw contact op met dr. van der W. Zij meldt dat ze naar Indië of Indonesië wil voor een alternatieve behandeling. Dr. van der W. raadde haar dit af vanwege de lange vliegtijd. Dit is het laatste wat dr. van der W. (rechtstreeks) van patiënte vernomen heeft; het is haar niet bekend of de Aziatische reis is doorgegaan.

Met betrekking tot de alternatieve geneeskunde probeert dr. van der W. haar patiënten hun keuzevrijheid te gunnen. Lastig aspect is dat sommige alternatieve therapieën kunnen interfereren met de reguliere behandeling. Zo interfereert bijvoorbeeld een hoge dosis vitamine C met chemotherapie; de belasting voor de nieren is door de combinatie te hoog. Op zulke momenten moet de patiënt tijdelijk stoppen met de alternatieve middelen. Desnoods neemt dr. van der W. hiervoor contact op met de alternatief behandelaar. Van de meeste alternatieve middelen is echter de interactie met de reguliere behandeling onbekend.

Ongeveer 75% van haar patiënten maakt gebruik van het alternatieve circuit, aldus dr. van der W. Dat gaat soms heel erg ver. In haar praktijk heeft dr. van der W. meegemaakt dat patiënten hun eigen ochtendurine drinken; weer anderen slaan oranje uit van de caroteen. Je kunt de patiënt niet het recht ontnemen om hulp te zoeken bij het alternatieve veld. Maar dr. van der W. verwondert zich erover dat er met twee maten gemeten wordt. Regulier moet zich steeds bewijzen en ondervindt toch kritiek, alternatief wordt als zoete koek geslikt zonder onderbouwing.

Zij ervaart dit als gebruik c.q. misbruik van de angst die er logischerwijs is. Kwalijk vindt dr. van der W. het ook dat er wordt ingespeeld op de ontkenning; deze wordt als het ware bevestigd. Meestal lukt het dr. van der W. om patiënten 'binnenboord' te houden.

Tijdens de gesprekken die dr. van der W. met mevrouw M. gevoerd heeft, gaf patiënte aan veel waarde aan alternatieve behandelwijzen te hechten. Patiënte dronk kruidenthee en gebruikte voedingssupplementen die de arts V. had voorgeschreven. Dr. van der W. herinnert zich ook een helderziende die aan de orde is geweest, een zekere 'Anne', die patiënte had voorgehouden dat zij geen kanker had.

Dr. van der W. betreurt het zeer hoe het met patiënte gelopen is. Er was een gereede kans op curatie, maar ook palliatief was er veel mogelijk geweest; levensverlengend en met kwaliteit van leven.

Dr. van der W. ervaart overigens ook een lichtpunt als gevolg van de casus. Bij veel van haar patiënten heeft het voorbeeld S. M. beletsels weggenomen om voor reguliere medische behandelingen te kiezen.

2.2.5 Dr. E.J.Th. R., oncologisch chirurg, in het AvL te Amsterdam

Dr. R. werd in het kader van een second opinion in de casus van mevrouw M. betrokken. Zij kwam daarvoor op zijn spreekuur op 19 juni 2000, nadat eerder in Haarlem en in het AZVU de diagnose mammacarcinoom was vastgesteld. De diagnose lag voor de volle 100% vast, daar bestond volgens dr. R. geen enkele twijfel over. Toen patiënte bij dr. R. kwam, was reeds sprake van 'locally advanced breast cancer', stadium T3N0.

Dr. R. heeft gedurende 45 minuten met patiënte gesproken en heeft daarbij geprobeerd de medische situatie zo goed als mogelijk uiteen te zetten.

Dr. R. geldt als expert op het gebied van borstkanker in Nederland. Hij maakt deel uit van de 'Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group', een gezaghebbend internationaal samenwerkingsverband van wetenschappers op het gebied van borstkanker dat sinds 1987 studies verricht. Door middel van meta-analysen van grote aantallen patiënten is wetenschappelijk de 'best practice' qua therapie en behandeling vastgelegd, alsook de statistische prognose onder elke specifieke omstandigheid. Elke casus van de duizenden in het onderzoek betrokken patiënten, wordt individueel beoordeeld. Als praktische consequentie doet zich gelden dat bij het mammacarcinoom ten volle 'evidence based medicine' plaatsvindt. In Nederland is dr. R. voorzitter van de werkgroep 'Behandeling van het mammacarcinoom', dat op initiatief van het Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON) de richtlijn voor de behandeling van het mammacarcinoom^[2] heeft opgesteld en uitgegeven. Naast zijn wetenschappelijke werk praktiseert dr. R. als oncologisch chirurg in het Nederlands Kanker Instituut / Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam (NKI/AvL).

[2] Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom; © NABON, uitg. Van Zuiden Communications BV, 2002.

Bij mevrouw M. constateerde dr. R. mediaal in de rechtermamma een tumor van ongeveer 7 à 8 centimeter, welke los van de huid en de onderlaag was. De huid eroverheen was enigszins roodblauw verkleurd maar niet open of beschadigd. Er was, voor zover dr. R. zich kan herinneren, niet het beeld van een mastitis carcinomatosa met peau d'orange en huid-satellieten. Op grond van de traditionele criteria zou een lokale operatie technisch mogelijk geweest zijn. Gezien de grote van de tumor echter, is bekend dat een dergelijke operatie onvoldoende goede kans heeft op een goede lokale controle en dient altijd aanvullende behandeling te volgen. De volgende overwegingen zijn met patiënte besproken:

- Elke behandelingsstap (chemotherapie, chirurgie, radiotherapie) draagt bij aan een verbetering van de loco regionale genezingskans.
- Een mamma-amputatie alleen geeft het risico van een lokaal recidief in vijf jaar van ongeveer 30 à 40%.
- Radiotherapie alleen zal ook maar bij zo'n 60% van de patiënten een langdurige tumorcontrole geven.
- De combinatie van borstampuatie en radiotherapie zal een kans van een lokale controle tussen de 80-90% geven. De combinatie van up front chemotherapie, gevolgd door chirurgie en radiotherapie zal een meer dan 90% goede lokale controle geven, dus minder dan 10% kans op een lokaal recidief binnen vijf jaar.
- Ook is er nog de mogelijkheid van aanvullende hormonale behandeling.

Dr. R. voegt daar aan toe dat een mammacarcinoom in stadium T3N0 – zoals bij patiënte - onbehandeld een mortaliteit geeft van 90% binnen 5 jaar. De gunstige groep van 10% wordt gevormd door hoogbejaarde vrouwen bij wie de tumor uiterst langzaam groeit. Wanneer alleen lokale behandeling (operatie) plaatsvindt, is er een 10 jaars mortaliteit van 70%. Met chemotherapie erbij daalt de mortaliteit met 15%. Is de tumor hormoongevoelig, dan vermindert de mortaliteit met hormoonsuppressie met nog eens 15%.

Wordt bij het T3N0-mammacarcinoom een totaalbehandeling toegepast - dat wil zeggen chemotherapie, chirurgie, radiotherapie en tamoxifen - dan is er een 10-jaars overlevingskans van rond de 50%.

Dr. R. benadrukt dat dit statistische getallen zijn die op de gehele populatie van toepassing zijn. Een individueel geval is afhankelijk van de gevoeligheid voor de therapie, de agressiviteit van de tumor en de neiging tot metastasering. Of een individu tot een gunstige categorie behoort (of niet), blijkt gedurende het verloop van de behandeling. Dr. R. beschouwt dit als een lastig aspect bij het aangaan van een individuele behandelrelatie. Je kunt op voorhand geen garanties geven, je kunt alleen aangeven wat iemands statistische kans is. Helaas is er dus een categorie vrouwen die het gehele behandeltraject ingaat maar slecht op de therapieën blijkt te reageren; deze vrouwen overlijden relatief snel. Toch meent dr. R. stellig dat het altijd zin heeft chemotherapie te ondergaan. Het bewerkstelligt 25% minder kans op overlijden. In meer dan 80% van de gevallen wordt de tumor in ieder geval verkleind door chemotherapie. Zelfs als curatieve genezing niet haalbaar blijkt, voorkomt het de lijdensweg van lokale problematiek. Met andere woorden: het verhoogt de kans op curatie en levert een waardevolle bijdrage in palliatief opzicht.

Een ander belangrijk aspect dat volgens dr. R. bij de behandeling hoort mee te wegen, is de kwaliteit van leven. Door een optimale behandeling neemt deze toe, hoewel dat mede afhankelijk is van de aard van de tumor en de manier waarop de patiënte met deze ingrijpende diagnose omgaat. In de praktijk blijkt dat 2/3 deel van de vrouwen die intensieve chemotherapie hebben ondergaan, na verloop van tijd weer alle activiteiten kunnen oppakken; 1/3 deel van de patiënten werkt niet meer en heeft ondermeer cognitieve problemen.

Het toepassen van chemotherapie geeft ook bijwerkingen. Eén ervan is dat door het cytostaticum de eierstokken worden stilgelegd. Dit heeft een gunstig en een ongunstig

aspect. Het draagt bij aan de behandeling, omdat daarmee hormoonstimulatie van de tumor vanuit de ovaria ophoudt. Evenwel bij vrouwen die tegen de menopauze aanzitten, kan deze remming van de ovaria blijvend zijn; dat betekent dat de menopauze eerder inzet. Door de abrupte 'overgang', kunnen de verschijnselen, zoals opvliegers, heftiger zijn.

Bij jongere vrouwen is de kans op vervroegde menopauze er vrijwel niet.

Mevrouw M. – die 45 jaar oud was – had aldus een gerede kans dat door chemotherapie de menopauze vervroegd zou worden, met een versterkte uiting ervan.

Op grond van voornoemde argumenten heeft dr. R. mevrouw M. geadviseerd voor de optimale loco-regionale behandeling te kiezen. Er was dan een aan zekerheid grenzende kans dat geen lokale doorgroei meer zou plaatsvinden, hetgeen relatief een gunstige situatie zou zijn. In dat geval was er een aanzienlijke kans geweest dat zij niet zou zijn overleden en des te meer gunstiger ten aanzien van de termijn waarop. Met zekerheid is te zeggen dat de lijdensweg en akelige dood die zij nu gehad heeft, haar bespaard zou zijn gebleven. Dr. R. is ervan overtuigd dat de kwaliteit van haar leven een stuk groter zou zijn geweest. Volgens dr. R. behoort het bewaken van dit laatste ook onlosmakelijk bij een professioneel juiste behandeling van een patiënt met een mammacarcinoom.

Dr. R. geeft aan patiënte onomwonden te hebben voorgehouden wat er zou gaan gebeuren wanneer zij zich niet zou laten behandelen. De diagnose stond vast en er is een adequaat behandelingsvoorstel gedaan.

Patiënte gaf aan een en ander goed begrepen te hebben. Zij maakte kenbaar ook alternatieve genezers te consulteren en dat zij overwoog een alternatieve behandeling in Zwitserland te ondergaan.

Dr. R. merkt op dat hij zich nooit tegen het alternatieve circuit zal verzetten of afzetten, wanneer een patiënt daarvoor kiest. Hij dringt in dat geval aan op een tweesporenbeleid en doet zijn uiterste best om de patiënt te overreden het volledig reguliere behandeltraject te doorlopen. Daarnaast zal hij er bij patiënten altijd op aandringen om grip op hun leven te houden. Voorts probeert hij te begrijpen welke drijfveer achter de alternatieve keuze zit. Zijn ervaring is dat kankerpatiënten vaak angstig zijn en manieren proberen te vinden om hun angst te reduceren. Daar kan 'alternatief' een steun bij zijn.

Dat mevrouw M. zich tegenover de voorgestelde behandeling terughoudend opstelde, schrijft dr. R. toe aan zijn indruk dat patiënte de 'regie' over haar leven en de behandeling volledig in eigen hand wilde houden; het was mede gebaseerd op haar ervaringen met ziekenhuizen en artsen.

Eén consult is onvoldoende om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Daarom heeft dr. R. bedenktijd en een vervolgsconsult aangeboden. Na twee weken gaf patiënte schriftelijk te kennen dat zij zich in Zwitserland zou laten behandelen.

Dr. R. heeft geen contact met de huisarts gehad over patiënte, wel heeft hij een specialistenbrief aan de huisarts geschreven. Vanuit het alternatieve veld is nimmer om informatie gevraagd aangaande patiënte.

Achteraf heeft dr. R. vernomen dat patiënte zou zijn voorgehouden dat zij lijdende was aan een bacteriële infectie. Hier was 100% sprake van een mammacarcinoom en dan is zoiets zeggen buitengewoon misleidend, aldus dr. R.

In NOVA^[3] noemt dr. R. het misdadig dat patiënte zou zijn voorgehouden dat er geen sprake van kanker was. Hijzelf meent te kort door de bocht geciteerd te zijn in NOVA. De suggestie wordt gewekt dat patiënte 90% kans op volledige genezing had, indien zij zich regulier had laten behandelen. Hij heeft zich veel genuanceerder uitgedrukt, maar de opname is niet integraal uitgezonden. Wanneer zijn voorgestelde behandeling meteen had plaatsgevonden,

[3] NOVA dd 1 september 2001.

was de kans op plaatselijke genezing 80-90% geweest. Vervolgens is het dan van groot belang dat de tumor goed onder controle wordt gehouden.

2.2.6 Mevrouw J.W.P. D. ('J.')

Mevrouw D. geniet landelijke bekendheid onder de naam 'J.'. Als titel voor haar zorg-inhoudelijk handelen prefereert zij zelf de term 'genezend medium'. Haar gave, waarmee zij aangeeft geboren te zijn, kan worden omschreven met 'heldervoelendheid'. Zij preciseert dit met 'helder zien, horen, voelen en weten'.

Oorspronkelijk was mevrouw D. balletdanseres en heeft zij een aantal dansscholen geleid totdat een huidandoening haar het dansen onmogelijk maakte. Na een tevergeefse rondgang door het medisch circuit is het uiteindelijk de paragnosticus Gerard Croiset geweest die haar van de kwaal genas door de oorzaak op te sporen.

Gedurende zeven jaren heeft mevrouw D. balletles gegeven, hetgeen zij combineerde met het helpen van mensen met behulp van haar genezende gave. Door mond-tot-mondreclame wendden steeds meer 'patiënten' zich tot haar. Het moment dat een blind meisje weer was gaan zien - nadat mevrouw D. haar handen voor haar ogen had gehouden - gaf haar de overtuiging dat mensen helpen zinvoller was dan balletles geven en zij besloot zich vanaf toen fulltime met hulpverlening bezig te gaan houden. Mevrouw D. geeft zowel individuele als groepsbehandelingen, welke laatste 'healings' worden genoemd.

Landelijke bekendheid kreeg 'J.' door een optreden in het tv-programma van Tineke de Nooij eind jaren '80 begin jaren '90. Vanaf toen werden de 'healings' steeds massaler bezocht en brachten de veilinghallen in Tiel uitkomst om de enorme toestroom op te vangen. Tegenwoordig worden de 'healings' niet meer op een vaste plaats gehouden, maar her en der in den lande. Daarnaast is mevrouw D. ook veelvuldig actief in het buitenland, onder andere in Japan waar zij ondermeer in ziekenhuizen haar hulp biedt.

Tijdens de healings vinden allerlei activiteiten plaats. In het kader van de casus van mevrouw M. is vermeldenswaardig dat er sessies zijn waarbij hulpvragers (of namens hulpvragers) voorwerpen worden ingebracht die op de grond verspreid worden. Deze voorwerpen worden 'cadeautjes' genoemd. Mevrouw D. weet zelf niet welk cadeautje van welke hulpvrager afkomstig is. Tijdens de sessie wordt de hand van mevrouw D. naar de cadeautjes geleid, waardoor groepjes ontstaan van mensen met een gemeenschappelijk probleem. Mevrouw D. geeft elk groepje wel een eigen boodschap mee, maar bemoeit zich niet met de gesprekken die in elk groepje ontstaan. "Mensen helpen mensen", noemt mevrouw D. dit proces. Ook vinden op 'healings' 'spirituele operaties' plaats, uitgevoerd via helpers uit 'de andere wereld'. Dit zijn veelal overleden artsen. Volgens mevrouw D. is er na een spirituele operatie een litteken zichtbaar; dit zou controleerbaar zijn door een 'aardse arts'. Mevrouw D. meent dat de gezondheidszorg met spirituele operaties veel geld zou kunnen besparen.

Recent heeft mevrouw D. haar domicilie verplaatst van Tiel naar Valkenburg. Hier wordt een deel van een klooster gehuurd, waarin ook bijeenkomsten gehouden kunnen worden. Zij geeft aan in het kader van individuele behandelingen veel aan stervensbegeleiding te doen waarvoor zij geen honorarium vraagt. Voor de healings wordt een toegangsprijs in rekening gebracht van € 7,- per persoon.

Mevrouw D. zegt dat zij in principe iedere hulpvraag honoreert. Zij omschrijft haar werkwijze met het eerst vaststellen van de oorzaak van de klachten waarop zij vervolgens haar adviezen baseert, "waar de patiënt vaak al mee geholpen is". Mevrouw D. erkent op deze wijze met diagnostiek bezig te zijn, maar voegt daaraan toe – indien nodig – er bij haar patiënten op aan te dringen ook een reguliere arts te bezoeken. Zij is van mening dat 'regulier' en 'alternatief' elkaar niet moeten uitsluiten, maar juist aan moeten vullen. Wel

meent zij dat het kaf van het koren gescheiden moet worden, zowel in het alternatieve alsook in het reguliere veld.

Naast verwijzing naar reguliere artsen, werkt mevrouw D. ook samen met artsen, onder anderen met dr. D., internist. De samenwerking bestaat hieruit dat zij op gezette tijden gezamenlijk spreekuur houden.

Mevrouw D. vertelt: "Ik stel de oorzaak vast en hij heeft het archief en stelt aan de hand daarvan de therapie vast". Wat zij ziet, wordt door dr. D. medisch bevestigd. Naast deze directe samenwerking verwijst men ook over en weer patiënten naar elkaar. Mevrouw D. omschrijft het als een goede samenwerking met dr. D. De patiënten zijn tevreden en dat is al een deel van hun genezing, aldus mevrouw D.

Dr. D. beschrijft de samenwerking met mevrouw D. als volgt. Hij kent haar sinds 1998-1999 en sindsdien bezoekt zij de praktijk van dr. D. een paar maal per jaar. Zij brengt dan een of meerdere patiënten van haar in met de vraag of hij als medicus wil meekijken. Het gaat dus om háár patiënten waarbij hij meekijkt en elk zijn/haar eigen koers vaart. Dr. D. beschrijft zijn opstelling bij de gezamenlijke sessies met 'J.' als terughoudender dan bij zijn samenwerking met de paragnost A., dit mede omdat er bij veel van de patiënten van mevrouw D. een grote afhankelijkheid ten opzichte van haar bestaat.

De paragnost A. ziet ook verschillen in zijn werkwijze en die van mevrouw D. Hij beschouwt zichzelf als aanvullend op de behandeling van dr. D., waar mevrouw D. meer eigenstandig opereert. *" 'J.' werkt als medium en krijgt haar boodschappen vanuit 'de andere wereld'; deze boodschappen worden door haar gepresenteerd als 100% waar. Zij plaatst de boodschap buiten zichzelf".*

Aangaande haar bemoeienis met mevrouw M. vertelt mevrouw D. achteraf zelf het volgende. Beiden onderhielden al sinds jaren een goede vriendschap. De contacten waren niet frequent; af en toe zag men elkaar en af en toe werd er met elkaar gebeld. In het voorjaar van 2000 belde mevrouw M. op en vertelde dat het niet goed met haar was, want artsen in het ziekenhuis hadden borstkanker vastgesteld en daarvoor moest zij eerst een chemokuur ondergaan alvorens ze geopereerd kon worden. Volgens mevrouw D. wilde mevrouw M. geen chemotherapie, ze zag enorm op tegen de gevolgen daarvan. Tegen een operatie was er geen bezwaar, meent mevrouw D.

Na het telefoongesprek zocht mevrouw M. mevrouw D. op met de vraag om naar haar te kijken. Mevrouw D. beschrijft dat daarbij haar rechterhand geleid werd naar een bepaalde plek op de borst en tegelijk kreeg zij een boodschap door dat er een relatie bestond met iets dat 12 jaar geleden had plaatsgevonden. Mevrouw M. zou daarop verteld hebben dat zij toen borstimplantaten had gekregen. Voor mevrouw D. lag daar de oorzaak, de oorzaak waren de destijds geïmplanteerde siliconenprothesen. Volgens mevrouw D. was er maar één remedie: deze moesten er uit.

Toen mevrouw M. in de zomer van 2000 een magneetveldbehandeling in een kliniek in Zwitserland onderging, heeft mevrouw D. haar de eerste week vergezeld. Bij terugkomst in Nederland achtte mevrouw D. het raadzaam dat er een arts bij de behandeling betrokken werd. Op haar aanraden kwam mevrouw M. eerst bij dokter V. in Den Haag terecht en vervolgens bij dr. D. Volgens mevrouw D. heeft mevrouw M. bij dokter V. afgehaakt omdat deze een reguliere behandeling voorstond; evenzo ging het volgens mevrouw D. mis bij dr. D. omdat deze op een gegeven moment een punctie wilde laten doen om zekerheid te krijgen met betrekking tot de diagnose.

Op 25 oktober 2000 vond een bijeenkomst plaats van patiënte met haar partner bij dr. D., waarbij ook mevrouw D., de paragnost A.A. en de heer C. B. aanwezig waren. Volgens mevrouw D. betrof dit een gewoon consult zoals dat vaker multidisciplinair in de praktijk van dr. D. plaatsvindt. Als gebruikelijk stelde mevrouw D. de oorzaak vast en dr. D. bepaalde de therapie. Mevrouw D. spreekt tegen dat zij toen de voorgestelde geneesmiddelen – door middel van boodschappen uit de andere wereld - eerst moest ‘goedkeuren’, zoals dit in het tv-programma ‘Rondom Tien’ werd voorgesteld. Zij kan zich ook niet herinneren dat zij gesteld zou hebben dat mevrouw M. persé korrels als geneesmiddel moest hebben. Wel zou het kunnen dat zij gevraagd heeft of er geen korreltjes bestonden die mevrouw M. zouden kunnen helpen.

De heer C.B. heeft tegenover de inspectie verklaard dat het genezend medium ‘J.’ op deze bijeenkomst aangegeven zou hebben dat er geen sprake was van kanker hetgeen ook door bloedonderzoek bevestigd was. *“Hiermee werd het bestaan van kanker fors in twijfel getrokken”*. C.B. zegt ervaren te hebben dat ‘J.’ een steeds grotere invloed op mevrouw M. kreeg, die steeds maar wilde horen dat ze geen kanker had.

Dr. D. noemt het onzin dat mevrouw D. tijdens de bijeenkomst op 25 oktober 2001 elk behandelvoorstel goed of afgekeurd zou hebben, afhankelijk van wat haar helderziendheid haar ingaf. *“Er is slechts met elkaar gebrainstormd”*.

Voor mevrouw D. was duidelijk dat de ziekte in de rechterborst door de siliconen veroorzaakt werd. In dat verband heeft mevrouw M. op een zeker moment contact gezocht met de Stichting Steunpunt voor Vrouwen met Siliconen. Het liefst had mevrouw D. gezien dat de implantaten aan beide zijden door een plastisch chirurg verwijderd zouden worden. Zij betreurt het dat dat niet heeft plaatsgevonden.

Dr. D. herinnert zich dat de aandoening in de rechterborst na de behandeling in Zwitserland als ‘een ontsteking’ gezien werd door mevrouw M. *“Zij sprak er herhaaldelijk over dat het om een reactie op de siliconenprothesen moest gaan; ook ‘J.’ zei dat er sprake was van een ontsteking”*. Wanneer van inspectiezijde daarop wordt opgemerkt dat ‘J.’ expliciet tegen mevrouw M. gezegd zou hebben dat zij geen kanker had, antwoordt dr. D.: *“iedereen mag zeggen wat hij wil. Ook de heer A.A. zag geen kanker bij mevrouw M. en dit werd bevestigd door ‘J.’”*. Dr. D. geeft aan *“dat hij toen wel zijn tenen bij elkaar geknepen heeft”*.

Omdat het voor mevrouw M. - gezien haar lichamelijke toestand - onmogelijk was deze zelf bij te wonen, bezochten anderen - namens haar.- ‘healings’ bij ‘J.’. Dit betroffen een vriend, een vriendin en mevrouw O. T.

Op de sessies waarbij namens mevrouw M. ‘een cadeautje’ werd ingebracht, kwam mevrouw M. nimmer bij de personen met kanker terecht. Consequent werd zij telkenmale ingedeeld bij de personen met een bacteriële infectie. In de pauze van de healings belde mevrouw D. meestal met mevrouw M. om de uitslag te vertellen. Mevrouw D. herinnert zich dat tijdens één van deze telefoongesprekken mevrouw M. vertelde over haar behande-

ling bij dokter Br., die sprak van een bacteriële infectie. Toen mevrouw D. hoorde dat dit een arts was, was zij gerustgesteld.

Een van de oud-medewerksters in gezondheidscentrum 'de Grens' in Millingen a/d Rijn, heeft verklaard met mevrouw M. over 'J.' te hebben gesproken. Patiënte beschreef: *"Bij de sessies werd men door middel van 'cadeautjes' ingedeeld in groepjes en tot geruststelling van mevrouw M. kwam zij nooit in het groepje met kanker terecht".*

Mevrouw O. T. bevestigt namens mevrouw M. bijeenkomsten en themamiddagen van genezend medium 'J.' te hebben bezocht omdat de lichamelijke conditie van patiënte te slecht was om zelf sessies bij te wonen. *"Ze was op een zeker moment zo zwak dat ze zelfs niet meer in staat was om koffie te zetten. De sessies bij 'J.' verliepen via het meenemen van kleine 'cadeautjes'. Via de goddelijke wereld - met als medium 'J.' - selecteren categorieën patiënten zich door het samenvoegen van de cadeautjes. Consequent werd het cadeautje van mevrouw M. in verband gebracht met een bacteriële infectie.*

Na afloop van de themamiddag nam 'J.' vaak telefonisch contact op met mevrouw M., waarbij de uitkomst van de themamiddag werd meegedeeld, de boodschap van de goddelijke wereld.

Op 13 mei 2001 (moederdag) liet 'J.' op een healing in Bergen op Zoom een dokter uit België naar een foto van de borst van mevrouw M. kijken. De arts, de heer W. uit Spa, constateerde een bindweefselontsteking en gaf hiervoor een cocktail van 12 homeopathische middelen. De kuur moest zes weken strikt worden volgehouden; de heer W. sloot amputatie echter niet uit, maar zei niet dat ze aan kanker leed".

Mevrouw D. vertelt regelmatig telefonisch contact met mevrouw M. te hebben gehad. In Millingen a/d Rijn heeft zij mevrouw M. een keer bezocht. Ook geeft zij aan in juni of juli 2001 nog een gesprek te hebben gehad met de partner van mevrouw M. en daarbij haar bezorgdheid geuit te hebben. Ze vond dat mevrouw M. er slecht uitzag en vertrouwde haar kuchje niet. Ze zegt dat ze toen bang was dat het fout zou gaan; zij zou toen aan kanker gedacht te hebben. Ook heeft zij mevrouw M. zelf in die tijd gezegd dat het niet goed met haar ging; zij had een onrustig gevoel.

Vlak voor haar overlijden heeft mevrouw D. mevrouw M. bezocht op haar sterfbed in het UMC St. Radboud Ziekenhuis in Nijmegen. Na het overlijden heeft mevrouw D. nog een keer contact gehad met mevrouw M. - via de andere wereld - en mevrouw M. zou haar toen verteld hebben "dat het zo goed was".

Woordelijke transcriptie uit uitzendingen van het tv-programma 'NOVA' van 1 september, 6 september en 19 december 2001

www.novatv.nl

'J.': "Op een gegeven moment kreeg ik wel alarmsituaties. Dat heb ik ook gemeld. Daar werd wel duidelijk iets mee gedaan. Maar op een gegeven moment kreeg ik toch het gevoel er zit vocht, iets is niet oké. Dat heb ik ook gemeld. Nou toen kwam ze op een gegeven moment in het ziekenhuis terecht waar vreselijke berichten naar voren kwamen wat ik toch ook wel blijf bestrijden."

Presentatrice: "Wat blijft u bestrijden?"

'J.': "Nou, ik blijf toch het woord kanker bestrijden. Absoluut. Ik heb toch nu ook al bepaalde dingen mogen weten uit de andere wereld dat het iets anders was en het kan er allemaal op lijken maar in feite maakt het ook niet meer uit maar de weg die zij gegaan is, is de juiste weg voor haar ziel geweest. Absoluut."

Presentatrice: "Heb u tegen haar gezegd volgens mij is dit geen kanker?"

'J.': "Ja."

Presentatrice: "En hoe reageerde zij daarop?"

'J.': "Heel positief, haar eigen gevoel was dat ook."

Presentatrice: "Het u haar gestimuleerd om nee te zeggen tegen die chemotherapie?"

'J.': "Ik denk het niet, ik denk dat je dat samen doet. Ik denk zeker dat er een soort vriendenkring ontstaan is die haar stimuleerde in haar denkwijze."

Presentatrice: "Samen hebt u haar gestimuleerd om die chemotherapie te laten?"

'J.': "Nou zij heeft besloten."

Presentatrice: "Maar u was het er wel mee eens?"

'J.': "Absoluut. Met meerdere mensen. Zeker. Ja."

Presentatrice: "Voor u is zo iets als chemotherapie een kwalijke behandelmethode?"

'J.': "Ik zou het zelf ook nooit laten doen."

Reactie van Dr. E. R., oncologisch chirurg in het AvL te Amsterdam, in 'NOVA' van 1 september 2001

"Pure misleiding. Crimineel. Misdadig. Ik heb geen andere woorden daarvoor. Als wij met microscopisch onderzoek van weefsel bewezen hebben dat het kanker is dan is dat kanker en dat kan je nooit meer wegpoetsen. Hoe erg die diagnose, hoe verdrietig, hoe moeilijk die diagnose ook is en dan is het nooit een bacteriële infectie."

Mevrouw D. vindt het onjuist dat in de media het beeld geschetst is dat zij mevrouw M. misleid heeft. "Het is waar dat ik mevrouw M. gezegd heb dat het geen kanker was, het was dat ook niet, het is dat misschien geworden. Voor mij lag het accent op de siliconen, dat was de oorzaak. Het bloed was schoon en er was sprake van een bacteriële infectie, door verschillende artsen vastgesteld", aldus mevrouw D. "Maar of het nu kanker of een bacteriële infectie was, van belang was dat de oorzaak aangepakt had moeten worden." Mevrouw D. denkt dat, als dat gebeurd was, het anders was afgelopen. Mevrouw M. was er ook zelf van overtuigd dat de oorzaak in de siliconen gelegen was. "Zij was van plan een boek te schrijven om andere vrouwen te waarschuwen voor siliconen".

Van inspectiezijde is mevrouw D. erop gewezen dat er in verschillende ziekenhuizen bij mevrouw M. onmiskenbaar de diagnose "borstkanker" gesteld is. Wanneer er dan hulpverleners in haar omgeving verkeren - waarin zij bovendien veel vertrouwen stelt (zoals mevrouw D. zelf), die stellen dat er geen sprake van kanker is, dan wordt mevrouw M. daarmee op het verkeerde been gezet. Mevrouw D. stelt daarop dat er binnen de reguliere hulpverlening ook fouten gemaakt worden. Zij vindt bovendien eenmalig onderzoek niet voldoende. Niet vergeten moet worden dat mevrouw M. slechte ervaringen in de reguliere zorg had opgedaan met zowel haar vader als haar nichtje, er was weinig vertrouwen in de reguliere gezondheidszorg. Ook vindt mevrouw D. in dit verband van belang dat mevrouw M. bij verschillende artsen onder behandeling is geweest, die de aandoening niet voor kanker hielden. De betrokkenheid van artsen heeft mevrouw D. zelfs bevorderd. Via haar is mevrouw M. bij dr. D. terechtgekomen; tijdens een healing in Bergen op Zoom heeft mevrouw D. de Belgische arts W. om advies voor mevrouw M. gevraagd; "hij kreeg een foto van de borst te zien en zag daar ook geen kanker in".

Mevrouw D. is van mening dat het reguliere veld niet goed naar mevrouw M. geluisterd heeft en zich bot heeft opgesteld. "Zo jaag je iemand het ziekenhuis uit", stelt ze.

De heer H. van der H., voormalig levenspartner en goede vriend van mevrouw M., heeft verklaard: "Al uit de tijd van onze vaste relatie – zo'n tien jaar terug – weet ik dat S. een hechte verstandhouding onderhield met het genezend medium 'J.'. In het licht van een sterk geloof in het paranormale, had 'J.' een grote invloed op S. In haar houding tegenover haar ziekte speelde 'J.' een belangrijke rol".

S. hechtte veel waarde aan de mening van 'J.' en sprak daar ook met Van der H. zo over. 'J.' had gezegd: "S., je hebt geen kanker" en daarom wilde S. alles proberen. "Zelfs na de dood van mevrouw M. is 'J.' blijven volhouden dat mevrouw M. geen kanker had gehad".

De heer A. van den H., collega en vriend van mevrouw M., heeft verklaard:

"Er waren regelmatig contacten met 'J.'. Men kende elkaar al jaren en er was ooit een soort vriendschap tussen beiden ontstaan doordat S. het in een tv-programma op had genomen voor 'J.'". Met betrekking tot mevrouw M.'s ziekte weet Van den H. dat een vriendin van S. in opdracht van haar healings bezocht; "de geneeskrachtige werking kon ook via een ander worden overgebracht". Ook had S. zelf rechtstreeks contact met 'J.' en werd door 'J.' erin bevestigd dat er geen sprake was van kanker. "'J.' was bepalend voor het beleid", herinnert Van den H. zich. "Het was bijna een geveugelde term "even checken bij 'J.'" en als het dan goed was, kon een nieuwe weg worden ingeslagen".

Mevrouw R.K., plastisch chirurge, zag patiënte op haar spreekuur op dinsdag 5 december 2000 en vertelt daarover. *"Patiënte was ervan overtuigd dat zij geen kanker had maar een ontsteking, mogelijk in relatie staand met de siliconen. Ze vertelde 30 magneetveldtherapiebehandelingen in een kliniek in Zwitserland te hebben ondergaan en zover er sprake zou zijn geweest van kanker was dit genezen. Ook speelde bij deze overtuiging dat het genezend medium 'J.' patiënte bezworen had dat er geen sprake van kanker was."*

Huisarts J.K. te Amsterdam verklaarde tegenover de inspectie dat hij uit monde van patiënte zelf vernam dat 'J.' patiënte voorhield dat er geen kanker was.

De heer J., huisarts Millingen a/d Rijn, heeft kort voor haar overlijden uitvoerig met patiënte gesproken en haar het slechte nieuws moeten brengen dat zij terminaal lijdende was aan kanker. Daarbij kwam o.m. aan de orde:
"Geconfronteerd met de realiteit, reageert patiënte met: "misschien heb ik toch de verkeerde keuze gemaakt." Zij beschouwde dat als haar eigen keuze, maar ze vertelde ook dat 'J.' haar bevestigd had dat ze geen kanker had."

Een van de oud-medewerksters in gezondheidscentrum De Grens in Millingen a/d Rijn, heeft verklaard veel met mevrouw M. gesproken te hebben, met name toen mevrouw M. kwam inwonen in Millingen. *"Na of tussen behandelingen door kwam mevrouw M. vaak even bij mij koffie drinken en dan kletsten we wat"*. Hieruit weet zij van mevrouw M. zelf, dat zij eerder allerlei artsen geconsulteerd had, dat ze in Zwitserland was behandeld en over de contacten met het genezend medium 'J.'.
 Zij vertelt dat mevrouw M. na het gesprek met huisarts J. verdrietig was. *"Alle voorafgaande maanden was zij in de veronderstelling geweest dat het geen kanker was. Zij had zich vastgeklampt aan de beweringen van K. en 'J.' dat het geen kanker was. In de sessies bij 'J.' – die zij eerst zelf en later namens haar door anderen werden bijgewoond – was dat gestaafd doordat ze steeds bij de niet-kankerpatiënten werd ingedeeld"*.
 Een van de andere oud-medewerksters in Millingen herinnert zich dat het genezend medium 'J.' op bezoek is geweest in Millingen bij mevrouw M. Er was sprake dat er een healing gehouden zou worden in de praktijk, maar deze is niet doorgegaan. Mevrouw weet van mevrouw M. zelf, dat 'J.' de aandoening niet voor kanker hield.

Mevrouw D. meent dat mevrouw M. alles gedaan heeft wat binnen haar vermogen lag. *"Belangrijk was dat ze op haar gevoel afging. Misschien dat ze teveel wilde en daarom een te groot aantal hulpverleners – door elkaar heen - in het alternatieve veld geconsulteerd heeft. Ze wilde alles uitproberen."* Net als mevrouw D. zelf was mevrouw M. voorstander van een combinatie van regulier en alternatief. Mevrouw D. herinnert zich dat mevrouw M. zich zo heeft uitgesproken in een tv-programma. *"Er dient beter samengewerkt te worden"*. Door de wijze waarop het gegaan is, sloot het één het andere uit. *"Als in de reguliere zorg beter naar mevrouw M. geluisterd was, met meer begrip voor haar gevoel, dan was zij in de reguliere zorg gebleven"*.

2.2.7 Mevrouw J.A.C. H.-H., oud-huisarts en arts voor natuurgeneeskunde

Mevrouw J.A.C. H.-H. was van 1962 tot 1971 huisarts en werkte sindsdien in haar praktijk te Oosterhout (NB) als arts voor manuele therapie, haptonomie, natuurgeneeskunde, homeopathie en acupunctuur. Zij is ere-lid van de artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde, waarvan ook dr. D. lid is. In 1999 heeft zij haar praktijk neergelegd. Mevrouw M. kwam bij mevrouw H. terecht via een vroegere patiënt van haar. Dit betrof een kapper uit Boxmeer, de plaats waar mevrouw M. langdurig gewoond heeft. Deze man had

zich niet willen laten opereren voor een pancreaskopcarcinoom en ervoor gekozen zich te laten behandelen met een dieet en voedingssupplementen, een thuisbehandeling met natuurlijke sinusfrequenties en magneetveldtherapie in het buitenland, de 'cell specific cancer therapy' (CSCT). Medio mei 2000 kwam mevrouw M. in contact met hem waarop verschillende gesprekken volgden. Zij raakte in de gevolgde biologische tumortherapie geïnteresseerd en nam vervolgens contact op met degene die deze patiënt begeleid had. Dit betrof mevrouw H.

