

Artikel

[[Vorig bericht](#)] [[Volgend bericht](#)]

ID jutd20150116

Datum 20151008

Rubriek Gezondheidsrecht

...Eindelijk een middel tegen ontrouw...

Auteur(s)

mr. drs. B. van der Kamp, Lexsigma Advocaten, Amsterdam 1)

Inleiding

In de samenleving komt steeds vaker de vraag op of patiënten kunnen worden verplicht om de aanwijzingen van een arts op te volgen en voorgeschreven medicatie tijdig en juist in te nemen. Reden daarvoor is het tegengaan van 'verspilling' in de zorg en het beperken van de zorgkosten. Als een patiënt zich niet houdt aan de instructies van hulpverleners ("therapieontrouw"), leidt dat immers tot meer zorg en hogere zorgkosten. Onlangs benadrukte ook de minister van VWS het belang van therapietrouw en maatregelen ter bevordering daarvan². Zorgverzekeraar Achmea bekeert zich inmiddels tot het gebruik van slimme technologie³: premieverlaging in ruil voor 'data'.

De vraag in hoeverre patiënten kunnen worden gedwongen om zich te houden aan de afgesproken behandeling, roept op zichzelf al veel vragen op. Hoe zit het bijvoorbeeld met het zelfbeschikkingsrecht van het individu? Anderzijds kan de vraag worden gesteld of er een morele verplichting op de burger rust om niet onnodig beslag te leggen op ons gezamenlijk gefinancierde zorgstelsel. Gaat het beslag op de zorg van de een niet ten koste van dat van de ander? In dit artikel ga ik op deze vragen in en behandel ik enkele juridische uitgangspunten die voor deze discussie van belang zijn.

Een aftrap: de psychiatrische patiënt

Ik begin met een voorbeeld. Een patiënt liet zich op 22 augustus 1995 vrijwillig opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis voor de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis. De behandelingsvoorwaarden waren hem bekend, zo moest hij regelmatig medicijnen innemen. Maar dat laatste deed hij niet. Bovendien gedroeg de patiënt zich agressief en maakte hij zich schuldig aan andere overtredingen binnen de instelling. Feitelijk kwam hij niet toe aan zijn behandeling. Na een aantal waarschuwingen beëindigde de zorginstelling de behandelrelatie met de patiënt. De rechter vond dat terecht⁴. Volgens de rechter leverde de hiervoor genoemde omstandigheden gewichtige redenen op om de behandelovereenkomst op te zeggen. Kortom, therapieontrouw kan in ernstige en structurele gevallen - ook bij psychiatrische patiënten - leiden tot opzegging van de behandelovereenkomst. Het is echter wel een paardenmiddel.

Wat is therapietrouw?

Therapietrouw laat zich omschrijven als de mate waarin de patiënt zich houdt aan de adviezen van de arts⁵. Therapietrouw is een omvangrijk probleem in Nederland⁶. Na valincidenten (2795 slachtoffers per jaar) en zelfmoord (1753 slachtoffers per jaar) is het verkeerd gebruiken van cardiovasculaire geneesmiddelen een belangrijke doodsoorzaak (1660 slachtoffers per jaar).⁷

Als redenen voor therapieontrouw kunnen worden genoemd: het vergeten van de therapie en onbekendheid met de therapie en de mogelijke bijwerkingen daarvan. Uit onderzoek blijkt dat 1,3 miljoen Nederlanders niet beschikken over de vaardigheden die nodig zijn om een therapie goed te kunnen volgen. Dat komt doordat zij de informatie die aan hen verstrekt wordt door zorgverleners niet goed kunnen begrijpen. Andere oorzaken van therapieontrouw zijn psychosociale stress, religieuze gronden, asymptomatische of langdurige ziekte, praktisch barrières en de complexiteit van het doseringsschema.⁸

Therapieontrouw leidt tot hogere zorgkosten en tot vermindering van de gezondheidswinst voor de patiënt. Patiënten zien immers geen verbetering in hun situatie en keren daarom

regelmatiger terug bij hun arts. Een lage therapietrouw leidt logischerwijs ook tot meer kosten voor zorgverzekeraars die de desbetreffende zorg moeten vergoeden.⁹

