



Vereniging voor Gezondheidsrecht

De toekomst van de Wet BIG

P R E A D V I E S 2 0 0 8

**Taakherschikking en
verantwoordelijkheids-
verdeling**

mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt

Gewaarborgde kwaliteit

mr. A.C. de Die

DE TOEKOMST VAN DE WET BIG

VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT

DE TOEKOMST VAN DE WET BIG

*Deel 1 Taakherschikking en
verantwoordelijkheidsverdeling*

MR. DR. J.H.H.M. DORSCHIEDT

Deel 2 Gewaarborgde kwaliteit

MR. A.C. DE DIE

Preadvies uitgebracht voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht,
jaarvergadering 18 april 2008

Sdu Uitgevers
Den Haag, 2008

Meer informatie over deze en andere uitgaven kunt u verkrijgen bij:

Sdu Klantenservice

Postbus 20014

2500 EA Den Haag

tel.: 070 - 378 9880

fax: 070 - 378 9783

© Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2008

ISBN 978 90 12 38014 0

NUR 822

Alle rechten voorbehouden. Alle auteursrechten en databankrechten ten aanzien van deze uitgave worden uitdrukkelijk voorbehouden. Deze rechten berusten bij Sdu Uitgevers bv.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich te wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro). Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, kan voor de afwezigheid van eventuele (druk)fouten en onvolledigheden niet worden ingestaan en aanvaarden de auteur(s), redacteur(en) en uitgever deswege geen aansprakelijkheid.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the publisher's prior consent.

While every effort has been made to ensure the reliability of the information presented in this publication, Sdu Uitgevers neither guarantees the accuracy of the data contained herein nor accepts responsibility for errors or omissions or their consequences.

TEN GELEIDE

Iets meer dan tien jaar geleden trad de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) in werking. De Wet BIG maakte een einde aan een sterk versnipperd systeem van beroepenregulering. Het belangrijkste doel van de Wet BIG was en is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen.

De vraag is of de Wet BIG anno 2008 nog steeds een geschikt middel is om bij te dragen aan het bereiken van deze doelstelling. Er is sinds de inwerkingtreding van de wet in 1997 veel veranderd. Niet alleen waar het gaat om de organisatie en inhoud van de gezondheidszorg, maar ook om de wettelijke regelingen die naast en in aanvulling op de Wet BIG van belang zijn voor de kwaliteit van zorg. Behandeling van de patiënt in teamverband, taak- en verantwoordelijkheidverschuivingen tussen beroepsbeoefenaren en van beroepsbeoefenaar naar instelling, nieuwe inzichten en opvattingen over toezicht, kantelende meningen over de wijze waarop de overheid behoort om te gaan met alternatieve genezers: al deze ontwikkelingen roepen de vraag op hoe het staat met de toekomstbestendigheid van de Wet BIG.

In dit preadvies staan twee kernaspecten van de Wet BIG centraal.

In deel 1 analyseert mr.dr. J.H.H.M. Dorscheidt het vraagstuk van taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling. Hij gaat uitvoerig in op de ontwikkelingen die zich de afgelopen jaren binnen en tussen beroepsgroepen hebben voorgedaan, en op de rechtsvragen die in dat verband naar voren komen. Dorscheidt signaleert dat de huidige wet beperkingen kent, en doet voorstellen om deze weg te nemen.

In deel 2 gaat mr. A.C. de Die nader in op de regeling van het toezicht in de Wet BIG. In relatie tot de doelstelling van de wet speelt toezicht een belangrijke rol. De Die staat uitvoerig stil bij drie onderwerpen: toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het tuchtrecht en de regulering van alternatieve behandelaren. Ook zij ziet aanleiding de Wet BIG op verschillende punten aan te passen of aan te vullen.

De Wet BIG kan uiteraard niet los worden gezien van aanpalende wettelijke regelingen, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WGBO. Deze regelingen komen dan ook op verschillende plaatsen in het preadvies aan de orde.

De preadviseurs leggen ons veelomvattende en intrigerende beschouwingen voor. Op basis van de inhoud van de preadviezen verwacht het bestuur een boeiende discussie over de toekomst van de beroepenwetgeving.

prof.mr. J. Legemaate
voorzitter

VOORWOORD

Het schrijven van een preadvies is zonder de steun van anderen niet goed denkbaar. Allereerst danken wij als preadviseurs het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht voor het in ons gestelde vertrouwen. Wij hopen dat dit preadvies een opmaat kan zijn voor een geanimeerde discussie op 18 april 2008.

Bij deel 1

Het schrijven van een preadvies, zeker als het over taakherschikking gaat, is meer dan alleen het bestuderen van de gezondheidsrechtelijke aspecten, het komen tot de juiste kritische vragen en het problematiseren van knelpunten. Het is vooral een ontdekkingstocht. Volgens Proust bestaat de ware ontdekkingstocht niet uit het zoeken naar nieuwe vergezichten, maar in het krijgen van nieuwe ogen. Of dit preadvies hieraan bijdraagt, is ter beoordeling aan de lezer.