Mevrouw M. vroeg om dezelfde begeleiding en dezelfde therapie, volgens mevrouw H. omdat zij net als haar eerdere patiënt geen operatie wenste. Mevrouw H. had inmiddels haar praktijk neergelegd en kon de behandeling niet op zich nemen. Wel heeft mevrouw H. eraan bijgedragen – gezien de vele vragen die haar bereikten – dat collegae natuurartsen op de hoogte raakten van de behandelwijze, ondermeer middels het geven van lezingen op voorlichtingsavonden. Op één van de voorlichtingsavonden heeft mevrouw H. met dr. D. gesproken, op een andere voorlichtingsavond heeft mevrouw H. mevrouw M. als belangstellende waargenomen (vergezeld door een haar onbekende vrouwelijke huisarts die de voorlichtingsavond opgenomen heeft). Mevrouw H. heeft verder geen bemoeienis met mevrouw M. gehad. Zij heeft nog pogingen ondernomen om oncologie-collega's te interesseren voor een proef met de therapie bij pancreastumoren. Daar hier onvoldoende interesse voor was, is mevrouw H. gestopt met de lezingen.

2.2.8 Kliniek voor Cell Specific Cancer Therapy te Yverdon Zwitserland

In juli 2000 bracht mevrouw M. vijf weken door in een kliniek in Zwitserland waar CSCT-behandelingen gegeven werden, nadat zij zich daarover had laten voorlichten door een patiënt die de behandeling eerder had ondergaan en door de arts die hem daarbij begeleid had (mevrouw J.A.C.H.-H.).

Deze zogenaamde Zoetron-therapie bestaat uit "ontgiftiging en immuniteitsverbetering" en magneetveldtherapie met het zogenaamde CSCT-apparaat. Het magneetveld dat het apparaat opwekt, zou selectief kankercellen aantasten zonder normale cellen op welke wijze dan ook te schaden.

De behandelperiode bij mevrouw M. duurde langer dan oorspronkelijk gepland, omdat de therapie de eerste weken in het geheel niet aansloeg.

J.A.M. K., alternatief werkend arts in Millingen a/d Rijn, vertelde de inspectie het volgende.

"In de zomer van 2000 liet mevrouw M. weten naar een alternatieve kankerkliniek in Zwitserland te gaan. Patiënte sprak toen over borstkanker. Zij had het adres van de kliniek via bemiddeling van een Nederlandse arts gekregen, niet van K. die de kliniek ook niet kende. Aangezien de familie K. tegelijkertijd de vakantie doorbracht in Zwitserland, heeft K. mevrouw M. tweemaal bezocht in de kliniek. De behandeling bestond uit magneetveldtherapie tweemaal per dag, echter niet vergelijkbaar met de magneetveldtherapie zoals K. die in zijn praktijk toepast; deze vorm berustte meer op resonantie dan op magneetvelden.

Om de voortgang van de behandeling vast te stellen, maakte men gebruik van beeldvormende diagnostiek in een nabij gelegen ziekenhuis. Na twee weken behandelen was geen verbetering te zien en mevrouw M. werd gevraagd nog een week langer te blijven, hetgeen zij gedaan heeft. K. herinnert zich zijn scepsis over de behandeling aan mevrouw M. te hebben kenbaar gemaakt".

In de Telegraaf van 15 januari 2003:

Kankerpatiënten dupe zwendel

Van onze medische redactie

Yverdon, woensdag

Zes Zwitsers, onder wie functionarissen en artsen, zijn gisteren veroordeeld omdat zij Nederlandse kankerpatiënten met nepbehandelingen bedrogen. Een rechtbank in het West-Zwitserse Yverdon-les-Bains legde hen boetes op van 660 tot 5300 euro.

Ongeveer vijftien patiënten betaalden ieder 14.200 euro voor een 'magnetotherapie' in een luxe hotel in Yverdon. De autoriteiten sloten de nepkliniek in het hotel, kort na de opening in 2000, omdat alle vergunningen ontbraken.

In de NRC van 23 februari 2003

Therapie blijkt oplichting te zijn

Tijana, 23 FEBR. De Mexicaanse politie heeft deze week een kankerkliniek in Tijana gesloten wegens oplichting. Het moederbedrijf CSCT, gevestigd in Canada, lokte via internet kankerpatiënten met een soort wondertherapie. Klanten die voor het overgrote deel uit Noord-Amerika kwamen, moesten 13.000 dollar betalen om in de Mexicaanse kliniek te worden behandeld met magneten. Na afloop kregen ze soms te horen dat alle kankercellen waren vernietigd, terwijl dit niet zo was. De Amerikaanse autoriteiten spreken van een van de meest verwerpelijke zwendels die ze ooit hebben meegemaakt. (AP, Reuters)

2.2.9 De heer E.R. V., arts-bioloog

Volgens informatie afkomstig van mevrouw D. heeft mevrouw M. op haar aanraden de bioloog/orthomoleculair arts E.R. V. geconsulteerd. Dit in de periode voorafgaande aan de behandeling bij dr. D. Het heeft bestaan uit één à twee bezoeken aan zijn praktijk in Den Haag.

V. heeft zich toegelegd op voedingstherapieën bij kanker. Op internet houdt hij een literatuurlijst bij over hetgeen er aan artikelen verschijnt aangaande de relatie van voeding en kanker. Ook publiceert hijzelf over dit onderwerp. Hij is voorzitter van het Nederlands Genootschap Orthomoleculaire Oncologie.

Met betrekking tot de consultatie(s) van mevrouw M. was V. weinig mededeelzaam tegenover de inspectie. Telefonisch maakte hij kenbaar dat het contact met mevrouw mevrouw M. van korte duur is geweest en dat hij haar naar het reguliere circuit verwezen heeft. Dit is bevestigd door informatie van derden. V. staat bekend als een alternatief werkend arts die zijn behandelingswijzen additief naast de reguliere behandelingen toepast. Dr. van der W. beschrijft V. "als een van de betere alternatieve artsen; hij overlegt met het reguliere circuit".

2.2.10 De heer A. A., paragnost

De heer A. A. is oprichter en ex-directeur van het adviesbureau A. & Partners Consultancy B.V. te Den Haag. Als interim-manager heeft hij verschillende functies bij de overheid

vervuld zoals directeur Personele Zaken en plaatsvervangend Secretaris-Generaal bij VROM, alsook directeur van de Rijksgebouwendienst in Arnhem. Tot 1983 was hij verbonden aan het consultatie- en adviesbureau Twijnstra & Gudde. Hij heeft oorspronkelijk plantenziektenkunde in Wageningen gestudeerd, maar in dat vakgebied nooit gewerkt.

Als hulpverlener is zijn beroep het best te omschrijven met 'paragnost'. Hij beschikt over 'een gave' waarvan hij zegt deze te hebben overgehouden uit zijn prille jeugd. "Jonge kinderen hebben deze gave allemaal, maar normaal ebt dit weg rond het 4^e levensjaar". Bij de heer A. is deze gebleven, hetgeen een relatie heeft met bijzondere omstandigheden in zijn jeugd. De gave is te beschouwen als een overgevoeligheid voor spanningen, stemmingen en (onverwerkte) trauma's bij andere mensen; deze overgevoeligheid heeft te maken met eigen aanwezige angsten en agressie. "Wij pikken allemaal signalen op van onze medemens bij ontmoetingen, maar de verwerking ervan gaat min of meer onbewust, dan wel we hebben ons aangeleerd deze niet al te zeer te laten doordringen". De heer A. bemerkte bij zichzelf dat hij heftig kon reageren op wat je zou kunnen noemen 'de aura' van een ander. Dat kon ook bij oppervlakkige ontmoetingen zijn, zoals bij iemand die tegenover hem in de trein zat. De gave was feitelijk een kwaal, hij beleefde bijna dagelijks heftige reacties op mensen. Ongeveer 20 jaar geleden besloot de heer A. om te proberen te leren omgaan met zijn overgevoeligheid. Hij heeft daarvoor jarenlang lessen en trainingen gevolgd bij het Centrum voor Leven & Intuïtie te Utrecht, waar hij ondermeer aura reading en aura healing geleerd heeft. Thans is hij in staat zijn gave ten goede aan te wenden, zonder daar zelf al te heftige reacties bij te beleven. Als paragnost ligt A.'s sterke kant op het gebied van gezondheid en ziekte. Tijdens zijn beoordeling van patiënten beziet de heer A. als het ware het auraveld. "Een auraveld weerspiegelt het onderbewuste van de mens. Soms houden mensen traumatische ervaringen vast en dat kan ziekmakend werken". Hij ervaart dat hij een erg sterk healend vermogen heeft. De (traumatische) ervaringen kunnen via een healing naar boven gehaald worden en aldus wordt de blokkade weggehaald die de oorzaak van de ziekte kan zijn, zo stelt de heer A.

Sinds september 1997 werkt de heer A. samen met dr. D., internist te Bunnik (voorheen te Hilversum), die hij via een collega heeft leren kennen.

De heer A. ziet zich zichzelf als 'aanvullend' op de medische behandeling van dr. D. Hij is zelf geen medicus en hij wil en kan zich niet bezighouden met de medische kant van de patiënt en zegt daarom nu juist met dr. D. samen te werken.

Dr. D. doet de intake van patiënten, doet eigenstandig zijn medische onderzoeken en tests en betreft de heer A. in specifieke gevallen bij zijn behandeling. Dit vindt plaats in een gezamenlijke sessie van dr. D. en de heer A. met de patiënt, waarin de heer A. beschrijft wat hij ziet. De heer A. zegt in staat te zijn vrijwel nauwkeurig te kunnen aangeven waar de oorzaak ligt en wanneer deze ontstaan is. Vervolgens noemt dr. D. een potentieel geneesmiddel en vraagt aan de heer A. of hij kan beschrijven wat het doet bij de patiënt. Hij antwoordt dan met 'ja, nee of aanvullend'. Met de verdere behandeling (of doorverwijzing) bemoeit de heer A. zich niet; hij geeft slechts informatie. "dr. D. analyseert en checkt deze informatie, zo mogelijk via bestaande onderzoeksmethoden". Volgens de heer A. vaart dr. D. zeker niet alleen op de informatie van hem. "Als dr. D. dat wel zou doen, zou ik ermee stoppen, omdat ik dit te gevaarlijk vindt."

Dr. D. beschrijft de samenwerking met de heer A. als volgt:

“De heer A. kijkt als het ware door mensen heen en ziet dingen, waar ik als arts iets mee kan”. Tijdens het gezamenlijk consult legt dr. D. nauwkeurig vast wat de heer A. zegt aan beelden te zien; vervolgens interpreteert dr. D. dit als bijdrage aan zijn medische diagnose. Patiënten wordt overigens altijd van te voren gevraagd of zij ermee akkoord gaan dat de heer A. meekijkt. Dr. D. maakt met name gebruik van de heer A.’s diensten bij patiënten met een onduidelijk beeld (bijvoorbeeld bij fibromyalgie, chronisch moeheidsyndroom, hormoonafwijkingen, polineuropathie). Dr. D. beschouwt de bijdrage van de heer A. als zeer waardevol en zegt hiermede goede resultaten in zijn behandelingen te boeken. Met betrekking tot de samenwerking met de heer A. zou gesteld kunnen worden dat dit structureel van aard is, de samenwerking met ‘J.’ is dat niet. Verschil is ook dat de heer A. vanuit zijn gave hem van aanvullende informatie voorziet waarop dr. D. verder bouwt, terwijl bij patiënten van ‘J.’ elk zijn/haar eigen koers vaart. Wat ‘J.’ ziet, is veel ruimer omschreven en door hem moeilijker te interpreteren. Daarom registreert hij ook niet wat ‘J.’ beschrijft, terwijl hij dat bij de heer A. juist wel heel exact doet.

De heer A. geeft aan dat mevrouw M. via een telefoontje van ‘J.’ bij hem terecht is gekomen. Zodoende was de heer A., in het geval van mevrouw M., ook bij haar allereerste afspraak bij dr. D. aanwezig.

In het algemeen meent de heer A. dat kanker zich op verschillende manieren kan manifesteren. Hij ziet het soms niet en soms ziet hij het al eerder dan de eerste symptomen zich openbaren.

Tijdens haar verblijf in Zwitserland in juli 2000 heeft mevrouw M. de heer A. herhaaldelijk opgebeld; ze klonk dan angstig en wilde van hem weten hoe het voelde, waarop hij een beschrijving gaf van wat hij zag.

Volgens de heer A. was bij mevrouw M. kanker niet de oorzaak maar het gevolg van iets. Zo zag hij dat tenminste. En hij zag dat de siliconenimplantaten de oorzaak van de klachten waren; deze moesten eruit. Hij zag het als rood en warm. Hij zegt van tevoren niet geweten te hebben dat zij implantaten had, wel dat zij kanker had, maar niet aan welke borst. Hij heeft toen gezegd dat hij geen kanker zag. Hij zag onder haar armen in de oksel geen ontsteking, misschien wel een verstopping. Ook verder in het lichaam kon hij niets bijzonders ontdekken. Hij wist zeker dat de siliconen de oorzaak waren, deze waren wellicht gaan lekken en moesten eruit. Daar bestond voor hem geen twijfel over.

Op de vraag of mevrouw M. zich vast klampte aan de uitspraak “ik zie geen kanker” merkt de heer A. op dat mevrouw M. hem regelmatig opbelde. Kanker was daarbij niet de issue, maar de oorzaak van de aandoening: de siliconen.

Dr. van der W. herinnert zich dat tijdens haar gesprekken met mevrouw M. een helderziende aan de orde geweest is, “een zekere Anne, en die had haar voorgehouden dat zij geen kanker had.”

Of dr. D. behandeld heeft voor de ontsteking of kanker, weet de heer A. niet. Hij weet dat het beleid van dr. D. was: ‘eerst rustig maken, dan opereren’. De heer A. herinnert zich wel

dat de woorden kanker en carcinoom gevallen zijn. Dr. D. stuurde aan op een punctie om ook voor patiënte het beeld helder te krijgen, dan zou operatie kunnen volgen. Dr. D. was daar heel “gedecideerd” in.

Mevrouw M. wilde geen operatie en dr. D. vroeg de heer A. toen of het kwaad kon als er drie weken gewacht werd. Hij wilde de borst eerst rustig krijgen en dan eventueel een operatie. De heer A. gaf aan dat het er volgens hem rustig uitzag “en zag geen veranderingen als er drie weken gewacht werd”.

De heer A.’s contact met patiënte is gestopt toen hij eind 2000 het dringend advies van dr. D. bevestigde dat een punctie verricht moest worden. Ze heeft daarna niet meer met hem gebeld.

2.2.11 Dr. H.F. D., internist

Dr. D. is van huisuit internist. Hij is als zodanig geregistreerd bij de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en hij zorgt ervoor dat hij zijn accreditaties verkrijgt om zijn registratie te behouden; hij is ook lid van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). Binnen de interne geneeskunde gaat zijn bijzondere belangstelling uit naar de diabetologie, alsook naar de algehele endocrinologie. Met betrekking tot de behandeling van diabetes mellitus heeft dr. D. een zekere naamsbekendheid opgebouwd; deze categorie patiënten maakt een substantieel deel uit van zijn patiëntenpopulatie. Dr. D. verklaart diabetes conform ‘the state of the art’ te behandelen. Naast de diabetologie is het vooral chronische pathologie waarmee dr. D. zich bezighoudt, waarbij hij als voorbeelden noemt: colitis ulcerosa en het chronisch moeheidsyndroom.

Dr. D. voert thans praktijk te Bunnik, ten tijde van de behandeling van mevrouw M. was dat in Hilversum. Hij houdt vier dagen per week spreekuur en werkt alleen poliklinisch. In situaties dat dagbehandeling of opname nodig is, verwijst hij naar collegae in ziekenhuizen. Naast zijn praktijkvoering verzorgt dr. D. de tweejarige opleiding biofysische geneeskunde voor artsen. Biofysische geneeskunde is een additionele behandelingswijze die sterk empirisch van aard is. Dr. D. zet er zich voor in dat de methode middels wetenschappelijk onderzoek onderbouwd wordt; er bestaan hieromtrent contacten met de universiteit van Utrecht. Op dit moment zijn er 20 artsen in opleiding.

In zijn praktijkvoering werkt dr. D. regulier – met de interne geneeskunde als basis – alsook niet-regulier. Zijn niet-reguliere behandelwijzen moeten gezien worden als aanvullend/ additioneel, in de zin van toegevoegde waarde op de behandeling. Net zozeer als dat dr. D. zelf zich met regulier en niet-regulier bezighoudt, zo kan de praktijk en haar medewerkers opgedeeld worden in een reguliere en een alternatieve poot. In het reguliere deel zijn naast dr. D. zelf, een algemeen arts, een diabetesverpleegkundige en andere therapeuten werkzaam die zich ondermeer bezighouden met een vermageringsprogramma. In het niet-reguliere deel zijn een homeopaat, een electro-acupuncturist, een kinesioloog, een para-normaal hulpverlener (helderziende) en een counselor (psychotherapeut) werkzaam. De alternatieve hulpverleners oefenen hun praktijk niet in dienstverband uit; zij werken zelfstandig, waarbij een deel van het honorarium afgedragen wordt. Verder werken er in de praktijk drie parttime secretaressen die ook als doktersassistente fungeren; zij nemen bijvoorbeeld bloed af bij patiënten. Voornoemde algemeen arts is een van de artsen die momenteel de opleiding biofysische geneeskunde volgt.

De meeste patiënten komen bij dr. D. terecht via mond-tot-mondreclame.

Een nieuwe patiënt wordt altijd eerst door de algemeen arts gezien; voor dit eerste consult wordt ongeveer een uur uitgetrokken. Na de anamnese is er volgens de regelen der kunst

altijd lichamelijk onderzoek. Vervolgens vindt biochemische analyse plaats. Onderzoek dat elders al heeft plaatsgevonden, wordt niet overgedaan. Voor laboratorium- of röntgenonderzoek wordt verwezen naar een ziekenhuis of laboratorium; de praktijk werkt samen met een laboratorium in Spijkenisse. Als additionele diagnostische middelen worden ondermeer de Vega-test en elektro-acupunctuur toegepast. Op gezette tijden bespreekt dr. D. alle patiënten met de algemeen arts; op die manier kent dr. D. alle patiënten, ook die door zijn collega gezien zijn.

Ter ondersteuning in het diagnostisch proces maakt dr. D. sinds enige jaren gebruik van de diensten van een paragnost, de heer A. A. Op verzoek van dr. D. kijkt de heer A. tijdens een gezamenlijk consult met hem mee, waarbij dr. D. nauwkeurig vastlegt wat de heer A. zegt aan beelden te zien; vervolgens interpreteert dr. D. dit als bijdrage aan zijn medische diagnose.

Wanneer patiënten onder behandeling komen, leveren zij hun medische voorgeschiedenis anamnestic aan. Daarnaast komt het voor dat gegevens opgevraagd worden bij de huisarts en/of bij het ziekenhuis. Dit wordt nagelaten indien de patiënt aangeeft hier bezwaar tegen te hebben, bijvoorbeeld omdat men bang is dat dit de relatie met huisarts of specialist in gevaar brengt. Een verzoek om medische informatie wordt niet altijd door het reguliere veld gehonoreerd; het komt voor dat er afwijzend gereageerd wordt vanwege dr. D.'s niet-reguliere praktijkvoering. In zo'n geval vraagt dr. D. de patiënt om zelf de gegevens op te vragen. Dr. D. erkent dat het denkbaar is dat hij belangwekkende medische informatie mist. Een consequentie hiervan kan zijn dat bepaald onderzoek overgedaan moet worden en dus dubbelop plaatsvindt.

Qua informatievoorziening aan mede-behandelaars geeft dr. D. aan hier selectief mee om te gaan. Het gebeurt alleen als er resultaten te melden zijn en ook als er mogelijke interferenties tussen behandelingen kunnen ontstaan. Als dr. D. een brief schrijft over het resultaat van de behandeling, gebeurt dit altijd met toestemming van de patiënt. Als patiënten hun toestemming weigeren, dan laat dr. D. het aan de patiënt zelf over om de huisarts of specialist te informeren. Wanneer hem een specifieke vraag bereikt, bijvoorbeeld vanuit de sociale sector, dan beantwoordt dr. D. deze altijd.

Voorts wijst dr. D. er op dat de berichtgeving over zijn voorgeschreven medicatie via de apotheek de huisarts bereikt.

Op 19 juni 2000 kwam mevrouw M. voor het eerst op het spreekuur bij dr. D. Bij dit eerste consult vertelde mevrouw M. dat haar in het reguliere circuit een behandelingsvoorstel was gedaan waarin zij zich niet kon vinden. Met name gold dit voor de chemotherapie – voorafgaande aan een operatie – hetgeen zij persé niet wilde. In haar beleving was zij – vanwege haar bedenkingen - 'weggestuurd'. Zij liet zich bovendien negatief uit over de bejegening. Anamnestic verkreeg dr. D. de informatie dat er een punctie verricht was uit de rechtermamma en dat op grond daarvan de diagnose adenocarcinoom gesteld was.

Mevrouw M. kwam met de vraag welke behandelmogelijkheden er waren. Daarnaast speelde zij met de gedachte zich te laten behandelen in een alternatieve kankerkliniek in Zwitserland; in deze kliniek werd een nieuwe behandelingmethode van kanker toegepast, de zogenaamde 'cel specifieke kankertherapie', een vorm van magneetveldbestraling. Daar dr. D. noch met de kliniek noch met de behandelmethode bekend was, sprak hij hierover met mevrouw J.A.C. H.-H., een voormalig huisarts, en mede-lid van de artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde. Mevrouw H. kende de behandelmethode en was betrokken bij het geven van voorlichting over de therapie.

Dr. D.: *"Mevrouw M. verkoos om zich in Zwitserland te laten behandelen. In totaal is zij daar vijf weken onder behandeling geweest".* Wat er in Zwitserland bereikt is, weet dr. D.

niet; hij heeft geen verslag over de behandeling gekregen. Desgevraagd geeft dr. D. aan dat in die periode de diagnose "kanker" niet ter discussie stond, ook niet bij mevrouw M. zelf. Met betrekking tot het behandelingsvoorstel uit het reguliere circuit meent dr. D. dat men niet star had moeten vasthouden aan de volgorde "chemokuur en pas dan opereren". Wanneer chemotherapie door een patiënt wordt afgewezen dan dient de second best oplossing in aanmerking te komen, dat wil zeggen eerst opereren gevolgd door bestraling. Naar de overtuiging van dr. D. had dat gekund; de tumor was in die tijd nog los van huid en onderlaag en was dus goed operatief te verwijderen. Er waren bovendien (nog) geen metastasen op afstand. Dr. D. betreurt het dat men niet bereid was van het reguliere protocol af te wijken.

Dr. D. constateerde dat de aandoening in de rechterborst na "de Zwitserse periode" als "een ontsteking" werd gezien door mevrouw M. *"Zij sprak er herhaaldelijk over dat het om een reactie op de siliconenprothesen moest gaan"*. Wat dr. D. betreft stond vast dat er kanker was. Of hij dit duidelijk naar patiënte heeft uitgesproken, kan hij niet met zekerheid zeggen. *"Als een patiënt het woord kanker niet wil horen en je probeert zo'n patiënt toch binnen de boot te houden, dan ga je daar versluierend mee om. Je gaat dan termen gebruiken als ernstige ziekte, levensbedreigend, etc."* Dr. D. is ervan overtuigd dat, wanneer hij te confronterend zou zijn geweest, patiënte de behandelrelatie verbroken zou hebben. Wanneer de inspectie daar tegenover stelt dat het voor hem op een zeker moment niet meer in overeenstemming met zijn arts-zijn moet zijn geweest om een patiënt te behandelen zonder dat er adequate therapie werd ingesteld en wetend dat er een onafwendbare dood moest volgen, vraagt dr. D. zich af wanneer je in zo'n situatie moet stoppen. *"Je komt in een glijdende schaal terecht en je wilt van alles proberen niet wetend waar te eindigen."* Dr. D. zegt zijn uiterste best gedaan te hebben om patiënte in het reguliere circuit te krijgen. In dat kader heeft hij met een collega in het Oude Rijn Ziekenhuis overlegd over de optie om te opereren waarbij ook de siliconenimplantaten verwijderd zouden worden.

Om een reguliere behandeling voor patiënte toegankelijker te maken alsook om voor zichzelf en patiënte duidelijkheid te verschaffen over de aard van de aandoening, opteerde dr. D. ervoor om een tweede punctie te laten uitvoeren. Hij maakte daartoe een afspraak bij een plastisch chirurg (mevrouw R.K.) in een privé-kliniek in Velp. Aanvankelijk kostte het moeite patiënte zover te krijgen, maar zij is uiteindelijk naar Velp gegaan en heeft daar met dokter K. gesproken. Deze kon een punctie niet zelf uitvoeren en regelde daarvoor een afspraak in het ziekenhuis te Zwolle. Patiënte heeft deze afspraak afgezegd. Dr. D. herinnert zich hier erg teleurgesteld over te zijn geweest.

Daarna heeft dr. D. er een rol bij gespeeld dat patiënte bij prof. W. in Amsterdam een afspraak kreeg. Dit is een oncologisch chirurg en zelf kankerpatiënt, die over de belevingsaspecten daarvan gepubliceerd heeft. *"Ook dat liep uit op een dood spoor, patiënte liet zich niet in het reguliere circuit (terug-)brengen"*. Dr. D. vraagt zich af wat hij meer had kunnen doen, daar patiënte hem geen enkele ruimte bood. Desgevraagd kan hij niet aangeven of hij patiënte duidelijk gewezen heeft op de kans van overlijden zonder behandeling. Dr. D. meent het maximaal haalbare geprobeerd te hebben om de benodigde behandeling op gang te krijgen.

Het contact is op een gegeven moment van patiëntes zijde verbroken. Hijzelf heeft geen contact meer met haar gezocht omdat hij druk doende was de verhuizing van zijn praktijk naar Bunnik te regelen. Dr. D. weet dat mevrouw M. zich toen onder behandeling gesteld heeft van de arts Br. te Haarzuilens. Deze sprak over een bacteriële ontsteking. Dr. D. heeft geen contact met Br. gehad.

Tijdens zijn behandeling heeft dr. D. alleen homeopathische geneesmiddelen aan mevrouw M. voorgeschreven. Eind oktober 2000 heeft hij nog biochemisch bloedonderzoek laten doen met als resultaat: geen afwijkingen in het bloed. Het tweede bloedonderzoek liet zelfs

een verbetering van bepaalde bloedwaarden zien; voor hem vormde dit een reden temeer om op een punctie aan te dringen om te bezien of de verbetering histologisch bevestigd werd.

Mede naar aanleiding van een uitzending van 'Rondom Tien' vraagt de inspectie wat voor sessie er medio 25 oktober 2000 in de praktijk van dr. D. heeft plaatsgevonden. Hierbij zouden mevrouw M., haar partner, de heer C B., de paragnost A., 'J.' en dr. D. zelf aanwezig zijn geweest. Dr. D. geeft aan dat zijn dossier hier niets over vermeldt. Wel herinnert hij zich dat er een overleg in genoemde samenstelling geweest is. C. B. was hierbij op eigen verzoek aanwezig. Van dit overleg zijn geen notulen gemaakt. Dr. D. spreekt tegen dat er toen een behandelbeleid is opgesteld, anders zou dit in zijn dossier genoteerd zijn. Er werd slechts gebrainstormd over de situatie, aldus dr. D.

Met betrekking tot de zouttherapie die mevrouw M. bij de heer C.B. ondergaan heeft, kan dr. D. zich niet herinneren of hij daarbij als verwijzer heeft opgetreden. In elk geval zou dr. D. daar niet afwijzend tegenover hebben gestaan, het was een bestaande mogelijkheid. Wellicht dat dr. D. de suggestie aan patiënte gedaan heeft het te proberen, hij weet het niet meer.

Desgevraagd geeft dr. D. aan dat hij geen toestemming kreeg van mevrouw M. om informatie op te vragen bij de reguliere behandelaars. Wel heeft hij informatie opgevraagd bij het Kennemer Gasthuis, maar heeft dit nooit ontvangen. Feitelijk moest hij afgaan op wat mevrouw M. hem vertelde. Dr. D. heeft ook geen contact gehad met de huisarts van mevrouw M. Hij meent geen specifieke reden gehad te hebben om de huisarts van mevrouw M. te berichten, ook niet met betrekking tot het afhaken door haar; dr. D. ging er vanuit dat patiënte dit zelf overbracht. Terugkijkend daarop realiseert dr. D. zich dat het wellicht zorgvuldiger zou zijn geweest om de huisarts wel te berichten.

Zelf heeft dr. D. niet het idee dat de siliconenimplantaten als oorzaak van het ziekteproces te duiden zijn. Nu achteraf meent dr. D. dat hij er wellicht beter aan gedaan had duidelijker naar patiënte te zijn. Er heeft geen behandeling tegen kanker plaatsgevonden tijdens zijn bemoeienis met patiënte. Dr. D. merkt in dat verband op dat na zijn pogingen patiënte in het reguliere behandelcircuit te krijgen, hij patiënte feitelijk niet meer behandelde en nog slechts begeleiding gaf.

Transcriptie van een fragment uit het tv-programma 'Rondom Tien' van 6 september 2001

Presentator: "U was niet de enige bij wie S. M. aanklopte. Ze stond in die tijd dat ze bij u was ook in contact met 'J.'. Op 25 oktober vorig jaar, is er dan 's avonds om 7 uur bij de internist dr. D. in Hilversum is er een bijeenkomst. Een sessie. U bent daarbij aanwezig.

'J.' is daarbij aanwezig en nog een helderziende, hè? Hoe heette die helderziende?"

C. B.: "Anne en nog wat. En S. en haar man N. waren erbij aanwezig."

Presentator: "Wat gebeurde er die avond op die sessie, waar u bij aanwezig bent?"

C. B.: "S. had een aderontsteking en daar had ze last van. We hadden besloten, dr. D., ik, S. en N., dat er een punctie verricht moest worden omdat, net als meneer van Dam zegt terecht, je moet natuurlijk wel wetenschappelijk bekijken wat er aan de hand is.

Die avond dus, ik zeg tegen dr. D., wil je Hirudoid zelf voorschrijven. Dat is voor aderontsteking, daar loopt de halve thuiszorg mee. Gewoon een chemisch middel en het werkt perfect. 'J.' zei: ho, ho, we willen dat op een natuurlijke manier bestrijden. Nou, mij best, als het maar werkt. Dr. D., die hecht waarde aan 'J.' en dat soort mensen, maar hij laat ook bloed onderzoeken en echo's, dus hij bekijkt beide kanten.

'J.' gaat contact zoeken met 'gene zijde'... "

Presentator: "En wat doet 'J.' dan?"

C. B.: "Dr. D. noemt de natuurlijke middelen die mogelijk voor een aderontsteking kunnen werken. Het eerste middel, nee dat was niks. Het tweede middel, nee. Ik denk, waar ben ik in hemelsnaam terecht gekomen. En S. zat daar heel gespannen. 'J.'" zei bij het vierde middel: dit is het middel; dat zijn korreltjes en als je die neemt dan komt het allemaal goed. Dus ik vraag, terwijl ze in trance is, kan het ook Hirudoid zelf zijn? Ik denk, toch es kijken hoe ze reageert. Ja, dat was ook goed, dat kon ze ook gebruiken. Dus ik vraag aan dr. D. - want hij schreef het recept uit voor die korreltjes - kunt u ook Hirudoid zelf... Natuurlijk, zegt hij, want die heeft geen moeite met dat middel. In ieder geval...."

Presentator: "Dus de internist, voor de duidelijkheid, dus de internist dr. D. liet zich adviseren door, laten we zeggen, de beelden die 'J.' binnenkrijgt."

C. B.: "Ja."

Presentator: "Ik weet dat S. toen met haar man N. die korrels gingen zoeken in Amsterdam en toen kwamen ze terug met een flesje met dat middel."

C. B.: "Dat werd niet geaccepteerd. Door 'J.'. Want er was duidelijk gezegd dat het korreltjes hadden moeten zijn dus die druppels kon ze wel weggooien, zei ze letterlijk. "

Presentator: "Meneer Ten Bokkel Huinink, zo'n bijeenkomst..."

W. ten Bokkel Huinink: "Tja, wat moet ik daar nou over zeggen? T'is typisch multidisciplinaire kankerbehandeling. Das duidelijk. Maar verder heb ik er geen commentaar op. Wel wil ik de heer B. nog vertellen dat al een jaar of vijftien heel duidelijk is dat Hirudoid-zalf überhaupt niet werkt. "

2.2.12 De heer C. B., therapeut te Hilversum

De heer B. heeft geen reguliere medische of paramedische opleiding. Hij is in de gezondheidszorg terecht gekomen na in begin van de jaren '70 een opleiding gevolgd te hebben in het toepassen van oosterse massage. Deze opleiding vond plaats in het Oost-West Centrum, het latere Kushi-instituut van de macrobioot Nelissen. C.B. heeft overigens al lang geen contact meer met Nelissen en hecht eraan te vermelden dat hij zich distantieert van diens ziens- en handelwijze.

Na zijn opleiding is C.B. een praktijk gestart in Hilversum. De behandeling die C.B. toepast bestaat uit intensieve massage, die de doorbloeding stimuleert en het lichaam in staat stelt het zelfgenezend vermogen in te schakelen. C.B. geeft aan met behulp van zijn therapie successen geboekt te hebben met patiënten bij wie een amputatie dreigde. Ook beschrijft hij het voorbeeld van een jongen die leed aan een opeenhoping van witte bloedlichaampjes; na 5 weken 3 x per week massage was de situatie van de jongen duidelijk verbeterd.

Voorts heeft C.B. een balsem ontwikkeld die effectief zou zijn bij brandwonden. Het zou zo zijn samengesteld dat het zelfgenezend vermogen van het lichaam geoptimaliseerd wordt. Hij zou graag zien dat het in brandwondencentra (zoals in Beverwijk) wordt toegepast, maar ondervindt naar zijn zeggen daarbij weerstand vanuit de reguliere sector. C.B. ervaart het als probleem om voet aan de grond te krijgen in de medische sector omdat hij van huis uit geen medicus is. Dat leidt soms tot botsingen in de communicatie met medici. C.B. zegt het succes van zijn balsem te kunnen aantonen met documentatie.

De derde poot van B. Gezondheidszorg V.O.F. is het toepassen en promoten van de zogenaamde 'zouttherapie'. C.B. is al jaren doende om erkenning voor deze behandelwijze te krijgen, na hier meer dan tien jaar studie naar verricht te hebben. Hij is van het gunstige effect van zout op kankercellen overtuigd.

C.B. wordt naar zijn zeggen gesteund door de Stichting Sergio, een stichting die zich inzet voor onderzoek naar en behandeling van kanker bij kinderen. In 1998 is in opdracht van Sergio bij TNO in-vitro onderzoek verricht naar de cytotoxiciteit van verschillende NaCl-concentraties op normale cellen en op tumorcellen van de pancreas. Doel was om een verhoogde gevoeligheid voor zout vast te stellen van cellen van een solide tumor. Uit het in-vitro onderzoek bleek bij een NaCl-concentratie tot twee keer de fysiologische waarde, een verschil in gevoeligheid tussen normale en tumorcellen. Dit verschil in gevoeligheid kan veroorzaakt zijn door een verschil in cytotoxisch effect, maar met de gekozen proefopzet was dit niet onomstotelijk vast te stellen. De volgende stap zou in-vivo onderzoek moeten zijn.

Dr. Woutersen van TNO zou een onderzoeksprotocol opgesteld hebben voor een in-vivo onderzoek van zouttherapie op chemisch-geïnduceerde pancreastumoren bij ratten. De dierenexperimentencommissie van TNO gaf echter geen toestemming voor het onderzoek.

De idee van de zouttherapie kan C.B. niet loslaten. Hij kan dit onderwerp pas laten rusten als hij zekerheid heeft of de therapie wel of niet werkt. Hij gelooft er heilig in dat een tumor zou moeten reduceren bij een verhoogde omgevende zoutconcentratie. Hij voelt zich daarin gesterkt door de bevinding van prof. Schouwenberg, dat tumoren gedijen onder een verhoogde zuurgraad in de omgeving. Daar zout een belangrijke rol speelt bij de regulering van de zuurgraad (en de vochthuishouding) zou dit van invloed kunnen zijn. Met behulp van scans zou de effectiviteit van de therapie getoetst kunnen worden.

Ook voelt C.B. zich gesterkt door patiëntenervaringen met de zouttherapie. Hij schat voorafgaande aan mevrouw M. ongeveer 50 patiënten behandeld te hebben met zouttherapie. Het betroffen meestal patiënten met infauste prognose; de therapie zou in de meeste gevallen bewerkstellend hebben dat een aanzienlijke levensverlenging bereikt werd. Als voorbeeld noemt C.B. een meisje met een hersentumor. Naast reguliere chemotherapie onderging zij zouttherapie. De sombere prognose werd gelogenstraft met een klinische verbetering. Het frustrereert C.B. dat hij daarvoor geen erkenning kreeg, want de patholoog-anatoom verklaarde dat de schade aan de tumor niet door de chemotherapie veroorzaakt kon zijn daar het een goedaardige tumor was. Of de schade aan de tumor door het ingenomen zout werd veroorzaakt is, nooit vermeld.

C.B. heeft allerlei instanties benaderd om onderzoek naar de zouttherapie van de grond te krijgen. Hij heeft bijvoorbeeld het RIVM benaderd maar dat verwees door naar het Ministerie van VWS.

De Stichting Sergio, die geld ter beschikking wil stellen, zou het Koningin Wilhelmina Fonds (KWF) benaderd hebben om een bemiddelende rol te spelen bij het initiëren van het onderzoek; het KWF weigerde haar medewerking.

Bij zijn behandeling informeert C.B. zijn patiënten middels een door hem samengesteld boekje over zouttherapie "Zout, de (natuurlijke) vijand van kanker". Ook laat hij de patiënten het rapport van het in-vitro onderzoek bij TNO lezen. Hij zou zijn patiënten overigens steeds adviseren naast de zouttherapie reguliere behandeling te volgen.

Zouttabletten zijn vrij verkrijgbaar bij de apotheek. De dosering is afhankelijk van het eetgedrag en varieert van 10 x 0,7 gram per dag tot 11 x 0,7 gram per dag. Het maximum ligt op 8 gram per dag. Deze hoeveelheid is volgens C.B. niet belastend voor de patiënt en kan eventueel via bouillon of yoghurt ingenomen worden.

C.B. krijgt zijn patiënten hoofdzakelijk via mond-tot-mondreclame; soms worden patiënten via reguliere artsen naar hem verwezen. De behandelingen worden niet vergoed door de ziektekostenverzekering op een enkele uitzondering na.