Juridische uitgangspunten

De geneeskundige behandelingsovereenkomst

Aangaan en beëindigen overeenkomst

Uit juridisch oogpunt is in de eerste plaats de rechtsverhouding tussen patiënt en hulpverlener van belang. Een patiënt en een hulpverlener sluiten een geneeskundige behandelingsovereenkomst in de zin van artikel 7:446 van het BW. Enerzijds verplicht de hulpverlener (de opdrachtnemer) zich tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Anderzijds verplicht de patiënt (de opdrachtgever) zich onder meer tot het betalen van 'loon' aan de hulpverlener. In de meeste gevallen is in de betaling van loon aan de hulpverlener voorzien door middel van de wettelijk verplichte zorgverzekering.¹⁰ Op grond van de zorgverzekeringsovereenkomst tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar betalen zorgverzekeraars het bedoelde loon aan de zorgaanbieder voor de opdrachten van hun verzekerden.

Voor de hulpverlener is het nagenoeg niet mogelijk om de behandelingsovereenkomst met de patiënt op te zeggen. Dat kan alleen om gewichtige redenen.¹¹ Ratio daarvan is dat er een zwaarwegend belang toekomt aan de gezondheid van de patiënt en de afhankelijke positie die een patiënt heeft ten opzichte van de hulpverlener. Daarbij past niet dat de hulpverlening aan de patiënt zomaar kan worden beëindigd.¹² Wat onder 'gewichtige redenen' moet worden verstaan hangt af van de omstandigheden van het geval. Voorbeeld is de omstandigheid dat een hulpverlener de praktijk beëindigt of persoonlijke gevoelens krijgt voor de patiënt. In beginsel is beëindiging van de behandelrelatie ook mogelijk indien tussen patiënt en behandelaar ernstige meningsverschillen over de behandelwijze bestaan waardoor de vertrouwensband tussen hen wordt geschaad.

In richtlijnen voor de beroepsgroep worden ook regels gesteld over beëindiging van de behandelrelatie met de patiënt door de hulpverlener. Het Vademecum KNMG¹³ bepaalt dat het beëindigen van de behandelrelatie op grond van het enkele feit dat de patiënt zich niet zonder meer conformeert aan het behandelingsplan onvoldoende grond is voor opzegging van de behandelingsovereenkomst¹⁴. Dat is evenmin het geval als een psychiatrische patiënt aangeeft de therapeutische behandeling te willen onderbreken in verband met een vakantie en de arts de patiënt voor de keuze stelt om óf de therapie te stoppen en daarmee de behandelrelatie per direct af te breken óf niet op vakantie te gaan. In dergelijke gevallen dient de hulpverlener zorg te dragen voor oplossingen zonder dat de behandeling wordt beëindigd. Te denken valt aan het afgeven van noodtelefoonnummers van collega's of zelf zorg te dragen voor telefonische bereikbaarheid.¹⁵

Wanneer mag een behandelrelatie dan wel worden beëindigd? De KNMG heeft als grond voor beëindiging van de behandelrelatie aanvaard de omstandigheid dat de patiënt opzettelijk geen informatie over of medewerking wil geven aan de behandeling, terwijl dat wel in zijn vermogen ligt en voor goede hulpverlening noodzakelijk is. Het niet verstrekken van informatie moet dan ernstige consequenties hebben. Zo zal het bewust herhaald niet gebruiken van voorgeschreven medicatie, terwijl dit wel geïndiceerd is en duidelijk is afgesproken met de patiënt uiteindelijk een reden kunnen zijn de behandelingsovereenkomst te beëindigen.¹⁶

Kortom, therapieontrouw van een patiënt kan onder bepaalde omstandigheden een gewichtige reden opleveren op grond waarvan de behandelrelatie kan worden beëindigd.