Dank uiteraard aan mijn collega-preadviseur mr. Mieke de Die, advocaat bij Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn te Den Haag, voor de plezierige, maar vooral interessante samenwerking. Mieke, mede dankzij jouw kennis en ervaring was de verdieping in de beroepenwetgeving een heuse belevenis.

Verder ben ik dr. Petrie Roodbol, directeur van het Expertisecentrum Taakherschikking van het Universitair Medisch Centrum Groningen, erkentelijk voor het beschikbaar stellen van onderzoeksmateriaal. Mijn inzichten daarin dank ik mede aan de deskundigheid van drs. Yvonne ten Hoeve.

Dank ook aan mr. Ekram Belhadj, advocaat bij de sectie Europees recht van Nysingh Advocaten-Notarissen, voor haar expertise op het terrein van het EG-recht. Tevens dank aan mr. Luc Wijnheijmer, voorheen verbonden aan het ministerie van VWS, voor zijn bereidheid tot meedenken over de beleidsmatige aspecten van taakherschikking.

Bijzondere dank ten slotte aan prof. mr. Joep Hubben, hoogleraar gezondheidsrecht aan de Rijksuniversiteit Groningen / Universitair Medisch Centrum Groningen, voor zijn kritische commentaar bij de conceptversies van deze tekst.

Jo Dorscheidt

Groningen, februari 2008

Bij deel 2

Het schrijven van een preadvies is een leuke kwelling. Het is inspirerend, uitdagend én tijdrovend. Ik was aangenaam verrast en vereerd toen het bestuur van de Vereniging voor Gezondheidsrecht het verzoek deed om het preadvies voor de jaarvergadering 2008 te schrijven. Mijn enthousiasme werd vooral aangewakkerd door de onderwerpen die het bestuur mij had toebedacht: toezicht en tuchtrecht. Beter kon het niet. Samen met het thema taakherschikking zou dit een actueel debat over de Wet BIG moeten opleveren.

Opmerkelijk was dat collega-preadviseur Jo Dorscheidt en ik elkaar voorafgaand aan dit 'project' niet persoonlijk kenden, ondanks de relatief kleine kring van gezondheidsjuristen in Nederland. Dat heeft evenwel aan een plezierige samenwerking niet in de weg gestaan. De werketentjes in Utrecht waren nuttig en aangenaam. Dank Jo voor de samenwerking!

Mijn dank gaat ook uit naar de mensen die in de zomer van 2007 zonder enige aarzeling tijd wilden vrijmaken om met mij van gedachten te wisselen over de door mij te bespreken thema's en de oplossingsrichtingen. Die gesprekken waren inspirerend en nuttig voor de gedachtevorming. Veel dank daarvoor aan dr. mr. R.W.M. Giard, mr. H.P.H. van Griensven, mevrouw mr. J.C. Out, mevrouw mr. G.P.M. Raas, mr. R.A. Torrena en dr. G. van der Wal.

Tevens ben ik mijn prettig kritische meelezers Rolf de Groot, Raimond Giard, Johan Legemaate en Frans van Wijmen zeer erkentelijk voor hun goede suggesties en constructieve commentaren op mijn teksten. Aparte vermelding verdient Jan van Doorn vanwege zijn support op alle fronten.

Mieke de Die

Amsterdam, februari 2008

INHOUDSOPGAVE

Ten geleide	5
Voorwoord	7
1 Inleiding, aanleiding en verantwoording	13
1.1 Inleiding en aanleiding	13
1.2 Doel en doelbereik van de Wet BIG	15
1.3 Toekomstbestendigheid als doel?	16
1.4 Doel en vraagstelling preadvies	17
1.5 Uitgangspunten, opbouw en nadere uitwerking vraagstelling	18
2 De Wet BIG in vogelvlucht	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Aanleiding en redenen voor nieuwe wetgeving	21
2.3 Het nieuwe uitgangspunt	22
2.4 Hoofdpijnen	23
2.4.1 De artikel 3-beroepen	23
2.4.2 De artikel 34-beroepen	24
2.4.3 Voorbehouden handelingen	24
2.4.4 Verantwoorde zorg en kwaliteitsbevordering	25
2.4.5 Buitenslands gediplomeerden	25
2.4.6 Strafbepalingen	25
2.5 Evaluatie van de Wet BIG	26
2.6 Samenhang met andere wetten	27
Deel 1 Taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling	
<i>Mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt</i>	29
3 Inleiding en probleemstelling	31
4 Taakherschikking in de praktijk van de gezondheidszorg; enkele voorbeelden	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Nurse practitioner en physician assistant	35
4.3 Tandheeskundige zorg	39
4.4 Huisartsenzorg	44
4.5 Ziekenhuiszorg	48