In hoeverre de huisarts op de hoogte wordt gebracht van de behandeling laat C.B. aan de patiënt over. Patiënten zouden er nogal eens bezwaar tegen hebben dat hun huisarts geïnformeerd wordt uit angst dat de relatie met hun huisarts verstoord wordt. Hij geeft de patiënten mee dat de huisarts altijd kan bellen.

In september 2000 kreeg C.B. mevrouw M. onder behandeling. Volgens C.B. was zij naar hem verwezen door dokter D., waarmee hij eerder succesvol had samengewerkt bij een patiënte met een diabetische voet.

Dr. D. kent C.B. "als een begenadigd masseur" en heeft in die hoedanigheid wel eens patiënten naar hem verwezen. Of dr. D. in het specifieke geval van mevrouw M. naar C.B. verwezen heeft, kan dr. D. zich niet herinneren. Met betrekking tot de zouttherapie geeft dr. D. aan daar niet afwijzend tegenover te hebben gestaan, "het was een bestaande mogelijkheid". Wellicht dat dr. D. de suggestie aan patiënte gedaan heeft het te proberen, hij weet het niet meer. Op een vraag van de inspectie of C.B. ook deel uitmaakt van zijn behandelteam, antwoordt dr. D. ontkennend.

C.B. hoorde van patiënte zelf dat zij een kuur met "bestraling" in Zwitserland had gevolgd, echter de tumor was in grootte toegenomen. Hij vernam ook dat patiënte eerder bij andere artsen was geweest, ondermeer in het AvL. Voor C.B. stond de diagnose borstkanker vast en niet ter discussie.

Hij zou mevrouw M. ongeveer zes weken behandeld hebben met zouttherapie. Hij zegt daarbij er op aangedrongen te hebben ook reguliere therapie te ondergaan en adviseerde patiënte naar prof. M. in het VU-ziekenhuis te gaan. Patiënte vertelde hem daarop niet dat ze daar al geweest was, wel dat ze prof. M. kende.

C.B. herinnert zich dat dr. D. een punctie wilde laten verrichten uit de rechterborst om zekerheid te verkrijgen: wel/geen borstkanker. C.B. verklaart ook geprobeerd te hebben om patiënte over te halen de punctie te laten verrichten; tevergeefs.

Om het effect van de zouttherapie op de tumor vast te stellen, liet C.B. periodiek echo's maken bij de radiodiagnostisch laborante mevrouw F.B. in Zaandam, die daar met een collega de particuliere praktijk Proline heeft. Volgens C.B. was op de echo's te zien dat de tumor nog niet vergroeid was met de spieren. Uit de vervolgecho's bleek dat de tumor niet kleiner werd en daarom stopte mevrouw M. met de behandeling.

Mevrouw O. T. heeft tegenover de inspectie verklaard van mevrouw M. vernomen te hebben dat zij met de zouththerapie gestopt is uit teleurstelling over het resultaat. In plaats van dat de aangedane borst in grootte afnam, nam het volume toe. Bovendien ontstonden bewegingsbeperkingen in de rechterarm. Patiënte kon lange tijd met rechts niet meer schrijven en zelfs de telefoon langere tijd niet meer vasthouden. De zouththerapie werd door patiënte als mislukking gezien en mevrouw O. T. vernam van patiënte dat zij boos op C.B. was vanwege de pijn en ellende die zij meemaakte, hetgeen zij aan de zouththerapie toeschreef.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft haar bezwaren tegen het toepassen van de zouththerapie bij kanker aan C.B. kenbaar gemaakt omdat de werking van de therapie slechts hypothetisch is, hetgeen de behandeling experimenteel maakt. Bovendien voerde de inspectie als bezwaar aan dat C.B. dusdanig gedreven is om erkenning voor zijn therapie te krijgen en er ook dusdanig in gelooft, dat hij patiënten daarmee op het verkeerde been zet. C.B. werpt daar tegenin dat hij geen genezing in het vooruitzicht stelt, maar tijdens het gesprek met de inspectie erkende hij het gevaar van te hoge verwachtingen en valse hoop. In tweede instantie komt hij daarop terug en meent zorgvuldig gehandeld te hebben. Hij zou zijn patiënten altijd voorhouden onder behandeling of toezicht van een reguliere behandeling te blijven en in het geval van mevrouw M. was dr. D. de behandelend arts en deed hijzelf slechts een additionele behandeling op verwijzing. Voorts wijst hij er op bij mevrouw M. erop te hebben aangedrongen om reguliere therapie te ondergaan. Door zo te handelen zou hij voorkomen dat patiënten zich teveel aan hem (en zijn therapie) zouden vastklampen.

Transcriptie van fragmenten uit het tv-programma 'Rondom Tien' van 6 september 2001

Presentator: Ok. We hebben het dus over S. M., dat was de aanleiding om over dit onderwerp te praten, we praten breder. Twee jaar geleden ontdekt S. M. dus dat knobbeltje in haar borst. Een half jaar later gaat ze ermee naar het ziekenhuis, daar wordt borstkanker in een vergevorderd stadium vastgesteld. Een zware chemokuur is dan het enige dat rest. En dat weigert ze pertinent. Een van de mensen bij wie ze in het najaar van 2000 langs gaat is meneer B. U bent masseur in Hilversum, met welke klachten kwam S. M. bij u?

C. B.: Haar rechterborst was eens zo groot als haar linker borst omdat daar massieve tumor groeide, laten we dat maar stellen. .

Presentator: Wat voor therapie raadde u haar dan aan?

C. B.: Er is eerst gesproken wat zij had meegemaakt. Zij heeft helaas de verkeerde arts getroffen in het Anthoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Dat ligt niet aan de arts, dat ligt niet aan S., die twee lagen mekaar absoluut niet.

Presentator: Karakterologisch lagen ze elkaar niet en hij zei bovendien ook nog es chemo, hè?

C. B.: Ja maar hij zei chemo en dan pas opereer ik je. Als hij had gezegd ik opereer je, ik probeer je vertrouwen te winnen en daarna chemo... Dus dat ligt niet aan de arts, maar die twee lagen mekaar niet.

Presentator: Toen ze bij u kwam, dacht ze dat ze door uw therapie kon genezen.

C. B.: Ja.

Presentator: Wat is uw therapie?

C. B.: Dat is een behandeling met zout. Uit de literatuur en onderzoek blijkt dat tumorcellen absoluut niet in een zout milieu kunnen gedijen.

Presentator:

U schrijft uw patiënten die u een therapie geeft, gedurende een aantal weken van 7 à 8 weken, zouttabletten eigenlijk voor. Hoeveel gram zout per dag?

C. B.: 7 gram. Dat is om het veilig te houden, dus dat is absoluut aan veilige criteria....

Presentator: En wat doet dat zout in het lichaam?

C. B.: Dat zout onttrekt vocht aan cellen die dus een hoge activiteit ontplooiën. En dat is door TNO in 1998 al bevestigd en TNO is ook bereid om zelf nader onderzoek te doen. Laten we het zo maar zeggen.

Presentator: Hielp het bij S.?

C. B.: Dat weten we niet, omdat na die 8 weken... We hebben onder echogeleiding de massa gevolgd, er vanuit gaande dat het kanker was, want je moet natuurlijk van het beroerdste uitgaan.

Presentator: Was de tumor kleiner of groter geworden?

C. B.: De massa was groter geworden en dat kan vocht zijn en dat weet je alleen na verder onderzoek. Dus dr. D. en ik, die hebben S. op het hart gedrukt, laat een punctie verrichten, want toen kwam die ellende met "het is geen kanker" al om de hoek kijken.

Presentator: Dus na de therapie die u gaf, was de tumor groter geworden...

C. B.: Nee, de massa was groter geworden en of dat tumorcellen zijn of vocht kan je alleen door onderzoek aantonen.

Presentator: Het leek er op dat uw zouttherapie niet hielp.

U bent er wel van overtuigd dat het kan helpen. Ik ga naar Ten Bokkel Huinink opnieuw. Zouttherapie. Meneer Cees B. is masseur, hij is overtuigd dat deze therapie helpt. Uw reactie.

W. ten Bokkel Huinink: Ik hoop dat hij echt overtuigd is. Want als hij niet echt overtuigd is dan doet hij iets heel raars bij patiënten.

Presentator: Wat denkt u dat het...

W. ten Bokkel Huinink: Ik denk dat het helemaal niets doet...

Presentator: Is er enige aanwijzing in de wereldliteratuur over kankerbestrijding, dat dit zou kunnen helpen?

W. ten Bokkel Huinink: Ja, als ik daar op antwoord met "nee", dan weet ik uit dit gehoor altijd wel mensen die zeggen van ja, daar en daar is wel es dat en dat bij dier experimenten of bij celkweken dat soort werking aangetoond.

C. B.: Uw eigen onderzoek ook, hè?

W. ten Bokkel Huinink: Laat mij even uitspreken, als u dat goed vindt. Ik kan mij fysiologisch absoluut niet voorstellen wat er gebeurt als je mensen 7 gram zout geeft. Dan gebeurt er het volgende. In de gewone fysiologie eet je dat op en dat plas je weer uit. Je krijgt misschien een wat hogere bloeddruk, maar er gebeurt met je zoutgehalte in je bloed en je zoutgehalte in je lichaam, absoluut niks.

C. B.: Dan moet u eens een nierspecialist raadplegen. Want dan houdt u uw literatuur niet bij.

Presentator: We gaan niet op de medische details in.

C. B.: Dokter van Dam zal ongetwijfeld, als hij bevoegd is, antidepressiva voorschrijven. Dat kan bij veel mensen een zouttekort in het lichaam veroorzaken. Zeven op de honderd. Bij 8 gram, dus 10% minder zout in het lichaam, daar raak je al van in shock. Dus hoezo, zout is niet belangrijk Dat is toch onzin.

W. ten Bokkel Huinink: Zout is natuurlijk belangrijk, iedereen heeft een beetje zout nodig

C. B.: Hoe weet u nou: een beetje? Wat is nou een beetje? Heeft u onderzoek gedaan? We hebben het hier over mensenlevens. U doet dat af alsof...

Heel even kort. Ik heb zelfs patiënten van meneer Ten Bokkel. Vergeef me uw tweede naam, ik wil hem niet verkeerd uitspreken. Ik heb zelfs patiënten van u en u weet dat niet eens. Wat voor contact heeft u met uw eigen patiënten?

F. van Dam, psycholoog: Je gaat gewoon, vind ik, geen patiënten behandelen met een therapie waarvan niet is uitgezocht wat het effect is.

C. B.: Dat geldt voor 50% van uw eigen behandelingen. 50% van de chemotherapeutjes.

F. van Dam, psycholoog: Meneer B., dat is gewoon een absoluut kwakzalversargument wat u nu gebruikt.

C. B.: Waarom leest u de literatuur dan niet?

F. van Dam, psycholoog: Ik lees de literatuur, alleen waarschijnlijk niet zo eenzijdig zoals u dat doet en ik denk als u patiënten behandelt met een therapie waarvan gewoon niet volgens de regels der kunst is aangetoond dat het werkt, dan behoort u naar mijn idee tot het gilde der kwakzalvers. Ik kan het moeilijk anders formuleren.

Presentator: Korte reactie graag.

C. B.: U bent gewoon bang voor de confrontatie.

F. van Dam, psycholoog: Ik ben helemaal niet bang voor de confrontatie ...

C. B.: Ik heb vijfhonderd duizend gulden die zijn zo voor het Anthoni van Leeuwenhoek om te bevestigen of zout onzin is of dat het een bijdrage kan leveren. Dan kunnen patiënten uit het alternatieve circuit wegblijven, want het is natuurlijk wel zo: kankerpatiënten horen in het ziekenhuis.

F. van Dam, psycholoog: Ik denk dat het volstrekt onzin is, om gewoon patiënten via weddenschappen...

C. B.: Via weddenschappen? Onderzoek, ja!

F. van Dam, psycholoog: U kunt gewoon geen patiënten behandelen als u niet gewoon, artikelen, onderzoek kunt aantonen.

C. B.: Je moet publiceren dus.

F. van Dam, psycholoog: U bent gewoon met onzin bezig.

Presentator: U was niet de enige bij wie S. M. aanklopte. Ze stond in die tijd dat ze bij u was ook in contact met 'J.'. Op 25 oktober vorig jaar, is er dan 's avonds om 7 uur bij de internist dr. D. in Hilversum is er een bijeenkomst. Een sessie. U bent daarbij aanwezig. 'J.' is daarbij aanwezig en nog een helderziende, hè? Hoe heette die helderziende?

C. B.: Anne en nog wat. En S. en haar man N. waren erbij aanwezig.

Presentator: Wat gebeurde er die avond op die sessie, waar u bij aanwezig bent?

C. B.: S. had een aderontsteking en daar had ze last van. We hadden besloten, D., ik, S. en N., dat er een punctie verricht moest worden omdat, net als meneer van Dam zegt terecht, je moet natuurlijk wel wetenschappelijk bekijken wat er aan de hand is.

Die avond dus, ik zeg tegen dr. D., wil je Hirudoid zelf voorschrijven. Dat is voor aderontsteking, daar loopt de halve thuiszorg mee. Gewoon een chemisch middel en het werkt perfect. 'J.' zei: ho, ho, we willen dat op een natuurlijke manier bestrijden. Nou, mij best, als het maar werkt. Dr. D., die hecht waarde aan 'J.' en dat soort mensen, maar hij laat ook bloed onderzoeken en echo's, dus hij bekijkt beide kanten.

'J.' gaat contact zoeken met "gene zijde"...

Presentator: En wat doet 'J.' dan?

C. B.: Dr. D. noemt de natuurlijke middelen die mogelijk voor een aderontsteking kunnen werken. Het eerste middel, nee dat was niks. Het tweede middel, nee. Ik denk, waar ben ik in hemelsnaam terecht gekomen. En S. zat daar heel gespannen. 'J.' zei bij het vierde middel: dit is het middel; dat zijn korreltjes en als je die neemt dan komt het allemaal goed. Dus ik vraag, terwijl ze in trance is, kan het ook Hirudoid zelf zijn? Ik denk, toch es kijken hoe ze reageert. Ja, dat was ook goed, dat kon ze ook gebruiken. Dus ik vraag aan dr. D. - want hij schreef het recept uit voor die korreltjes - kunt u ook Hirudoid zelf... Natuurlijk, zegt hij, want die heeft geen moeite met dat middel. In ieder geval....

Presentator: Dus de internist, voor de duidelijkheid, dus de internist dr. D. liet zich adviseren door, laten we zeggen, de beelden die 'J.' binnenkrijgt.

C. B.: Ja.

Presentator: Ik weet dat S. toen met haar man Nol die korrels gingen zoeken in Amsterdam en toen kwamen ze terug met een flesje met dat middel.

C. B.: Dat werd niet geaccepteerd. Door 'J.'. Want er was duidelijk gezegd dat het korreltjes hadden moeten zijn dus die druppels kon ze wel weggooien, zei ze letterlijk.

Presentator: Meneer Ten Bokkel Huinink, zo'n bijeenkomst...

W. ten Bokkel Huinink: Tja, wat moet ik daar nou over zeggen? Tis typisch multidisciplinaire kankerbehandeling. Das duidelijk. Maar verder heb ik er geen commentaar op. Wel wil ik de heer B. nog vertellen dat al een jaar of vijftien heel duidelijk is dat Hirudoid zelf überhaupt niet werkt.

Tweede fragment uit 'Rondom Tien'

Presentator: Dan moet toch de controverse die er is rond bepaalde alternatieve genezers, moet toch op tafel komen? Dan moet toch ook de discussie over de mensen...

Cees Braam (patiënt): Dat is toch niet aan mij om te onderzoeken, dat is toch aan het Ministerie?

C. B.: Het is zo makkelijk. We hebben vijfhonderd duizend gulden, dokter Ten Bokkel Huinink weet zelf, als je een tumor met zout inspuit, al zijn collega's zeggen dat, dat ding verschrompelt!

Presentator: U zit nu meteen voor uw eigen winkel te pleiten. Het gaat er nu over dat ...

Cees Braam: Ik wil even op meneer B. reageren. Ik heb ook op een gegeven moment via een patiënt, want heel veel informatie krijg ik via patiënten, organisaties enzovoort, die vragen of ik dat op de site wil zetten. Nou, ik leg sommige dingen voor aan een arts of een paar artsen, maar ik ben geen arts ik ben alleen maar patiënt. Ik ben gewoon een Nederlandse burger. Ik heb op een gegeven moment via een patiënt ook informatie over de zouttherapie. Er zou een TNO-rapport bij horen, dat heeft C.B. aan mij opgestuurd. Ik heb dit naar een arts en een man die gespecialiseerd is in statistieken opgestuurd en beiden zeiden: het rapport is wel goed uitgevoerd, maar de conclusies die deze meneer trekt, die passen niet bij wat hij zegt tegen kankerpatiënten. En toen heb ik besloten dan doen we het niet op mijn site.

A. van den H., bevriende collega van mevrouw M., heeft haar een keer naar de praktijk van C.B. gebracht en daarbij C.B. ook zelf gesproken. Over dat gesprek verklaarde Van den H.:

“De bedoeling was om met de zouttherapie de kanker te genezen. Dit opwekken van verwachtingen werd versterkt door B. die allerlei voorbeelden (op foto) liet zien van ernstig zieke patiënten met allerlei vormen van kanker, die door toedoen van B. genezen waren.

Dat B. 's therapie geen navolging kreeg in ziekenhuizen e.d. verklaarde hij uit onwil van de artsen. Na al die jaren dat de doktoren zwaar ingrijpende behandelingen – met matig resultaat – hebben toegepast en dan moeten toegeven dat een simpele zouttherapie de remedie is; ze zouden voor aap staan”.

2.2.13 Echografiepraktijk Proline te Zaandam

Proline is een particuliere praktijk waar mensen op eigen verzoek of door verwijzing echografisch onderzoek kunnen ondergaan. De meeste mensen komen naar aanleiding van mond-tot-mondreclame; verwezen patiënten vormen een minderheid.

De personele bezetting van de praktijk bestaat uit twee gediplomeerde radiodiagnostisch laboranten en een administrateur. De radiodiagnostisch laborante die mevrouw M. behandeld heeft, betreft mevrouw F. B. die voorheen werkzaam was in een ziekenhuis op de afdeling radiodiagnostiek. Haar specialiteit was en is de echografie in de obstetrie en gynaecologie.

De diensten die worden aangeboden reiken verder dan het maken van zogenaamde pret-echo's.

Bij zwangerschap wordt de groei en ontwikkeling van de foetus gevolgd, met name van belang rond de 20^e week omdat dan alle organen zijn aangelegd en stoornissen opgespoord kunnen worden. Op korte termijn gaat mevrouw F.B. een cursus volgen om cardiale afwijkingen bij het ongeboren kind te kunnen vaststellen.

Naast zwangerschapsonderzoek kunnen volwassenen terecht voor echo-onderzoek aan mammae, onder- en bovenbuik.

Van een onderzoek wordt altijd een verslag gemaakt dat patiënten meekrijgen en eventueel aan hun behandelaar (bijvoorbeeld de verloskundige) kunnen laten inzien.

Dat in de setting waarin men werkt geen radioloog als opdrachtgever respectievelijk medisch verantwoordelijke aanwezig is, beschouwt mevrouw F.B. niet als bezwaar. Zij stelt zich op het standpunt dat zij als radiodiagnostisch laborante in het ziekenhuis ook zelfstandig echo-onderzoek deed en dat de radioloog feitelijk op die bevindingen voer. Praktisch gezien stelde mevrouw F.B. in haar ziekenhuistijd ook al diagnoses en dat zou niet verschillen met wat zij nu doet.

Mevrouw F. B. bevestigde tegenover de inspectie dat de dienstverlening aan mevrouw M. tot stand kwam op verwijzing van de heer C.B. uit Hilversum. Patiënte onderging bij C.B. de zogenaamde zouttherapie en de vraagstelling van C.B. was om de grootte van tumor in de rechterborst echografisch vast te leggen en te vervolgen. Daarover bracht mevrouw F. B. verslag uit aan C.B. zelf.

In totaal is mevrouw M. drie keer voor echografisch onderzoek bij mevrouw F.B. in de praktijk geweest. De eerste keer was 13 september 2000, waarvoor mevrouw M. zelf telefonisch de afspraak had gemaakt. Voor zij kwam wist mevrouw F.B. niet dat het om een mammacarcinoom ging, maar toen zij de borst zag was het voor haar meteen duidelijk dat hier sprake was van borstkanker.

Op 13 september 2000 had de tumor een omvang van 5-6 cm. Bij daarop volgende onderzoeken was de borst duidelijk in grootte toegenomen. Om de tumor te kunnen blijven meten heeft mevrouw F.B. een platte proop aangeschaft met een diameter van 10 cm.

Bij het tweede bezoek op 11 oktober 2000 was de borst ingetrokken en was mevrouw M. niet meer in staat om haar arm omhoog te doen en zij had veel pijn. Mevrouw F.B. weet nog dat ze schrok van de mate waarin de borst was vervormd.

Op 23 november 2000 had de tumor een omvang groter dan 10 cm en mevrouw F.B. kon de tumor niet meer in totaliteit in beeld krijgen, zelfs niet met de platte proop. Het werd duidelijk dat de zouttherapie niet aansloeg en dat mevrouw M. ermee moest gaan stoppen. Mevrouw M. was hierover erg teleurgesteld.

In het algemeen maakte mevrouw M. een angstige indruk. Mevrouw F.B. had de indruk dat mevrouw M. de werkelijkheid ontliiep door in alle toonaarden te ontkennen dat het kwaadaardig was. Mevrouw F.B. heeft nog geprobeerd mevrouw M. over te halen zich regulier te laten behandelen, maar omdat haar in het ziekenhuis chemotherapie was voorgehouden – wat zij persé niet wilde – was dat geen optie. Ook haar voorstel om alleen voor operatie te kiezen vond bij mevrouw M. geen gehoor.

Mevrouw F.B. heeft ook al eerder patiënten van C.B. onderzocht en daarbij geconstateerd dat de grootte van de tumor stabiel bleef of zelfs afnam.

Van de echo-onderzoekingen bij mevrouw M. is een video die in het bezit is van de partner van mevrouw M. In de praktijk is nog een foto aanwezig.

2.2.14 Mevrouw O. T.

Mevrouw O. T. bedrijft een alternatieve praktijk in Den Haag waarin zij klassieke homeopathie, natuurgeneeskunde, fytotherapie en orthomoleculaire therapie toepast. Daarnaast vertelt zij helderziend te zijn.

In 2001 heeft zij een 5-jarige schriftelijke studie bij de SAGHO te Breukelen afgerond. Daarna is zij zich gaan verdiepen in klassieke homeopathie, ziekteleer, diagnose en advisering. Zij heeft onder meer ziekteleer gevolgd om zich de in de medische wereld gangbare terminologie eigen te maken en om met (huis-)artsen te kunnen communiceren. Ze opteert voor een intensievere samenwerking met de reguliere artsen.

Zij heeft zich aangemeld bij de Orde van Alternatieve Genezers. Zij vertelt in de nabije toekomst twee keer per maand praktijk te gaan houden bij genezend medium 'J.' in Valkenburg. Ook krijgt zij patiënten van 'J.' doorverwezen.

Het eerste consult bij mevrouw O. T. bestaat uit een gesprek met de patiënt dat 1 tot 1½ uur duurt. Zij beoordeelt daarbij zowel de lichamelijke als de geestelijke gesteldheid. Zij begint met het afnemen van een anamnese en aan de hand van ondermeer inspectie van de huid, nagels, ogen, het bewegen van de patiënt, het voedingspatroon wordt de constitutie en de homeopathische diagnose vastgesteld en daarmee het homeopathische middel.

De patiënten komen bij haar via mond-tot-mondreclame. Zij krijgt vrijwel geen patiënten via de huisarts verwezen. Vaak zijn de patiënten die bij haar komen radeloos en/of missen het vertrouwen in reguliere artsen. Mevrouw O. T. zegt standaard aan haar patiënten te vragen of zij de huisarts mag inlichten over haar behandeling. Vaak weren de patiënten dit af uit angst dat de relatie met hun (huis-)arts onder druk komt te staan. Als de patiënten akkoord gaan, bericht zij de huisarts/behandelaar over diagnose en behandeling. Eventueel bloed- of urineonderzoek vraagt zij via de huisarts of laboratorium aan. In het voorkomende geval bericht zij de huisarts via een voorgedrukt formulier.

Mevrouw O. T. raakte in oktober 2000 bij de behandeling van mevrouw M. betrokken via een telefoontje van de heer N., werkzaam bij Vitaproducten in Dokkum. Hem had zij leren kennen via een cursus die door de fabrikant georganiseerd was. Mevrouw M. had zich aangemeld bij het Steunpunt voor vrouwen met siliconen en dit steunpunt had haar doorgestuurd naar de firma Vita die voedingssupplementen verkoopt.

Tijdens het telefoontje met de heer N. verklaarde mevrouw O. T. zich bereid patiënte in behandeling te nemen. De volgende dag belde mevrouw M. al op en gaf aan dat haar rechterborst rood zag, opgezet was en een stekende pijn leverde. Mevrouw O. T. opperde daarop het bestaan van een bacteriële infectie.

Op de uitnodiging om in de praktijk op consult te komen kon mevrouw M. niet ingaan, daartoe was zij niet in staat.

Tijdens het telefoongesprek is met mevrouw M. niet over kanker gesproken. Mevrouw O. T. vernam pas veel later van patiënte dat eerder onderzoek in diverse ziekenhuizen had plaatsgevonden waarbij kanker gediagnosticeerd was.

Mevrouw O. T. heeft mevrouw M. geadviseerd om de arts Br. in Haarzuilens te raadplegen. Met deze arts had mevrouw O. T. eerder contact gehad en met hem gesproken over de relatie "bacterie en kanker".

Mevrouw M. volgde het advies van mevrouw O. T. op en ging op consult bij Br. Mevrouw O. T. vernam van mevrouw M. dat Br. een bacteriële infectie vaststelde en een verbetering binnen enkele weken toezegde. Nadien heeft mevrouw M. aan mevrouw O. T. te kennen gegeven dat zij erg teleurgesteld was over de behandeling van Br. en leed onder de toezegging die niet uitkwam.

In januari 2001 bezoekt mevrouw O. T. mevrouw M. voor het eerst thuis; de eerdere contacten waren alle telefonisch verlopen. Mevrouw M. vertelde dat zij bij Br. niet verder kwam. Mevrouw O. T. vertelt toen de aangedane borst in ogenschouw te hebben genomen en daarbij schrok van de toestand van de borst; deze was zeer vergroot en opgezwollen en voelde aan de bovenkant hard aan. De borst was pijnlijk, dit werd beschreven als stekend en brandend. Mevrouw O. T. oordeelde dat er sprake was van een bacteriële infectie. Zij en patiënte hielden het qua onderliggende oorzaak op de siliconenimplantaten. Ook meende mevrouw O. T. dat er sprake was van abcesvorming en zij vreesde dat het abces spontaan zou doorbreken. Mevrouw O. T. heeft verklaard de artsen Dr. R. B. en M.J.H. S. van het Andreas Lucas Ziekenhuis te Amsterdam bereid te hebben gevonden om hulp te bieden ingeval van doorbreken van het abces; navraag door de inspectie bij het Andreas Lucas Ziekenhuis weerspreekt dit.

Mevrouw O. T. stelde een kiezelzuur (Silicea) constitutie vast en vertelt daarbij dat personen met deze constitutie een extreme angst voor naalden hebben; dit in relatie tot de afgewezen punctie die door dr. D. was voorgesteld. Zij schreef mevrouw M. homeopathische middelen voor.

Namens mevrouw M. heeft mevrouw O. T. bijeenkomsten en themamiddagen van 'J.' bezocht. De sessies verliepen via het meenemen van kleine 'cadeautjes'. Zij vertelt: "Via de

Goddelijke wereld met als medium 'J.', selecteren categorieën patiënten zich door het samenvoegen van de cadeautjes. Consequent werd het cadeautje van mevrouw M. in verband gebracht met een bacteriële infectie."

Op 7 mei 2001 kreeg degene die namens mevrouw M. een healing bezocht de boodschap dat er een andere arts aan te pas moest komen. Dat viel samen met een telefoontje van de arts J.A.M.K. uit Millingen a/d Rijn. Vrij snel daarna vertrok mevrouw M. naar Millingen, alwaar zij bij de familie K. introk.

Zowel mevrouw O. T. als mevrouw M. zelf ervoeren van de behandelingen in Millingen aanvankelijk verbetering. Het aantal benodigde pijnstillers nam af.

Tijdens een healing op 14 juli 2001, die door mevrouw O. T. werd bezocht, kwam in een boodschap het getal 34 naar voren. Mevrouw O. T. ziet daarin de relatie met week 34 waarin mevrouw M. haar telefonisch vertelde dat ze stervende was en haar eigen begrafenis aan het regelen was. Daarop bezoekt mevrouw O. T. haar in het UMC St. Radboud Ziekenhuis in Nijmegen; een dag later overlijdt mevrouw M.

In het gesprek dat de inspectie met mevrouw O. T. voerde is zij geconfronteerd met het vaststaande feit dat mevrouw M. aan kanker overleden is, daar waar mevrouw O. T. zelf en de artsen, Br. en K. over een bacteriële infectie spraken. Mevrouw O. T. stelt daar tegenover "dat de Goddelijke wereld het bevestigd heeft". Mevrouw O. T. veronderstelt thans dat uit de bacteriële infectie kanker ontstaan is. De siliconenimplantaten zijn volgens haar de grondoorzaak. Zij vraagt zich ook af of door de magneetveldbehandelingen het siliconenzakje niet opengebarsten is waarna de olie zich in het lichaam van mevrouw M. verspreid heeft.

Op de vraag van de inspectie of zij niet verplicht is als hulpverlener ervoor te zorgen dat de patiënt die therapie krijgt die hij nodig heeft, geeft ze aan dat ze mevrouw M. niet in de steek wilde laten en dat zij een reguliere arts aangeboden heeft, hetgeen echter geweigerd werd. Verder voert zij aan voor opvang gezorgd te hebben voor het geval dat het fout zou gaan. Zij meent mevrouw M. niet van het ziekenhuis weggehouden te hebben en bood haar aan wat zij te bieden heeft. Ook heeft zij mevrouw M. geen genezing beloofd.

Transcriptie van fragmenten uit het tv-programma 'Rondom Tien' van 6 september 2001

Presentator: Mevrouw O. T., u bent gediplomeerd natuurgeneeskundige en u bent helderziende, u hebt S. M. sinds december vorig jaar begeleid en geadviseerd. Was voor u duidelijk dat S. kanker had?

Mevrouw O. T.: S. kwam in december bij mij en ik heb toen als helderziende naar haar gekeken en op dat moment had ik het idee van "volgens mij heb je een bacteriële infectie" en ik heb op dat moment ook tegelijkertijd aan S. gevraagd van "het is wel goed om naar een dokter te gaan. En laat het bij een arts controleren of ik gelijk heb. Ik hoef daarin geen gelijk te hebben, maar ga wel met dat voorstel naar dokter Br. toe."

Presentator: Wat is dat voor dokter, dokter Br.?

Mevrouw O. T.: Dokter Br. heeft verstand van homeopathie en acupunctuur. Hij geeft ook lezingen in het land over bacteriën en bekijkt het verschil tussen verschillende stadia van bacteriën en kanker.

Presentator: Waarom stuurde u mevrouw M. niet meteen door naar het ziekenhuis?

Mevrouw O. T.: S. was op dat moment onder behandeling van dr. D. en ze heeft me op dat moment in december...

Presentator: Dr. D. die net zoals dokter Br. in de alternatieve genezershoek zit.

Mevrouw O. T.: Op dat moment wilde S. niet meer naar een arts toe en...

Presentator: Geen gevestigde arts

Mevrouw O. T.: Nee, ze had toen een aantal redenen ook niet meer naar dr. D. te willen.

En ik was op dat moment nog niet gediplomeerd natuurgeneeskundige en ik heb gezegd ik wil je wel begeleiden, maar dan moet je wel naar een arts want anders kan het niet.

Presentator: Houdt u nu nog steeds staande dat S. geen kanker had?

Mevrouw O. T.: Ja. Ik ben verschillende keren voor S. naar 'J.' geweest, ik heb daar boodschappen ontvangen van 'J.'...

Presentator: Niet boodschappen in een mandje, maar boodschappen van gene zijde, neem ik aan.

Mevrouw O. T.: Van gene zijde. In de pauze krijg je gelegenheid met elkaar te spreken en ik werd constant in contact gebracht met mensen die of een bacteriële infectie hadden, of ze hadden een schimmel of ze hadden last van een parasiet. En ik ben nooit in contact gebracht met mensen die last hadden van kanker.

Presentator: Ik probeer nog even duidelijk te maken, want ik praat niet dagelijks met helderzienden. Wat zag u nou toen u naar S. M. keek, wat voor beeld zag u waardoor u dacht het is of een bacterie of een parasiet (zegt u, hè). Wat zie je dan?

Mevrouw O. T.: Op dat moment kreeg ik een beeld van een schimmel dat zich manifesteert als een soort bolletje wol of een bolletje mie wat in elkaar geraakt is. En ik heb ook nog iets anders gezien en volgens mij was dat een parasiet, maar ook van die diagnose heb ik ook aan S. gevraagd: ga daarmee naar dokter Br. en laat hem controleren of dat juist is.

Presentator: Nou is S. uiteindelijk overleden aan borstkanker. Voelt u zich nou op een of andere wijze mede verantwoordelijk voor het overlijden van S.

Mevrouw O. T.: Nee, want het stond al vast dat S. zou overlijden. Van gene zijde.

Presentator: U had ook al gehoord dat ze de strijd tegen de ziekte niet zou winnen.

Mevrouw O. T.: Dat heb ik de dinsdag na het overlijden van S. gehoord.

Presentator: Nou heeft 'J.' ook al beweerd, vorige week in NOVA, dat het zo was dat S. eigenlijk geen kanker had. Nou zijn er mensen die aandringen op strafrechtelijk onderzoek tegen 'J.', begrijpt u daar iets van?

Mevrouw O. T.: Kijk, S. was om de dooie dood niet gek. En ze wist heel goed met welke mensen zij in contact wilde blijven en welke artsen niet. Ze was in staat om een internist, waar ze niks mee te maken wilde hebben, om deze buiten te houden. Ze was in staat om een huisarts, waarmee ze ook niks te maken wilde hebben, om deze ook buiten te houden. Als collega's haar opbelden waar ze zich te vaak tegen moest verdedigen, op een gegeven moment had ze zoiets van: ik heb daar geen zin meer in en ook de puf er niet voor om elke keer uit te moeten leggen waarom ik deze weg ga. Ze vond: ik ga deze weg...

Presentator: Conclusie, zegt u daarmee, mensen die haar daarin geholpen hebben, zoals 'J.', als die daar strafrechtelijk om vervolgd zouden worden, zou onzin zijn.

Mevrouw O. T.: Ja

Presentator: Ok, duidelijk verhaal. Ik ga naar meneer ten Bokkel Huinink, oncoloog, werkzaam bij het Antoni van Leeuwenhoek en Nederlands Kanker Instituut. Durft u een oordeel te geven over de diagnose zoals mevrouw die stelt?

W. ten Bokkel Huinink: Gewoon: humbug. Kanker is een diagnose die je onder de microscoop stelt en die vrij simpel te stellen is. Tuurlijk worden er wel eens fouten gemaakt, maar over het algemeen is het heel simpel om de diagnose kanker te stellen. En dat is een diagnose die vastligt, die ook mevrouw M. duidelijk is gemaakt en natuurlijk zijn er mensen die daar niet aan willen. En die vluchten en die bang zijn of om – weet ik wat voor reden – hun eigen weg zoeken. Maar dat mag en zal nooit artsen, en zeker niet collegae, als die dr. D. of weet ik wie, ertoe mogen leiden om patiënten te steunen in de vlucht, in de

flauwekul – eerlijk gezegd – van bacteriële ontsteking en parasieten. Het is niet voor het eerst dat ik dit hoor en ik word er heel, heel onthutst van, eerlijk gezegd. Ik heb er eigenlijk geen woorden voor. Humbug....

Presentator: Zegt de oncoloog tegen u.

Mevrouw O. T.: Ja

Presentator: Onzin, ik vertaal maar eventjes. Wilt u daar op reageren?

Mevrouw O. T.: Vanuit zijn....

W. ten Bokkel Huinink: Ik wil niet ontkennen dat ze natuurlijk best haar visioenen kan hebben, maar dat kanker ooit iets te maken heeft met parasieten of bacteriële of bacteriologische virusinfecties (zoals dat in de krant heeft gestaan) wat een flauwekul in diagnose is, dat wil er bij mij niet in en het bestaat helemaal niet. Je kán niet kanker bestrijden alsof het een bacteriële infectie is of een parasieteninfectie.

Presentator: Zou u er dan voor zijn om mensen die die diagnose stellen via bijvoorbeeld een strafrechtelijk onderzoek te gaan vervolgen door het Openbaar Ministerie?

W. ten Bokkel Huinink: Ja, eh

Presentator: Of door het Medisch Tuchtcollege?

W. ten Bokkel Huinink: Het Medisch Tuchtcollege zou het best kunnen toetsen.

Presentator: En het O.M., het Openbaar Ministerie?

W. ten Bokkel Huinink: Hetzelfde. Laat ze maar toetsen.

Presentator: Bent u daarvoor dat dat gebeurt, de komende weken...

W. ten Bokkel Huinink: Ik zeg niet dat ze strafbaar zijn, maar ik zou het heel prettig vinden als de toets zou worden afgenomen.

Presentator: Wat zou ons dat opleveren? Wat zou dit aan Nederland kunnen opleveren, als nu de toets van bepaalde alternatieve diagnoses wordt genomen?

W. ten Bokkel Huinink: Nee, het levert natuurlijk eigenlijk helemaal niks op uiteindelijk, denk ik. Alternatieve geneeskunde is...

Presentator: U bedoelt het bijna als afschrikwekkend voorbeeld, wellicht.

W. ten Bokkel Huinink: Nee, nee, helemaal niet. Alternatieve geneeskunde is iets, laat ik eerst nog even heel duidelijk zeggen, er bestaat geen alternatieve geneeskunde. Dat wat alternatieve geneeskunde heet, zal altijd blijven en altijd blijven bestaan. En we doen dan altijd of Nederland iets heel bijzonders heeft, maar dat is onzin. Ieder zichzelf respecterend land heeft een dergelijke ondergrond en een onderstroming in de geneeskunde of wat dan geneeskunde heet. Daar kan je als Openbaar Ministerie of als Wetgever niet veel aan doen. Wat je kan doen is wel voorbeelden stellen, waar het echt misgaat. Waar echt missers worden gemaakt en hoop wordt gevestigd en ten onrechte hoop wordt gevestigd en..