Goed patiëntschap

Artikel 7:452 BW bepaalt dat de patiënt de hulpverlener naar beste weten inlichtingen en medewerking dient te verlenen die de hulpverlener redelijkerwijs behoeft voor het uitvoeren van de overeenkomst. Van de patiënt mag worden verwacht dat hij zich naar vermogen dient in te spannen om aan de behandelingsovereenkomst uitvoering te geven¹⁷. Op die manier kan de patiënt medebewaker worden van het zorgproces en zijn veiligheid.¹⁸

Daarvoor is van belang dat de patiënt beslissingen kan nemen op basis van goede en duidelijke informatie.¹⁹

Met andere woorden, de kwaliteit en naleving van de behandeling is niet alleen de verantwoordelijkheid van de hulpverlener, maar ook die van de patiënt. Een actieve rol van de patiënt is het devies, maar incompetenties van diezelfde patiënt mogen niet zonder meer of te gemakkelijk leiden tot negatieve juridische consequenties. Soms kunnen er juridische gevolgen zijn, maar het fundamentele recht van de patiënt om een behandeling te weigeren, geeft de patiënt ook ruimte om beslissingen te kunnen nemen die een hulpverlener onjuist of onverstandig vindt, zonder dat daaraan formele gevolgen mogen worden verbonden.²⁰

Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt

Een verplichtend element in de behandeling kan op gespannen voet staan met de autonomie van de patiënt en zijn zelfbeschikkingsrecht. Het zelfbeschikkingsrecht impliceert dat de patiënt moet worden beschermd tegen inbreuken door anderen op het leven en de lichamelijke en geestelijke integriteit. Grondwettelijk is zelfbeschikking terug te voeren op het recht op onaantastbaarheid van het lichaam en de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer.²¹ Daarnaast wordt de gezondheidsrechtelijke notie van zelfbeschikking geassocieerd met de (keuze)vrijheid van de patiënt. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt vindt zijn weerslag in concrete patiëntenrechten, zoals het privacyrecht en het recht om geïnformeerd een keuze te maken voor een bepaalde behandeling. De patiënt mag er daarom ook voor kiezen om al dan niet trouw te zijn aan de ingezette behandeling.

Het verbinden van financiële consequenties aan therapieontrouw om redenen van betaalbaarheid van de gezondheidszorg kan leiden tot beperking van de keuzevrijheid en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Het recht van de individuele patiënt op zelfbeschikking staat tegenover het algemeen belang van een stelsel van gezondheidszorg waarin onnodige kosten worden voorkomen en optimale kwaliteit wordt geboden. In dit verband komt aan de overheid een grote mate van beleidsvrijheid toe; er zijn in beginsel geen juridische invalshoeken die a priori bepalen hoe de genoemde belangen tegen elkaar moeten worden afgewogen.²²

De zorgverzekeringsovereenkomst

Zoals hiervoor aangegeven, wordt het loon dat de verzekerde aan de zorgaanbieder in het kader van de behandeling is verschuldigd, doorgaans betaald door zorgverzekeraars. Maatgevend in dat verband is de Zorgverzekeringswet en de tussen verzekerde en verzekeraar gesloten zorgverzekeringsovereenkomsten met bijbehorende polisvoorwaarden. De Zorgverzekeringswet biedt echter ook voor de zorgverzekeraar weinig handvaten om therapieontrouw tegen te gaan en daarmee de zorgkosten te beperken. De zorgverzekeraar kan slechts in bijzondere situaties de zorgverzekeringsovereenkomst met de verzekerde opzeggen. Op grond van artikel 8 van de Zorgverzekeringswet en de polisvoorwaarden van de meeste verzekeraars is opzegging alleen mogelijk indien - kort gezegd - de verzekerde de verschuldigde premie niet betaalt of indien sprake is van frauduleus handelen door de verzekerde. De mogelijkheid van het beëindigen van een zorgverzekeringsovereenkomst zou zich bovendien niet verdragen met de plicht van zorgverzekeraars om iedere verzekeringsplichtige als verzekerde te accepteren.²³ Wel bestaat voor de zorgverzekeraar de mogelijkheid om indirect te sturen op het aspect van therapietrouw. Dat kan bijvoorbeeld door zorgaanbieders waar het percentage therapieontrouwe patiënten relatief hoog is, niet langer te contracteren in het kader van de zorginkoop.