5	Taakherschikking in juridisch perspectief	51
5.1	Inleiding	51
5.2	Korte schets van relevante beleidsontwikkelingen	51
5.3	Nut en noodzaak van taakherschikking	55
5.4	Juridisch kader	56
5.4.1	Regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst	56
5.4.2	Wet BIG	60
5.4.3	Kwaliteitswet zorginstellingen	74
5.4.4	Geneesmiddelenwet	77
5.4.5	Taakherschikking en enkele Europeesrechtelijke aspecten	80
5.4.6	Aansprakelijkheid	85
6	Resumé en enkele conclusies	93

Deel 2 Gewaarborgde kwaliteit

<i>Mr. A.C. de Die</i>		101
7	Toezicht en handhaving	103
7.1	Introductie	103
7.2	Het Staatstoezicht op de volksgezondheid en zijn wettelijke taak	105
7.3	‘Verantwoorde zorg’	107
7.3.1	Een globale norm	107
7.3.2	Inhoud van de norm	108
7.3.3	Vergelijking met ‘verantwoorde zorg’ ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen	109
7.3.4	Vergelijking met ‘goed hulpverlenerschap’	110
7.3.5	Invulling van de norm	111
7.4	Bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	113
7.4.1	Huidige toezichtsbevoegdheden	113
7.4.2	Toekomstige toezichtsbevoegdheden	113
7.4.3	Huidige handhavingsbevoegdheden	115
7.4.4	Toekomstige handhavingsbevoegdheden	116
7.5	Verantwoord toezicht	118
7.5.1	Beginselen van goed toezicht	118
7.5.2	Gebruikmaking van bevoegdheden door de IGZ	119
7.6	Handhaving van de norm	120
7.6.1	Overtuiging, verscherpt toezicht of bevel	120
7.6.2	Bestuurlijke handhaving door middel van oplegging van bestuurlijke boete	122
7.7	Openbaarmaking van bevindingen en rapporten door de IGZ	124
7.8	Samenwerking en toezicht	126
7.8.1	Samenwerking toezichthouders	126
7.8.2	Taakverdeling Onderzoeksraad voor veiligheid en IGZ	128

7.8.3	Veilig melden	130
7.8.4	Toezicht op samenwerkende zorgaanbieders	132
7.9	Conclusie	135
8	Tuchtrecht	137
8.1	Introductie	137
8.2	Het wettelijk tuchtrecht	138
8.2.1	Aard en strekking	138
8.2.2	De invoering van het wettelijk medisch tuchtrecht	139
8.2.3	Advies Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening over herziening tuchtrecht	140
8.3	Werkingsfeer tuchtrecht Wet BIG	141
8.3.1	Aan het tuchtrecht onderworpen beroepen	141
8.3.2	Tuchtnormen	142
8.3.3	Reikwijdte van het tuchtrecht	143
8.4	De inspecteur in het tuchtrecht	147
8.4.1	Wettelijke bevoegdheden	147
8.4.2	De gebruikmaking van de bevoegdheden door de inspectie	151
8.4.3	De inspecteur als klager of appellant in 1997-2007	154
8.5	Samenwerkingsverbanden, ketenzorg en het tuchtrecht	158
8.5.1	Wat is het probleem?	158
8.5.2	Groepsaansprakelijkheid?	161
8.5.3	Een andere oplossing	166
8.6	Slotbeschouwing – de toekomst van het tuchtrecht	169
9	Geen toezicht, geen tuchtrecht: alternatieve behandelaars	175
9.1	Introductie	175
9.2	Historische achtergrond van huidige regeling	175
9.2.1	Centrale Gezondheidsraad, Commissies Pekelharing en Van Houten	175
9.2.2	Commissie-Peters	176
9.2.3	Commissie-De Vreeze	177
9.2.4	Overwegingen van de regering	178
9.2.5	Kantttekeningen bij de aannames van de regering	180
9.3	De huidige regeling	182
9.3.1	Begrensde vrijheid	182
9.3.2	De grens: artikel 96 Wet BIG	183
9.3.3	Mogelijkheid van ingrijpen	184
9.4	Zoeken naar een nieuwe balans	187
9.4.1	Benutting van bestaande mogelijkheden	188
9.4.2	Slot: voorstel tot aanvulling van de Wet BIG	190
	Lijst van afkortingen	195
	Literatuur	197
	Preadviezen vereniging voor gezondheidsrecht (1968-2007)	209

1 Inleiding, aanleiding en verantwoording

1.1 Inleiding en aanleiding

De gezondheidszorg is in beweging. Er worden nieuwe initiatieven ontwikkeld, nieuwe concepten waarin meer dan voorheen de zorg en organisatie rond de patiënt of patiëntgroepen worden vormgegeven. Het nieuwe stelsel stimuleert tot creativiteit en innovatie. Tegelijkertijd blijven de kwaliteit en veiligheid van de zorg, de arbeidsmarktontwikkeling en de kosten van de gezondheidszorg punten van zorg en aandacht. De babyboomgeneratie begint inmiddels volop te vergrijzen. Vergrijzing brengt onvermijdelijk een toenemende zorgvraag met zich. Wanneer daartegenover een evenredige toename van mensen en middelen voor de zorg zou staan, zou dat geen probleem zijn.