Presentator: Is die echte misser gemaakt, voor zover u dat nu kunt beoordelen?

W. ten Bokkel Huinink: Nee, weet ik niet. Dat durf ik niet te zeggen. Ik denk ook niet dat ik dat moet beoordelen, maar het Openbaar Ministerie en uiteindelijk de Rechter.

2.2.15 Prof. dr. R.I.C. W. te Amsterdam

Prof. W. vertelt vanuit de privé-sfeer bij de zorgverlening aan mevrouw M. betrokken te zijn geraakt. Een gemeenschappelijke relatie, de heer A. van den H. eveneens uit Amsterdam, heeft hem benaderd met het verzoek een gesprek met mevrouw M. te hebben in verband met haar borstaandoening. Dit niet alleen omdat prof. W. oncologisch chirurg is, maar ook omdat prof. W. - zelf 'patiënt' zijnde – 'ervaringsdeskundige' is en bovendien bekend staat als pleitbezorger om meer aandacht te schenken aan de belevingsaspecten bij mensen met kanker.

Prof. W. beschouwt de gangbare manier van werken met oncologische patiënten in het reguliere veld als tekortschietend. Patiënten krijgen vaak (ongevraagd) tot in detail hun diagnose te horen en vervolgens hun statistische kans op levensverwachting. Slaat de therapie niet aan, "dan kunnen we niets meer voor u doen". Dat is het patroon. Dit is te veel klinisch/technisch en te weinig patiënt- (lees: mens-) vriendelijk. Een goede behandeling is onontbeerlijk, maar er is te weinig aandacht voor de gehele patiënt. Daarom is psychosociale zorg voor een kankerpatiënt essentieel. Het hoort net zo vanzelfsprekend bij de behandeling als laboratoriumcontroles en röntgenfoto's. Als kankerpatiënt ben je angstig, onzeker en uit het veld geslagen; je klampt je aan alles vast en je hebt bovenal behoefte aan steun.

Al uit wetenschappelijk onderzoek van de Stanford-Universiteit (Lancet '88) bleek dat met psychologische begeleiding concrete winst te behalen viel ten aanzien van de kwaliteit van leven. Men onderzocht een representatieve groep kankerpatiënten, waarvan het ene deel psychologische begeleiding had gekregen en de andere groep niet. Een onverwacht bijverschijnsel was dat de overleving twee keer zo lang (gemiddeld 37 maanden tegenover 18 maanden) was bij de behandelde groep als bij de niet-behandelde groep.

Prof. W. constateert dat er in Nederland een kentering waarneembaar is ten gunste van de psycho-oncologie. In het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam bijvoorbeeld, is op de afdeling oncologie altijd een psycholoog bij de behandeling betrokken. Daarnaast is er in januari 2002 het Ingeborg Douw Centrum gestart, een afdeling psycho-oncologie in een aparte vleugel van de locatie Andreas.

Prof. W. zet zich ook zelf in voor de ontwikkeling van de psycho-oncologie in Nederland. Hij heeft samen met prof. Tj. Huppel, hoogleraar economie, een cd-rom uitgegeven getiteld 'Met kanker kun je leven'. Het is een project dat gesponsord is door bijna alle zorgverzekeraars. Ook is als onderdeel van het project in Haren (prov. Groningen) een psycho-oncologisch centrum gestart; het karakteristieke gebouw (in de vorm van een schelp) geniet enige bekendheid. Er is een samenwerkingsvorm met het Martini Ziekenhuis in Groningen in de maak.

Op 3 oktober 2000 heeft prof. W. gedurende 1½ uur met mevrouw M. gesproken. Ze vertelde dat ze in het AvL was geweest, hetgeen geresulteerd had in het behandelingsvoorstel: eerst chemotherapie, dan amputatie en na-bestraling. Mevrouw M. wilde persé geen chemotherapie en is vervolgens in het alternatieve circuit beland, onder meer in Zwitserland. Tijdens het gesprek gaf patiënte aan er stellig van overtuigd te zijn dat zij geen kanker had doch aan "een bacteriële infectie" leed. Bij de aanblik van de ontblote rechterborst daarentegen was het volgens prof. W. op afstand al duidelijk dat hier sprake was van een mammacarcinoom, stadium 4 met pussende ulceraties. De realiteit werd door patiënte dus volledig ontkend of ontvlucht; voor prof. W. waren dit herkenbare reactiemechanismen, die menselijkerwijs verklaarbaar zijn.

Met tactvol optreden gelukte het prof. W. geleidelijk patiënte te doen inzien dat een reguliere behandeling noodzakelijk was en dat daar haast bij geboden was. Opmerkelijk was dat patiënte hierin meeging maar tegelijk verwachtte dat, wanneer zij weer thuis zou zijn, de twijfel weer zou toeslaan. Daarop deed prof. W. het voorstel om op korte termijn een afspraak te regelen bij mevrouw O., oncologisch chirurg in het AvL. Hij kende mevrouw O. goed – hij was haar opleider geweest – en hij had er veel vertrouwen in dat zij patiënte goed zou gaan begeleiden. Patiënte stemde met dit voorstel in en liet haar privé-telefoonnummer achter.

Dezelfde dag heeft prof. W. telefonisch contact met mevrouw O. opgenomen, waarop een afspraak tot stand kwam voor 5 oktober (twee dagen later).

Daarna belde prof. W. naar mevrouw M. om de datum en tijd van de afspraak door te geven. Hij kreeg evenwel de partner van mevrouw M. aan de telefoon, die hem kortaf te verstaan gaf dat zijn bemoeienissen niet op prijs werden gesteld en dat zijzelf hun keuzen bepaalden (of woorden van die strekking). Daarop werd het gesprek beëindigd. Verbouweerd liet prof. W. aan mevrouw O. weten dat er de mogelijkheid was dat patiënte niet zou komen opdagen, hetgeen helaas is uitgekomen.

Later vernam prof. W. het overlijden van patiënte in augustus 2001. Hij beschouwt het als buitengewoon tragisch dat mevrouw M., onbehandeld overleden is.

Mevrouw O. heeft de bovenomschreven gang van zaken met betrekking tot mevrouw M. tegenover de inspectie bevestigd.

2.2.16 Mevrouw R. K., plastisch-chirurg

Mevrouw R.K. is werkzaam als plastisch-chirurg zowel in het UMC St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen alsook in de privé-kliniek Middellaan te Velp.

Medio november 2000 werd mevrouw R.K. benaderd door dr. D., internist, met de vraag of zij mevrouw M. wilde zien om meer duidelijkheid te verkrijgen over de aandoening aan de rechterborst. Zij vertelt daarbij dat dr. D. van het bestaan van borstkanker uitging. Belangrijk bij deze verwijzing was om patiënte over de streep te trekken voor nader onderzoek, i.c. het ondergaan van een punctie. Kort na het contact met dr. D. werd mevrouw R.K. ook gebeld door de voorzitter van de stichting Steunpunt voor Vrouwen met Siliconen, die met mevrouw M. contact onderhield en met mevrouw M. de relatie legde tussen de borstaandoening en de aanwezige siliconenimplantaten.

Hoewel niet wetenschappelijk bewezen is mevrouw R.K. er zelf van overtuigd geraakt dat siliconenimplantaten bij een bepaalde categorie patiënten klachten kunnen veroorzaken. "Elk siliconenimplantaat 'zweet' en aldus komt een niet-afbreekbare substantie in het kapsel rond het implantaat terecht. Dit is wetenschappelijk bewezen. Er komt een ontstekingsreactie op gang waarbij verschillende cellen van het immuunsysteem een rol spelen. De blootstelling aan siliconenmateriaal is in deze visie een belasting voor het immuunsysteem, maar tot op heden is wetenschappelijk, met gebruikmaking van de gangbare onderzoeksmethoden, niet komen vast te staan dat het hebben van siliconenborstprothesen de kans op het krijgen van kanker vergroot. Wetenschappelijk onderzoek van de klachten van patiënten met siliconen borstprothesen is gaande."

Mevrouw R.K. zag patiënte op haar spreekuur op dinsdag 5 december 2000. Het viel haar meteen op dat mevrouw M. sterk vermagerd was en er cachectisch uitzag. Patiënte was ervan overtuigd dat zij geen kanker had maar een ontsteking, mogelijk in relatie staand met de siliconen. Ze vertelde 30 magneetveldtherapiebehandelingen in een kliniek in Zwitserland te hebben ondergaan en zover er sprake zou zijn geweest van kanker was dit genezen. Ook speelde bij deze overtuiging dat het genezend medium 'J.' patiënte bezworen had dat er geen sprake van kanker was.

Bij het lichamelijk onderzoek schrok mevrouw R.K. bij de aanblik van de borst. Het was duidelijk dat het hier om een indrukwekkende, forse tumor ging. De tumor had vanaf de spier een omvang van 15x10 cm. Mevrouw R.K. was verbaasd dat dit in deze moderne tijd nog voor kon komen. De borst zag er glanzend en rood uit.

Patiënte zei in het algemeen geen bezwaar tegen een eventuele borstamputatie te hebben, echter "omdat er dan lucht bij zou komen en het dan niet goed af zou lopen" werd deze optie afgewezen. Mevrouw R.K. herkent dit als een wijdverbreid soort bijgeloof dat zij vaker bij patiënten waarneemt. Daarbij was een amputatie niet nodig vanuit de veronderstelling

van patiënte dat zij door de behandeling in Zwitserland kankervrij was. Volgens zeggen wenste patiënte een behandeling van de ontsteking.

Mevrouw R.K. schrijft de inspectie vrij langdurig met patiënte en haar partner gesproken te hebben. De strekking daarvan was “dat ik probeerde haar erop te wijzen dat haar adviseurs zich misschien wel vergisten en het verstandig zou zijn onderzoek te laten verrichten aan de rechterborst zodat vast zou komen te staan met wat voor proces wij te maken hadden”. Mevrouw R.K. stuurde er op aan om een punctie te laten verrichten. Haar bedoeling daarmee was om duidelijkheid te krijgen over de diagnose, met name ook voor de patiënt zelf. Met de bepaling van het cyto-histologisch beeld, het type tumorweefsel en receptoren zouden tegelijk ook de behandelingsmogelijkheden komen vast te liggen.

Het kostte mevrouw R.K. enige overredingskracht, doch op een gegeven moment stemde patiënte met een punctie in. Mevrouw R.K. maakte daarvoor een afspraak met de heer B.E. L., patholoog-anatoom in de Isala Kliniek in Zwolle. Mevrouw R.K. kent hem uit haar opleidingstijd, en kon dus ongedwongen dit speciale geval met hem bespreken. Het gelukte de afspraak voor een cytologische punctie op korte termijn (11 december) tot stand te brengen. Hierover werd dr. D. ingelicht. Mevrouw M. is helaas toch niet op de afspraak verschenen en heeft ook geen contact meer met mevrouw R.K. gezocht. Mevrouw R.K. veronderstelt dat de persoonlijke keuze van patiënte om haar genezing op spirituele wijze te realiseren, niet te rijmen was met het ondergaan van een punctie op “regulier-medische” wijze”. Tijdens het gesprek dat de inspectie met mevrouw R.K. voerde vertelde zij dat patiënte de hoop had uitgesproken dat mevrouw R.K. een operatie zonder mes (een zogenaamde “spirituele operatie”) zou uitvoeren.

Op de vraag aan mevrouw R.K. of zij patiënte tijdens het gesprek op haar kanker gewezen heeft komt naar voren dat zij het woord kanker bewust vermeden heeft. Ze probeerde bij patiënte voet aan de grond te krijgen en een vertrouwensbasis te creëren en voelde aan dat een harde, zakelijke confrontatie patiënte zou afschrikken.

Mevrouw M. was ervan overtuigd dat voor zover er kanker zou hebben bestaan, dit inmiddels was genezen en dat het nu zou gaan om een ontsteking. Van dit standpunt wilde zij op dat moment niet worden afgebracht en zoals later bleek, ook later niet, omdat zij niet kwam opdagen voor het cytologisch onderzoek. Achteraf heeft mevrouw R.K. zich afgevraagd of zij niet had moeten zeggen: “kind, je hebt kanker en je zal eraan sterven”, maar dan was zij haar zeker kwijtgeraakt, zo meent mevrouw R.K. Door een eind met haar mee te gaan en haar keuze te respecteren hoopte zij haar naar de reguliere zorg te leiden. Dit is helaas niet gelukt. Enkele maanden later heeft mevrouw R.K. opnieuw een patiënte van dr. D. gezien, eveneens met een mammacarcinoom (T4), die ook al in verschillende ziekenhuizen en bij alternatieve hulpverleners was geweest. Deze patiënte wist wel dat zij kanker had en daardoor kon mevrouw R.K. makkelijker met haar praten, waarna zij instemde toch de reguliere weg te volgen. Voorlopig heeft deze patiënte hiermee succes, het proces kon tot staan worden gebracht en is daarna in regressie gegaan.

Mevrouw R.K. meent echter ook dat wanneer zij in de gelegenheid geweest was meerdere gesprekken met mevrouw M. te voeren, dat het dan waarschijnlijk wel gelukt was haar te motiveren voor een reguliere behandeling. “Zeker weet je dat natuurlijk nooit, daar patiënte zeer gefocust was op alternatieve geneeswijzen en veel bezwaren tegen de reguliere zorg had”. Bezwaren die mevrouw R.K. ook herkent. In de reguliere zorg is er doorgaans te weinig aandacht voor de mens achter de patiënt en patiënten ervaren de technische, zakelijke benadering als kil. De behandeling staat voorop en qua begeleiding en aandacht schiet men tekort. Het gevolg is dat patiënten zich niet begrepen voelen en hun heil elders zoeken. Het sterke punt van het alternatieve veld is volgens mevrouw R.K., dat daar wel veel aandacht besteed wordt aan de belevingsaspecten van de ziekte; men richt zich tot de gehele mens en niet slechts op het zieke orgaan. Zelf probeert mevrouw R.K. als medisch specialist wel ‘holist’ te zijn jegens haar patiënten, “zoals Hipocrates dat ons heeft voor-

gehouden". Zij breekt een lans voor integratie van de reguliere geneeskunde en die vormen van niet-reguliere geneeskunde die een genezingsproces ondersteunen en ook die vormen die een individu inzicht verschaffen in zijn/haar werkelijke natuur, waardoor die de verantwoordelijkheid voor zijn leven daadwerkelijk aanvaardt. Mevrouw R.K. zegt verder: "Zo'n aanpak, het benaderen van de patiënt in zijn totaliteit, is tijdsintensief en vergt gemeente interesse in de mens. Een medicus is daar minder voor uitgerust. Een samenwerkingsvorm tussen regulier en niet-regulier zou daarom een verrijking kunnen zijn en bij totstandkoming hiervan zouden medici, die zelf met een levensbedreigende ziekte te maken hebben gehad, een voorname rol kunnen spelen. Ze zijn beiden hard nodig, want als eenmaal een lichamelijke afwijking is gediagnosticeerd, dan ontkom je niet meer aan de normale reguliere behandeling, anderzijds moet de behandeling menselijk blijven. Dat vraagt om een cultuuromslag in het medische vakgebied en zou wel eens de meest spraakmakende en effectieve vernieuwing kunnen zijn in de gezondheidszorg, waar zo intens behoefte aan is. Mevrouw M., en met haar ook andere vrouwen, heeft dit met haar keuze aan de reguliere gezondheidszorg duidelijk willen maken."

Met betrekking tot haar bemoeienis met mevrouw M. heeft mevrouw R.K. geen contact met de huisarts gehad, het betrof niet een doorsnee consult, maar een persoonlijk gesprek met mevrouw M. op verzoek van dr. D. en aan hem werd verslag uitgebracht.

2.2.17 De heer C.J.M. Br., arts te Haarzuilens

De heer Br. bedrijft in Haarzuilens een niet-reguliere praktijk van ongeveer 2700 patiënten waaronder 180 patiënten met kanker. De wachtlijst is ongeveer een jaar voor algemene klachten als vermoeidheid; voor kankerpatiënten is de wachttijd 3 à 4 dagen. Patiënten komen over het algemeen door mond-tot-mondreclame bij hem.

De patiëntencategorieën die hij behandelt zijn: patiënten die al jarenlang vergeefs onder behandeling zijn binnen het reguliere circuit, patiënten met lichte klachten die bewust bij hem een behandeling willen en kankerpatiënten. De meest patiënten hebben chronische vermoeidheidsverschijnselen, daarnaast behandelt hij fibromyalgie, multiple sclerose, reuma en allergische aandoeningen. Zijn ervaring in het kader van de alternatieve behandeling daarbij is dat de bacteriesamenstelling van de dikke darm bij deze ziekten een belangrijke rol speelt.

Op 4 september 1995 is Br. door het Medisch Tuchtcollege te Utrecht geschorst in de bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen voor een periode van drie maanden, naar aanleiding van een klacht van de toenmalig Geneeskundig Inspecteur in Utrecht. Het College motiveert de maatregel als volgt:

Als arts heeft Br. het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnd, daar hij in zijn praktijkvoering blijkt geeft van een eenzijdige gedrevenheid, uitsluitend gericht op het met een alternatieve methode stellen van een diagnose en het bepalen van een eveneens alternatieve behandeling, met voorbijgaan aan de eisen van zorgvuldigheid en objectiviteit, die daaraan moeten worden gesteld. Aldus oefent de arts de geneeskunst op een eenzijdige en ongefundeerde wijze uit, waardoor hij in een aantal gevallen aantoonbaar en ernstig is tekortgeschoten in de zorg die de patiënten van hem hadden mogen verwachten.

In hoger beroep heeft het Gerechtshof te Amsterdam bij beslissing van 19 april 1996 de bestreden beslissing gehandhaafd, voor zover daarin is opgenomen dat de arts zich schuldig heeft gemaakt aan handelingen, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnen, en deze in zoverre aangevuld dat de arts ook blijkt heeft gegeven aan grove onkunde. Het Hof legde als maatregel een schorsing op voor een periode van zes maanden.

Op 6 december 1996 wordt bij Arrest van de Hoge Raad het beroep, dat de arts in cassatie had ingesteld, verworpen.

Naar aanleiding van de ernstige en geground bevonden klachten tegen Br., wordt op 21 mei 1997 met de Inspectie voor de Gezondheidszorg een protocol overeengekomen met condities waaronder hij na zijn praktijkhervatting gaat werken.

In het eerste gesprek dat de inspectie naar aanleiding van de casus M. met Br. voerde stelt Br. zich strikt aan voornoemd protocol te houden.

Br. beschrijft zijn praktijkvoering als volgt:

“Bij een eerste consult wordt de klacht van de patiënt geïnventariseerd en er wordt een anamnese afgenomen. Patiënten worden verzocht de gegevens van de huisarts mee te nemen. De informatie van de huisarts en de anamnese worden samengevoegd en opgeschreven. Daarnaast wordt zo nodig bloedonderzoek, bloeddruk en lichamelijk onderzoek gedaan. Tevens wordt er gekeken wat bekend is van vorige onderzoeken bij de patiënt, met name naar uitslagen van scopieën en andere dikke-darmonderzoeken. Indien de patiënt dat wenst wordt er een Vega-test afgenomen, de patiënt wordt daarbij voorgelicht over het niet-wetenschappelijk onderbouwd zijn van deze test. Stemt de patiënt toe in deze test dan wordt de uitslag ervan gebruikt om samen met de andere gegevens tot een diagnose te komen. De Vega-test is niet echt nodig, volgens Br., maar is er ter bevestiging voor de patiënt. Het onderzoek kan ook met de handen worden uitgevoerd en geeft dan dezelfde informatie die nodig is voor de diagnose en het instellen van de behandeling. Als er aanvullend onderzoek nodig is, bijvoorbeeld een scopie dan wordt de patiënt terugverwezen naar de behandelend arts. Deze krijgt een brief met daarin het verzoek om dit onderzoek te laten uitvoeren”. Br. verklaart de reguliere diagnose en behandeling belangrijk te vinden. Mocht patiënten niet regulier behandeld willen worden, ook niet op advies van Br., dan ontvangen ze wel de gevraagde alternatieve behandeling. Br. legt in zijn dossier verslag van de diagnose en van de behandeling, zowel regulier als alternatief. Ook zou hij de keuze van de patiënt voor een alternatieve wijze van diagnosestelling en therapie in zijn dossier vastleggen. Hij laat dit niet ondertekenen, hij acht dit afbreuk doen aan de vertrouwensband tussen arts en patiënt.

De Vega-test is het enige alternatieve diagnostische hulpmiddel dat Br. gebruikt. Hij werkt ook met theorieën die niet in de reguliere geneeskunst bekend zijn. Zo is er bijvoorbeeld volgens hem een variant van toxoplasmose, die niet met de reguliere onderzoeksmethoden kan worden vastgesteld en die de alvleesklier aantast. Br. kan deze wel aantonen en hierop de therapie instellen. Met name de behandeling van parasieten zijn een belangrijk onderdeel van zijn praktijk; deze behandeling vindt plaats naast de reguliere therapieën. Uiteraard alleen als deze behandeling verantwoord is naast de reguliere therapie. Br. erkent dat de alternatieve therapieën die hij aanbiedt niet wetenschappelijk zijn onderbouwd. Homeopathische geneesmiddelen en kruiden worden het meeste voorgeschreven in zijn praktijk, orthomoleculaire middelen weinig. Het motto is: er gaat geen pil de deur uit of hij is verantwoord.

Br. rapporteert op verzoek van de patiënt niet rechtstreeks over zijn behandeling aan de behandelend arts. Hij geeft de patiënten een brief mee en die kunnen ze aan de behandelend arts geven. In dit verband heeft hij vanuit privacy-oogpunt van de patiënt moeite met het feit dat de huisarts op de hoogte is, via het apotheekbestand, van de medicatie die hij voorschrijft.

Br. is aangesloten bij de NAAV (Nederlandse Artsen Accupunctuur Vereniging). Hij woont bijeenkomsten van deze vereniging bij en zit in een refereerclubje.

Br. heeft met betrekking tot zijn bemoeienissen met mevrouw M. een schriftelijk uitgetypt verslag gemaakt (gedateerd 20 november 2002) en heeft dit aan de inspectie ter beschik-

king gesteld. Zijn weergave, gedestilleerd uit voornoemd verslag en uit de door de inspectie met Br. (en zijn advocaat) gevoerde gesprekken luidt – samengevat – als volgt.

Br. zag mevrouw M. voor het eerst op consult op 12 december 2000. Hij acht het mogelijk dat het contact op aanraden van mevrouw O. T. – die hij op een congres ontmoet heeft – tot stand gekomen is.

Anamnestic vernam Br. de voorgeschiedenis, hij heeft geen informatie bij huisarts, specialist of behandelaar anderszins opgevraagd. Br. zegt dat patiënte hem daarvoor geen toestemming gaf. In tegenspraak met het protocol, heeft hij patiënte daarvoor niet laten tekenen.

Br. beschrijft van patiënte te hebben vernomen dat de diagnose borstkanker gesteld was en dat de reguliere behandelaars geen andere therapie toelieten dan ‘eerst chemotherapie, gevolgd door operatie’. Daar patiënte geen chemotherapie wenste, ging zij op zoek naar alternatieve oplossingen.

Br. zou tot de diagnose gekomen zijn: adenocarcinoom van ernstige aard, met uitbreiding naar axillair en claviculair.

Zoals het (met IGZ overeengekomen) protocol voorschrijft bij het toepassen van alternatief diagnostisch onderzoek, zou patiënte aan Br. gevraagd hebben de ‘Vega-test’ toe te passen (de vegetatieve reflex test). Het akkoord van patiënte, zou in het dossier zijn opgetekend.

De inspectie heeft vastgesteld dat de akkoordverklaring niet is ondertekend door patiënte.

De Vega-test gaf als uitslag: “kanker met secundair bacteriële abcesvorming”. Met betrekking tot het laatste zou het gaan om een E-Coli bacterie.

Br. zou als advies gegeven te hebben: “operatie op korte termijn”.

Als alternatieve behandeling verstrekke hij uit eigen laboratorium de middelen Protexa en Zywt ter bestrijding van de bacteriële infectie. Hij legde uit dat de bacteriële abcessen in elk geval behandeld moesten worden, omdat ze tot bloedvergiftiging konden leiden en dan levensbedreigend konden zijn.

Br. beschrijft dat patiënte ten aanzien van een reguliere behandeling (operatie) in een patstelling verkeerde. Br.: *“Operatie waar ik herhaalde malen op heb aangedrongen was niet mogelijk, omdat de chirurg vond dat er protocollair eerst chemo moest worden toegepast. Patiënte wilde absoluut geen chemo. Ik heb dat uitgebreid met patiënte besproken. Mijn beleid was toen gericht op de behandeling van de bacteriële abcessen. Patiënte gaf aan contact te hebben met een andere chirurg in het OLVG, welk contact ik heb aangemoedigd, mede omdat ik het beleid van de oncoloog in het AvL zeer arbitrair vond. Ik heb patiënte op vervoliconsulten gehad, waarbij ik herhaaldelijk bij patiënte erop aangedrongen heb een afspraak met een chirurg te maken voor een consult. Ik heb aangegeven dat een operatie onvermijdelijk was”.*

Volgens Br. wilde patiënte zelf wel een operatie, mits zonder voorafgaande chemotherapie. Ondanks dat hij een operatie noodzakelijk geacht zou hebben, heeft Br. geen contact gezocht met een chirurg (of desnoods de huisarts). Dit “omdat je als alternatief genezer maar weinig invloed hebt”. Wel zegt Br. aan patiënte een brief te hebben meegegeven “voor de nieuwe chirurg” of een andere. *“Ik heb gezegd: overweeg een operatie zonder chemo, want ze wil geen chemo”.* Br. beschouwt het als de eigen verantwoordelijkheid van de patiënte wat zij met de brief deed. *“Ze wist dondersgoed dat ze geopereerd moest worden om te overleven. Ik heb haar nog gevraagd: Heb je de brief afgegeven? Ze mag onwaarheden zeggen. Ze zei dat ze die bij het OLVG had afgegeven en dat men niet wilde opereren”.*

In het medisch dossier staat bij 19 februari 2001: “brief meegegeven voor chirurg AvL. Operatie zonder chemo zou moeten kunnen”. Op 26 februari 2001: “chirurg weigert medewerking”. Op 11 april 2001 staat er: “opnieuw naar chirurg verwezen”.

Huisarts K. verklaarde tegenover de inspectie: "Op zeker moment overhandigde mevrouw M. een brief ter inzage, afkomstig van de alternatief werkend arts Br., gericht aan hem als huisarts. Deze brief was door Br. aan patiënte meegegeven, aan haarzelf overlatend om deze aan haar huisarts te overhandigen". K. is stellig dat Br. in de brief een bacteriële infectie als diagnose vermeldde; niettemin was de behandeling niet gelukt en patiënte werd terugverwezen naar de huisarts. Mevrouw M. was bijna een half jaar onder behandeling van deze arts.

Br. zegt patiënte ongeveer drie maanden in behandeling te hebben gehad. In gezamenlijk overleg zou de behandeling beëindigd zijn.

Gedateerd 14 mei 2001, staat als laatste consultdag in het dossier "*Patiënt geeft aan naar Millingen te willen gaan →magneetveldtherapie*".

Over de behandeling van mevrouw M. door Br. is in de media commotie en verontwaardiging ontstaan: hij zou haar hebben voorgehouden dat zij niet aan kanker leed, maar dat sprake was van een bacteriële infectie, die hij in 6 weken zou genezen.

Woordelijke transcriptie uit de uitzendingen van het tv-programma 'NOVA' van 1 september 2001

www.novatv.nl

Voice over: Via, via komt ze terecht bij de alternatieve arts Br. in Haarzuilens.

Voor het eerst krijgt ze weer een beetje hoop. Er is geen sprake van borstkanker vertelt Br. het gaat bij M. om een bacteriële infectie. Binnen zes weken zal ze genezen zijn.

N. W., partner: "Hij gaf haar homeopathische medicijnen om die bacterie te bestrijden. En dat hielp. Hoe dat kwam ja dat weet ik nog steeds niet misschien dat je in je hoofd een knop omzet en dat het dan beter werkt dan anders maar toch had het in het begin vrij goede resultaten alleen niet genoeg."

Presentatrice: Hij bracht dat ook op een manier waarop ook u dacht hij heeft gelijk?

N. W., partner: "Absoluut. Ja. Hij was erg zeker van zijn zaak."

Dr. E. R., chirurg in het AvL: "Dat is pure misleiding. Als klip en klaar histologisch en onder de microscoop bewezen is dat het kanker is, dan valt dat nooit meer weg te poetsen. Dan is die diagnose daar en dan is het dus nooit veroorzaakt door een bacteriële infectie, nee, het is kanker."

N. W., partner: "Ja, na verloop van tijd, ik denk dat wij toen een maand of twee bij hem onder behandeling liepen, toen had hij ook wel zo iets van

De borst werd niet kleiner, nam niet af in omvang. En toen stelde hij zelf voor, van je moet misschien even toch op zoek naar een chirurg gaan die dat eventueel dat operatief kan verwijderen. "

Fragment uit 'Rondom Tien' van 6 september 2001

Presentator: "Ik ga naar een ander punt toe. De naam dokter Br. die viel net. U heeft contact gehad met dokter Br., ook in verband met S. M. . Hoe dacht dokter Br. dat S. M. beter zou worden. Wat zei hij tegen haar? "

C. B.: "dat ze geen kanker had. Sorry. "

Presentator: "Hoe zou de tumor dan uit haar lichaam gaan, of het abces?"

Mevrouw O. T.: "S. heeft verschillende medicijnen gehad en de verwachting was dat op een gegeven moment dat het abces zou openbreken en op zo'n manier dat het abces er aan de onderkant eruit zou komen."

Presentator: "En dat zei dokter Br. "

Mevrouw O. T.: "Ja".

Presentator: "Als u dat hoort, Ten Bokkel Huinink, wat vindt u daarvan."

W. ten Bokkel Huinink: "Ja, ik heb over deze discussie twee dingen, één ding echt te zeggen. Maar laat ik eerst antwoorden op uw directe vraag. Als borstkanker voortschrijdt dat gaat het op een goed moment open. En als ik als internist in de kankerbehandeling iets vrees, dan is het een zwerend borstkankerproces. Dat is iets afgrijselijks. En het is volledige flauwekul om te roepen dat het open gaat, dat het dan weer klaar is, dat het dan naar buiten gaat, nee het gaat open het gaat zweren en de patiënt gaat gewoon dood. "

C. B.: "Hij heeft het niet over kanker dokter, hij heeft het over een bacteriële infectie. Dat is toch heel wat anders dan borstkanker? "

W. ten Bokkel Huinink: "Dan had hij zich beter moeten oriënteren."

C. B.: "Natuurlijk, daar zijn we het over eens."

W. ten Bokkel Huinink: "Dat is ronduit schandalig, de diagnose kanker was gesteld..."

Huisarts G. J. uit Millingen a/d Rijn had een paar dagen voor haar overlijden bemoeienis met mevrouw M.

Uit het gesprek dat de inspectie met hem voerde:

J. beschouwt het nog steeds als onvoorstelbaar dat hij, in dit obligaate terminale stadium, als invallend arts, het 'slecht nieuws-gesprek' heeft moeten voeren.

Geconfronteerd met de realiteit, reageerde patiënte met: "Misschien heb ik toch de verkeerde keuze gemaakt." Zij beschouwde dat als haar eigen keuze, maar vertelt ook dat 'J.' haar bevestigd had "dat ze geen kanker heeft". Haar partner vertelt dan dat de arts Br. met de bacterie-diagnose gekomen is.

Uit het gesprek dat de inspectie met mevrouw O. T. voerde:

Vervolgens adviseerde zij mevrouw M. de arts Br. in Haarzuilens te raadplegen om een diagnose te stellen. Mevrouw O. T. had al eerder met Br. contact gehad en met hem gesproken over de relatie bacterie en kanker.

"Mevrouw M. ging inderdaad op consult bij de heer Br., die een bacteriële infectie vaststelde en haar beloofde dat er met zijn behandeling binnen enkele weken een verbetering zou zijn". Achteraf heeft mevrouw M. aan Mevrouw O. T. te kennen gegeven

dat zij erg teleurgesteld was over de behandeling van Br. en leed onder de toezegging die niet uitkwam.

Uit het gesprek dat de inspectie met de heer C. B. voerde:

“Kort daarna is ze in behandeling bij dokter Br. gekomen. Deze vertelde haar dat ze leed aan een bacteriële infectie, die alleen hij kon behandelen daar alleen hij beschikte over het juiste middel. Dit vertelde mevrouw M. aan C.B., die haar nog adviseerde om het middel te laten onderzoeken”.

Begin november verbrak mevrouw M. het contact met C.B. Begin februari 2001 heeft hij nog een keer met haar gebeld. Hij vernam van patiënte dat Br. had gezegd dat hij de bacteriële infectie kon genezen maar dat deze zich afvroeg of er zich een zoutschil om de afwijking had gevormd. C.B. antwoordde daarop dat je dat alleen zeker kan weten als je dat laat onderzoeken. Hij stelde een PET-scan voor die in Brussel gemaakt zou kunnen worden.

De heer H. van der H. is de voormalig partner van mevrouw M. en heeft tot medio maart 2001 regelmatig contact met haar onderhouden.

Uit het gesprek dat de inspectie met de heer van der H. voerde:

“In november 2000 belde mevrouw M. Van der H. uitgelaten op. Ze wist zeker, ze had geen kanker. Ze was bij een arts – Br. genaamd - onder behandeling gekomen en deze had vastgesteld dat er geen sprake van kanker was, maar van een bacteriële infectie. Hij zou haar in zes weken beter maken. Ze gaf aan het een schande te vinden dat zeven oncologen zich zo konden vergissen.”

De heer A. van den H., bevriende collega van mevrouw M. bij het tv-programma Ook dat nog!.

Uit het gesprek dat de inspectie met de heer van den H. voerde:

“Op een zeker moment kwam S. bij dokter Br. terecht. S. sprak daar heel enthousiast over. Hoe al die andere doktoren er toch zo naast konden zitten, het was onbegrijpelijk”, meende S.M.

Br. had vastgesteld dat er geen kanker was maar een bacterie en Br. zou haar daar in zes weken vanaf helpen. Het was zo vanzelfsprekend en overtuigend dat iedereen in de omgeving geloofde dat het goed zou komen. Dat de tumor groter en groter werd en er op een zeker moment vocht uitkwam, werd verklaard met "het komt er uit en da's een goed teken”.

De inspectie heeft de originele behandelkaart bij Br. opgevraagd; het betrof een zogenaamde 'groene kaart', zoals huisartsen die ook vaak gebruiken voor hun medische verslaglegging. De inhoud op de kaart onderschrijft goeddeels de behandelgeschiedenis, zoals Br. deze tegen de inspectie kenbaar heeft gemaakt. Op verschillende plaatsen wordt gesproken over

een "adenoomcarcinoom" en - op een paar logistieke onvolkomenheden na - komt het beloop overeen zoals door Br. beschreven.

De inspectie heeft de patiëntenkaart voor onderzoek aangeboden aan het Nederlands Forensisch Instituut te Rijswijk. Deze heeft de kaart voor onderzoek vacuüm doorgestuurd naar haar zusterorganisatie in Canada, 'the forensic sciences division' van 'the Laboratory and Scientific Services Directorate', die wereldwijd als expert geldt op het forensisch onderzoeksterrein van 'ink dating'. Uit dit onderzoek is gebleken dat de onderzochte fragmenten op de patiëntenkaart korter dan een jaar vóór het forensisch onderzoek zijn opgeschreven. Dat wil zeggen, de kaart is ingevuld na 21 januari 2002. De kaart is aldus geantedateerd, ruim na het overlijden van mevrouw M. en meer dan een jaar na de behandelingsperiode door Br.

2.2.18 De heer J.A.M. K., alternatief werkend arts in Millingen a/d Rijn

Woordelijke transcriptie uit de uitzendingen van het tv-programma 'NOVA' van 1 september 2001

www.novatv.nl

Voice-over: Millingen aan de Rijn, een klein dorp bij Nijmegen. De laatste twee maanden van haar leven woont S. M. bij J. K. en T. D. in huis. Zij behandelen kankerpatiënten met magneetveldtherapie.

In beeld: K. met achter zich het magneetveldapparaat 'Lotje'. Vanuit het apparaat loopt een kabel eindigend in een lus die een patiënte tegen de rechterborst houdt.

K.: "Het is zo dat mevrouw komt voor een magneetveldbehandeling, dat heet Papimi-behandeling, wij hebben het apparaat 'Lotje' genoemd om verschillende redenen. Het is dus zo dat de patiënt zelf de plekken aangewezen heeft gekregen van mij, waar dus het magneetveld toegediend moet worden en dat halen we meestal uit de papieren van de patiënt. Dan, het magneetveld wordt via deze slang naar buiten toegebracht, het apparaat zelf maakt het magneetveld en het magneetveld maakt een soort bol aan twee kanten wat 15 cm diep gaat."

Voice-over:

De magneetvelden zorgen er volgens K. voor dat tumoren slinken en zelfs verdwijnen. Bij M. lijkt de therapie in het begin te werken. Van twaalf pijnstillers op een dag gaat ze terug naar drie.

K.: "Een prognose hebben we nooit kunnen geven. De klachten die of de ziekte die S. heeft, die is gewoon toch goed duidelijk in beeld geweest dat we gezegd hebben: nee hebben we, ja kun je krijgen. En alle resultaten die positief zijn, dat is mooi meegenomen. En in die sfeer hebben we ook gehandeld. Het is, het is iets wat die hele tijd eigenlijk duidelijk was voor ons allemaal dat het een heel zwaar gevecht was en dat dat gevecht erop of eronder was."

N. W., partner van mevrouw M.: "De laatste drie weken ging het zo snel bergafwaarts met haar lichamelijke conditie dat wij wel hadden zoiets van ja, nu moet er echt, zij heeft hulp nodig - professionele hulp - op het gebied van een aangepast bed. Ze kon niet liggen, ze kon niet zitten, ze kon niet slapen, zij had zo'n vochtopname dat ze op het laatst ook niet meer kon staan dus ze had echt faciliteiten nodig die het haar zo makkelijk mogelijk maakten en dat had die dokter natuurlijk niet. Dus toen kregen wij wel het gevoel, van ja je moet iets gaan doen; een ziekenhuis is dan het eerste waar je aan denkt of thuiszorg die de faciliteiten bij je thuis kan brengen."

Over de behandeling van mevrouw M. in Millingen a/d Rijn heeft de inspectie met een groot aantal partijen gesproken. In de eerste plaats met K. zelf (met daarop volgend een uitvoerige correspondentie), met de huisartsen in Millingen, met een arts die in de praktijk gewerkt heeft en met familieleden (de familie C.) van een ex-patiënt die tegelijkertijd met mevrouw M. in Millingen verbleef.