Technologische interventies ter bevordering van therapietrouw

Uit het voorgaande volgt dat er aanknopingspunten zijn om therapieontrouwe patiënten onder bepaalde omstandigheden aan te spreken in het kader van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Opzegging van de behandelingsovereenkomst ligt echter ingewikkeld en is dus niet het Eureka. Wat dat wel? Zijn er geen tussenvarianten te bedenken, waarmee zowel de patiënt als de hulpverlener (en de zorgverzekeraar) gebaat is? Op die vraag ga ik in deze paragraaf in.

Technologische interventies

De aartsvader van de geneeskunde, Hippocrates, leerde zijn studenten al ruim 2300 jaar geleden dat ze hun patiënten niet moesten geloven, omdat die doorgaans zouden gaan liegen over het volgen van voorschriften en innemen van voorgeschreven medicijnen. En die hippocratische stelling heeft, tot op de huidige dag, niets aan waarde verloren. Echter, vandaag de dag schiet technologie de patiënt te hulp. Deze interventies worden ook wel aangeduid met de term e-health: het gebruik van nieuwe informatie en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren.²⁴ ICT-toepassingen helpen bij het monitoren van de gezondheidstoestand van patiënten, het ondersteunen van zelfzorg en het verlenen van medische zorg.

Daar waar het gaat om ICT-toepassingen bij mensen thuis wordt gesproken over telezorg. Dat kan worden omschreven als directe patiëntenzorg waarbij de ontvanger van die zorg thuis is en ruimtelijk op afstand van de hulpverlener en waarbij moderne communicatiemiddelen worden ingezet. Voorbeelden variëren van het vastleggen en volgen van een aantal vitale kenmerken van patiënten aan de hand van (hand)computers tot de inzet van slimme technologie om iemands gezondheidstoestand thuis (of elders) te kunnen volgen en daarin zo nodig te kunnen ingrijpen (ambient-technologie).²⁵ Voor een overzicht van de verschillende interventies verwijst ik naar recent onderzoek dat de Radboud Universiteit deed.²⁶ Hierna belicht ik een aantal andere voorbeelden van technologische interventies die de therapietrouw kunnen bevorderen.

*Voorbeelden van technologische interventies die therapietrouw kunnen bevorderen**"Intelligente" pillendozen*

Pillendozen of doosjes die op het innametijdstip een hoorbaar signaal laten horen - het zoemt, piept, fluit en bromt naar lieve lust als er één of meer pillen, of een slok, genomen moet worden of als het tijd is voor een injectie. Jammer genoeg werken zulke slimme dozen op den duur niet al te effectief omdat er meestal gewenning bij de gebruiker optreedt. Controle op wat eruit wordt gehaald, is er niet of nauwelijks.

Callcentre-services en SMS'jes

In Frankrijk werd ooit een groots project "hoge bloeddruk" gelanceerd via de telefoon. Iedereen met medicijnen tegen hoge bloeddruk kreeg dagelijks een telefoontje met de vraag of de medicijnen ingenomen waren. Aanvankelijk was dat succesvol, maar na korte tijd een dure flater. Het is immers gemakkelijk om "ja" te zeggen en "nee" te doen. Om over het opnemen van de rinkelende telefoon maar te zwijgen. En zo is het ook met SMS-berichten via de mobiele telefoon, waarmee ook vaak patiënt-irritatie als bijwerking werd geconstateerd.

Intelligente industriële verpakking

Sinds kort is er een nieuwe "smart medication packaging" technologie beschikbaar, de zogenaamde Medicine-technologie. De standaard medicatieblisterverpakking wordt in de fabriek voorzien van een etiket en door de patiënt met een app uitgelezen en eventueel verzonden naar een therapietrouwsite op internet. Hierdoor worden allerlei gegevens over de behandeling geregistreerd, zoals de datum en tijd van uitname en de bewaartemperatuur van de geneesmiddelen. Inmiddels heeft een aantal grote farmaceuten deze toepassing omarmd en zijn zij hun productieprocessen ervoor klaar aan het maken. Wereldwijd gaat het om miljarden blisters per jaar en dan niet slechts voor de dure middelen.