Maar dat is niet het geval. Het blijkt moeilijk te zijn voldoende mensen voor werk in de zorg te vinden en te behouden. Naast de beschikbaarheid van voldoende deskundige bemensing van de zorg, speelt de aandacht voor de betaalbaarheid. De premies voor de zorgverzekeringspolis en de AWBZ moeten voor eenieder te dragen blijven. Dit alles tezamen levert een spanningsveld op dat zeker niet uitsluitend negatief geduid hoeft te worden. Het stimuleert ook de creativiteit, het doorbreken van vaste patronen in de rolverdeling en de uitoefening van taken in de praktijk van de zorg. Taakherschikking is een positieve ontwikkeling, zo concludeert de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in de *Staat van de Gezondheidszorg 2007*. De conclusie is evenwel voorwaardelijk: positief, mits de risico's adequaat zijn ondervangen.

Niet alleen taakherschikking noopt tot discussie over kwaliteit en veiligheid in de zorg. Het debat daarover heeft een krachtige impuls gekregen door het onderzoek van het Nivel naar vermijdbare sterfte in Nederlandse ziekenhuizen. Veiligheid en kwaliteit raken aan de wettelijke norm 'verantwoorde zorg' en de toezichhoudende en handhavende rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Afgelopen jaar verscheen het rapport van de Commissie-Huls met aanbevelingen over de toekomst van het wettelijk geregeld tuchtrecht. In het rapport worden – onder andere – uitspraken over ketenzorg en eventuele groepsaansprakelijkheid gedaan. Sinds de introductie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) staat het individuele aspect van de zorgverlening immers steeds minder op de voorgrond. Meer en meer staat het samenwerken in teams of in ketens, de schakels van het zorgproces dat de patiënt doorloopt, centraal. Het lijkt er sterk op dat dit geen voorbijgaande modegril is, maar een structurele verandering van de praktijk van de gezondheidszorg. De Wet BIG, meer in het bijzonder het tuchtrecht, is op die ontwikkeling niet toegesneden. Als het gaat om de bewaking en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg, is dat een onderwerp dat zeker bespreking behoeft. Temeer nu geconstateerd wordt dat oplossingsrichtingen nog niet in voldoende mate voorhanden zijn.

Taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, kwaliteit en het toezicht daarop en tuchtrecht zijn onderwerpen die rechtstreeks verband houden met de Wet BIG. Gelet op het huidige palet aan kleurrijke discussiepunten in de gezondheidszorg is het wat ons betreft geen dag te vroeg dat de Wet BIG onderwerp van debat zal zijn in onze vereniging. Temeer omdat het aan fundamenteel debat in het parlement over de inhoud en de strekking van de wet de laatste jaren heeft ontbroken. Incidenteel borrelt discussie op, bijvoorbeeld naar aanleiding van het overlijden van Sylvia Millecam of als geconstateerd wordt dat een beroepsbeoefenaar nadat hij zijn titel is kwijtgeraakt door een tuchtrechtelijke maatregel gewoon doorwerkt. Meestal begint een dergelijk debat met de verontruste vraag "Hoe heeft dit zo kunnen gebeuren?". Maar nadat de minister opnieuw de uitgangspunten en de systematiek van de wet heeft toegelicht en heeft toegezegd dat de inspectie zal toezien en zo nodig zal ingrijpen, loopt de discussie veelal af met een sisser.

Wat ons betreft behoeft niet ieder incident te leiden tot een discussie over de uitgangspunten van het wettelijk systeem. Die discussie zou wel voor de hand hebben gelegen naar aanleiding van het evaluatieonderzoek dat in 2002 is uitgevoerd naar de doelbereiking en de effecten van de Wet BIG. De uitkomsten van dit onderzoek gaven en geven aanleiding tot de fundamentele vraag of deze wet wel voldoet. Dit raakt aan de wortels van de wet en – mogelijkkerwijs – aan een reden waarom deze vraag steeds is vooruitgeschoven. Inmiddels is ruim vijf jaar verstreken sinds het verschijnen van het evaluatierapport en is het van de zijde van de overheid angstwekkend stil gebleven. Weliswaar is gevolg gegeven aan de aanbeveling periodieke registratie in te voeren,¹ is er een brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer gestuurd waarin een aantal fundamentele onderwerpen betreffende de beroepsuitoefening aan de orde kwam² en is er een eerste aanzet gegeven voor discussie over de modernisering van het tuchtrecht,³ maar daarbij bleef het tot dusver.