Spontaan hebben zich vier ex-medewerkers van de praktijk bij de inspectie gemeld die allen de behandeling van mevrouw M. van nabij hebben meegemaakt, mevrouw M. veelvuldig gesproken hebben en zich hetgeen gebeurd is ernstig hebben aangetrokken. Zij meenden hierover niet te kunnen zwijgen. Onafhankelijk van elkaar heeft de inspectie van elk een verklaring opgenomen, die met een handtekening geautoriseerd is.

K. voert praktijk in medisch centrum De Grens in Millingen a/d Rijn. De naam refereert niet alleen aan de geografische ligging vlakbij de grens van Nederland en Duitsland, maar ook aan de wijze van zorgverlening, hetgeen volgens K. plaatsvindt op de grens tussen regulier en alternatief. K. zegt er bewust voor te hebben gekozen om in de naam van de praktijk niet het woord "alternatief" op te nemen, omdat dit begrip nog te veel geassocieerd wordt met niet-meetbare geneeswijzen terwijl hij zich uitsluitend zou bezighouden met meetbare alternatieve geneeswijzen.

Sinds december 1999 is de praktijk gevestigd in een voormalige meubelzaak, die na een ingrijpende verbouwing geschikt werd gemaakt. Op de begane grond bevinden zich de praktijkruimten, de privévertrekken bevinden zich op de 1^e en 2^e verdieping. In het pand zijn drie kamers geschikt gemaakt voor het intern laten verblijven van gasten. Het pand is voorzien van een lift.

De echtgenote van K. heeft de organisatorische en zakelijke leiding over de praktijk; daarnaast heeft zij een bedrijf in Herbalife-producten (voedingssupplementen).

In de praktijk is ook een fysiotherapeut-osteopaat werkzaam, naast praktijkondersteunende medewerkers. Vroeger werkte er een tweede arts in de praktijk. Sinds 1 januari 2001 is er een 'manager' in de praktijk aangesteld. Volgens de oud-medewerksters was dit nodig om orde op zaken te stellen want administratief was het een chaos.

K. geeft aan dat hij samenwerkt met reguliere hulpverleners zoals huisartsen, ziekenhuizen en arbo-artsen, maar dat patiënten in het merendeel der gevallen zichzelf aanmelden als gevolg van mond-tot-mondreclame. De praktijk zou ca. 10.000 patiënten beslaan. Volgens K. dient elke nieuwe patiënt vooraf een vragenlijst in te vullen, waarop ziekteverleden, medicijngebruik, de klachten en persoonsgegevens ingevuld moeten worden. Volgens K. nemen patiënten in 50% van de gevallen spontaan hun medische gegevens mee. Zo niet en ingeval K. deze toch nodig heeft dan vraagt hij aan de patiënt om bij de huisarts het medisch dossier op te vragen, hetgeen bijna altijd zou lukken.

K. vraagt nooit zelf medische gegevens op bij specialist en/of huisarts. Zijn ervaring zou zijn dat dit niet gehonoreerd wordt. Daarnaast speelt dat patiënten er vaak bezwaar tegen hebben dat informatie wordt opgevraagd. Patiënten zouden nogal eens bang zijn dat hun relatie met de huisarts/specialist verslechtert, als deze weet dat de patiënt zich tot een alternatieve arts heeft gewend. K. meent met deze werkwijze nimmer belangrijke medische informatie over een patiënt gemist te hebben. Op de opmerking van de inspectie dat hij beter toch zelf de vakinhoudelijke informatie kan opvragen, antwoordt K. dat het maar zelden voorkomt dat hij nadere informatie nodig heeft. Het risico van overbodig dubbelonderzoek is er volgens K. ook niet, daar hij in zijn praktijk geen regulier onderzoek verricht zoals klinisch chemisch of hematologisch labonderzoek; hij verricht uitsluitend 'aanvullend' onderzoek.

Wanneer K. een patiënt in behandeling heeft genomen, of wanneer een behandeling beëindigd wordt, verstuurt K. geen bericht aan de huisarts. Op het door de inspectie geuite

bezwaar dat het niet goed is als de huisarts - als centrale spil in het zorgnetwerk rond de patiënt - niet van de behandeling (plus resultaten) op de hoogte is, zegt K. dat de patiënten hem hiervan weerhouden om dezelfde reden als dat hij geen medische informatie (rechtstreeks) opvraagt.

Verklaringen van A. de W. en G. J., huisartsen in Millingen a/d Rijn.

De W. is nu zeven jaar huisarts in Millingen. Toen hij zich vestigde, merkte hij weldra van het bestaan van de alternatieve praktijk in Millingen. Om verschillende redenen stoot hij zich aan de activiteiten van K.

K. boezemt door zijn vriendelijke en begrijpende houding vertrouwen in en zet op oneigenlijke wijze zijn arts-zijn in. Zijn methodieken zijn wars van de medisch professionele standaard. Zo gebruikt hij de Vega-test bij het stellen van diagnoses en past een scala aan behandelingsmethoden toe die verre van 'the state of the art' afstaan. Ondermeer wordt de zogenaamde magneetveldtherapie toegepast. Waar De W. zich ronduit aan ergert is dat patiënten genezing in het vooruitzicht wordt gesteld – dan wel dat die suggestie gewekt wordt - zelfs bij een terminale ziekte. Hij heeft last van de praktijk wanneer patiënten van K. op zijn spreekuur verschijnen en hij ze ervan moet overtuigen dat er niet aan hand is wat K. ze met zijn diagnostiek heeft aangepraat. Dan moet bijvoorbeeld leverfunctie-onderzoek worden verricht omdat K. met de Vega-test "iets aan de lever" heeft aangetroffen.

Huisarts J. vertelt vergelijkbaar. Toen hij zich zo'n negen jaar geleden zich in Millingen vestigde, bemerkte hij ook dat er in dezelfde plaats een alternatief werkend arts praktijk hield. Dit betreft de basisarts K., die zich bezighoudt met een scala aan alternatieve behandelingswijzen (waaronder acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijzen, geluidstherapie, magneetveldtherapie). Diagnosen worden gesteld met behulp van electro-acupunctuur.

Via zijn patiënten hoort J. hoe het in de alternatieve praktijk toegaat, een rechtstreekse samenwerkingsrelatie is er niet. J. kent K. alleen van de jaarlijkse nieuwjaarsreceptie bij de plaatselijke apotheker.

In de beginjaren van zijn praktijkvoering werd J. nogal eens benaderd door patiënten van K. met het verzoek om recepten te ondertekenen van door K. voorgeschreven middelen, alsook om bloedonderzoek te verrichten (op bijvoorbeeld leverfuncties) nadat K. – op zijn wijze – diagnostiek had bedreven. J. beschouwde dit als oneigenlijke vragen en heeft deze nooit gehonoreerd. Geleidelijk aan hielden deze verzoeken enige jaren geleden op.

J. heeft de indruk dat de alternatieve praktijk sinds twee à drie jaar zakelijker en grootschaliger is gaan werken met waarschijnlijk investeerders op de achtergrond. Men heeft het pand van een voormalige meubelzaak gekocht en verbouwd. De praktijk bevindt zich op de benedenverdieping, de bovenverdieping dient als woning. De praktijk heeft geen klinische faciliteiten, wel heeft J. begrepen dat de heer K. soms patiënten laat verblijven in het privédeel van zijn huis, zoals in de situatie van mevrouw M. Zo heeft hij ook weet van een andere patiënt - iemand met een hersentumor - die ook intern bij de heer K. verbleef. Sinds de verhuizing heet de praktijk 'Gezondheidscentrum'. De echtgenote van K. beheert het zakelijke deel van de praktijkvoering.

In zijn praktijk past K. de volgende behandel- en onderzoeksmethoden toe:

- Homeopathie.
- Orthomoleculaire therapie.
- Geluidstherapie.

- (Electro-)accupunctuur.
- Elektrische accupunctuur, als onderzoeksmethode en als behandeling; K. verricht bijna geen naaldaccupunctuur, daar deze te arbeidsintensief is.
- Vitaminen en mineralen suppletie.
- Laboratoriumonderzoeken: donkerveldmicroscopie, urineonderzoek, bloedsuiker bepaling, zuurgraad bepaling, bepaling van zware metalen.
- Darmspoelingen, de ‘colonhydrotherapie’.
- In nabije toekomst wil K. ook de ‘Vincent-methode’ gaan toepassen. Daarmee zou de buffer- of reservecapaciteit van patiënten bepaald kunnen worden.

K. geeft aan zoveel mogelijk onderzoeksmethoden bij een patiënt toe te passen “om zodoende zoveel mogelijk objectieve medische gegevens te vergaren en zo breed mogelijk te kunnen diagnosticeren”.

De oud-medewerkers:

Alle vier oud-medewerksters waren intern opgeleid als ‘meetster’ voor de uitvoering van electro-accupunctuur, drie zijn daadwerkelijk hierin werkzaam geweest. Zo’n meting werd vastgelegd en zichtbaar gemaakt via een computeruitdraai. De werknemers hadden allen het gevoel dat de opleiding gebrekkig was en dat hun niet duidelijk geleerd werd hoe ze moesten meten en hoe hard de druk op de meetpen moest zijn om een adequate meting te kunnen verrichten. Er konden dan ook individuele verschillen ontstaan bij de meting van een patiënt, afhankelijk van wie de meting verrichtte. Verder was het voor de werknemers onduidelijk op welke wijze de arts de interpretatie van de meetgegevens vorm gaf. K. vertelde zijn medewerkers dat hij via de meting kon zien of er wel of niet sprake was van kanker. Een meting duurde ongeveer 30 minuten en er vonden in de praktijk circa tien metingen per dag plaats.

Volgens de oud-medewerksters was er sprake van summiere dossiervorming; er werden aantekeningen over de metingen opgenomen, vrijwel nooit een diagnose. Het dossier van mevrouw M. bevond zich aanvankelijk bij de andere dossiers; later was het dossier daar niet meer.

De meetsters moesten ook darmspoelingen (‘colonhydrotherapie’) verrichten waarmee zij veel moeite hadden, omdat zij vonden dat zij hiervoor niet voldoende waren opgeleid.

De echtgenote van K. organiseerde voorlichtingsbijeenkomsten over voeding in het kader van haar agentschap van Herbalife. Soms hield K. daarbij een lezing. Hij schreef deze Herbalife-producten ook wel eens voor aan zijn patiënten als voedingssupplement ter ondersteuning van de behandeling.

Een apart hoofdstuk vormt ‘de magneetveldtherapie’ met het Papimi-apparaat - in Millingen omgedoopt tot ‘Lotje’ – dat in begin 2001 in de praktijk kwam. Het apparaat zou geschonken zijn door een patiënt met prostaatkanker, die er ook zelf mee behandeld is. De meetsters werden bij het aansluiten van patiënten op het apparaat ingeschakeld, zij hebben ervaren dat het voornamelijk kankerpatiënten betroffen.

K. beschrijft de magneetveldtherapie als ‘aanvullend’, waarmee hij bedoelt dat patiënten tegelijk hun reguliere behandeling kunnen ondergaan. De toepassing van de behandeling is experimenteel; K. zegt zijn patiënten hierover in te lichten.

De oud-medewerkers:

De magneetveldtherapie werd vaak gecombineerd met het voorschrijven van vitamines, mineralen, en voedingssupplementen. Een magneetveldbehandeling werd meestal voorafgegaan door een electro-accupunctuur meting, in sommige gevallen werd dit herhaald na afloop van de behandeling.

Wanneer K. vertelt dat de magneetveldtherapie in eerste instantie is bedoeld voor patiënten met artrose of hernia, wijst de inspectie erop dat op de internetsite van Papimi vooral de relatie wordt gelegd met de behandeling van kanker. Op deze site komt ook het logo van het Gezondheidscentrum 'De Grens' voor en er wordt een opsomming gegeven van de resultaten en genezingen die K. met het apparaat bereikt heeft bij verschillende vormen van kanker.

In reactie daarop zegt K. niets van deze website af te weten en er ook geen toestemming voor te hebben gegeven. Geconfronteerd met een uitdraai van de website, herkent K. de beschreven casuïstiek; hij heeft deze ongeveer anderhalf jaar geleden gepresenteerd op een lezing in München. Een opmerkelijke casus betreft een 58-jarige patiënte met een (regulier) onbehandeld mammacarcinoom. Na behandeling met 'Lotje' is patiënte in het ziekenhuis onderzocht en het kwaadaardige gezwel zou geheel verdwenen zijn. K. weigert, ook geanonimiseerd, om de inspectie inzage in deze casus te verschaffen om reden dat de patiënte hem uit privacy-overwegingen hiervoor geen toestemming geeft. Wel zegt K. doende te zijn, zijn behandelresultaten statistisch te ordenen. Op dit moment is er evenwel nog onvoldoende casuïstiek om zijn resultaten als wetenschappelijk verantwoord naar buiten te kunnen brengen.

Overigens heeft K., naar aanleiding van het gesprek met de inspectie, de verwijzingen naar zijn praktijk laten verwijderen op de Papimi-internetsite.

K. heeft aan de inspectie verklaard gestopt te zijn met magneetveldtherapie bij gevorderde kankerpatiënten omdat hij geen goede resultaten bemerkte. Voor deze patiënten was de behandeling vaak de laatste strohalm. Toch benadrukt hij nooit de illusie gehad te hebben vergevorderde kanker met magneetveldtherapie te kunnen genezen en ook nooit die indruk bij patiënten te hebben opgewekt.

Kankerpatiënten die in een stadium verkeren waarbij redelijkerwijs nog resultaat te verwachten is, behandelt K. nog wel.

K. heeft zich voorts als grens gesteld dat hij geen psychiatrische patiënten in behandeling neemt. Hij ziet als zijn doelgroep de chronisch zieke patiënt, waarbij hij een zo breed mogelijke behandeling inzet.

Met betrekking tot de donkerveldmicroscopie geeft K. aan dat met behulp van deze methode de kwaliteit van de levende bloedcellen kan worden vastgesteld. Je kunt hiermee ook bacteriën en schimmels opsporen. Daarnaast kan de stollingsstatus ermee vastgesteld worden, alsook bepaalde orgaanafwijkingen, zoals schildklierproblematiek, darmproblematiek, tandwortelontsteking. Desgevraagd verklaart K. dat de methode geen toepassing heeft bij de vaststelling van kanker. De donkerveldmicroscopie kent overigens diverse (elkaar niet-tegensprekende) stromingen.

De oud-medewerkers:

Alle behandelingen werden separaat gedeclareerd. De kosten bedroegen fl 200,- per uur voor de diagnose en de behandeling. Behandeling met magneetveldtherapie kostte fl.35,- per 10 minuten. Bloedonderzoek werd apart berekend. Geneesmiddelen waren in beperkte voorraad in de praktijk aanwezig; deze werden verkocht, de rest werd via een recept voorgeschreven.

Ook bij mevrouw M. werden de behandelingen in rekening gebracht, tot haar opname in de praktijk, daarna hadden de medewerkers hier geen zicht meer op.

Met betrekking tot mevrouw M. geeft K. aan dat hij haar al ongeveer 10 jaar kende. Het contact zou zijn ontstaan via de ouders van mevrouw M., zij kwam wel eens mee als haar ouders de praktijk bezochten. Hoewel het contact destijds via de ouders liep, ontstond er geleidelijk een "je en jij"- relatie met dochter S. M., vertelt K. Hij benadrukt dat mevrouw M. een zeer goede vriendin was geworden.

In september 1999 meldde mevrouw M. zich bij K. voor haarzelf. Ze had een knobbeltje in haar rechterborst en vroeg K. hiernaar te kijken. Daarop heeft K. een onderzoek met behulp van electro-accupunctuur uitgevoerd. Hij zegt dat hij destijds geen uitspraak over de uitslag kon doen vanwege de borstprothese. Aan de op dat moment in de praktijk werkzame fysiotherapeut "Norbert" heeft K. toen gevraagd ook naar borst te kijken en met name naar bindweefsel. "De fysiotherapeut twijfelde", aldus K. Van de onderzoeken is geen verslaglegging gemaakt, evenmin zijn er aantekeningen van het eindgesprek. In het dossier van mevrouw M. zijn slechts basisgegevens vermeld en een voortgangsrapportage over de behandeling; er zijn geen dagelijkse aantekeningen gemaakt.

K. zegt destijds mevrouw M. geadviseerd te hebben een reguliere arts te bezoeken. Daarna heeft K. een tijd niets meer van haar gehoord.

Een van de oud-medewerkers:

De oude praktijk op de Heerbaan was veel kleiner dan de huidige. Je had daardoor veel onderling contact en veel contact met de patiënten; je wist precies wat er speelde. Zo ook in 1999, toen mevrouw M. bij K. met de boodschap kwam dat er iets ontdekt was in haar rechterborst en zij K. verzocht ernaar te kijken. Er is daarover toen overleg geweest met de in die tijd nog in de praktijk werkzame fysiotherapeut (Norbert) die haar ook bekeek. K. verrichtte in die tijd de metingen nog zelf. De oud-medewerker herinnert zich nog goed dat mevrouw M. opgelucht was vanwege de gunstige uitslag van de meting die K. haar verstrekt had. Er was niets aan de hand, zo had deze gesteld.

In de zomer van 2000 liet mevrouw M. K. weten naar een alternatieve kankerkliniek in Zwitserland te gaan. Patiënte sprak toen over borstkanker. Naar K. begreep had zij het adres van de kliniek via bemiddeling van een Nederlandse arts gekregen, niet van K. die de kliniek niet kende. Aangezien de familie K. tegelijkertijd de vakantie doorbracht in Zwitserland, heeft K. mevrouw M. tweemaal bezocht in de kliniek. De behandeling aldaar bestond uit magneetveldtherapie tweemaal per dag, echter niet vergelijkbaar met de magneetveldtherapie zoals K. die in zijn praktijk toepast; deze vorm berustte meer op resonantie dan op magneetvelden. K. herinnert zich zijn scepsis over de behandeling aan mevrouw M. te hebben kenbaar gemaakt.

Tot begin 2001 heeft K. verder geen contact met mevrouw M. gehad; dit was de periode dat hij druk bezig was met de praktijkverhuizing.

In het voorjaar van 2001 nam K. zelf contact met mevrouw M. op. Naar hij zegt om te informeren hoe het met haar ging. K. stelt dat het contact met mevrouw M. geen enkel verband hield met de komst of de aanwezigheid van het magneetveldtherapie-apparaat 'Lotje' in het medisch centrum.

De oud-medewerkers hebben geconstateerd dat toen mevrouw M. medio juni 2000 in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis gehoord had dat ze kanker had, zij regelmatig telefonisch contact had met K. Deze wachtte in die tijd op een (magneetveld-)apparaat waarmee hij kankerpatiënten kon behandelen. Toen het Papimi-apparaat in de praktijk arriveerde in het voorjaar van 2001 zocht K. telefonisch contact met mevrouw M. met de mededeling dat hij het magneetveldapparaat had gekregen en dat zij daarmee behandeld kon worden "en dat dat haar redding was". Zij is toen voor magneetveldbehandelingen naar Millingen gekomen en daarna in de praktijk komen inwonen om de lange reis niet steeds te hoeven maken.

In mei 2001 trok mevrouw M. bij de familie K. in. K. beschrijft dit als een vriendendienst, omdat mevrouw M. in haar appartement in Amsterdam aan het verpieteren was. Het moet volgens K. niet gezien worden als de opname van een patiënt zoals dat in een kliniek gebeurt, "zij kwam als vriendin logeren om tot rust te komen".

De familie C.:

Vlak nadat het magneetveldapparaat in de praktijk gearriveerd was, vertelde mevrouw K. opgewonden dat er een bekende persoon intern in de praktijk zou komen verblijven. Het betrof S. M., die als dochter van een bevriende patiënte gepresenteerd werd. Volgens de waarneming van de familie C. was het zeker in het begin niet zo dat er een vriendschapsrelatie tussen S. M. zelf en de familie K. bestond. Het viel zelfs op dat S. M. weinig aandacht van het echtpaar K. kreeg. Wel trok zij veel op met de kinderen K.

Wanneer de inspectie memoreert dat het vaker voorkwam dat patiënten in de praktijk werden opgenomen – onder meer een jongeman waarbij de diagnose MS was gesteld – stelt K. dat dit een pertinent onjuiste suggestie is. Hij zou slechts eenmaal een patiënt in huis hebben genomen en die heeft daarvoor geen rekening gekregen. Een 88-jarige vrouw, die ter sprake komt en die met een gebroken arm een tijd in huize K. verbleef, zou ook uit vriendschap zijn komen logeren; er bestond geen arts-patiënt relatie en zij heeft geen rekening gekregen. In dezelfde sfeer moet de komst naar Millingen van mevrouw M. worden gezien. Men bood haar verzorging en onderdak vanuit een vastgelopen thuissituatie. Achteraf realiseert K. zich dat hij door het opnemen van mevrouw M. in zijn huis zich in een moeilijke situatie heeft gebracht.

In verschillende aan de inspectie afgelegde verklaringen wordt gesproken over verschillende 'opnamen' in de praktijk van K. Ook zou een patiënte enige tijd in een camper – geparkeerd voor de praktijk – hebben vertoefd, om dagelijks haar behandelingen te kunnen ondergaan.

Toen mevrouw M. in de praktijk kwam werd zij middels donkerveldmicroscopie onderzocht. De behandeling bestond volgens K. uit magneetveldtherapie, het geven van een optimale verzorging, het verstrekken van homeopathische geneesmiddelen en zij kreeg Herbalife-producten als voedingsupplement. Volgens K. gebruikte mevrouw M. al jaren Herbalife-producten.

Desgevraagd geeft K. aan dat het voor hem vaststond dat er sprake was van borstkanker en het ook als zodanig benoemd te hebben. K. zegt stellig zelf nooit genezing van de tumor verwacht te hebben door de magneetveldtherapie en ook nooit de verwachting te hebben opgewekt. De magneetveldtherapie werkt alleen weerstandverhogend waardoor de conditie beter wordt. Dat zou zijn insteek geweest zijn. Uit de metingen bleek ook dat de weerstand beter werd, de tumor echter niet. De inspectie reageert daarop met dat hij feitelijk niet veel meer deed dan 'pappen en nathouden' en de illusie van genezing in stand bleef helpen houden, terwijl er medisch had behoren te worden ingegrepen; de inspectie begrijpt niet hoe hij zich als arts zo kon opstellen. K. begrijpt deze vraag wel, maar zegt dat hij er weinig aan kon veranderen. Hij zegt haar voortdurend en bij herhaling te hebben voorgehouden dat zij borstkanker had en dat zij zich tot een reguliere arts moest wenden. Mevrouw M. weigerde dat echter steeds. K. heeft deze keuze gerespecteerd en vervolgens alles gedaan wat in zijn vermogen lag om de weerstand te verhogen. Hij meent niet meer te hebben kunnen doen.

De oud-medewerksters:

Toen mevrouw M. in mei 2001 bij de familie K. kwam inwonen was ze al heel ziek. Aan een van de medewerksters liet ze haar aangedane borst zien; deze dacht toen meteen aan kanker. Er kwam toen ook vocht uit. Er was geen grote wond, wel was er sprake van een lekkende huid. De borst was opgezet. Er werd toen gezegd dat het goed was dat het open was, omdat dan de druk er vanaf ging.

Mevrouw M. was ervan overtuigd dat ze zou genezen. Het magneetveldapparaat zou ervoor zorgen dat de bacterie dood zou gaan; dat had K. haar zelf verteld. Naast electro-acupunctuur werd ook bloedonderzoek verricht. De uitslag hiervan was steeds goed volgens K.

Hoezeer mevrouw M. overtuigd was van de bacterie als oorzaak bleek wel uit het volgende. Er werd haar eens gevraagd waarom geen amputatie had plaatsgevonden en daar antwoordde ze op dat dat niet gebeurd was, "omdat er immers sprake was van een bacteriële infectie".

Twee medewerksters hebben destijds aan K. gevraagd of mevrouw M. aan kanker leed. Hij gaf als antwoord dat geen sprake was van kanker maar van een bacterie. Volgens een andere werknemer heeft K. mevrouw M. voorgehouden dat het bloed goed was en dat ze een bacterie had; er werd niet over kanker gesproken.

"De electro-acupunctuur metingen bij mevrouw M. werden door K. zelf verricht; tweemaal is de meting verricht door een van de medewerksters. Zij mocht toen geen uitslag aan mevrouw M. doorgeven, dat diende via K. te gebeuren. K. zei na de meting tegen

mevrouw M. dat het beter met haar ging. Ook zei hij tegen haar dat hij haar beter ging maken".

Volgens de oud-medewerkers had mevrouw M. veel vertrouwen in K. en het magneetveldapparaat. Volgens de oud-medewerksters raakte ze aan het apparaat verslaafd. *"Ze ging meerdere malen per dag aan het apparaat, waarbij ze zichzelf aansloot. Mevrouw M. was ervan overtuigd dat ze zou genezen en dat het apparaat haar beter zou maken en dat op deze wijze de bacterie dood zou gaan".*

De familie C.:

Over de ziekte van mevrouw M. vernam de familie C. dat zij leed aan een bacteriële infectie. Mevrouw C. was eind 2000 getuige van een telefoongesprek van mevrouw K. met S. M.; zij riep daarna opgetogen tegen haar man: "Je had gelijk, het is toch een bacteriële infectie".

Zoon E. (zelf opgenomen in Millingen) heeft van K. zelf vernomen dat mevrouw M. leed aan een bacteriële infectie en niet aan kanker.

Uit de gesprekken die de familie C. met mevrouw M. had, bleek ook dat zij niet in de gaten had dat ze terminaal was; ze was er vast van overtuigd dat ze beter zou worden.

K. verklaarde tegenover de inspectie dat hij van de voorgeschiedenis en eerdere behandelingen elders niet op de hoogte was. "Dat waren dingen die mevrouw M. voor zich hield". Pas later, toen zij overleden was, trof K. bij haar spullen rekeningen, recepten en (ongebruikte) geneesmiddelen aan, waar in sommige gevallen zelfs de partner van mevrouw M. niet vanaf wist. Wel was K. ervan op de hoogte dat er bemoeienis van 'J.' met mevrouw M. was; dat kwam omdat 'J.' een keer een bezoek gebracht heeft aan mevrouw M. in Millingen.

In het begin onderzocht K. mevrouw M. één tot tweemaal per week. Toen zij slechter werd, gebeurde dat vaker. K. stelt alle onderzoeken zelf te hebben verricht en haar ook steeds zelf met de magneetveldtherapie te hebben behandeld. De praktijkassistentes waren volgens K. bij de behandelingen en onderzoeken niet betrokken; de assistentes verleenden alleen assistentie bij naar het toilet gaan en dat soort zaken toen mevrouw M. beneden sliep en in een rolstoel zat; daarnaast dronk mevrouw M. wel eens thee met de assistentes of maakte met hen een praatje.

Mevrouw M. onderging de magneetveldtherapie geheel zelfstandig, zij sloot zichzelf enkele malen per dag aan op het apparaat. Daarvan was K. op de hoogte. Hij had haar geadviseerd het apparaat twee keer per dag te gebruiken. Dat mevrouw M. frequenter gebruik maakte van het apparaat was K. niet bekend. Gebruikelijk is dat patiënten twee tot drie keer per week de magneetveldtherapie ondergaan, maar het kan volgens K. geen kwaad als dit vaker gebeurt. Het was K. ook niet bekend dat mevrouw M. gebruik maakte van de in de praktijk aanwezige ozonsauna.

K. wijst er op dat mevrouw M. iemand was die volstrekt haar eigen leven bepaalde en ook in Millingen daar de ruimte voor kreeg.

Geleidelijk aan ging de gezondheidstoestand van mevrouw M. achteruit. Dat is de reden geweest mevrouw M. een benedenkamer te geven met klimaatbeheersing en een invalide-toilet in de nabije omgeving. Uit de verklaringen van de ex-medewerkers vernam de inspectie dat mevrouw M. de laatste maanden last had van een chronisch 'kuchje'; K. zegt dat ook bemerkt te hebben en zegt daaruit geconcludeerd te hebben dat er uitzaaiingen naar

de longen waren. Dat mevrouw M. veel pijn had heeft K. niet bemerkt; hij heeft ook niet geweten dat zij daartegen 10 paracetamol tabletten per dag gebruikte. Ook dat schrijft K. toe aan het eigenstandige optreden van patiënte.

De oud-medewerksters:

“Na verloop van tijd ging mevrouw M. 's situatie steeds meer achteruit en kreeg zij veel pijn. Zij nam op eigen initiatief paracetamol hiervoor in, zij kreeg geen pijnstilling van K. voorgeschreven. Aanvankelijk sliep ze in het woongedeelte van de familie K., later sliep ze in een van de behandelkamers beneden. Ze had later dag en nacht pijn en sliep 's-nachts niet meer van de pijn. De borst was zo pijnlijk dat zij deze bij het lopen moest ondersteunen. Ze kon op een gegeven moment niet meer zelfstandig naar het toilet. Ze kreeg koorts en kreeg veel last van een hardnekkige hoest. De laatste weken ontwikkelde ze ook veel oedeem aan de armen en de benen. Ook in deze periode werd haar door K. voorgehouden dat het goed ging en dat de bloeduitslag verbeterde.

In de zomer van 2001 was de rechterborst van mevrouw M. drie keer zo groot als de linker. K. heeft op een zeker moment ‘een kleimasker’ op de rechterborst aangebracht, waarna deze is opengegaan. “Dat was goed”, werd er gezegd, “dan kon het vuil eruit”. Voorts kreeg mevrouw M., zo ziek als ze was, behandelingen in de snikhete ozon-sauna, als gevolg waarvan de wonden verder open zouden gaan. Dit zou volgens K. verlichting geven.

Er was geen besef van een terminale fase, ook niet bij K. zelf. Het hardnekkige hoesten werd door K. afgedaan als een ‘kou’. De huisarts J. werd pas in de laatste week voor haar overlijden in consult geroepen omdat het steeds slechter ging met mevrouw M. en een aantal voorzieningen aangevraagd moesten worden. Deze vertelde haar toen dat zij aan kanker leed en in een terminale fase verkeerde en stelde opname in het Radboudziekenhuis voor”. Volgens de werknemers besepte mevrouw M. (en haar omgeving) toen pas hoe ernstig de situatie was.

De reden om huisarts J. erbij te halen, was volgens K. omdat de zorgbehoefte groter werd; de benauwdheid nam toe en er moest thuiszorg worden ingeschakeld. K. benadrukt dat hij en zijn vrouw patiënte er eindelijk van hadden kunnen overtuigen de huisarts langs te laten komen. Patiënte wilde geen reguliere zorg en weerde mensen af uit haar omgeving die haar die kant op wilden hebben. Daarnaast had zij een eigen techniek ontwikkeld om te bedanken voor de goedbedoelde adviezen om vervolgens haar eigen gang te gaan. Dat huisarts J. degene is geweest die patiënte heeft moeten vertellen dat ze stervende was, bestrijdt K. Volgens K. wist patiënte dat zij terminaal was en sprak daar ook zo over. Bovendien zegt K. haar dat ook verteld te hebben.

Via huisarts J. is patiënte in het UMC St. Radboud in Nijmegen opgenomen, waar zij kort daarna overleed.

Omdat K. en zijn echtgenote niet wilden dat mevrouw M. onder de ogen van hun kinderen zou overlijden, hebben ze haar verteld dat zij echt niet langer in Millingen kon blijven. Volgens K. is dat de enige reden dat mevrouw M. zich uiteindelijk in het ziekenhuis heeft laten opnemen.

Een van de oud-medewerksters vertelt:

De donderdag voor haar dood heb ik mevrouw M. nog op haar kamer in de praktijk bezocht. Het ging toen zeer slecht met haar. De dag ervoor was huisarts J. geweest; hij was ingeschakeld omdat het zo slecht ging. Mevrouw M. had koorts, was benauwd en had veel pijn. J. heeft haar het slechte nieuws gebracht dat zij kanker had en terminaal was.

Mevrouw M. heeft zich niet verzet tegen een opname in het ziekenhuis of het inschakelen van de huisarts.

Na het gesprek met huisarts J. was mevrouw M. verdrietig. Alle voorafgaande maanden was zij in de veronderstelling geweest dat het geen kanker was. Zij had zich vastgeklampt aan de beweringen van K. en 'J.' dat het geen kanker was.

K. geeft aan dat hij en zijn vrouw alles hebben gedaan wat in hun vermogen lag om haar te helpen. Ze wilde geen reguliere arts en wilde ook niet naar het ziekenhuis. De inspectie heeft K. de vraag voorgelegd waarom geen professionele palliatieve zorg is ingeschakeld. Het in huis nemen van een vriendin en te denken haar te kunnen verzorgen, is volstrekt onvoldoende. Er was sprake van ernstige pijn 's nachts waardoor patiënte niet kon slapen, er was sprake van oedemen en na elke tweede zin moest patiënte naar adem snakken. K. antwoordde daarop dat mevrouw M. het inschakelen van een reguliere arts pertinent weigerde en daarom kreeg zij niet de reguliere behandeling die zij nodig had. Ter illustratie hiervan merkt K. nog op dat mevrouw M. twee dagen lang geweigerd heeft de door huisarts J. voorgeschreven pijnstillers te nemen; dit omdat het allopathische middelen waren. Verder geeft hij aan geen ervaring te hebben met patiënten die in de stervensfase verkeren, noch weet hij voldoende af van palliatieve zorg.

De oud-medewerksters:

Na het overlijden van mevrouw M. werd er niet meer over haar gesproken, slechts eenmaal heeft K. tegen een van de werknemers gezegd "dat het toch kanker was geworden". De werknemers mochten niet naar de begrafenis.

Naast mevrouw M. had K. meerdere patiënten met kanker in behandeling. Soms zag je de toestand van deze patiënten aanvankelijk verbeteren, maar uiteindelijk verslechterde de situatie bij allen.

Een van de oud-medewerksters merkt op dat zij het jammer vindt dat het zo is gelopen. Ze had voorheen veel vertrouwen in K. als arts, mede uit ervaring als patiënt.

"Waar het fout ging, was toen het dure apparaat er kwam en hij zich met kankerpatiënten is gaan bezighouden. Hij verschafte valse hoop, hetgeen extra versterkt werd door zijn arts-zijn".

2.2.19 Huisartsenpraktijk Millingen a/d Rijn

De huisartsenpraktijk in Millingen a/d Rijn wordt gevormd door de huisartsen A. de W. en G.J. De W. heeft geen rechtstreekse bemoeienis gehad met mevrouw M., echter omdat J. tijdens zijn bemoeienis op het punt stond om op vakantie te gaan is de W. destijds - als aanstaand waarnemer - volledig van de casus op de hoogte gebracht. Bovendien had collega

J. behoefte aan reflectie, onthutst als hij was door wat hij had aangetroffen. Nadien is De W. nog meerdere malen met de zaak geconfronteerd, met name door werknemers - van wie hij de huisarts is - van het alternatief gezondheidscentrum in Millingen. Omdat deze werknemers in gewetensnood verkeerden, werd hij door hen aangesproken over de gebeurtenissen rond mevrouw M. Uit deze gesprekken heeft De W. veel inzicht gekregen in de verleende zorg aan mevrouw M. tijdens haar verblijf in Millingen. Deze medewerkers hebben de dagelijkse zorgverlening intensief en dagelijks meegemaakt, daar mevrouw M. als logé in de praktijk verbleef. Deze medewerksters hebben aangegeven met de inspectie te willen praten en hebben De W. verzocht hun naam en adres aan de inspectie kenbaar te maken.

Met betrekking tot de casus M. het volgende.

Op 14 augustus 2001 hoort J. van zijn assistente, wanneer hij 's morgens om 08.00 uur in zijn praktijk arriveert, dat K. gebeld heeft met de vraag om terug te bellen. Dat doet hij meteen en verneemt dat K. in zijn maag zit met een bij hem verblijvende zieke patiënte. Het betreft mevrouw M. waarmee de familie K. al zo'n tien jaar bevriend is. K. heeft mevrouw M. al enige maanden in huis en zegt nu vast te lopen in zijn dubbelrol van behandelaar en vriend. Hij roept de hulp in van huisarts J.

Afgesproken wordt dat J. 's middags langs zal komen. Evenwel K. belt in de loop van de ochtend weer met het verzoek om eerder langs te komen. Er wordt overeengekomen dat J. om 12.30 uur de patiënte bezoekt.

Bij aankomst wordt J. door K. opgevangen en op de benedenverdieping van informatie voorzien. Opvallend – zeker achteraf – vindt J. het - bij de overigens summiere medische informatie die hij van K. verkreeg - dat niet over borstkanker (of mammacarcinoom) gesproken werd. Mogelijk is wel het woord gezwel gevallen, echter als ziekteoorzaak werd over 'een infectie' gesproken. Ook vertelde K. aan J. dat het hem richting patiënte nogal wat overredingskracht gekost zou hebben om de huisarts te mogen inschakelen.

Vervolgens begaf J. zich – slechts kortdurend vergezeld door K. – naar de 1^e verdieping waar hij mevrouw M. aantrof in de woonkamer. Bij het consult waren de echtgenote van K. en de partner van patiënte aanwezig.

Patiënte was gekleed in een kamerjas met eronder een korte broek en zat in 'een luie stoel' met de benen op een poef. Hij zag dat haar gezicht smal was geworden; J. schat dat ze zeker 20 kilo was afgevallen. Verder nam hij oedemen aan haar benen waar.

J. beschrijft hetgeen hij aantrof als zeer onwezenlijk ("alsof ik in een film stapte").

Hij ziet een ernstig zieke terminale patiënte, in 'deplorabele toestand', echter zonder besef – noch bij haarzelf, noch bij de omgevenden - van de ernst van de situatie.

Gedurende anderhalf à twee uur sprak J. met haar en haar partner.

Vanwege ernstige dyspnoe kon patiënte twee zinnen uitspreken en moest dan weer op adem komen.

Ook patiënte zelf sprak over 'een infectie' en daarom was ze bij K. "om daarvan te herstellen" met behulp van magneetveldtherapie. Ze was toen drie maanden bij K. onder behandeling en verbleef daar als logé (waarin een korte onderbreking is geweest voor verblijf in Amsterdam tot twee weken tevoren).

Als detail over haar ziekte vertelde patiënte dat haar verteld was dat er sprake is van een fusie tussen een bacterie en een schimmel. "Het lijkt ontzettend veel op een kankercel maar dat is het niet".

Verder vertelde ze dat ze al een maand niet meer geslapen had, dat ze veel pijn heeft en hiervoor paracetamol gebruikt. Sinds twee à drie dagen is er koorts.