Belangrijkste juridische dimensies bij technologische toepassingen

Technologische toepassingen om therapietrouw te bevorderen zijn dus voorhanden. Deze nieuwe interventies roepen echter ook weer nieuwe juridische vragen op. Die vragen hebben voornamelijk betrekking op de privacy van de patiënt. De toepassing van nieuwe technologie gaat immers veelal gepaard met de verwerking van gezondheidsinformatie over de patiënt. De privacy van de patiënt komt gemakkelijk in het gedrang. Verder zijn vragen over verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid relevant: wat gebeurt er als er iets fout gaat bij de toepassing van een technologie? En wat is de professionele verantwoordelijkheid van de verschillende bij de levering betrokken partijen? En leidt de inzet van e-health tot nieuwe

of andere aansprakelijkheden bij gebrekkige of tekortschietende zorg of zorgproducten?²⁷ In het navolgende belicht ik met name de privacyaspecten.

Vertrekpunt bij de privacybescherming van de patiënt is de Wet bescherming persoonsgegevens. Die wet verbiedt verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens, tenzij sprake is van een in de Wbp genoemde uitzondering (artikel 8 en 16 Wbp). Eén van die uitzonderingen geldt voor zorgaanbieders, voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene noodzakelijk is (artikel 21 lid 1 onder a Wbp). Verwerking van medische persoonsgegevens is verder toegestaan als de patiënt daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven (artikel 23 Wbp). Daarnaast is het privacyrecht van de patiënt gewaarborgd door het beroepsgeheim van de hulpverlener (artikel 7:457 BW en artikel 88 Wet BIG). De ratio daarvan is te voorkomen dat zieken ervan zouden worden weerhouden geneeskundige hulp in te roepen uit vrees dat hetgeen aan de geneeskundige zou blijken of zou worden toevertrouwd, openbaar zou worden wanneer de geheimhouding daarvan niet zou zijn verzekerd. Onder omstandigheden kan die geheimhoudingsverplichting worden doorbroken, bijvoorbeeld indien een wet in formele zin daartoe verplicht of indien de patiënt uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven. De patiënt heeft daarbij overigens het recht om die toestemming weer in trekken.

De hulpverlener dient gepaste zorgvuldigheid in acht te nemen voor wat betreft de persoonlijke en medische gegevens van de patiënt. Op grond van artikel 13 Wbp dient de zorgaanbieder passende technische en organisatorische maatregelen ten uitvoer te leggen om persoonsgegevens te beveiligen tegen verlies of enige vorm van onrechtmatige verwerking. Daarnaast heeft de patiënt het recht om te weten welke informatie over hem gedeeld is met anderen en om bepaalde gegevens uit het medisch dossier te laten verwijderen of aanpassen. Als een zorgaanbieder zich niet houdt aan deze verplichtingen kan dat niet alleen leiden tot bestuurlijke handhavingmaatregelen van het College bescherming persoonsgegevens, maar ook tot civiel-, tucht- en strafrechtelijke aansprakelijkheid.

Juist op privacyterrein liggen risico's bij technologische interventies ter bevordering van therapietrouw. Hoe wordt gewaarborgd dat dergelijke interventies voldoende veilig zijn? En wat gebeurt er bij een datalek? Zorgaanbieders doen er goed aan de technische maatregelen op orde te hebben en een plan klaar te hebben liggen voor het geval het daadwerkelijk fout gaat.