Hiervoor zijn wel verklaringen te bedenken. De vorige minister van VWS had in de periode tot 2006 zijn handen vol aan de stelselwijziging en de introductie van de daarbijbehorende wetgeving. De inhoud van de evaluatiestudie geeft aanleiding tot een fundamentele discussie over de uitgangspunten en de systematiek van de Wet BIG, die evenveel aandacht behoeft als de discussie over het zorgstelsel en daarom niet gelijktijdig gevoerd moest worden. Wat er verder zij van het

1 Wetsvoorstel periodieke registratie (*Kamerstukken* 30 463) aangenomen door de EK op 5 juni 2007.

2 *Kamerstukken II* 2005/06, 30 300 XVI, nr. 155 (herdruk), Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de TK 7 juni 2006.

3 *Kamerstukken II* 2006/07, 30 800 XVI, nr. 167, Brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de TK 10 juli 2007, *Kamerstukken II* 2007/08, 29 279, nr. 61 Brief van de staatssecretaris van Justitie aan de Voorzitter van de TK 7 december 2007.

gebrek aan initiatief van de zijde van de minister, het is goed dat de Vereniging voor Gezondheidsrecht het onderwerp 'de Wet BIG' op de agenda heeft geplaatst.

1.2 *Doel en doelbereik van de Wet BIG*

De doelstelling van de Wet BIG was – en is nog steeds – het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Tevens voorziet de wet in een stelsel van toezicht en handhaving en wettelijk tuchtrecht voor acht beroepen. De Wet BIG verving medio jaren negentig een reeks van wetten op het gebied van de beroepsuitoefening in de zorg die, kort weergegeven, als verouderd, onvoldoende systematisch en niet-handhaafbaar werden beschouwd. Er zou een wet moeten komen die ruimte zou moeten bieden voor keuzevrijheid van de burger met tegelijkertijd waarborgen ter bescherming van diezelfde burger tegen onaanvaardbare risico's. Keuzevrijheid veronderstelt feitelijke keuzemogelijkheden en informatie en kennis over de mogelijke opties, zodat een afweging gemaakt kan worden. Aan die kennis en informatie blijkt het te schorten, niet alleen bij de burger maar ook bij beroepsbeoefenaren, zo komt naar voren uit de evaluatie van de Wet BIG. Dat is een ernstige constatering. Het roept de vraag op of deze lacune veroorzaakt is door een gebrek aan voorlichting, of verklaard moet worden uit de onbegrijpelijkheid van het wettelijk systeem als zodanig. Bovendien kan men zich afvragen of een wet bij een zodanig gebrek aan kennis van de inhoud en uitgangspunten bij de 'doelgroep' (beroepsbeoefenaren én publiek) wel aan zijn doel kan beantwoorden.

Verder heeft de BIG-evaluatie een aantal suggesties opgeleverd waarmee belemmeringen voor vernieuwing in de zorg kunnen worden weggenomen. De hiermee verband houdende voorstellen tot wijziging van de Wet BIG moeten taakherschikking mogelijk maken. Daarbij is onder meer gedacht aan het aanscherpen van de criteria voor de regeling van beroepen in de gezondheidszorg, het stimuleren van de zelfregulering in het beroepenveld en het komen tot flexibilisering van de Wet BIG met het oog op de toekomst.

Een andere bevinding uit het evaluatieonderzoek is dat de bescherming die de wet beoogt te bieden, onvoldoende uit de verf komt. De verschillende instrumenten die de wet kent ter bewaking van de kwaliteit respectievelijk de handhaving van de normen blijken alle zo hun eigen bezwaren te kennen. De inspectie lijkt haar toezichts- en sanctiemogelijkheden onvoldoende te benutten, de strafbepalingen worden niet of nauwelijks gehandhaafd en ook het tuchtrecht biedt een aantal serieuze tekortkomingen. Dit alles leidt ertoe dat er geen sprake is van een verantwoorde balans tussen vrijheid en bescherming. Dit is één van de centrale conclusies uit de evaluatiestudie.

De onderzoekers constateerden – samengevat – dat de wet wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een 'potentieel belangrijk' kwaliteitinstrument. Omdat sprake is van een disbalans tussen keuzevrijheid en

bescherming van de patiënt, biedt de wet de burger geen optimale bescherming. Het gebrek aan directe overheidsbemoediging wordt in de praktijk onvoldoende gecompenseerd door zelfregulering en aanpalende wetgeving. Met het oog op verantwoorde zorg zou de overheid een actievere toepassing kunnen geven aan het bestaande instrumentarium, ook voor individuele zorgverlening door niet-BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren, aldus één van de algemene conclusies van de onderzoekers.⁴

1.3 Toekomstbestendigheid als doel?

In het evaluatierapport is de vraag opgeworpen in hoeverre het bestaande wettelijk instrumentarium betreffende de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg voldoende toekomstbestendig is.⁵ Dit is de vraag die het bestuur van de VGR ons als preadviseurs ook meegaf.