Bij lichamelijk onderzoek was er een massale tumormassa aan de rechterborst (tot aan de oksel), hetgeen J. herkende als vergevorderde borstkanker. Er was een lage tensie en snelle pols. Bij percussie was er een forse demping van de rechterthoraxhelft.

J. beschouwt het nog steeds als onvoorstelbaar dat hij, in dit obligaat terminale stadium, als invallend arts, het 'slecht nieuws-gesprek' heeft moeten voeren.

Geconfronteerd met de realiteit, reageerde patiënte met: "Misschien heb ik toch de verkeerde keuze gemaakt." Zij beschouwde dat als haar eigen keuze, maar vertelde ook dat 'J.' haar bevestigd had "dat ze geen kanker had". Haar partner vertelt dan dat de arts Br. met de bacterie-diagnose gekomen is.

Wanneer J. vertelt dat patiënte niet lang meer te leven heeft, reageert patiënte met dat zij dat eerst tot zich moet laten doordringen. Over zijn voorstel tot ziekenhuisopname wil zij eerst nadenken.

Als medicatie schreef J. in verband met de koorts een antibioticum (amoxicilline) voor, alsook Lasix® om te ontwateren. Het behandelbeleid besprak hij met mevrouw K.; de heer K. liet zich niet meer zien. Verder heeft hij thuiszorg geregeld en een hoog-laagbed. Bij het verlaten van het pand benadrukte J. bij de partner dat hij er rekening mee moest houden dat patiënte niet lang meer te leven heeft. Er werd een vervolgvizite afgesproken.

Na thuiskomst worstelde J. met de casus en besloot (woensdag) prof.dr. P.H.M. de M., oncoloog Universitair Medisch Centrum, St. Radboud Ziekenhuis te Nijmegen te raadplegen. Deze stelde patiënte te moeten zien om te kunnen beoordelen wat nog gedaan kon worden.

Op donderdag nam K. opnieuw contact op met J. "Het gaat niet goed" en gevraagd werd of J. eerder dan gepland, weer langs kon komen.

Patiënte lag in een ziekenhuisbed dat die morgen bezorgd was. Thans stemde zij in met het voorstel van J. tot ziekenhuisopname. Hij krijgt de indruk dat het echtpaar K. – nu men de ernst van de situatie beseft - patiënte heeft overgehaald met opname in te stemmen. J. meent dat men wilde voorkomen dat mevrouw M. in het huis van K. zou overlijden.

Opnieuw neemt J. contact op met prof. de M. Die dag is er geen bed in het ziekenhuis beschikbaar, maar voor de volgende dag (vrijdag) wordt een bed vrijgemaakt. Vrijdagmorgen 10.00 uur is patiënte naar het UMC St. Radboud Ziekenhuis vertrokken. J. heeft een verwijsbrief geschreven.

Deze ervaring is J. niet in de koude kleren gaan zitten. Het steekt hem dat K. zich profileert en afficheert als arts, maar feitelijk medisch niet juist handelt. Patiënte is qua palliatieve zorg veel tekort gekomen.

2.2.20 Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen

Op 17 augustus 2001 werd mevrouw M. opgenomen in het UMC St. Radboud op de afdeling medische oncologie (hoofd: Prof.dr. P.H.M. de M., internist-oncoloog).

Prof. de M. beschrijft dat hij op 15 augustus 2001 werd gebeld door huisarts J. uit Millingen a/d Rijn. De huisarts had te maken gekregen met een patiënte met borstkanker die in het alternatieve circuit verkeerde en die er zeer ernstig aan toe was en feitelijk in een terminale fase verkeerde. Prof. de M. antwoordde daarop dat hij de patiënte moest zien om de situatie te kunnen beoordelen en daarop kon bezien wat er nog mogelijk was. Vervolgens is een opname in het ziekenhuis gerealiseerd op 17 augustus 2001.

De opname vond plaats door mevrouw A.J.W. B., destijds arts-assistent in opleiding en zaalarts op de afdeling medische oncologie.

Van prof. de M. had mevrouw A.B. vernomen dat mevrouw M. op vrijdag 17 augustus 2001 opgenomen zou worden en dat zij patiënte verder medisch moest begeleiden.

Na opname heeft zij de anamnese afgenomen en het behandelbeleid in samenspraak met de heer Van de B., chef de clinique, afgesproken.

Patiënte was goed aanspreekbaar maar had last van ernstige dyspnoe; voorts viel meteen het oedeem aan armen en benen op. Door de huisarts was recent een antibioticakuur voorgeschreven, de koorts was daarop gedaald.

Anamnestic vernam mevrouw A.B. dat in het ziekenhuis in Haarlem een adenocarcinoom was vastgesteld. Daarna was patiënte voor een second opinion in het VU-ziekenhuis en het AvL geweest. De voorgestelde chemotherapie had zij afgewezen. Zij had gekozen voor het alternatieve veld en had zich vastgeklampt aan de veronderstelling dat er sprake was van een bacteriële infectie.

Mevrouw A.B. schrok van de lichamelijke conditie van mevrouw M. Er was sprake van een ernstig vergrote, knobbelige rechterborst, die blauw verkleurd was en enkele huiddefecten vertoonde. Er waren fors vergrote okselklieren aanwezig. Verder waren er longafwijkingen en was een vergrote lever voelbaar. Mevrouw A.B. geeft aan dat zij onder de indruk was van het ziektebeeld; zij had dit nooit eerder gezien.

Als diagnostiek werd een X-thorax gemaakt en vervolgens een CT-scan. Uit de CT-scan bleek dat de dyspnoe niet verklaard werd door pleuravocht, maar door vaste tumormassa in de rechterthoraxhelft. Ook in de lever waren metastasen aanwezig.

Er is vervolgens met patiënte gesproken door Van den B. die patiënte de infauste prognose vertelde en aangaf dat zij niet lang meer te leven had. Bij dit gesprek was mevrouw A.B. aanwezig, naast ook de partner van patiënte en een verpleegkundige.

Patiënte gaf geen blijk wroeging te hebben over de gemaakte keuzen; ook de partner leek in de situatie te berusten.

Zelf had prof. de M. dat weekend ook dienst en heeft zodoende patiënte ook zelf gezien. Hij had er geen weet van dat het een bekende tv-persoonlijkheid betrof, hij heeft dat in tweede instantie van de verpleging vernomen.

Wat prof. de M. aantrof was een patiënte die stervende was. Zelf gaf patiënte aan dat haar situatie de laatste zes weken verslechterd was. Er was geen medische voorgeschiedenis bekend, via de fax ontving prof. de M. - nog op de opnamedag - medische gegevens uit het jaar 2000 van dr. van der W. van het VU-ziekenhuis in Amsterdam.

Prof. de M. constateerde een ver voortgeschreden mastitis carcinomatosa van de rechterborst. Uitwendig was er een grote tumormassa reikend tot aan de schouder, inwendig werd nagenoeg de gehele rechterthoraxhelft ingenomen door tumormassa. Voorts waren er forse uitzaaïingen in de oksel. De armen en benen vertoonden oedeem. Het was een indrukwekkend beeld dat hij in zijn loopbaan als oncoloog nog nooit gezien had.

Qua symptomatologie stond de dyspnoe op de voorgrond, de pijn wat minder. Patiënte verkeerde in een slechte conditie.

Ter verlichting van de dyspnoe en pijn werd zuurstof per sonde voorgeschreven. Daarnaast kreeg patiënte twee packed cells toegediend vanwege bloedarmoede. Indien de situatie zou verbeteren zou maandags het beleid opnieuw gezien worden.

De mogelijkheden om palliatief nog iets voor patiënte te doen waren zeer beperkt in dit eindstadium, alsook vanwege de slechte conditie. In een eerder stadium had chemo- en eventueel hormoontherapie nog zinvol kunnen zijn. Nu was de inzet om het patiënte zo comfortabel mogelijk te maken.

Er werd een non-reanimatiebeleid afgesproken.

De zaterdag had patiënte – onder de gegeven omstandigheden - een goede dag. Op zaterdag 18 augustus 's avonds werd in verband met toenemende benauwdheid ter verlichting morfine in lage dosis gegeven.

De zondag ontwikkelde zich een prikkelhoest en verslechterde de situatie. Haar werd geadviseerd om afscheid te nemen, hetgeen gebeurde. Zij was steeds goed aanspreekbaar en leek in de naderende dood te berusten. Prof. de M. nam geen rancune of wrok waar bij patiënte, noch bij haar partner; patiënte merkte op dat ze "fout gegokt" had. Als troostende woorden heeft prof. de M. daarop geantwoord dat het ook in het reguliere traject mis had kunnen gaan.

In de nacht van zondag op maandag is patiënte overleden.

Prof. de M. merkt nog op dat een conventionele behandeling patiënte veel had kunnen bieden. In een vroeg stadium nog curatief qua insteek, in latere stadia palliatief en levensverlengend. Met een lokale behandeling had het ernstige mastitis beeld voorkomen kunnen worden. Prof. de M. acht het bizar dat iemand anno 2001 zo aan haar einde is gekomen.

Desgevraagd deelt prof. de M. nog mee, nooit eerder patiënten uit het alternatieve centrum in Millingen a/d Rijn onder behandeling te hebben gehad. Als behandelend arts laat hij patiënten vrij om te kiezen voor alternatieve behandelingen. Indien de reguliere geneeskunde curatief is, is dit vanzelfsprekend anders dan wanneer er sprake is van een levensverlengende behandeling of in die situatie dat van systemische therapie geen enkel voordeel bekend is. Dat is de keus van de patiënt. Echter wanneer de therapie schade zou kunnen berokkenen, dan waarschuwt prof. de M. zijn patiënten.

3 Beoordeling

Meest in het oogspringend in de casus M. is het grote aantal hulpverleners dat betrokken is geweest in een nog geen twee jaar durende ziektegeschiedenis van één patiënt. Daar tegenover staat het dramatische ziektebeloop en een afloop onder een klinisch beeld dat niet past in de 21^e eeuw. Feitelijk komt het er op neer dat patiënte aan een onbehandeld mammacarcinoom is overleden en dat terwijl er zeker 28 zorgverleners bemoeienis mee hebben gehad. Dit curieuze feit alleen al rechtvaardigt dit reactieve inspectie-onderzoek.

Voor alle duidelijkheid zij opgemerkt dat de casus niet in onderzoek is genomen vanwege de omstandigheid dat betrokkene een bekende Nederlander (BN'er) was. Wel kan gesteld worden, dat omdat het een BN'er betrof er veel over bekend werd waardoor er maatschappelijke onrust ontstond, hetgeen om een reactie van de inspectie vroeg. Tegelijk bood de casus de unieke gelegenheid inzicht te krijgen in wat zich heden ten dagen kan voordoen bij een patiënt die te maken krijgt met de ontij melding 'kanker' waarbij zich een breed spectrum aan behandelingswijzen aandient. De Inspecteur-Generaal voor de Gezondheidszorg sprak in dat verband van "een voorbeeld-casus". Een voorbeeldcasus over een patiënt, die in het Wet BIG-tijdperk vermalen wordt tussen kaf en koren. Het grote aantal zorgverleners moge extreem zijn, het gebeurde in Nederland en aannemelijk is dat een zelfde beloop ook anderen kan overkomen. De vraag die zich aandient is: moet en kan de maatschappij maatregelen nemen ter reductie van de kans op herhaling. Ook rijst de vraag of de casus zelve een repressieve reactie nodig maakt.

Voordat die vragen kunnen worden beantwoord is het noodzakelijk eerst de afzonderlijke zorgprocessen aan een beschouwing te onderwerpen.

De huisarts heeft gedaan wat in zijn vermogen lag om zijn patiënte van zo goed mogelijke zorg te voorzien. Dat de huisarts de grip op de situatie verloor valt hem niet aan te rekenen. Hij heeft met "harde en zachte hand" geprobeerd patiënte op het juiste spoor te krijgen. De verwijzingen, eerst naar de radioloog en vervolgens de chirurg, zijn adequaat en voortvarend geweest. Hij ging ervan uit - en kon daar gezien de uitslag op het verslag van de radioloog ook vanuit gaan - dat patiënte de juiste behandeling onderging. Toch had hem kunnen en moeten opvallen, dat hij nooit bericht vanuit het OLVG over de uitkomst van het chirurgisch consult gekregen heeft. Aldus heeft hij verzuimd patiënte te vervolgen, hetgeen hij ook zelf zeer betreurt. In het licht van het totaal van zijn bemoeienissen met mevrouw M., is dit verzuim hem niet ernstig aan te rekenen.

Het fenomeen dat patiënten niet op een (eerste) poliklinische afspraak verschijnen komt (helaas) regelmatig voor. Ziekenhuizen bezinnen zich op maatregelen hiertegen. Het is in ieder geval tot op heden geen usance de huisarts van niet-verschijnen te verwittigen.

Oordeel inspectie:

Huisarts J.K. heeft zich bovenmatig ingespannen om voor zijn patiënte de juiste behandeling te bewerkstelligen. Hem valt geen ernstig verwijt te maken over de ontstane delay in de behandeling, daar hij voor een adequate verwijzing had zorggedragen en over de non-compliance niet werd ingelicht.

Patiënte heeft haar niet-verschijnen bij de chirurg later tegenover de huisarts verklaard. Zij was - ten onrechte - gerustgesteld. De huisarts spreekt van een helderziende die patiënte verteld zou hebben "dat het niet kwaadaardig is". Deze helderziende zou mogelijk de heer (Anne) A. kunnen zijn, omdat patiënte zich gelijkluidend uitliet bij dr. van der W. waarbij de naam 'Anne' viel. In elk geval staat vast dat in september 1999, dezelfde maand als het eerste bezoek aan de huisarts, een consult bij de alternatief werkend arts J.A.M. K. in

Millingen a/d Rijn heeft plaatsgevonden en aannemelijk is dat deze aan patiënte (ook) een verkeerde diagnose heeft voorgehouden en haar ten onrechte gerustgesteld heeft. In die fase was er nog sprake van een kleine tumor met een doorsnee van 1 à 1½ cm. Het zou het ideale moment geweest zijn om een betrekkelijk eenvoudige (en mamma-sparende) behandeling toe te passen met een grote kans op curatie. Die weg werd afgesneden door een volstrekt onterechte geruststelling op basis van ongeschikt diagnostisch onderzoek met een niet-wetenschappelijke methode (electro-acupunctuur).

Oordeel inspectie

De arts K. heeft hoogst onverantwoordelijk gehandeld door patiënte ongefundeerd gerust te stellen. Dit is malpractice en valt K. – mede in het licht van de gevolgen - ten zeerste aan te rekenen.

Inherent aan de aandoening nam de tumor in grootte toe, hetgeen patiënte niet kon ontgaan. Patiënte wendde zich in mei opnieuw tot haar huisarts en na een delay van 8 maanden kwam op 11 mei 2000, door middel van een cytologische punctie, de diagnose vast te staan: adenocarcinoom (ter grootte van 3 à 4 cm).

De plastisch chirurg J.P.B. van T. en de chirurg A. J. van het Kennemer Gasthuis in Haarlem boden een in beginsel curatieve behandeling conform 'the state of the art' aan, die binnen een week kon worden uitgevoerd. Eerst bedenktijd, de behoefte aan een second opinion en vervolgens twijfel over de diagnose "borstkanker" hebben patiënte doen besluiten niet op het behandelvoorstel in te gaan. In het kader van een second opinion werd op 8 juni 2000 prof. dr. S.M., oncologisch chirurg in het AZVU bezocht, op 16 juni 2000 vond consultatie plaats bij dr. E. van der W., internist-oncologe in het AZVU en op 19 juni 2000 was er een uitvoerig gesprek met dr. E.J.T. R., oncologisch chirurg in het AvL en expert op het gebied van borstkanker in Nederland.

De exponentiële celvermeerdering van tumorweefsel verklaart de forse toename - in ruim een maand - van de tumorgrootte tussen de consultaties in Haarlem en Amsterdam; van 3 à 4 cm (vastgesteld in Haarlem) tot 7 à 8 cm (vastgesteld bij dr. van der W. en dr. R.). Was in Haarlem chirurgie de nog primair aangewezen therapie, thans was sprake van "locally advanced breast cancer", waartegen 'chemotherapie gevolgd door chirurgie' evidence based de voorkeursbehandeling is.

Vanuit het alternatieve veld is er kritiek geleverd op het optreden in de ziekenhuizen in deze cruciale fase. Dit optreden zou te star en onpersoonlijk geweest zijn waarmee men patiënte als het ware "uit het ziekenhuis gejaagd heeft" en zodoende zou de weg van een reguliere behandeling zijn afgesneden.

Deze kritiek wordt door de feiten weersproken. Gewezen zij op de patiëntvriendelijke opstelling in het Kennemer Gasthuis in Haarlem. Ook voor dr. van der W. en dr. R. geldt, dat zij uitgebreid de tijd hebben genomen om de situatie met patiënte te bespreken. Zij hadden dit graag voortgezet, mede om het vertrouwen te winnen, maar kregen daartoe niet de gelegenheid; een vervolggconsult bij dr. van der W. op 19 juni werd afgezegd, het contact met dr. R. werd verbroken wegens het besluit van patiënte zich in Zwitserland te laten behandelen. De deur werd niettemin open gehouden, getuige ook de inspanningen die dr. van der W. in dit opzicht geleverd heeft.

Voorts is er kritiek, die zich met name op dr. R. richt, als zou hij zich (te) rigide hebben opgesteld aangaande zijn toe te passen behandeling ('eerst chemotherapie en dan pas chirurgie'). Niet is gebleken dat dr. R. patiënte uitsluitend deze keuze gegeven heeft. Het is ook niet logisch dat hij dat gedaan zou hebben. Onder voorzitterschap van dr. R. zelf heeft

de werkgroep van het NABON^[4] in de richtlijn Behandeling van het Mammacarcinoom bepaald dat de 'second best' behandeling in dit stadium (T3) primair chirurgisch is. Er wordt daarbij uitdrukkelijk rekening gehouden met patiënten die geen chemotherapie wensen.

Ook de wijze van communicatie tussen de huisarts en de medisch specialisten heeft naar behoren plaatsgevonden.

Oordeel inspectie:

Voor de artsen Van T., A.J., prof. M., dr. van der W. en dr. R. geldt dat zij hebben gehandeld conform de professioneel geldende standaard. Er is geen reden daar kritiek op te hebben. Het is ook niet aannemelijk dat het aanbod vanuit het reguliere veld het breekpunt vormde met betrekking tot de gekozen therapierichting.

Het laat zich aanzien dat de keuze voor 'niet-regulier' in hoge mate beïnvloed werd door verkeerde adviezen en ongefundeerde uitspraken van alternatieve behandelaars. Pregnant is in dat kader het optreden van het genezend medium mevrouw D. Zij heeft openlijk verklaard patiënte te hebben voorgehouden dat zij niet aan kanker leed en chemotherapie te hebben afgeraden.

Ook de paragnost (Anne) A. droeg aan de ontkenning van de realiteit bij; "hij zag geen kanker". Het lijkt er bovendien op dat de rol van de heer A.A. dominantier is geweest dan hij achteraf doet voorkomen. Het is onwaarschijnlijk dat hij alleen de secondant van dr. D. is geweest vanaf het eerste (gezamenlijke) consult bij dr. D. op 19 juni 2000, want op 16 juni 2000 - op het spreekuur bij dr. van der W. - spreekt patiënte al over een helderziende, (en noemt daarbij "een zekere Anne"), die haar gezegd zou hebben dat ze geen kanker had.

Vast is komen te staan dat in mei/juni 2000 de reguliere behandelingsrichting de rug werd toegekeerd en een zoektocht een aanvang nam, langs een scala aan instituten en therapeuten die – op een enkele uitzondering na – ten onrechte genezing in het vooruitzicht stelden, of kanker ontkenden, of versluisend met de realiteit omgingen, dan wel ongefundeerde behandelingswijzen toepasten. Daarbij ontstaat het beeld van een sekte-achtige setting rondom patiënte met de typische verschijnselen van 'elkaar op koers houden' en waarbij andersdenkenden gemeden werden. Mevrouw D. spreekt van "een soort vriendenkring die mevrouw M. stimuleerde in haar denkwijze". Mevrouw R.K. "probeerde patiënte erop te wijzen dat haar adviseurs zich misschien wel vergisten". Gememoreerd zij ook dat mevrouw R.K. en prof. W. beiden de ervaring opdeden dat mevrouw M. tijdens het arts-patiënt contact open stond voor reguliere behandeling en vervolgens 'terug in eigen kring' afhaakte.

Vlak voor haar overlijden spreekt patiënte zelf, wanneer zij door huisarts J. in Millingen a/d Rijn met de realiteit wordt geconfronteerd, van "de verkeerde keuze" die zij gemaakt zou hebben. Ook alternatieve zorgverleners verklaren het beloop – meestal ter disculpering van henzelf – uit de keuzen die patiënte maakte. De suggestie wordt daarmee gewekt alsof patiënte alleen zelf verantwoordelijk was voor het gebrek aan medische behandeling van haar ziekte.

In beginsel is het juist dat een patiënt vrijheid in keuze heeft aangaande de toe te passen behandelwijze en bij wie. Evenwel geeft dat de gekozen zorgverlener niet de vrijheid om naar eigen believen te handelen, of zoals de patiënt dat wil als ware het "men vraagt en wij draaien". Los van de keuze van de patiënt heeft de zorgverlener ook een eigenstandige verantwoordelijkheid, namelijk voor het leveren van adequate zorg. Ondervindt een patiënt

[4] Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom uit de serie Evidence Based Richtlijnontwikkeling.

schade als gevolg van de geleverde zorg (of nalatigheden daarin) dan is de zorgverlener daarop aanspreekbaar.

Bovendien is de totstandkoming van een patiëntenkeuze niet iets waar de patiënt autonoom in opereert. Keuzen in de gezondheidszorg komen tot stand op basis van het 'informed consent' principe. Dit houdt in dat na deugdelijke voorlichting door de zorgverlener over de ziekte en de therapeutische mogelijkheden, de patiënt uiteindelijk zijn of haar keuze maakt. Krijgt de patiënt onvoldoende of onjuiste informatie, dan kan dat tot gevolg hebben dat de patiënt de verkeerde keuze maakt door toedoen van de zorgverlener. Ook daar is de zorgverlener op aan te spreken.

Daar komt bij dat in iedere behandelrelatie de patiënt de afhankelijke en zwakkere partij is; voor de patiënt in nood geldt dat eens te meer. Ingeval een patiënt te horen krijgt "u hebt kanker" is dat "een harde klap" die verwerking behoeft als in een rouwproces.^[5] Ongeloof en ontkenning zijn dan normale menselijke reacties. Word je dan voorgehouden "Nee, je hebt geen kanker", dan klinkt dat als muziek in de oren.

Het is voorstelbaar dat het genezend medium 'J.' (mevrouw D.) voor veel mensen een steun en toeverlaat geweest is in de periode dat mensen massaal naar de veilinghallen in Tiel trokken. Echter haar handelen is te duiden als levensgevaarlijk, nu blijkt dat zij zich met medische diagnostiek is gaan bemoeien. Dan gebeurt het, dat vanuit een 'goeroe-positie' en in een semi-religieuze sfeer, dat tegenover mensen die daar ontvankelijk voor zijn, een diagnose wordt uitgesproken als onaantastbaar oordeel "uit de Goddelijke wereld".

Mevrouw M. wás daarvoor ontvankelijk. Vanuit haar achtergrond en vanuit haar kwetsbare situatie. De gevolgen waren rampzalig, waar mevrouw D. voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor kan worden gehouden.

Het is fout geweest dat mevrouw D. voor dokter is gaan spelen. Zij behoorde te beseffen welke grote invloed zij op patiënte had. Zij had tot steun kunnen zijn, maar niet mogen interveniëren in de reguliere behandeling en dat 'tegen beter (kunnen) weten in', immers de diagnose borstkanker stond vast.

De impact van het handelen van mevrouw D. op het beloop van de ziekte is groot geweest door de duur van haar bemoeienissen en de indringendheid waarmee het plaatsvond. Deze indringendheid blijkt onder andere uit de woorden van patiënte tijdens het consult bij mevrouw R.K "dat mevrouw D. haar bezworen had dat zij niet aan kanker leed".

Het is glashelder dat wanneer een reguliere medische behandeling was ingezet (zelfs in de second best optie, zonder chemotherapie), patiënte dan een goede kans op curatie zou hebben gehad plus de zekerheid van levensverlenging. Daarbij ook de zekerheid dat de doorgemaakte lijdensweg haar bespaard zou zijn gebleven. De inspectie is in dit verband van oordeel dat mevrouw D. patiënte misleid heeft en dat er in het kader van de door haar geleverde zorg sprake is geweest van misbehandeling.

Mevrouw D. werpt tegen dat zij heeft zorg gedragen voor verwijzing naar artsen (dr. D., V. en W.). Naar het oordeel van de inspectie treft deze tegenwerping geen doel. Ten eerste werpt dat geen ander licht op de door haarzelf geleverde zorg, ten tweede waren deze verwijzingen van relatieve betekenis. Want de eerste twee zijn artsen die alleen poliklinisch spreekuur houden; daar hoorde mevrouw M. niet thuis, zij hoorde thuis in het ziekenhuis. De arts V. zei dan ook terecht "u hoort hier niet".

De derde arts W., miskende kanker tijdens een 'healing' op grond van een foto die mevrouw D. toonde. Bij de behandeling bij dr. D. nam mevrouw D. bovendien een dominante positie in, waarbij de anti-diagnose "geen kanker" expliciet geuit werd.

[5] E.Kübler-Ross; 'Dood', Ambo Baarn, 1975.

Opmerkelijk is overigens dat mevrouw D. patiënte begeleid heeft bij haar behandeling in een alternatieve kliniek in Zwitserland, die haar (ongefundeerde) behandelingen richtte tegen kanker. Mogelijk kreeg kanker toen nog het voordeel van de twijfel. Dat strookt ook met de verklaringen van dr. D. en C.B. dat "de ontkenning van kanker" na de behandeling in Zwitserland is opgetreden.

Staande blijft dat mevrouw D. patiënte het oordeel "geen kanker" heeft voorgehouden en dat dit "na Zwitserland" ook patiënte's overtuiging was. Vast staat ook dat mevrouw D. gedurende de gehele ziektegeschiedenis haar stempel drukte op het behandelbeleid en dat dit patiënte heeft bevestigd in haar ontkenning en verdringing van de werkelijkheid en haar heeft afgehouden van hetgeen (levensreddend) nodig was. Door haar handelen heeft mevrouw D. willens en wetens patiënte blootgesteld aan het aanmerkelijke risico dat de borstkanker voortschreed - zoals ook daadwerkelijk geschied is.

Naar aanleiding van de veroordeling van macrobioot A. Nelissen van het Kushi-instituut, liet prof. dr. J. Legemaate, destijds hoogleraar Gezondheidsrecht in Rotterdam, in een artikel *Alternatief genezer moet op zijn tellen passen* in Trouw van 22 december 2001 weten: *"Ik denk dat dit vonnis (de veroordeling van Nelissen) zeker elementen bevat waar het O.M. iets mee kan.. 'J.' valt net zo goed onder die zorgplicht en haar aanpak loopt ook niet over van wetenschappelijk bewijs. Ook zij moet haar patiënten dus vertellen wat de beperkingen van haar benadering zijn en zij is soms verplicht door te verwijzen. Het OM moet dus nog maar eens goed naar dit vonnis kijken".*

Oordeel inspectie:

Het handelen van mevrouw D. geeft de inspectie aanleiding aangifte te doen bij het Openbaar Ministerie wegens het vermoeden van een geweldsdelict en/of als het veroorzaken van een aanmerkelijke kans op schade bij patiënte in de zin van art. 96 Wet BIG.

Principieel heeft de heer A. hetzelfde gedaan als mevrouw D., zij het minder indringend en van kortere duur. Zijn "ik zie geen kanker" is voor een patiënt die zich vastklampt aan helderziendheid hetzelfde als "er is geen kanker". Hij bevestigde 'wat mevrouw D. ook al zei' en heeft daarop een versterkend effect gehad. Hij fungeerde als raadgever van patiënte en had in die zin veel invloed op haar beslissingen. Hij is geen hulpverlener zoals genoemd in de artikelen 3 en 34 van de Wet BIG. Wel begaf hij zich op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Hij gaf met zijn advies richting aan de keuzes van de patiënte en heeft in deze zin het belang van de patiënte aantoonbaar geschaad en een aanmerkelijke kans op schade bij haar bewerkstelligd.

Oordeel inspectie:

Het voorgaande is naar het oordeel van de inspectie een dermate ernstig feit dat hiervan aangifte zal worden gedaan bij het Openbaar Ministerie (OM) wegens het vermoeden van overtreding van de norm als genoemd in artikel 96 Wet BIG.

Een aparte positie neemt dr. D. in. Hij is internist en gebruikt de reguliere geneeskunde als basis voor zijn handelen. Hij lijkt een brug te slaan tussen 'regulier' en 'alternatief', maar schiet door in het aangaan van compromissen.

De inspectie plaatst vraagtekens bij zijn samenwerkingsrelatie met het genezend medium mevrouw D. en (in mindere mate) de paragnost de heer A. Beiden houden patiënte voor "geen kanker" en dr. D. zit erbij, kijkt ernaar en "knijpt zijn tenen samen". Hij heeft tegen beter weten in niet ingegrepen toen aan patiënte werd voorgehouden dat ze niet lijdende was aan een mammacarcinoom. Hij heeft patiënte niet voorgelicht over de aard en prognose van de aandoening en de gevolgen van het uitblijven van een reguliere behandeling. Opmerkelijk is ook, dat dr. D. niet in overleg is getreden met het AvL en AZVU, die als

expertise-centra gelden voor de desbetreffende aandoening en waar patiënte uitgebreid bekend was.

Dr. D. zegt “op koers” te zijn gebleven, hetgeen zou blijken uit de verwijzingen naar prof. W. en mevrouw R.K., maar tegelijk versluiert hij tegenover patiënte wat er werkelijk aan de hand is. Hij dringt aan op een tweede punctie, die medisch overbodig was en waarvan C.B. zegt dat deze plaatsvond om het (gunstig) effect van voorgaande ongefundeerde therapieën te beoordelen. Ook werkt dr. D. mee aan de keuze voor een ongefundeerde therapie in Zwitserland, alsook (al dan niet actief) aan de eveneens ongefundeerde zouttherapie bij C.B.

Terecht vraagt dr. D. zich achteraf af waar de grens ligt tussen ‘het meegaan met de patiënt’ en als arts niet mee te werken aan een behandeling die niet voldoet aan de medisch-professionele standaard c.q. onherroepelijk tot de dood zal leiden.

Prof. Leenen^[6] stelt: *afwijken van de medisch professionele standaard kan niet worden gerechtvaardigd door toestemming van de patiënt. De toestemming van de patiënt maakt een medisch niet-professionele handeling niet medisch professioneel.*

Weliswaar ging het hier om meer dan toestemming, i.e. om een (verkeerde) keuze van behandeling. Echter Leenen volgend is het evenmin zo dat de keuze van de patiënt een medisch niet-professionele behandeling medisch professioneel maakt.

Dr. D. had als arts (eerder) grenzen moeten stellen en patiënte moeten confronteren met de realiteit en haar nadrukkelijk en bij herhaling moeten wijzen op de consequenties van de ingeslagen weg. Dat is men als arts verplicht.

Het versluierende optreden en tegelijk toeziend en toelatend dat geïntervenieerd werd met de enige juiste (reguliere) behandeling, is dr. D. als arts aan te rekenen. Uit de tuchtrechtelijke normen komt naar voren dat op hem de plicht rustte patiënte te overtuigen van de noodzaak tot reguliere behandeling. Hij is meegegaan in haar verdringing en heeft haar daarin bevestigd. Wel heeft hij haar naar reguliere artsen verwezen; echter wat betreft de onderbouwing kunnen hier vraagtekens bij gezet worden. Bovendien, de enig juiste verwijzing zou een arts in een ziekenhuis geweest zijn. Hij heeft geen overleg gepleegd met de andere reguliere artsen, inclusief de huisarts, noch heeft hij een afsluitende berichtgeving aan de huisarts verzonden. Hij heeft geen behandeling volgens ‘the state of the art’ voorgesteld noch ingesteld.

Oordeel inspectie:

Naar het oordeel van de inspectie heeft dr. D. buiten de professionele standaard gehandeld en de inspectie zal dit handelen (en nalaten) ter toetsing aan de tuchtrechter voorleggen.

De arts mevrouw H.-H. gaat ‘in het meegaan met de patiënt’ nog verder en respecteert de keus van de patiënt tot in het oneindige, zo lijkt het. Dit nog afgezien van de promotie die zij voor de CSCT-klinieken in Zwitserland en Mexico gemaakt heeft, waarvan later via de media bekend werd dat deze ontmaskerd zijn als oplichterspraktijken. Ze heeft patiënte daarmee niet het goede advies gegeven en heeft nagelaten zich in te spannen patiënte terecht te doen komen daar waar zij thuishoorde: in het ziekenhuis.

Oordeel inspectie:

De arts mevrouw H.-H. heeft patiënte onjuist geadviseerd. Respect voor opvattingen van de patiënt is een groot goed, maar een arts hoort daar niet ongebreideld in mee te gaan. Daar mevrouw H.-H. gepensioneerd was, heeft zij patiënte niet in behandeling genomen en heeft haar rol zich beperkt tot een telefonisch advies. Onder de gegeven omstandigheden geeft dit de inspectie onvoldoende zwaarwichtige redenen om sanctionerend op te treden.

[6] Prof.dr. H.J.J. Leenen in *Professionele en medisch-professionele standaard*, Regelgeving beroepsuitoefening gezondheidszorg, A5050.2, Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

De heer C.B. (niet-arts) vecht al jaren voor erkenning van zijn zouttherapie. Hij doet dat gedreven, getuige zijn optreden in 'Rondom 10' alsook zijn presentatie tegenover getuige de heer van den H. die mevrouw M. een keer naar de praktijk van B. bracht. Hij brengt patiënten daarmee in gevaar.

Iedereen is vrij te geloven in wat men wil, maar op het moment dat dit geloof (in eigen kunnen) zijn toepassing vindt bij andere (ernstig zieke) mensen dan is men fundamenteel verkeerd bezig. Een in-vitro experiment bij TNO op diermateriaal met een mogelijke gunstige uitslag, is volstrekt onvoldoende basis om als behandelwijze therapeutisch op patiënten toe te passen. De heer B. zegt geen genezing in het vooruitzicht te stellen, maar zijn uitgedragen geloof in eigen kunnen wekt wel degelijk deze verwachting. Voorts stelt hij dat in het geval van mevrouw M. dr. D. de behandelend arts was en dat hijzelf slechts een additionele behandeling deed op verwijzing. Hij claimt daarmee dat hij als het ware onder verantwoordelijkheid van dr. D. werkte. Dr. D. laat zich daarover aanmerkelijk lauwer uit, hoewel het opmerkelijk is dat de heer B. medio 25 oktober 2000 bij het gezamenlijk overleg van het behandelteam bij dr. D. aanschoof.

Solitair of onder de vlag van dr. D., de heer B. behoort geen experimentele behandelingen met patiënten te doen. Dat hij het effect van zijn behandeling vervolgde door echo's te laten maken in Zaandam getuigt nog enigszins van rationaliteit in zijn handelen, daar staat tegenover dat patiënte bijna drie maanden ten onrechte haar hoop vestigde op zijn therapie.

Oordeel inspectie:

C.B. is geen hulpverlener zoals genoemd in artikel 3 en 34 van de Wet BIG. Wel stelde hij zich op als behandelaar en begaf zich op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Onder individuele gezondheidszorg valt immers iedere situatie waarin iemand met een als zodanig ervaren gezondheidsprobleem zich wendt tot een ander die aangeeft een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van dit gezondheidsprobleem. Door de drie maanden van ongefundeerde behandeling - waarin de ziekte kon voortschrijden - heeft hij het belang van de patiënte aantoonbaar geschaad en een aanmerkelijke kans op schade bij haar bewerkstelligd, waarvan aangifte zal worden gedaan bij het Openbaar Ministerie.

De werkwijze van de particuliere echografiepraktijk Proline in Zaandam roept vraagtekens op. Het behoort niet tot de competenties van radiologisch laboranten zelfstandig diagnostiek te bedrijven; men treedt daarmee buiten het deskundigheidsgebied, zoals dat is vastgelegd in het Besluit Opleidingseisen en Deskundigheidsgebied Radiologisch Laborant en Radiotherapeutisch Laborant. Met betrekking tot de zorgverlening aan mevrouw M. laat het zich weliswaar aanzien dat de diagnostiek naar behoren heeft plaatsgevonden, echter het kader waarin is onjuist geweest. De praktijk stelde zich in dienst van een ongefundeerde (en experimentele) behandelwijze waar geen effect van te verwachten was, alsook werd de indicatie gesteld door iemand die daartoe niet competent was.

Het maken van een echo is geen voorbehouden handeling en kan dus door een ieder worden uitgevoerd die zich daartoe bekwaam acht. Voor zover ten opzichte van patiënte buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid veroorzaakt werd, is deze toe te schrijven aan de behandeling bij de heer C.B. In die zin is er geen aanleiding de radiologisch laborante een ernstig verwijt te maken.

Wel is de vraag aan de orde of de praktijk in strijd handelt met de beginselen van de Wet BIG, art. 34 en 40 en het daarop gebaseerde Besluit Opleidingseisen en Deskundigheidsgebied Radiologisch Laborant en Radiotherapeutisch Laborant. Deze vraag zal separaat onderzocht worden door de regionale inspectie, werkgebied Noordwest.

Oordeel inspectie:

Door de regionale inspectie zal nader onderzocht worden of de particuliere echopraktijk Proline te Zaandam in strijd handelt met de Wet BIG en het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied Radiologisch Laborant en Radiotherapeutisch laborant.

De consulten bij prof. W. en mevrouw R.K. zijn geïnitieerd door onder meer dr. D., die naar zijn zeggen waren bedoeld om patiënte "met zachte hand" richting regulier te krijgen. Zoals hiervoor gememoreerd werd, is het opvallend dat mevrouw M. zich tijdens beide consulten liet overtuigen tot de stap naar regulier, maar zodra zij in haar eigen omgeving terugkwam zag zij daar weer vanaf.