Conclusie

Therapieontrouw van patiënten leidt tot onnodig hoge zorgkosten. Alleen al uit oogpunt van het beheersen van de zorgkosten verdient het dus aanbeveling om therapietrouw van patiënten zo veel mogelijk te bevorderen. De wet biedt daarvoor echter weinig aanknopingspunten. Alleen in uitzonderlijke gevallen bestaat de mogelijkheid om de behandelrelatie met een patiënt te beëindigen. Bovendien kan het beëindigen van de behandelrelatie of het anderszins dwingend opleggen van het nakomen van instructies van zorgaanbieders op gespannen voet staan met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Wel bieden nieuwe technologieën (e-health) de mogelijkheid om therapietrouw te stimuleren. Bij die technologieën dienen zorgaanbieders wel voldoende technische maatregelen te nemen die inbreuken op de privacy van cliënten en op het medisch beroepsgeheim voorkomen. Tegelijkertijd vergroot het gebruik van technologie het bewustzijn van de patiënt en de noodzaak om therapietrouw te zijn.

Noten

1. Met dank aan de input van Chris van Balen (Lexsigma Healthcare), Willem Kort en Jos Geboers (Confrerie Clinique)
2. Brief Minister drs. E.I. Schippers van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gericht aan de Tweede Kamer der Staten Generaal van 29 juni 2015; kenmerk 785894 - 138373 - GMT. In dat verband is ZonMw het project 'Goed Geneesmiddelen Gebruik' gestart: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/goed-gebruik-geneesmiddelen/algemeen/>
3. FD van donderdag 1 oktober 2015
4. NJ 1997, 349; zie ook TvGR 1997/15 p.123

5. Therapietrouw kan worden gezien als de mate waarin patiënten zich houden aan het advies dat in overleg met de arts tot stand gekomen is; World Health Organization 2003
6. <http://www.ru.nl/honoursacademy/bachelor/interdisciplinair/programma/denktanks>: Doel rapport: inzicht in reactie van de samenleving op nieuwe technologieën op het gebied van therapietrouw.
7. Chowdhury, et al., 2013.
8. Zie noot 10, pagina 10 e.v. Verdere bronvermelding oorzaken therapieontrouw: Zolnierrek, 2009.
9. Patel, 2013.
10. Zie Tekst en Commentaar bij artikel 7:461 van het Burgerlijk Wetboek, pagina 612 e.v. (vijfde druk)
11. Artikel 7:460 BW.
12. Vademecum KNMG, onderdeel V.06, p. 3 en 4
13. Onderdeel V.06, pagina 7
14. Regionaal Tuchtcollege Groningen 27 januari 1998, zie TvGR 2000/47
15. Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 28 januari 2003, TvGR 2003/44 en MC 2003 nr 32/33, p 1235-1238; zie ook pagina 7 e.v. Vademecum KNMG V.06
16. Vademecum KNMG V.06, p. 8 e.v.
17. Kamerstukken II 1989/90, 21 561, p 33
18. Zie noot 14, pagina 17 e.v. ; zie J. Leegemaate, Patiëntveiligheid en patiëntenrechten. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 2006, p. 12-13; G. van der Wal, Quality of care, patient safety and the rol of the patient. In: J.K.M. Gevers, E.H. Hondius, J.H. Hubben (eds) Health Law, human rights and the Biomedicine Convention. Leiden/Boston, Martinus Nijhoff 2005, p 89-91
19. Zie nader: RVZ, Goed Patiëntschap - Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt Den Haag. RVZ, 2007
20. Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer: juridische aspecten, Achtergrondstudie RVZ-Advies, Prof. Mr. J. Legemaate, Amsterdam, februari 2013, definitieve versie, 7 februari 2013, pagina 16 e.v.
21. Artikel 10 en 11 van de Grondwet . Zie nader: Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg, Programma Thematische Wetsevaluatie, ZonMW, Prof mr. A.C. Hendriks, Prof. Dr. Ir. R.D. Friele, Prof mr. J. Legemaate, Prof. dr. G.A.M. Widdershoven, juni 2013, deel 34, pagina 33 e.v.
22. Zie noot 19 (Thematische Wetsevaluatie); p. 207 e.v.
23. Artikel 3 Zvw.
24. RVZ, 2002, p5.
25. Thuiszorg op afstand in juridisch perspectief, Mr. Dr. M.C. Ploem, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 5 juli 2008.
26. Zie noot 10, pagina 12 e.v.
27. Zie artikel Ploem.