Men kan zich afvragen welke waarde moet worden gehecht aan de toekomstbestendigheid van een wet. Doorgaans reflecteren wet- en regelgeving de geldende normering ten aanzien van de verschillende maatschappelijke terreinen. Op het gebied van de gezondheidszorg is deze normering echter voortdurend aan verandering onderhevig, mede vanwege de dynamische praktijk van de gezondheidszorg. Het meebewegen en regelmatig bijstellen van wet- en regelgeving is niet meer dan een logisch gevolg daarvan. Regulering met een houdbaarheidsdatum van vele tientallen jaren is dan ook geen wezenlijke kwaliteitsindicator van wet- en regelgeving. Veeleer zijn aspecten als rechtmatigheid, doeltreffendheid, doelmatigheid, uitvoerbaarheid, handhaafbaarheid, coherentie, eenvoud, duidelijkheid en toegankelijkheid daartoe te rekenen.⁶ Toekomstbestendige wet- en regelgeving kan daarom wellicht ook weinig méér om het lijf kan hebben dan algemene kaders en open normen. De sturende werking die van wet- en regelgeving behoort uit te gaan, blijft daarmee echter grotendeels achterwege.

Overigens wordt de geldingsduur van wet- en regelgeving niet alleen bepaald door de inhoud, maar mede ook door het maatschappelijk draagvlak, of het ontbreken daarvan. Indien wet- en regelgeving onvoldoende worden nageleefd, kan dit verwijzen naar ondeugdelijk gebleken motieven voor een bepaalde reguleringsvorm. Daarnaast speelt de weerbarstige of een (te) eigenzinnige maatschappelijke praktijk een rol. Waar het om gaat, is achterhalen welke gezondheidszorgwet- en regelgeving zodanig corrigerend en tegelijk structurend op de zorgpraktijk werkt, dat zij zorgprofessionals in staat kan stellen om op een verantwoorde manier zorg te kunnen verlenen.

4 *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Reeks evaluatie regelgeving: deel 12, Den Haag: ZonMw oktober 2002, p. 215-218.

5 *Evaluatie Wet BIG*, p. 228.

6 *Kamerstukken II 1990/91*, 22 008, nrs. 1-2, Nota *Zicht op wetgeving*.

1.4 Doel en vraagstelling preadvies

In aansluiting op de conclusies van de evaluatiestudie kan de fundamentele vraag worden gesteld of de doelstellingen van de Wet BIG als zodanig gehandhaafd kunnen worden. En als keuzevrijheid één van de uitgangspunten zou blijven, dan rijst de vraag op welke wijze gewaarborgd kan worden dat niet-BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren, onder wie ook de ‘alternatieve’ hulpverleners, geen onaanvaardbare risico’s vormen binnen de gezondheidszorg.

Daarmee komen we aan de vraag die centraal staat in dit preadvies:

Kan – gelet op de bevindingen en conclusies van de evaluatie enerzijds en de ontwikkelingen in de praktijk anderzijds – de Wet BIG in zijn huidige vorm worden gehandhaafd, of zijn aanpassingen noodzakelijk?

Deze vraag wordt in de verschillende hoofdstukken van ons preadvies nader uitgewerkt. In de hoofdstukken komen onderwerpen aan de orde die enkele van de meest actuele discussiepunten beslaan: taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling; de positie van nieuwe beroepen in de zorg, toezicht en handhaving, tuchtrecht en dat wat niet geregeld is: alternatieve behandelaars.

De onderwerpen zijn niet willekeurig gekozen. Het verbindende thema is ‘gewaarborgde kwaliteit’. Kwaliteit is in meerdere opzichten belangrijk. Een van de uitgangspunten van onze samenleving is dat in beginsel eenieder aanspraak heeft op zorg die betaalbaar en beschikbaar is en van een voldoende niveau. Het waarborgen van de kwaliteit van zorg is dan ook één van de drie elementen van de overheidstaak op het gebied van de gezondheidszorg. Die overheidstaak heeft verschillende dimensies: wetgeving, beleid, toezicht en handhaving en rechtspraak over de vraag of het kwaliteitsniveau verwijfbaar is tekortgeschoten.

Het is niet alleen de overheid die zich om kwaliteit van zorg bekommert. Professionals zijn er dagelijks mee bezig, niet primair omdat de wet dat voorschrijft, maar veeleer intrinsiek: het hoort bij de professionele beroepsbeoefening om te streven naar het bieden van optimale kwaliteit. Voor zorgverzekeraars is kwaliteit, naast kosten, een onderscheidend item bij de zorginkoop. Dit zal in de toekomst in toenemende mate accent krijgen. Niet voor niets investeren verzekeraars in de beschikbaarheid van keuzeondersteunende informatie over kwaliteitsaspecten voor patiënten en verwijzers.