Prof. W. en mevrouw R.K. roeren met recht het punt aan dat kankerpatiënten in een reguliere setting vaak te eenzijdig klinisch-technisch benaderd worden en dat er te weinig oog (of aandacht) is voor de belevingsaspecten van de patiënt en de begeleiding daarbij. Daar tegenover wordt het alternatieve veld door patiënten als een verademing ervaren, door de tijd en aandacht die er is voor "de mens achter de patiënt". Prof. W. geeft daarbij een handvat van standaard psycho-oncologische begeleiding bij iedere kankerpatiënt. Mevrouw R.K. pleit voor integratie van regulier en (bonafide) alternatief, alsook voor een radicale cultuuromslag in het reguliere veld. Prof. W.'s benadering lijkt realistischer, zij het dat mevrouw R.K.'s individuele benadering van patiënten respect afdwingt. In het geval van mevrouw M. worstelt zij, naar de mening van de inspectie terecht, met de vraag of zij niet meer confronterend had moeten optreden. Gezien de eenmaligheid van de consultatie is het gepast haar daar geen ernstig verwijt over te maken; het zag er bovendien naar uit dat haar aanpak succes zou gaan opleveren.

Oordeel inspectie:

De pogingen van de artsen prof. W. en mevrouw R.K. om patiënte "terug naar regulier te krijgen" waren tevergeefs; er valt hen daarover evenwel geen verwijt te maken.

Door het via-via-circuit wordt mevrouw O. T. uit Den medio oktober 2000 Haag in de behandeling betrokken. Het laat zich aanzien dat zij tot degenen ging behoren die zich in de directe omgeving om mevrouw M. heen schaarden en dat zij een bestendige rol gespeeld heeft bij de weg die mevrouw M. had ingeslagen. Daarmee droeg ook zij er aan bij dat "de weg terug" naar een adequate behandeling werd afgesneden. In haar handelen toont mevrouw O. T. zich als het prototype van de alternatief therapeut zoals het beslist niet moet. Een veelvoud aan geneeskunsten (via een schriftelijke cursus opgedaan), diagnose per telefoon, een bacterie in plaats van kanker, verontrust over een abces dat door kan gaan breken en waarvoor dokters 'stand by' moeten zijn (die achteraf van niets blijken te weten). Bovendien kritiekloos meegaand in de rituelen van mevrouw D. en daar zwaarwegende conclusies aan verbinden. Het moge zo zijn dat zij patiënte intensief bijstond, respectievelijk dag en nacht voor haar klaar stond, met haar zorginhoudelijke opstelling heeft zij patiënte een slechte dienst bewezen. Hetzelfde geldt voor haar advies de arts Br. te consulteren.

Oordeel inspectie:

Naar het oordeel van de inspectie heeft mevrouw O. T. zich mede-schuldig gemaakt aan de schade die bij mevrouw M. ontstaan is en is er ook sprake geweest van "misbehandeling". Mede in het licht van de gevolgen, zal het optreden van mevrouw O. T. aan het Openbaar Ministerie worden voorgelegd.

De arts Br. blijkt zijn professioneel handelen niet wezenlijk te hebben veranderd sinds zijn schorsing in 1997. Het voornoemd protocol, dat destijds naar aanleiding van de maatregel

overeengekomen was, wordt onvolledig en naar het zich laat aanzien slechts ‘pro forma’ nageleefd en de arts bezondigt zich – net als indertijd – aan het eenzijdig toepassen van ongefundeerde methoden.

Met betrekking tot mevrouw M. heeft hij, zonder zich deugdelijk over de medische situatie van patiënte te laten informeren, eenzijdig en uitsluitend alternatieve diagnostiek bedreven middels de ongefundeerde Vega-test. Hieruit werd als conclusie getrokken: geen kanker. Er zou slechts sprake zijn van een bacteriële infectie met abcesvorming en met zelf op de markt gebrachte (ongefundeerde) geneesmiddelen werd dit (tevergeefs) bestreden.

De heer Br. betwist het vorenstaande. Hij zou uitgegaan zijn van een mammacarcinoom en patiënte dat ook gezegd hebben. In zijn behandeling zou hij zich beperkt hebben tot de secundaire bacteriële infectie (respectievelijk abscessen) en hij zou zijn uiterste best gedaan hebben om patiënte in het reguliere circuit terug te krijgen. De inspectie hecht hier geen geloof aan en wel om de volgende redenen:

- De verklaringen van O. T., huisarts J., C.B., Van der H. en Van den H. spreken dit tegen.
- De brief van Br. die huisarts K. heeft ingezien, vermeldde slechts het bestaan van een bacteriële infectie.
- Br. onderbouwt zijn achteraf-verklaring met zijn oorspronkelijke patiëntendossier (groene kaart), deze blijkt ruim na het overlijden van mevrouw M. te zijn ingevuld.
- Verklaringen van andere patiënten en nabestaanden (zie onder meer NOVA van 5 oktober 2001) geven hetzelfde beeld. Bij meerdere patiënten waarbij kanker vaststaat, wordt de diagnose tegengesproken en wordt valse hoop op genezing verstrekt.
- Uit niets blijkt dat Br. zijn uiterste best gedaan heeft om patiënte te overtuigen van het belang van reguliere medische behandeling. De patiëntenkaart vermeldt weliswaar op 26 februari 2001: “chirurg weigert medewerking”. Dit suggereert dat patiënte bereid was zich te laten opereren, maar dat dit door tegenwerking van de chirurg in het OLVG of AvL niet plaatsvond. Afgezien van dat geen enkele verklaring van derden het voorgaande onderbouwt, met weinig moeite was er ongetwijfeld een (andere) chirurg bereid gevonden patiënte te behandelen; desnoods had dit via de huisarts kunnen lopen.

Br. suggereert dat hij zich bij zijn behandeling heeft moeten beperken tot de behandeling van (secundaire) bacteriële abscessen; dit is weinig rationeel. Iedere arts weet of behoort te weten dat een voortschrijdend mammacarcinoom vroeg of laat tot ulceraties leidt, hetgeen niet (met door hemzelf geprepareerde) middeltjes te genezen is; alleen bestraling, chemotherapie of hormonale behandeling kan dan mogelijk nog uitkomst bieden en daarvoor hoorde patiënte in het ziekenhuis.

Het achteraf invullen van het patiëntendossier is een zeer laakbare handeling geweest. Er is geen andere conclusie mogelijk dan dat dit bedoeld moet zijn geweest om zich te disculperen, ook al heeft Br. niet met zoveel woorden gezegd dat het om het oorspronkelijk patiëntendossier ging. Men bedenke evenwel, dat Br. door de inspectie werd aangesproken op de geluiden als zou hij patiënte hebben voorgehouden dat haar aandoening geen kanker was doch “slechts” een bacteriële infectie. Daarop sprak hij de verweten gedragingen tegen en onderbouwde dit met - in zijn handschrift opgetekende - verslaglegging (inclusief data) op de patiëntenkaart. Dat kan dan niet anders worden opgevat als dat hij zijn oorspronkelijke verslaglegging van de behandelingen overgelegd heeft met het kennelijke oogmerk daarmee zijn explicatie over zijn behandeling te staven. Nu dit een achteraf ingevuld dossier blijkt te zijn, krijgt deze wijze van onderbouwing het karakter van een poging tot misleiding. De arts roept bovendien over zich af dat er aan zijn achterafverklaring geen geloof gehecht wordt. Daarnaast is het professioneel onjuist om verslaglegging van verleende zorg ruim na dato op te stellen (nadat er kritiek op de zorgverlening ontstaan is) waarbij de antedatering niet is vermeld, zodat transparantie en toetsbaarheid illusoir is.

De heer Br. heeft mevrouw M. gedurende vijf maanden ondeskundig behandeld; hij heeft methoden toegepast waarvan wetenschappelijk niet is aangetoond dat deze effectief zijn, terwijl er wel effectieve behandelmethoden binnen bereik waren. Het voorschrijven van eigen bereide middelen staat bovendien op gespannen voet met de wetgeving op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening. Ook is laakbaar dat hij patiënte met die ongefundeerde behandelwijzen valse hoop op genezing heeft gegeven. Dit alles is de heer Br. des te meer aan te rekenen door zijn arts-zijn, hetgeen de verwachting wekt dat er gewerkt wordt conform de voor de beroepsgroep geldende normen.

Door zijn handelen heeft hij patiënte bewust blootgesteld aan het risico dat de borstkanker zou voortschrijden, hetgeen ook daadwerkelijk is geschied.

Oordeel inspectie:

Naar de mening van de inspectie is er sprake van “misbehandeling” door de arts Br. en het door zijn toedoen veroorzaken van schade; de inspectie zal hiervan aangifte doen bij het Openbaar Ministerie. Daarnaast is het optreden door de arts Br. dusdanig afwijkend van de medisch professionele standaard geweest dat het handelen van de heer Br. door de inspectie ter toetsing zal worden voorgelegd aan de tuchtrechter.

Over de periode dat mevrouw M. in Millingen a/d Rijn vertoefde bij de arts J.A.M.K. bestaat een wirwar aan tegengestelde verklaringen en inconsequenties.

De heer K. zegt stellig patiënte in huis te hebben genomen omdat zij vastliep in de thuis-situatie en aldus een vriendendienst geleverd te hebben. Haar komst naar Millingen zou niets te maken hebben gehad met de komst van het magneetveldapparaat ‘Lotje’. Haaks daarop staat dat de heer K. zelf contact met mevrouw M. zocht en volgens verklaringen haar het magneetveldapparaat “als redding voor haar aandoening” aanbood. Ook pleit tegen het concept van “de opvang uit vriendschap en niet voor behandeling”, dat mevrouw M. in eerste instantie op en neer kwam vanuit Amsterdam om de magneetveldbehandelingen te ondergaan (en daarvoor rekeningen kreeg) en pas in tweede instantie in Millingen introk. Een logeerpartij van een vriendin - bij wijze van uitzondering – wordt bovendien ontkracht doordat vaker patiënten intern werden opgenomen; het hebben van drie logeerkamers wijst in dezelfde richting. Tot slot staat vast dat de heer K. bij mevrouw M. electro-acupunctuur metingen verrichtte, homeopathische middelen voorschreef en magneetveldbehandelingen toegepaste. Aldus is het achteraf ontkennen of betwisten van een arts-patiënt relatie niet serieus te nemen. Zo de heer K.’s weergegeven intenties juist zouden zijn geweest, geeft hij er blijk van privé-omstandigheden niet van zijn professioneel handelen te kunnen scheiden. Ook met betrekking tot de aard van de aandoening en de bedoelingen van zijn behandelingen schept K. een mistig beeld. In NOVA verklaart hij over de behandeling van mevrouw M., ondertussen het magneetveldapparaat demonstrerend, “nee hadden we, ja konden we krijgen”. Tegen de inspectie verklaart hij dat de behandelingen er slechts op gericht waren om conditieverbetering en weerstandsverhoging te bewerkstelligen, maar dat patiënte in het reguliere circuit thuishoorde en daar ook op te hebben aangedrongen. Tegelijkertijd houdt hij in München een lezing over 120 kankerpatiënten die hij met ‘Lotje’ behandeld heeft (waaronder een wonderbaarlijke genezing) én hij zegt thans (in 2003) geen patiënten meer met vergevorderde kanker te behandelen (hetgeen hij kennelijk dus eerst wel gedaan heeft). Nergens uit blijkt dat door hem op reguliere behandelingen is aangedrongen.

Pas toen patiënte moribund was heeft de heer K. de huisarts J. erbij gehaald. Dit roept de vraag op waarom niet in een eerder stadium actief adequate hulp werd ingeschakeld. Hoe de heer K. zelf ook gedacht moge hebben over de aard van de aandoening, uit de verklaringen van de praktijkassistenten (en huisarts J.) blijkt in ieder geval dat hij tegenover patiënte (en de assistenten) een misleidend beeld opriep. Het drogbeeld “een bacterie” werd in stand gehouden, de metingen verstrekten valse hoop en er werd ten onrechte “genezing” in het vooruitzicht gesteld.

Kwalijk is bovendien dat patiënte in haar laatste levensmaanden niet de palliatieve zorg heeft gekregen die zij nodig had. De heer K. beroept zich er op dat patiënte hem daarvoor geen ruimte gaf. Zelfs als dit waar was, dan had hij zich op dit punt kunnen laten adviseren en zelf voor de uitvoering kunnen zorgdragen. In het nabijgelegen UMC St. Radboud is veel expertise op het gebied van palliatie aanwezig. In plaats daarvan verbleef er een terminale patiënte onder mensonterende omstandigheden onder de hoede van de heer K. als behandelend arts.

Met de pijnstilling bemoeide hij zich niet, dat patiënte niet meer sliep was geen reden om in te grijpen, dat patiënte zich meerdere malen per dag 'als een verslaafde' op het magneetveldapparaat aansloot is de heer K. ontgaan.

Toen de heer K. uiteindelijk de huisarts J. erbij gehaald heeft, gaf hij geen blijk de situatie medisch juist in te schatten. Huisarts J. heeft drie dagen voor het levenseinde aan patiënte de realiteit moeten voorhouden en in een veel te laat stadium adequate zorg moeten bewerkstelligen.

Oordeel inspectie:

De arts J.A.M.K. heeft met zijn handelen blijk gegeven van grove onkunde, misleidend optreden en hij heeft patiënte ernstig tekort gedaan. Hij heeft ver buiten de professionele standaard opgetreden met eenzijdig ongefundeerde methoden en patiënte heeft daarvan ernstige schade ondervonden. De term misbehandeling is hier van toepassing. De inspectie zal het handelen van de heer K. onder de aandacht van het Openbaar Ministerie brengen, alsook zijn professioneel handelen ter tuchtrechtelijke toetsing voorleggen. Hierin weegt ook het handelen van de arts in september 1999 mee.

Zowel huisarts J. uit Millingen, als prof. de M. en mevrouw A.B. in het UMC St. Radboud, hebben onder de gegeven omstandigheden gedaan wat (nog) mogelijk was. De conditie van patiënte was dusdanig slecht dat behandeling (in de zin van levensverlenging) niet meer tot de mogelijkheden behoorde. 2½ dag na opname overleed mevrouw M.

Een aspect in de casus dat nog aandacht verdient is het volledig ontbreken van communicatie c.q. uitwisselen van medische gegevens tussen diverse behandelaars. Binnen het reguliere circuit verliep dit probleemloos via de gebruikelijke verwijs- en ontslagbrieven tussen huisarts en specialisten over en weer. Maar waar er sprake was van een kloof, was dat tussen regulier en alternatief (en alternatief onderling). Wat ten eerste opvalt is dat de alternatief werkend artsen (alsook de niet-artsen) geen medische informatie opvragen bij voorgaande (of gelijktijdige) behandelaars. Men zegt de medische gegevens óf anamnestic te verkrijgen, óf de patiënt deze te laten opvragen; dit laatste is in de casus M. in geen van de gevallen gebeurd. De inspectie acht het onwaarschijnlijk dat patiënte expliciet verboden heeft om medische gegevens op te vragen. Daarbij is het ook niet voor te stellen dat een adequate behandeling kan worden ingesteld bij zulk een gebrekkige informatievoorziening. Zeker bij de heren Br. en K. laat het zich aanzien dat men zich weinig gelegen liet liggen aan wat elders gedaan of vastgesteld was en dat men aldus eenzijdig vertrouwd op de eigen toegepaste alternatieve diagnostische methoden en behandelingsstrategie. Ten tweede valt op dat rapportering richting de huisarts (of anderszins) geen vanzelfsprekendheid was. Daarmee miskent men de positie van de huisarts als centrale spil in de zorgverlening, respectievelijk men ondergraaft het belang van de patiënt, dat gebaat is met een goede gegevensuitwisseling. Het roept bovendien het beeld op van 'achterkamertjes geneeskunst', dat kennelijk het daglicht niet kan verdragen.

Bij beide elementen beroept men zich op het ontbreken van toestemming van de patiënt, echter zonder dit aantoonbaar te maken. Wat zou spelen is dat patiënten die zich tot het alternatieve veld wenden, vaak bang zijn daarmee hun relatie met het reguliere veld op het spel te zetten. Zo dit zo is, dan is deze angst ongegrond; een reguliere behandelaar dient

uiteindelijk de keuze van de patiënt te respecteren. Bij geen van de betrokken reguliere behandelaars in de casus werd de relatie met het alternatieve veld dusdanig afgewezen dat op grond daarvan de behandelrelatie verbroken werd of overwogen werd dit te doen. Allen drongen aan op een reguliere toepassing als enige mogelijkheid tot genezing, maar allen gaven patiënte de ruimte additionele zorg in het alternatieve veld te ontvangen. Zo hoort het ook. Andersom deed het zich voor dat de term 'alternatief' al te absoluut werd gehanteerd, dat wil zeggen als enig zaligmakende weg die andere wegen uitsloot. Het is dan onzinnig om tegelijk een pleidooi te houden voor een betere samenwerking tussen alternatief en regulier en zich te beklagen over tegenwerking vanuit de reguliere kant. Al dan niet actief de weg afsnijden naar de behandeling die voor patiënte levensreddend was, geen of weinig moeite doen patiënte daar te krijgen waar de noodzakelijke behandeling voorhanden is en het achterwege laten van een van de meest elementaire vereisten (i.e. informatie-uitwisseling met overige behandelaars) zijn uitingen van slecht hulpverlenerschap. De inspectie meent dat in veel gevallen nadrukkelijker gepoogd had moeten en kunnen worden patiënte te overtuigen van het belang van de juiste behandeling en van een goede informatieoverdracht. Wanneer een behandelaar dit belang onderkent, dan kan hij er op staan dat dit behoorlijk plaatsvindt. Ook dat is een vorm van grenzen stellen om aan de professionele standaard te kunnen voldoen.

Om met de woorden van prof. de M. te spreken, het is bizar dat iemand anno 2001 zo aan haar einde gekomen is. Zeker is dat patiënte – met deugdelijke behandeling - aanmerkelijk langer had kunnen leven en met een aanzienlijke hogere kwaliteit van leven. Evenzeer geldt dat patiënte een gereede kans had 'op overleven' (lees: curatie), indien op tijd aan de deugdelijke behandeling begonnen was. Zelfs interventies in de laatste levensmaanden hadden zinvol (en levensverlengend) kunnen zijn. Het is niet te billijken dat al deze kansen niet benut werden.

Is de casus daarmee slechts een bizarre geschiedenis, een opeenstapeling van malpracticing en missers? Kan en mag hetgeen mevrouw M. overkomen is morgen en overmorgen bij een willekeurige burger opnieuw plaatsvinden? Kan dit zomaar? Het zijn vragen die menigeen zal stellen en waarop geen pasklaar antwoord te geven is. Waar repressieve maatregelen mogelijk zijn en tot uitvoering komen zal dit zeker een (generaal) preventief effect hebben. Toch rijst ook de vraag of er vervolgens gewacht moet worden op de volgende gerucht-makende casus over slachtoffers van kwakzalverij waarop weer een repressieve reactie volgt nadat het kwaad alweer geschied is.

Het is illusoir te verwachten dat 'de overheid' (of de inspectie) excessen als deze, altijd zal kunnen voorkomen. Maar tegelijk is de vraag gewettigd of 'de permissive society' niet te ver is doorgeschoten. Achterliggende gedachte bij de totstandkoming van de Wet BIG was dat de burger de vrijheid heeft om zelf uit te maken waar hij zijn gezondheidszorg betreft en dat de overheid daarin niet betuttelend moet optreden (met uitzondering van een regulering aangaande voorbehouden handelingen, titelbescherming, opleiding en deskundigheidsgebied). Een liberale opstelling, passend in de tijdsgeest. Evenwel, deze voorbeeldcasus toont de negatieve consequenties van die keuze en hoe dit in de praktijk kan uitpakken. Voor de gemiddelde burger is het al geen eenvoudige opgave om zijn weg te vinden in het reguliere veld, hoewel je mag aannemen dat zijn huisarts hem daarbij behulpzaam is. Daarbij zijn er wettelijke garanties en is er van inspectiezijde toezicht. Het niet-reguliere veld is voor de burger een oerwoud, waar kaf en koren nauwelijks te onderscheiden zijn en waar lidmaatschap van de vele uiteenlopende beroepsverenigingen geen garantie voor veiligheid en kwaliteit geeft. Weliswaar is er een stimuleringsbeleid gevoerd om ook in het niet-reguliere veld een kwaliteitsbeleid tot stand te laten komen, maar deelname is vrijblijvend en de maximale sanctie op malpractice is: schorsing uit de beroepsvereniging (zo men hier al lid van is).

Deze zelfregulering biedt de burger, zo blijkt uit deze casus, onvoldoende bescherming vooraf. In deze voorbeeldcasus boden eigenzinnige 'handelaren in valse hoop' vrijelijk hun inferieure koopwaar aan en er was niets wat hen daarbij belette; hoogstens kan er achteraf sanctionering plaatsvinden waarvan de uitkomst moet worden afgewacht.

Een patiënt, een zieke, is per definitie de zwakkere partij en de principiële vraag is aan de orde of de overheid – ook in dit opzicht – de zwakkere partij beter dient te beschermen, gelijk dit in onze samenleving een vanzelfsprekendheid is ten opzichte van de sociaal zwakkeren.

Op niet-regulier werkende artsen rust in ieder geval nog de plicht zich te conformeren aan de regels en richtlijnen, die voor de gehele beroepsgroep der artsen gelden. In beginsel zijn zij onderworpen aan het Staatstoezicht (hoewel dit op individueel niveau praktisch ondoenlijk is) en zij zijn aanspreekbaar op hun handelen middels het Tuchtrecht onder regime van de Wet BIG. Men bedenke evenwel bij dit laatste dat de zwaarste maatregel die opgelegd kan worden – en dat gebeurt bij uitzondering - uitschrijving uit het register van artsen is; niets belet zo'n ex-arts nadien, onder een andere titel de praktijkvoering voort te zetten. Een algeheel verbod op 'gezondheidszorg te bedrijven' na aangetoonde malpractice zou effectiever zijn.

Alternatief werkende zorgverleners, niet-artsen, ondervinden nog minder beperkingen. De wettelijke verplichting "kwalitatief verantwoorde zorg te leveren" (art. 40 Wet BIG) wordt geïnterpreteerd als niet op hen van toepassing. Zicht op dit omvangrijke veld is er niet, toezicht van de inspectie is vrijwel alleen reactief bij obligate uitingen van malpractice, waarbij het strafrecht – met al z'n beperkingen - als sluitstuk moet dienen. De inspectie heeft eenvoudigweg de menskracht niet om op dit veld (pro-actief) toezicht te houden en waren de middelen er wel, dan is het arsenaal aan instrumenten om op te treden uiterst beperkt. Alleen een onderdeel van art. 96 van de Wet BIG biedt pro-actief enig soelaas, namelijk dat deel dat betrekking heeft op het buiten noodzaak veroorzaken van een aanmerkelijke kans op schade, hetgeen strafbaar gesteld is. Het Openbaar Ministerie dient in zulke gevallen het initiatief te nemen tot strafvervolging met een beroepsverbod als mogelijke sanctie (en met de mogelijkheid een voorlopige voorziening te treffen). Enige scepsis over dit pro-actieve (lees: preventieve) element is op z'n plaats daar er – als gezegd – geen (toe-)zicht op dit veld is en het dus in de rede ligt dat alleen opgetreden zal (kunnen) worden wanneer het kwaad al geschied is.

Na een studie van 10 jaar kwam een commissie van de Gezondheidsraad onder voorzitterschap van de latere Minister Borst in 1993 met een rapport *Alternatieve Geneeswijzen*. De risico's van alternatieve geneeswijzen werden hierin onderkend. Ondermeer werd er gewezen op het risico van ondeugdelijk diagnosticeren waarop vervolgens een ongefundeerde behandeling begint. Voorzichtig zou daaruit geconcludeerd kunnen worden dat het beter ware dat een (reguliere) diagnose aan iedere behandeling vooraf dient te gaan en nog beter, dat de behandeling op die diagnose geënt behoort te zijn.

Uiteindelijk heeft het rapport (te) weinig consequenties gehad. De Wet BIG kwam er (1995) en van een werkelijke regulering van het alternatieve veld kwam weinig terecht, afgezien van voornoemde stimulans tot zelfregulering. Het enige dat tot stand kwam was de verplichte registratie van homeopathische en andere alternatieve middelen. Een reusachtige administratieve exercitie, met het uit de weg gaan van de vraag waar het werkelijk om draait: een wetenschappelijke onderbouwing van de werking.

Het lijkt er op dat het probleem van de (gevaarlijke) kwakzalverij een typische exponent is van de gedoogcultuur. Gedogen totdat om de zoveel tijd de samenleving wordt opgeschrikt door de schrijnende gevolgen van een triviale misstand. We noemen hier: de latrosfenkwestie, de Essaïdi Aqua Tilis therapie, Sonor therapie, de macrobioot Nelissen en recent de zorgverlening aan S. M. En telkenmale wordt er richting inspectie gewezen: "u moet ingrijpen, u had dit moeten voorkomen". Echter de inspectie is een scheidsrechter zonder fluit in een ander stadion.

De casus S. M. als voorbeeldcasus zou de aanzet kunnen vormen tot waarlijk beschermende maatregelen.

- Om te beginnen een meldings- of registratieplicht voor een ieder die (individuele) gezondheidszorg bedrijft en marginale screening (lees: toezicht) op het gevaarscriterium.
- Geen behandeling zonder voorafgaande (reguliere) diagnose en de plicht zich daaraan te conformeren. De medische diagnose opnemen als “voorbehouden handeling” in de Wet BIG, want dit belangrijke traject in elk zorgproces wordt weliswaar impliciet als taak van “de arts” gezien maar is als zodanig niet vastgelegd.
- De plicht om mee te werken aan de voor de patiënt best mogelijke behandeling, c.q. art. 40 Wet BIG op elke zorgverlener van toepassing laten zijn.
- Openheid van zaken (vice versa) richting de (mede-)behandelaars.
- En tot slot een verplicht protocol met betrekking tot een behandelovereenkomst met de patiënt, waarin diagnose en behandeling zijn vastgelegd, indien van de reguliere weg wordt afgeweken.

Ziedaar, ‘the lessons to be learned’ uit deze voorbeeldcasus. Het strafrecht blijft immer als sluitstuk achter de hand, voor gevallen waarin de ene burger de ander schade toebrengt (of een geweldsdelict begaat). Met een uitgebreide arsenaal aan (vooraf) beschermende maatregelen, blijft de keuzevrijheid van de burger fier overeind. Net als dat er te kiezen valt in de supermarkt waar de koopwaar voorafgaand aan allerlei veiligheidsmaatregelen onderworpen is geweest. En ook gelijk er de vrije keuze is tussen een BOVAG-garage en ‘Beun de Haas’. Stuurt de laatste je de weg op met een defecte rem, dan is dat geen kwestie van ‘eigen schuld’ maar kan hij daar wel degelijk op worden aangesproken.

De casus M. is een casus vol voorbeelden van ‘gevaarlijke kwakzalverij’ waaraan de Nederlandse burger bloot kan staan. In het kader van ‘risico-afweging’ wordt hier obligaat het gevaarscriterium overschreden. Betere bescherming daartegen en ‘zero tolerance’ bij de constatering ervan, zijn de noodzakelijke remedies.

Prof. Dr. F.C.B. van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht in Maastricht, schrijft al in 1993^[7]: *“Het strafrecht dient af te rekenen met alternatieve genezers die mensen tot de rand van de dood brengen – of erger. Moet de tuchtrechter – die ook de maatregel van ontzegging tot zijn beschikking heeft – niet radicaler voorkomen dat artsen zich met dergelijke praktijken bezighouden?”*

In dit kader zij ook verwezen naar het Handboek Gezondheidsrecht Deel II, Gezondheidszorg en Recht, derde druk, van prof.dr. H.J.J. Leenen, twee citaten uit het hoofdstuk Alternatieve behandelwijzen op pagina 95 e.v.:

“In het kader van alternatieve behandelwijzen is de ‘Kurierfreiheit’ aan de orde, de vrije keuze voor een behandelwijze. In brede kring is aanvaard dat de patiënt primair verantwoordelijk is voor zijn eigen gezondheid. Hij kan een andere dan de reguliere behandelwijze kiezen. Vaak gebeurt dat, omdat de reguliere geneeskunde geen soelaas biedt. Een probleem echter vormen de deskundigheid van de behandelaar en de risico’s van alternatieve behandelwijzen. In dit opzicht behoeft de burger, evenals bij de reguliere geneeskunde, bescherming. Dit temeer omdat alternatieve behandelwijzen geen wetenschappelijke basis hebben.

Een ander punt is de gelijke behandeling van reguliere geneeskunde en alternatieve behandelwijzen. Nu aan de reguliere geneeskunde in toenemende mate wetenschappelijke

[7] Prof.dr .F.C.B.van Wijmen, annotatie in Nederlandse Jurisprudentie 1993, nr. 593 bij het Arrest van de Hoge Raad, 27 november 1992, rek.nr.8151.

en kwaliteitseisen worden gesteld en controlemechanismen ter bewaking van de kwaliteit in het leven worden geroepen, moet datzelfde voor alternatieve behandelwijzen gelden. Het zou een merkwaardig beleid zijn om reguliere vormen van geneeswijzen onder controle te stellen en alternatieve behandelwijzen ongecontroleerd op mensen te laten toepassen. Is het nemen van kwaliteitsbevorderende maatregelen ten aanzien van alternatieve behandelwijzen in eerste instantie een zaak van de betrokken organisaties, dat neemt niet weg dat, als dergelijke maatregelen uitblijven, de overheid zal moeten optreden.”

Last but not least ‘een wenk’ richting reguliere veld. Zou een rol kunnen spelen dat het ontbreekt aan voldoende tijd en aandacht voor de patiënten, waardoor velen geneigd zijn hun heil elders te zoeken? Feit is in ieder geval dat in het alternatieve veld aanmerkelijk meer tijd per patiënt wordt uitgetrokken voor consultvoering. Ook is als cri de coeur hoorbaar dat de reguliere zorg, met z’n wetenschappelijke en technologische benadering, als te kil en onpersoonlijk wordt ervaren. De artsen prof. W. en mevrouw R.K. zeggen hier in dit rapport wezenlijke dingen over. Standaard psycho-oncologische begeleiding voor elke kankerpatiënt lijkt een waardevolle suggestie. Hierop te anticiperen zou patiëntenstromen kunnen doen omkeren. En waar alternatief additief kan zijn, zou geven en nemen van beide kanten de patiëntenzorg ten goede kunnen komen. Om het met de woorden van Rooymans en Walvoort^[8] te zeggen: “Alternatieve geneeskunde geneest geen ziekten - maar zij helpt soms wel zieken”.

[8] *Over ziekten en zieken- wetenschappelijke en alternatieve geneeskunde* in Ned. Tijdschrift voor Geneesk. 2003 6 september; 147(36).

4 Verantwoording en toetsingskader

4.1 Verantwoording

Het inspectieonderzoek is uitgevoerd door een onderzoeksteam, dat het onderzoeksmateriaal verkreeg uit gesprekken en correspondentie met betrokkenen, door bestudering van uitspraken in de media en door literatuurstudie. Van alle gesprekken werd een gespreksverslag gemaakt, dat aan de betrokken gesprekspartner(s) werd opgestuurd met het verzoek het verslag op feitelijke onjuistheden te controleren, waarna het gespreksverslag definitief werd vastgesteld.

Om tot een oordeel te komen of de geldende normen voldoende in acht zijn genomen, is gebruik gemaakt en getoetst aan relevante wettelijke voorschriften, richtlijnen en normen, zoals deze staan verwoord verderop in dit hoofdstuk.

Schriftelijke informatie werd verkregen van:

- Mevrouw dr. H.S.A.O., oncologisch chirurg te Amsterdam d.d. 7 januari 2003.
- Mevrouw M.J.H. S., internist-oncoloog te Amsterdam d.d. 25 november 2002.
- Mevrouw J.A.C. H.-H., arts te Groningen d.d. 23 januari 2003 en 21 februari 2003.
- De heer E. V., arts en bioloog te Den Haag, een telefonisch onderhoud d.d. 13-11-2002, correspondentie d.d. 20 november 2002, 12 december 2002, 3 februari 2003 en 14 maart 2003.

De volgende gesprekken werden gevoerd:

- Op 28 augustus 2002 met de heer J. K., huisarts te Amsterdam.
- Op 28 augustus 2002 met de heer dr. E. J.Th. R., oncologisch chirurg in het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam.
- Op 10 september 2002 met de heer A. J., chirurg Kennemer Gasthuis te Haarlem.
- Op 17 september 2002 met mevrouw drs. A.J.W. B., arts-assistent, destijds op de afdeling oncologie van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.
- Op 17 september 2002 met de heer prof.dr. P.H.M. de M., internist-oncoloog, hoogleraar medische oncologie, Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen.
- Op 18 september 2002 met de heer G.J.TH. J., huisarts te Millingen a/d Rijn.
- Op 18 september 2002 met de heer A. de W., huisarts te Millingen a/d Rijn.
- Op 19 september 2002 met de heer prof.dr. S. M., oncologisch chirurg, AZVU te Amsterdam.
- Op 2 oktober 2002 met de heer J.P.B. van T., plastisch chirurg Kennemer Gasthuis te Haarlem.
- Op 9 oktober 2002 met de heer dr. E. van der W., internist-oncoloog in het AZVU te Amsterdam.
- Op 9 oktober 2002 met de heer H. van der H., bevriende relatie van S.M.
- Op 29 oktober 2002 met mevrouw O. T., alternatief therapeut, praktijk te Den Haag.
- Op 29 oktober 2002 met de heer C.B., alternatief therapeut, praktijk te Hilversum.
- Op 16 oktober 2002 met vier voormalig medewerkers van het medisch centrum 'De Grens' te Millingen.
- Op 23 oktober 2002 met de heer A. van den H., bevriende relatie en collega van S.M.
- Op 7 november 2002 met mevrouw J.W.P. D., genezend medium 'J.'.
- Op 22 november 2002 met de heer C.J.M. Br., alternatief werkend arts te Haarzuilens.
- Op 25 november 2002 met de heer dr. H.F. D., internist, ten tijde van deze casus praktijkhoudend te Hilversum, thans te Bunnik.

- Op 27 november 2002 met de heer J.A.M. K., alternatief werkend arts te Millingen a/d Rijn.
- Op 11 december 2002 met de heer prof.dr. R.I.C. W., oncologisch chirurg te Amsterdam, oprichter psycho-oncologisch centrum te Haren, ervaringsdeskundige.
- Op 11 december 2002 met mevrouw F. B., radiodiagnostisch laborante, praktijk houdend te Zaandam.
- Op 17 december 2002 met mevrouw R. K., plastisch chirurg, Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen en kliniek Middellaan te Velp.
- Op 8 januari 2003 met de heer A. A., paragnost.
- Op 8 april 2003 met de familie C., ouders van een ex-patiënt van de arts J.A.M. K. te Millingen
- Op 4 juni 2003 met de heer M., arts, destijds arts in de praktijk van J.A.M. K. te Millingen

4.2 Toetsingskader

4.2.1 Inleiding, korte schets van het ontstaan van de BIG en de uitgangspunten van deze wet

4.2.1.1 Inleiding

Uit de missie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg:

"Ook anderen hebben de vrijheid individuele gezondheidszorg aan te bieden en burgers hebben de vrijheid zelf hun zorgverleners te kiezen. Aan niet in de Wet BIG geregelde beroepen worden echter geen kwaliteitseisen gesteld en de burger mag er dus niet zonder meer op rekenen dat er sprake is van 'verantwoorde' zorg. De inspectie zal hier dan ook slechts een passieve, vooral repressief gerichte rol spelen en alleen bij ernstige klachten of het vermoeden van (een aanmerkelijke kans op) schade optreden".

In de folder van VWS *De Wet BIG in hoofdlijnen* staat vermeld:

"De grondgedachte van de Wet BIG is dat in beginsel iedereen alle geneeskundige handelingen mag verrichten. Op de vrijheid maakt de wet echter uitzonderingen. Sommige handelingen zijn voorbehouden aan categorieën beroepsbeoefenaren die de wet bevoegd verklaart. Het betreft handelingen die een aanmerkelijk risico met zich meebrengen voor de gezondheid van de patiënt, indien zij worden uitgevoerd door ondeskundigen".

En voorts:

"In brede kring leefde al geruime tijd het gevoel dat het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst niet in onze tijd past. Mondige patiënten moeten in het reguliere of het alternatieve circuit terecht kunnen bij de hulpverlener van wie zij het meeste heil verwachten. Die vrijheid moet niet verder worden ingeperkt dan noodzakelijk is in het belang van de patiënt".

4.2.1.2 Ontstaan van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)

De voorganger van de Wet BIG, de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG 1865-1995) gaf het monopolie van het uitoefenen van de geneeskunst aan de artsen. De wet beoogde ondermeer 'de welig tierende kwakzalverij te beteugelen'. Kwakzalverij bleek (en blijkt) echter moeilijk uit te roeien, ook door een meer of mindere mate van maatschappelijke aanvaarding. Dit constateerde in 1916 ook al de Centrale Gezondheidsraad. In 1917 kwam een staatscommissie met het voorstel de wet van 1865 zodanig aan te passen dat aan onbevoegden onder zekere voorwaarden enige vrijheid zou worden gelaten. Een staats-

commissie (van artsen) kwam daarop met de conclusie (op basis van onderzochte gevallen) dat "alle onbevoegden gevaarlijk zijn voor de maatschappij". Dit deed de regering afzien van wetswijziging. De druk om de 'harde' wet (WUG) aan te passen aan de tolerante praktijk bleef echter bestaan, waardoor uiteindelijk de Wet BIG tot stand kwam. In 1961 werd de interdepartementale werkgroep-Muntendam ingesteld die tot de conclusie kwam dat er een beperkte keuzevrijheid voor de patiënt zou moeten bestaan. Het hoofdbestuur van de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst) reageerde daarop afwijzend. In 1965 werd de Commissie Onbevoegde Uitoefening Geneeskunst geïnstalleerd (onder voorzitterschap van Mr. J. Peters), die in 1969 advies uitbracht; de commissie wilde de strafdreiging beperken tot die gevallen waarin optreden van de onbevoegde duidelijk nadeel teweegbrengt, c.q. er duidelijk gevaar of nadeel voor leven of gezondheid ontstaat. Het verbod zelf moest blijven bestaan. Hiermee ging de KNMG wel akkoord. Dit advies zou worden meegenomen door de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (prof. Mr. J. de Vreeze) die in 1973 een rapport uitbracht, dat uiteindelijk de basis werd voor de BIG.

In 1976 vroeg de toenmalige Staatssecretaris de Tweede Kamer instemming met de hoofdlijnen van het rapport, hetgeen werd verkregen. Daarna kon gestart worden met de voorbereiding van de nieuwe wet. In 1982 adviseerde de Centrale Raad voor de Volksgezondheid positief ten aanzien van het voorontwerp, met kritische kantekeningen en aandringen op aanvullende regelingen.