Gewaarborgde kwaliteit is voor patiënten – of consumenten zo u wilt – de basis voor vertrouwen in de gezondheidszorg als zodanig en, meer concreet, in degene die ze behandelt, onderzoekt, verpleegt of begeleidt. Zonder die gewaarborgde kwaliteit is het niet voor te stellen dat men zich door een ander kunstmatig in slaap laat maken, het mes in zich laat zetten, zich volledig ontkleedt om zich te laten onderzoeken of zijn intieme zielenroerselen met een volslagen onbekende deelt. Dat doen mensen alleen omdat zij erop vertrouwen dat degene waaraan zij

zich – letterlijk – toevertrouwen of blootgeven deskundig is en weet wat noodzakelijk is met het oog op de aandoening of klacht van die patiënt. Als dat vertrouwen geschonden wordt, raakt dat rechtstreeks het vertrouwen in de zorg. Kwaliteit en vertrouwen houden derhalve nauw verband met het algemeen belang van een goede gezondheidszorg waartoe men zich niet alleen moet *kunnen* wenden (in de zin van beschikbaarheid en betaalbaarheid) maar ook moet *durven* wenden. Men moet zich niet steeds bij iedere arts, verpleegkundige of therapeut behoeven af te vragen of hij zijn vak eigenlijk wel verstaat. Men mag daar van uitgaan. Hetzelfde geldt voor verantwoordelijkheidsverdeling: patiënten zouden zich niet moeten hoeven bekommeren om de vraag of dat eigenlijk op een verantwoorde manier gebeurt. Ook daar mag men vanuit gaan. Evenzeer zoals men ervan uit mag gaan dat, wanneer er ergens iets verkeerd gaat of dreigt te gaan in de zorg, er een correctiemechanisme in werking treedt. In veel gevallen wordt dan naar de overheid gekeken, waarbij de inspectie vaak als eerste in beeld is.

De vier onderwerpen die wij in dit preadvies bespreken, hebben alle betrekking op de gewaarborgde kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening waarop de burger respectievelijk de patiënt – als het goed is – blindelings moet kunnen vertrouwen. Die gewaarborgde kwaliteit vormt in onze beschouwingen steeds de rode draad.

1.5 *Uitgangspunten, opbouw en nadere uitwerking vraagstelling*

Dit preadvies is geen nieuwe evaluatiestudie en beperkt zich niet tot de vraag naar effect en doelbereik van de wet. Veeleer worden de bevindingen uit de evaluatie en andere studies als uitgangspunt genomen voor een beschouwing, de uitwerking van ideeën en voorstellen voor de toekomst. Wij hebben ons laten leiden door het uitgangspunt dat het preadvies moet worden wat de aanduiding ‘preadvies’ veronderstelt, namelijk een aanzet tot – bij voorkeur geanimeerde – discussie over de vraag “hoe verder met de Wet BIG” tegen de achtergrond van de eis van gewaarborgde kwaliteit.

Aan onze vraagstelling kleeft één bezwaar. Dat is dat ze beperkt is tot de Wet BIG, terwijl in de beleidsagenda ‘Zorg voor de toekomst’ het denken in de richting gaat van een ‘Wet cliënt en kwaliteit van zorg’, waarin gewaarborgde kwaliteit een bredere dimensie heeft en waarin een aantal bestaande wetten zouden opgaan.⁷ Mogelijk wordt hierbij ook de Wet BIG betrokken. Deze voornemens verkeerden tijdens de voorbereidingsperiode van ons preadvies echter nog in een zo prematuur stadium dat wij ons voorlopig nog op de toekomst van de Wet BIG concentreren. Wij gaan er daarbij van uit dat de discussiepunten die we in onze tekst opwerpen, ook een rol kunnen spelen bij het denken over een eventuele nieuwe wet.

7 *Kamerstukken II 2006/07, 28 439, nr. 98.*

Wij hebben ervoor gekozen om eerst de hoofdlijnen van de Wet BIG in een notendop te beschrijven (hoofdstuk 2). Wij veronderstellen een groot deel van de leden van de VGR en anderen die belangstelling hebben voor het onderwerp hiermee bekend. Er zonder meer van uitgaan dat iedereen (nog) precies weet wat de wet regelt en hoe de systematiek in elkaar zit, leek ons echter niet realistisch. Dit hoofdstuk is dus ter introductie of ter opfrissing.

Daarna gaan we de diepte in en zoomen we in *deel 1* in op het weerbarstige, maar interessante onderwerp ‘Taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling’. Dit deel bevat een juridische beschouwing over hetgeen in de praktijk van alledag gebeurt. Door tal van factoren, maar met name door het ontstaan van nieuwe functies binnen bestaande beroepsgroepen vinden horizontale en verticale taakverschuivingen tussen beroepen in de individuele gezondheidszorg plaats. Dit vergt, ondanks de aanpalende wetgeving en de zelfregulering door de betrokken beroepsgroepen, dat in de Wet BIG in verband met het gewenste beschermingsniveau hieromtrent kwaliteitswaarborgen moeten worden opgenomen. Taakherschikking en andere structurele ontwikkelingen in de beroepsuitoefening dienen dan ook in de wet tot uitdrukking te komen. In zijn brief aan de Tweede Kamer schetste de voormalig minister van VWS op welke wijze taakherschikking in de komende regelgeving verankerd zou worden of althans mogelijk wordt gemaakt.⁸