Van belang is nog te vermelden dat in 1977 de Commissie-Muntendam onderzoek deed naar de betekenis van alternatieve geneeswijzen in Nederland. In 1981 volgde een rapport waarin onder andere werd aanbevolen de vraag mee te nemen of en in hoeverre en op welke voorwaarden beoefenaren van alternatieve geneeswijzen in staat kunnen worden gesteld een bij wet geregelde status te verkrijgen. Aanbevolen werd het beroep van alternatief behandelaar (voor zover niet-geregistreerd) te toetsen aan nader te noemen uitgangspunten, wil men in aanmerking komen voor een regeling bij of krachtens de wet. Dit advies is niet opgevolgd.

In mei 1986 gaat het definitieve wetsvoorstel naar de Tweede Kamer, die in 1992 haar fiat geeft aan een gewijzigd wetsvoorstel. Op 9 november 1993 neemt de Eerste kamer het wetsvoorstel aan. De wet is in twee tranches in werking getreden, in 1995 en in 1997.

De Wet BIG wordt over het algemeen gezien als een moderne wet, passend bij de huidige maatschappelijke opvattingen over zaken als keuzevrijheid, gelijk systeem voor alle beroepen, waarborgen voor kwaliteit. Het stimuleert zelfregulatie maar met een stok achter de deur. De Wet BIG dient in samenhang gezien te worden met andere wetten. Samen moeten ze mede waarborgen dat de zorg voor de zieke mens toch vooral zal worden verleend door deskundige, met toewijding werkende beroepsbeoefenaren en dat ondeskundige beroepsuitoefening een betrekkelijk marginaal verschijnsel zal blijven. Het alternatieve veld is onder meer door middel van subsidie-regelingen gestimuleerd om kwaliteitswaarborgen in te voeren.

Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) heeft in februari 2000 een rapport uitgebracht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Dit rapport beschrijft het kwaliteitsbeleid van beroepsorganisaties alternatieve genees/behandelwijzen anno 2000. De conclusie is dat de beroepsorganisaties in drie jaar (sinds 1996) significante vooruitgang hebben geboekt. De vooruitgang is vooral geboekt op het gebied van klachtenregelingen, organisatie van de beroepsuitoefening en het beroepsregister.

De Consumentenbond heeft in 2002 voor het vijfde achtereenvolgende jaar onderzoek gedaan naar kwaliteitsaspecten binnen de alternatieve sector en heeft in februari 2003 daarover gerapporteerd. Het onderzoek richtte zich op de kwaliteitseisen die beroepsorganisaties van alternatieve behandelaars aan hun leden stellen. Het onderzoek concludeert dat veel organisaties meer richtlijnen op papier hebben gezet dan in eerdere jaren. 50 van de 57 organisaties scoorden een rapportcijfer van 6 of hoger. De consumentenbond signaleert tegelijk dat behandelaars zich in de praktijk niet altijd aan de richtlijnen houden, met name de informatie die ze aan patiënten geven laat te wensen over. Verder is in het onderzoek aan 31 zorgverzekeraars gevraagd in welke mate zij de resultaten van het onderzoek door de Consumentenbond gebruiken bij de opstelling van hun polisvoorwaarden. Negen zorgverzekeraars gaven aan de resultaten van de afgelopen jaren te gebruiken; negentien andere zorgverzekeraars overwogen dit te gaan doen in 2003.

In opdracht van ZonMW werd in oktober 2002 de *Evaluatie Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg* uitgebracht. In deze evaluatie zijn een groot aantal aanbevelingen en voorstellen gedaan. Ondermeer komt aan de orde "dat de Wet BIG de burger weliswaar bescherming biedt, maar dat deze niet optimaal is". Vrij vertaald wordt een kritische kantekening geplaatst met betrekking tot het spanningsveld in de relatie 'bescherming van de burger' versus 'keuzevrijheid'. De Minister van VWS zal binnenkort reageren op deze evaluatie.

4.2.1.3 Uitgangspunten van de Wet BIG

- Er wordt niet meer geregeld dan in het algemeen (volksgezondheids-)belang nodig is.
- In beginsel wordt volstaan met het regelen van de opleiding en bestaat er een titelbescherming van de opgeleiden.
- In beginsel is de burger vrij bij gezondheidsproblemen hulp te zoeken daar waar hij deze meent te kunnen vinden.
- Er is een stelsel van voorbehouden handelingen: slechts die handelingen zijn voorbehouden, waarvan kan worden gevreesd dat door toepassing door ondeskundigen schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid ontstaat.
- Er bestaat een strafbedreiging bij:
 - verrichten voorbehouden handelingen door anderen dan de aangewezen beroepen, tenzij in opdracht van en met mogelijkheid van tussenkomst van;
 - veroorzaken schade of aanmerkelijke kans op schade;
 - het voeren van een beschermd titel zonder daartoe bevoegd te zijn.
- Bij/krachtens de wet worden beroepen geregeld:
 - waarvan de opleiding door de overheid geregeld moet worden;
 - waarvan de titel uit hoofde van publieksvoorlichting dient te worden beschermd;
 - met exclusieve bevoegdheden ten aanzien van bepaalde verrichtingen;
 - die onder de werking van het tuchtrecht komen.
- Onder de werking van het tuchtrecht komen die beroepen
 - tegenover wie de patiënt in een afhankelijke positie verkeert;
 - wier deskundigheid door patiënt in het algemeen niet is te beoordelen;
 - wier correctiemogelijkheid anderszins onvoldoende of afwezig is om deskundigheid en zorgvuldigheid te waarborgen.
- Er worden kwaliteitseisen gesteld.
- Er worden specialismen aangewezen binnen een basisgroep, alleen als het volksgezondheidsbelang dit vereist en zelfregulering terzake ontbreekt of onvoldoende is.

4.2.2 **Wetgeving, de professionele standaard en andere eisen aan het beroepsmatig handelen van hulpverleners in de gezondheidszorg die vallen onder de Wet BIG (art. 3 en art. 34 beroepen)** ^[9]

4.2.2.1 **Wetgeving**

Alvorens over te gaan tot de beschrijving van de geldende beroepsnormen, wordt eerst de vigerende wetgeving genoemd die in dit kader van belang is en worden enkele begrippen nader toegelicht. Daarna volgt een opsomming van de normen waaraan getoetst is, de zogenaamde 'professionele standaard', waarmee het totaal aan beroepsplichten wordt bedoeld, zoals deze in wet- en regelgeving, veldnormen, beroepscode, gedragsregels en jurisprudentie zijn vastgelegd. De civielrechtelijke normen en de eventuele schending daarvan (zoals onrechtmatige daad en de wanprestatie) vallen niet binnen het bestek van dit rapport en zullen niet nader besproken worden.

Met betrekking tot de vigerende wetgeving zijn volgende wetten van belang:

- BIG: onder meer de volgende artikelen: 3, 34, 40, 47, 65, 86 en 96 en 97;
- WGBO als referentiekader;
- Strafrecht (SR): 102 SR, 255 SR, 300 SR, 301 SR, 302 SR, 303 SR, 304 SR, 307 SR, 308 SR, 326 SR, 327SR, 330 SR, burgerlijk recht: boek 6 art. 162 en 248.
- Algemene wet bestuursrecht (Awb) onder meer hoofdstuk 5.2.

Met betrekking tot het leveren van '**kwalitatief verantwoorde zorg**' is artikel 40 van de Wet BIG van belang. Dit artikel schrijft voor dat degene die in een register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG is ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid is geregeld of is aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KW), zijn beroepsuitoefening op een zodanige wijze organiseert en zich van zodanig materieel voorziet, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg.

De **algemene tuchtnorm** van art. 47 van de BIG houdt in dat de degene die onder het tuchtrecht valt, is onderworpen aan tuchtrechtspraak terzake van enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van patiënten en hun naaste betrekkingen. De tweede norm van artikel 47 BIG ziet op strijdigheid met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Onder **uitoefening van de geneeskunst** wordt verstaan: het gehele complex van verrichtingen onder andere uitgevoerd door personen die de hoedanigheid van arts bezitten, indien en voor zover die verrichtingen betreffen het verlenen van genees- heel-, of verloskundige raad of bijstand, gericht op of samenhangend met de behandeling van een of meer patiënten (uitspraak Medisch Tuchtcollege Zwolle, 1997-25).

In de uitspraak van de Hoge Raad van 20-11-1911, (W9240) wordt onder **geneeskundige bijstand** verstaan: "iedere bijstand met de voorgewende of werkelijke strekking om een genezende werking op de zieke mens uit te oefenen".

De toelichting op artikel 96 van de Wet BIG geeft aan dat **het verrichten van handelingen op het gebied van individuele gezondheidszorg** ruim wordt genomen. Al het doen en laten van de beroepsbeoefenaar valt eronder, zoals het adviseren maar ook het achterwege laten van handelingen.

[9] O.a. te vinden in beroepsnormen van de beroepsverenigingen, zoals de gedragsregels voor artsen van de KNMG, jurisprudentie en toelichting op wetgeving, zie jurisprudentie en wetgeving op het gebied van gezondheidsrecht en zie verder hoofdstuk 3 van het Handboek Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg en Recht, vierde druk van prof. Dr. H.J.J. Leenen.

Samengevat valt onder “gezondheidszorg” ieder situatie waarin iemand met een als zodanig ervaren gezondheidszorgprobleem zich wendt tot een ander die aangeeft een bijdrage te kunnen leveren aan de oplossing van dit gezondheidsprobleem.

4.2.2.2 De medisch professionele standaard

Voor de beroepsgroep der artsen geldt de ‘medisch professionele standaard’.

Als vakinhoudelijke normen doen zich gelden:

- De beroepsmatige handeling moet volgens de regels der kunst worden uitgevoerd (lege artis eis).
- De handeling moet medisch geïndiceerd zijn met het oog op een concreet behandelingsdoel.

Beiden worden bepaald door de inzichten van de medische wetenschap en op basis van opgedane ervaringen van de beroepsgroep met medische handelingen (‘evidence based’). De standaard kan meer dan één methode van diagnose/behandeling omvatten. Erkenning van de methode of behandeling wordt verkregen in de kring van wetenschap en/of beroepsgroep, waarbij dus meer dan één methode erkend kan worden. Enigszins afwijken van de gangbare methode hoeft nog niet te betekenen dat de medisch-professionele standaard niet wordt gevolgd. Er moet dan wel worden verantwoord waarom in dat specifieke geval is afgeweken. Toestemming van de patiënt is ook geen rechtvaardiging om af te wijken van de medisch-professionele standaard.

De arts is bevoegd de geneeskunde in volle omvang uit te oefenen mits hij ook bekwaam is. Voorts moet er in het kader van de medisch-professionele standaard een rechtstreekse relatie zijn tussen:

- geuite klachten
- waargenomen fenomenen,
- toe te passen diagnostiek
- en tussen diagnose en therapie.

In het algemeen is de arts gehouden die methode te kiezen waarvan verwacht mag worden dat deze het beste resultaat oplevert. Ook bij druk van de patiënt, dient de arts de medisch-professionele standaard in zijn handelen niet te verlaten. In het geval de arts een door de patiënt gewenste medische behandeling, medisch onjuist acht, zal de arts deze in het algemeen niet uitvoeren. Het lijkt overbodig op te merken dat de handeling medische zin moet hebben. Als er verschillende (gelijkwaardige) alternatieven zijn, komt de keuze toe aan de patiënt.

Wat betreft de lege artis-eis kan nog worden toegevoegd dat de voor de behandeling noodzakelijke personele en materiële voorzieningen aanwezig dienen te zijn.

Tot de medisch-professionele standaard behoort ook het verlichten of wegnemen van lijden (pijnbestrijding en palliatieve hulp) en het begeleiden van de patiënt

Samenvattend kan de medisch-professionele standaard als volgt worden gedefinieerd:

Zorgvuldig handelen volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring als een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel^[10].

[10] Handboek Gezondheidsrecht, deel II, Gezondheidszorg en Recht, Prof.dr.H.J.J. Leenen, pagina 41 en 42.

4.2.2.3 Andere beroepslichten die voortvloeien uit de medisch-professionele standaard zijn:

- De plicht zich op de hoogte te houden van nieuwste medische ontwikkelingen binnen de eigen medische categorie (vakliteratuur bijhouden, bijscholing volgen).
- Het niet op de hoogte zijn van de nieuwste medische ontwikkelingen is verwijtbaar, indien de arts via de geëigende informatiekanaal op de hoogte had kunnen zijn.
- Via het patiëntendossier (of anderszins; bijvoorbeeld elektronisch) dient verslaglegging over bevindingen en behandeling plaats te vinden (zie dossierplicht WGBO art. 454).

4.2.2.4 Normen die afgeleid kunnen worden uit de jurisprudentie^[11]

Uit de jurisprudentie op tuchtrechtelijk gebied kunnen verder nog de volgende normen worden afgeleid:

Niet medisch-inhoudelijke normen:

ten aanzien van de informatieverstrekking aan de patiënt:

- De arts dient de eventuele aanwezige reguliere alternatieven te bespreken met de patiënt.
- De arts dient tijdig door te verwijzen.
- De arts dient het alternatieve karakter van zijn methode uitdrukkelijk te bespreken met de patiënt.
- De arts zal zonedig moeten proberen de patiënt te overtuigen van de noodzaak zich regulier te laten behandelen. Op een arts die een patiënt alternatief behandelt terwijl een reguliere behandeling voorhanden is, rust de plicht om zich in te spannen de patiënt tot andere gedachten te brengen.
- De (regulier) arts verwijst niet naar een alternatieve behandelaar als er een regulier alternatief voorhanden is.
- De arts die buiten de huisarts om een behandeling op zich neemt, dient over het algemeen de huisarts en andere behandelend artsen van de patiënt in te lichten over zijn betrokkenheid en zijn bevindingen. Verder dient er overleg te zijn met de eventueel (regulier) behandelend arts/specialist en dient de arts zich op de hoogte te stellen van de medische situatie van de patiënt tijdens de behandeling en de werking van de door hem verstrekte medicatie.
- De arts dient zich te onthouden van het geven van informatie over de therapeutische werking van apparatuur/behandelwijze/middel zolang niet deugdelijk en onomstotelijk op wetenschappelijk verantwoorde en geaccepteerde wijze de werking is aangetoond.
- De arts dient zich te onthouden van misleidende informatie over de werking en opwekken valse verwachtingen bij de patiënt.
- Er dient adequate verslaglegging plaats te vinden.

Medisch-inhoudelijke normen:

- Er is in beginsel ruimte voor alternatieve behandelingen, zij het dat deze ruimte begrensd is; geen betrokkenheid van de arts bij kwakzalverij.
- De toepassing van een alternatieve methode met afwijzing van een bestaande, adequate reguliere methode is tuchtrechtelijk verwijtbaar wanneer dit leidt tot levensbedreigende situaties. Als behandelaar ligt er een extra verantwoordelijkheid, ook als de behandelaar niet gekwalificeerd is maar zich als behandelaar opwerpt.
- In situaties zonder levensgevaar is het toepassen van een alternatieve methode onder bepaalde omstandigheden tuchtrechtelijk verwijtbaar.
- Niet verwijzen van patiënten met mogelijk een kwaadaardige aandoening is verwijtbaar.

[11] zie onder meer Gids Jurisprudentie Gezondheidsrecht, Bohn Stafleu Van Loghum.

- De alternatieve arts dient actief te verwijzen naar de reguliere arts en dient actief behandeling door een allopathische arts aan te raden. Het valt niet te verwijten als de patiënt niet te beïnvloeden is in de afwijzing van de reguliere behandeling. Niet verwijtbaar is ook als de patiënt ondanks herhaald aandringen geen verdere behandeling meer wenst.
- Zonder overleg interventie plegen met de behandeling van de huisarts/behandelend arts, dan wel het voorschrijven van medicatie (risico van interactie) is verwijtbaar.
- De alternatieve arts dient de grenzen van zijn kunnen en therapie te onderkennen en de patiënt tijdig door te verwijzen om een ernstig doctors' delay te voorkomen. Dit geldt te meer als patiënten zonder verwijzing bij de arts terug kunnen.
- Patiënten die een alternatieve arts bezoeken mogen verwachten dat de arts niet veronachtzaamt wat nodig is voor een medisch verantwoorde diagnose en behandeling.
- Afwijken van de algemeen geldende standaard is slechts om zwaarwegende redenen toegestaan, hetgeen aantoonbaar in belang van de patiënt moeten zijn. Hier ligt een motivatieplicht.
- Geen (ingrijpende) therapie zonder dat deze gebaseerd is op voldoende diagnostiek en controle/nazorg en zonder dat de waarde van de therapie voldoende bewezen is.
- Onvoldoende diagnostisch onderzoek en het niet benutten van alle mogelijkheden die de huidige stand van wetenschap geeft is verwijtbaar.

Ten aanzien van het voorschrijven van geneesmiddelen

- Het voorschrijven van niet geregistreerde geneesmiddelen (en waarvan de werking niet wetenschappelijk is aangetoond) is in strijd met Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) en niet conform de stand van de medische wetenschap.
- Geen injectie met stoffen waarvan de werking en het belang niet wetenschappelijk is aangetoond.
- Er dient controle plaats te vinden op bijwerkingen van de voorgeschreven therapie en er dient eventueel laboratoriumonderzoek te worden verricht.
- Vitaminepreparaten vallen, ook als de therapeutische of profylactische eigenschappen impliciet zijn aangeduid, onder het begrip geneesmiddelen in de zin van EG-richtlijn 65/65 en WOG.

4.2.2.5 Overige juridische aspecten m.b.t. BIG-geregistreeerden werkzaam op het alternatieve vlak

In het kader van dit rapport zijn twee fragmenten uit een artikel van Prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing, hoogleraar gezondheidsrecht te Utrecht uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde^[12] van belang.

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

[12] Prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing, hoogleraar gezondheidsrecht te Utrecht (NTvG 1994, 138, nr 6 blz.287.

En verder:

“De risico’s voor de patiënt zijn nogal eens dusdanig dat de maatregel van (tijdelijke) ontzegging van de bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen wordt opgelegd. Dit moet ook gezien worden tegen de achtergrond van het feit dat het bevoegd uitoefenen van de geneeskunst vertrouwen opwekt bij de patiënt dat ook uitstraalt naar de alternatief handelende arts. Het zich niet houden aan de eigen verantwoordelijkheid als arts wordt hem dan extra zwaar aangerekend. De arts kan zich dan niet verschuilen achter een zogenaamde “alternatieve standaard”. Niet alleen de toepassing van alternatieve behandelwijze door gekwalificeerde artsen, maar ook verwijzing naar een alternatieve behandelaar door een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar moet de toets der kritiek kunnen doorstaan. De verwijzend arts heeft een eigen verantwoordelijkheid (culpa in eligendo) en riskeert bij overschrijding van het aanvaardbare tuchtrechtelijke vervolging. Verwijzing naar een niet bonafide alternatieve behandelaar (een kwakzalver) zal tuchtrechtelijke veroordeling opleveren. Acht de behandelend arts verwijzing onverantwoord bijv. omdat dit een in gang gezette behandeling negatief zal beïnvloeden, dan moet hij zich daarvan onthouden.”

Uit het tuchtrecht komt naar voren dat het alternatief handelen de laatste jaren wat betreft behandeling en diagnostiek sterk ingeperkt is wanneer het medische belang van de patiënt aantoonbaar geschaad wordt of is. Het voorgaande geldt des te meer voor artsen die zich in het alternatieve circuit begeven; het arts-zijn op zich roept bij de patiënt een extra gevoel van vertrouwen en veiligheid op; “hij is arts en weet dus wat goed voor mij is”.

4.2.2.6 Conclusies uit tuchtrechtelijke en professionele normen.

Samenvattend komen uit de tuchtrechtelijke en de professionele normen de volgende aspecten naar voren: goede voorlichting, voortdurend wijzen op noodzaak van reguliere behandeling, niet aanwakkeren van irreële angsten voor de reguliere gezondheidszorg, beperkingen van de (alternatieve) methode aangeven, overleg en communicatie met huisarts en andere behandelaars, geen uitspraken over een therapeutische werking wanneer deze niet deugdelijk en onomstotelijk op wetenschappelijk verantwoorde en geaccepteerde wijze is aangetoond, geen verstrekking van misleidende informatie over de werking en adequate verslaglegging. Afwijken van de medische standaard is slechts acceptabel als dit aantoonbaar in het belang van de patiënt is. Geen veronachtzaming van wat nodig is voor een medisch verantwoorde diagnose en behandeling. Extra verantwoordelijkheid voor de arts als de patiënt een zwaarwegend karakter geeft aan het advies van de arts. Het niet benutten van alle mogelijkheden die de huidige stand van wetenschap geeft is verwijtbaar.

4.2.3 Strafrechtelijke normen en beginselen, geldend voor alle hulpverleners

Strafbaar in het kader van de Wet BIG is gesteld (art. 96): het buiten noodzaak veroorzaken van schade aan de gezondheid van een ander door niet-gekwalificeerden (bedoeld worden degenen die niet in een register zijn opgenomen en degenen die wel in een register zijn ingeschreven maar buiten de grenzen van hun deskundigheid treden) en het buiten noodzaak veroorzaken van een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander. Daarnaast kunnen in het kader van (onjuiste) behandeling geweldsdelicten gepleegd worden: eenvoudige mishandeling, zware mishandeling, “dood door schuld”, doodslag en moord.

Uit de strafrechtelijke jurisprudentie komt naar voren dat als zwaar lichamelijk letsel mede dient te worden gelezen dat, naast hetgeen in artikel 82 van het Wetboek van Strafrecht als zodanig wordt aangeduid, ook moet worden beschouwd: *elk lichamelijk nadeel, dat voldoende belangrijk is om naar gewoon spraakgebruik als zodanig te worden aangeduid*. De HR (Arrest 1 maart 1983, NJ 1983, 497) zegt hierover dat onder zwaar lichamelijk letsel

verstaan moet worden: *niet alleen van buitenaf toegebrachte kwetsuren, maar eveneens schade aan de gezondheid, in casu een inwendige biochemische ontregeling die haar oorsprong vond in het achterwege laten van het gebruik van de voor de gezondheid noodzakelijke geneesmiddelen. Een dergelijke voor de gezondheid nadelige verstoring van lichamelijke functies kan ook zwaar lichamenlijk letsel opleveren, ook al is zij tijdelijk en herstelbaar. Het begrip "zwaar lichamenlijk letsel" kan beoordeeld worden naar de maatschappelijke beleving ervan.*

Volgens het handboek *Mr. D.Hazewinkel-Surenga's Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht*^[13] kunnen levens/ of agressiedelicten ook worden gepleegd door 'nalaten', mits er een zekere zorgplicht bestaat.

Wöretshofer^[14] spreekt zich uit over het verschil tussen behandelen en mishandelen: *"het criterium is of er pijn of stoornis wordt toegebracht welke het lichaam baat of welke het lichaam schaadt. Baat ze het lichaam, dan is er behandeling, schaadt het het lichaam dan is er mishandeling".*

Ook stelt Wöretshofer: *"toestemming tot (zware) mishandeling kan principieel het strafbare karakter van de handeling niet wegnemen, daar toestemming geen bestanddeel van mishandeling is en de wetgever mishandeling met toestemming niet heeft toegestaan, noch kan toestaan omdat de handeling ondanks toestemming in strijd blijft met het staatsbelang, respectievelijk het algemene belang".*

Over informatie aan en toestemming van de patiënt vermeldt het Handboek Gezondheidsrecht van professor Leenen^[15]:

"Informatie en toestemming hangen nauw samen. De toestemming kan niet verder reiken dan de informatie zich heeft uitgestrekt".

en verder: *"loutere passiviteit van de patiënt bij het toelaten van de behandeling impliceert op zichzelf nog geen toestemming".*

In een strafzaak (Gerechtshof Den Haag, nr. 2200172692) is de rechter tot een veroordeling gekomen *"daar de verdachte als behandelaar nagelaten heeft datgene te doen wat de kans op overleven zeer aanzienlijk zou hebben vergroot, namelijk de patiënt naar de reguliere geneeskunst verwijzen".* Hieruit kan worden afgeleid dat, in het geval men zich als behandelaar opwerpt, men een extra verantwoordelijkheid op zich neemt en men dient daarbij de grenzen van de eigen mogelijkheden scherp in de gaten te houden. Ook wordt in deze uitspraak bepaald dat het onthouden van de benodigde medische verzorging (i.c. het niet tijdig voorlichten omtrent de noodzaak van reguliere behandeling en het zorgen voor tijdige toediening van de benodigde reguliere therapie) onder omstandigheden kan worden geclassificeerd als het toebrengen van zwaar lichamenlijk letsel. Een en ander wordt door het Gerechtshof als volgt geformuleerd: *"De verdachte heeft zich aldus willens en wetens bloot gesteld aan de geenszins te verwaarlozen kans dat de patiënt, zoals ook daadwerkelijk is gebeurd, zwaar lichamenlijk letsel zou bekomen. Mitsdien heeft de verdachte opzettelijk -in de vorm van voorwaardelijk opzet, bedoeld zwaar lichamenlijk letsel toegebracht.*

[13] Mr. J.Remmeling; "Mr. D.Hazewinkel-Surenga's Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht". Gouda Quint, veertiende druk, 1995. Pagina 166 e.v.

[14] J. Wöretshofer; "Volgens de regelen der kunst, de strafrechtelijke aansprakelijkheid voor professioneel uitgevoerde handelingen", proefschrift 1992 Rijksuniversiteit Limburg, Gouda Quint BV Arnhem; pagina 39 en 44.

[15] Handboek gezondheidsrecht, prof. Leenen, pagina 171 en 173.

In een andere strafzaak (rechtbank Amsterdam 20-12-2001, nr.13/010450-00) is door de rechter uitgesproken *“dat er bij het bestaan van een levensbedreigende ziekte bij de verdachte vanuit zijn specifieke deskundigheid een bijzondere zorgplicht bestond voor het leven en de gezondheid van de patiënt. Het bestaan van die zorgplicht hield in ieder geval in dat verdachte de mogelijkheden en beperkingen van de macrobiotiek aan de patiënt uiteen had moeten zetten. Dit betekende dat de arts verplicht was de patiënt te informeren over de noodzaak om naast de macrobiotiek een reguliere behandeling te ondergaan. Door dit niet te doen heeft hij bewust de niet te verwaarlozen kans aanvaard dat de gezondheidstoestand zou verslechteren. Op deze wijze heeft hij in de zin van de wet voorwaardelijk opzet gehad op benadeling van de gezondheid van de patiënt. Echter de benadeling van de gezondheid zou niet tot een bewezenverklaring hebben geleid als de patiënt niet te beïnvloeden zou zijn geweest door de verdachte in haar afwijzing van een reguliere behandeling. Er dient geen aanwakking plaats te vinden van eventueel bestaande irreële angsten voor regulier medisch ingrijpen”*. De bijzondere verantwoordelijkheid vanuit de bestaande deskundigheid, het niet wijzen op de beperkingen van de macrobiotiek en het niet wijzen op de noodzaak ook gebruik te maken van het reguliere circuit, achtte de rechtbank verzwarend.

De HR stelt in het arrest van 17 november 1992 (NJ 1993/276): *“daarom rustte op de verdachte een bijzondere verantwoordelijkheid er voor te waken dat het volgen van zijn in zijn praktijktoefening gegeven adviezen niet zou leiden tot zwaar lichamelijk letsel en had hij met de mogelijke gevolgen van het opvolgen van zijn adviezen rekening moeten houden.(einde citaat)”*

In een andere strafzaak (rechtbank Breda, 1-2-1994, nr. 2218/93) stelt de rechtbank: *“Verdachte heeft als behandelaar van E. nagelaten datgene te doen wat de kans op overleven van E. aanzienlijk had vergroot, namelijk E. naar de reguliere geneeskunst verwijzen”* en verderop: *“In het onderhavige geval had ieder normaal denkend mens het slachtoffer doorverwezen naar de reguliere geneeskunst”* en: *“voorts heeft hij, doordat hij zich als behandelaar van E. had opgeworpen, een extra verantwoordelijkheid op zich genomen”*.

Ook is in deze uitspraak van belang ten aanzien van het overschrijden van grenzen het volgende: *“Hoewel verdachte geen gekwalificeerd behandelaar is rustte op hem, door zich als behandelaar op te werpen, de verplichting scherp in de gaten te houden wanneer de grenzen van zijn mogelijkheden waren bereikt. Er zijn signalen geweest die voor de verdachte aanleiding hadden moeten zijn om te adviseren E. bij de reguliere geneeskunde aan te bieden: hij heeft dat echter niet gedaan. Hij zette de behandeling van E. voort, daarmee heeft hij grenzen overschreden”*.

4.2.3.1 Samenvattende conclusies uit de strafrechtelijke jurisprudentie

Samenvattend kan onder meer aan de hand van de hiervoor geciteerde uitspraken worden gesteld dat de alternatieve hulpverlener, bij het aanwezig zijn van een reguliere therapie, steeds weer moet verwijzen, steeds weer patiënte moet proberen te motiveren (ook) een reguliere therapie te ondergaan. Irreële angst voor reguliere geneeskunst moet niet aangewakkerd worden. Op de alternatieve genezer rust extra verantwoordelijkheid als de patiënt een zwaarwegend karakter geeft aan de adviezen van de hulpverlener, omdat bij de reguliere behandeling onvoldoende resultaat is geboekt. De hulpverlener dient erop te letten dat het opvolgen van zijn advies niet leidt tot zwaar lichamelijk letsel. Door de bijzondere deskundigheid waarmee de hulpverlener zich profileert, ontstaat een bijzondere zorgplicht en dus een extra verantwoordelijkheid voor de patiënt die zich aan hem toevertrouwt. Wanneer een hulpverlener nalaat patiënt te wijzen op de noodzaak om naast de alternatieve behandelwijze ook een reguliere behandeling te ondergaan, aanvaardt deze hulpverlener bewust de niet te verwaarlozen kans dat de gezondheidstoestand van de patiënt verslechtert. Binnen

het strafrecht wordt dit voorwaardelijk opzet genoemd: *Willens en wetens de aanmerkelijke kans aanvaarden dat er iets mis gaat.*^[16] In de jurisprudentie wordt opzettelijke benadeling van de gezondheid gelijkgesteld met mishandeling.

Bij het geven van misleidende informatie over aangeprezen middelen is onder omstandigheden sprake van oplichting.

Vanuit de strafrechtelijke jurisprudentie komen verder de hierna genoemde risicofactoren naar voren die zouden kunnen leiden tot een (aanmerkelijke) kans op schade aan de gezondheid. Dit zijn met name factoren waaraan de handelwijze van de alternatieve hulpverleners, niet zijnde artsen of andere onder de Wet BIG vallende hulpverleners, die immers ook te maken hebben met de hiervoor genoemde professionele en tuchtrechtelijke normen, kan worden getoetst:

- risicovolle behandelwijzen
- onbevoegd verrichten van voorbehouden handelingen
- toepassing ‘gevaarlijke’ apparatuur
- afleveren geneesmiddelen
- toepassen gevaarlijke middelen
- ontbreken deskundigheid en kwaliteitssysteem
- geen lid beroepsvereniging
- afwijzen van of interveniëren met de reguliere zorg
- onjuiste of misleidende voorlichting
- geen patiëntenregistratie cq geen verslaglegging
- recidief
- ontbreken van communicatie met het reguliere circuit
- goeroeattitude

4.2.4 Normen voortvloeiende uit de rechten van de patiënt^[17]

- strafrechtelijk: de toestemming van de patiënt is vereist voor de straffeloosheid van medische ingrepen (schenden lichamelijke integriteit).
- civielrechtelijk: rechten van de patiënt berusten op de overeenkomst tussen arts en patiënt (WGBO)
- tuchtrechtelijk: respectering van de rechten van de patiënt
- rechten vastgelegd in wetten en administratiefrechtelijke regelingen
- rechten vastgelegd in de Grondwet
- rechten vastgelegd in het internationale recht (verdragen).

Voor de uitvoering van een behandeling is ‘informed consent’ vereist. Dit houdt in dat de patiënt op een adequate en duidelijke wijze moet zijn voorgelicht over de voorgestelde behandeling en het verwachte resultaat alvorens hij toestemming geeft (art. 448 WGBO). De beslissing over medisch handelen berust dus op het samengaan van de autonomie van de patiënt en de medisch-professionele autonomie van de arts. De autonomie van de arts is doorslaggevend voor zover het de medisch-professionele standaard betreft, de autonomie van de patiënt is doorslaggevend voor zover het de toepassing betreft.

De WGBO geeft in artikel 453 aan dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor de hulpverleners geldende

[16] Mr. J. Remmeling; “Mr. D. Hazewinkel-Surenga’s Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht”. Gouda Quint, veertiende druk, 1995. Pagina 207 e.v.

[17] Handboek Gezondheidsrecht, deel II, Gezondheidszorg en Recht, Prof.dr.H.J.J. Leenen, hoofdstuk IX.

professionele standaard. In de toelichting op WGBO wordt vermeld dat de hulpverlener die zorg moet betrachten, die een redelijk bekwame vakgenoot in dezelfde omstandigheden ook zou hebben betracht.

Andere maatschappelijk normen die van toepassing zijn betreffen algemene ethische en juridische normen zoals deze voorkomen in regels uit wettelijke ziektekostenverzekeringen en andere verzekeringen, zorgvuldigheidsnormen en intercollegiale normen.

BIJLAGE 1 Literatuurlijst

- Barrett, Stephan, M.D.; *Cell Specific Cance Therapy (Zoetron Therapy)*, Quackwatch Home Page , Special Message for Cancer Patients, January 10, 2002.
- Booy, Floor de; *Gezondheid van twee kanten*. Dagblad de Limburger, woensdag 10 september 2003.
- CBO; *Het mammacarcinoom: richtlijn voor screening en diagnostiek*, CBO 2000
- Commissie Evaluatie Wetgeving; *Evaluatie Wet op de Individuele Gezondheidszorg*, oktober 2002, ZonMw
- Consumentenbond; *Beroepsorganisatie alternatieve zorg*, december 2002.
- Dam, F. van, M. Goudsmit, Th. Jonker, C. eeltink en M. Muller; *Minder gebruik van alternatieve behandelingen door kankerpatienten in 2002 dan in 1999*, Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 6 september 2003 : 147(36).
- Gevers, prof.mr. J.K.M.; *Voldoende wettelijke bescherming tegen optreden alternatieve genezers?*; Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Nr.1, 1999.
- Gezondheidsraad, *Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek*, 1993.
- Gezondheidsraad, *Gezondheidsrisico's van siliconenborstimplantaten*, Den Haag, 1999, publicatie nr.1999/16.
- Hensel, M, A. Schneeweiss, H. Sinn, G. Boerer, E. Solomayer, R. Haas, G. Bastert. A. D. Ho; *P53 is the strongest predictor of survival in high-risk primary breast cancer patients undergoing high-dose chemotherapy with autologous blood stem cell support*. Int.J Cancer: 100, 290-296 (2002).
- Kastelein, mw. prof.mr. W.R.; *Tuchtrecht in de Wet BIG; ervaringen 1997-2000*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, nr. 7/2000.
- Kastelein, mw. Prof. mr. W.R. en mr. E.W.M. Meuleman; *Ontwikkelingen in de tuchtrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie*; Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, nr. 1/2001
- Koning, Petra de; *Kankerpatiënten kunnen voor een tweede mening terecht in de Daniel den Hoed Kliniek*, NRC Handelsblad, 18 maart 2000, pg. Z1.
- Kübler-Ross, E.; *Dood*, Ambo Baarn, 1975
- Leenen, prof.dr. H.J.J.; *Handboek gezondheidsrecht, Deel I Rechten van de mensen in de gezondheidszorg*, vierde druk; Bohn Stafleu Van Loghum Houten/Diegem, 2000
- Leenen, prof.dr. H.J.J.; *Handboek gezondheidsrecht, Deel II Gezondheidszorg en recht*, vierde druk; Bohn Stafleu Van Loghum Houten/Diegem, 2002
- Legemaate, prof.mr.J., onder hoofdredactie van; *Regelgeving Beroepsuitoefening Gezondheidszorg*, ISBN 90 6502 575 8, losbladig systeem op abonnement, Bohn Stafleu Van Lochum
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; *Hoofdlijnen van de Wet BIG*, uitgave oktober 1996.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; *Onder voor behoud*, uitgave september 1996.
- © NABON; *Richtlijn Behandeling van het mammacarcinoom* uit de serie Evidence Based Richtlijnontwikkeling; uitg. Van Zuiden Communications BV, 2002
- Parool, het; *Kankerpatiënt niet gebaat bij alternatieven – integendeel*; 8 februari 2003, pag. 29.
- Rummeling, mr. J.; *Mr. D.Hazewinkel-Surenga's Inleiding tot de studie van het Nederlandse Strafrecht*. Gouda Quint BV Arnhem, veertiende druk, 1995.
- Renckens, C; *Medische-wetenschappelijke verenigingen, kwaliteitscontrole en disfunctionerende artsen*; Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 6 september 2003: 147(36).
- Rooijmans, H.G.M., H.C. Walvoort, *Over ziekten en zieken - wetenschappelijk en alternatieve geneeskunde*, Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 6 september 2003: 147(36).

- Roscam Abbing, mw. prof. mr. H.D.C., hoogleraar gezondheidsrecht te Utrecht; *Alternatieve beroepsuitoefening, een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling*; NTvG 1994, 138, nr 6 blz.287.
- Simons, H.J., Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; *Standpunt op het advies van de Gezondheidsraad 'Alternatieve Behandelwijzen en Wetenschappelijk Onderzoek*.
- Simons, H.J., Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur; *Brief en notitie aan de voorzitter van de Tweede Kamer, Alternatieve behandelwijzen*, 17 mei 1993
- Trouw; *Nederland paradijs voor kwakzalvers*, 14 oktober 2002.
- Wijmen, prof.dr. F.C.B. van; annotatie in Nederlandse Jurisprudentie 1993, nr. 593 bij het Arrest van de Hoge Raad, 27 november 1992, rek.nr.8151.
- Wöretshofer, J.; *Volgens de regelen der kunst, de strafrechtelijke aansprakelijkheid voor professioneel uitgevoerde handelingen*, proefschrift 1992 Rijksuniversiteit Limburg, Gouda Quint BV Arnhem

BIJLAGE 2 Lijst van Afkortingen

AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
AvL	Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis
AZVU	Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO)
CTC	Centraal Tuchtcollege
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskuns
KW	Kwaliteitswet zorginstellingen
NABON	Nationaal Borstkanker Overleg Nederland
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NOVA	NosVara
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
OLVG	Onze Lieve Vrouwengasthuis
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
Sr	Strafrecht
TNO	Toegepast natuurwetenschappelijke onderzoek
UMC	Universitair Medisch Centrum
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WMO	Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
WUG	Wet Uitoefening op de Geneeskunst
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZONMw	Zorgonderzoek Nederland