De belangrijkste doelstelling van dit deel is te verhelderen hoe de huidige beroepenwetgeving zich verhoudt tot enkele recente ontwikkelingen aangaande taakherschikking en het voorgenomen overheidsbeleid. In hoofdzaak wordt onderzocht of die wetgeving ruimte laat voor nieuwe ontwikkelingen, welke knelpunten zich hierbij voordoen en in hoeverre die problemen via wetswijziging het hoofd geboden kunnen worden. De hiervoor nodige juridische analyse (hoofdstuk 5), die overigens niet beperkt zal kunnen blijven tot de Wet BIG, wordt voorafgegaan door een schets van enkele terreinen in de gezondheidszorg waarop taakherschikking aan de orde is (hoofdstuk 4). Daarbij wordt tevens aangegeven welke rol de nieuwe beroepen in de gezondheidszorg bij die zorgverlening vervullen en welke gezondheidsrechtelijke vragen de samenwerking tussen zorgprofessionals bij de verdeling van taken en verantwoordelijkheden oproept.

In *deel 2* gaat het ook om ‘kwaliteit van zorg’ maar hier wordt dit onderwerp benaderd vanuit de bewaking, bevordering en de handhaving ervan. Daarbij is de nadruk gelegd op de rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij het hoofdstuk ‘Toezicht en handhaving’ (hoofdstuk 7) is dit vanzelfsprekend. Het is immers ‘het Staatstoezicht op de volksgezondheid’, meer in het bijzonder de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), op wie de wettelijke taak tot toezicht en handhaving van de Wet BIG rust. Aan de orde komt de vraag of de huidige en

8 *Kamerstukken II 2005/06, 29 282, nr. 26.*

de nieuw voorziene toezichts- en handhavingsbevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg toereikend zijn om op een verantwoorde wijze toezicht te kunnen houden op de kwaliteit van de zorg, dan wel te kunnen ingrijpen als dat nodig is. Tevens komt aan de orde of de te handhaven norm nu eigenlijk wel helder is en of deze verschilt van de norm in de Kwaliteitswet en de regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW.

In hoofdstuk 8 komt de inspecteur opnieuw aan bod, nu in zijn rol als klager bij het tuchtcollege. Er is bewust voor gekozen om de rol van de inspecteur hier zo prominent te belichten. Dit houdt verband met de veelgehoorde vraag waarom de inspectie – als bewaker van het algemeen belang van een kwalitatief goede zorg – zo weinig gebruik maakt van haar bevoegdheid als klager op te treden in tuchtprocedures. Dit preadvies is de gelegenheid bij uitstek nader op die vraag in te gaan. De veelgehoorde suggestie om ‘groepsaansprakelijkheid’ in te voeren als panacee voor het tuchtrechtelijk aanpakken van ketenzorgproblemen, is in dit hoofdstuk onderwerp van analyse en discussie.

Er worden voorstellen voor aanpassing van het wettelijk tuchtrecht gedaan, waarbij aansluiting is gezocht bij de evaluatie van de Wet BIG en het rapport van de Commissie-Huls.⁹

In hoofdstuk 9 wordt aandacht besteed aan alternatieve behandelaars (waarmee wordt bedoeld: geen artikel 3- of artikel 34-beroep) die onder het toezicht noch onder het tuchtrecht vallen. Dat wordt wel de ‘paradox van de Wet BIG’ genoemd: voor beroepsbeoefenaars die ingevolge de Wet BIG geregeld zijn, gelden opleidings- en deskundigheidseisen en zij kunnen door de inspectie of de tuchtrechter worden gecorrigeerd als zij niet aan de wettelijke normen voldoen. Voor alternatieve behandelaars gelden al die regels niet. Zij kunnen tot dusver alleen strafrechtelijk worden aangepakt als er sprake is van overtreding van de voorbehouden handelingenregeling of van schade aan de patiënt. Voor het overige is er volledige (be)handelingsvrijheid. De analyse van de bestaande situatie wordt gevolgd door enkele voorstellen om de verhouding vrijheid–bescherming meer in balans te brengen.

9 *Beleidsuitgangspunten wettelijk geregeld tuchtrecht*, Rapport van de werkgroep tuchtrecht, Den Haag 7 december 2006.

2 De Wet BIG in vogelvlucht

2.1 Inleiding

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG),¹⁰ is vanaf 1 december 1995 gefaseerd in werking getreden. De wet kent een lange voorgeschiedenis. Wanneer we rekenen vanaf de eerste opmaat: de opdrachtverlening aan de Commissie-Peters op 11 augustus 1965¹¹ tot de uiteindelijke wet, heeft de Wet BIG een wordingsgeschiedenis van dertig jaar. De parlementaire geschiedenis neemt van die periode ‘slechts’ krap zeven jaar in beslag.¹² De totstandkomingsgeschiedenis van de wet en de discussiepunten die daarin een rol hebben gespeeld, zullen wij in dit preadvies niet integraal behandelen. Wel zullen de historische aspecten aan de orde komen waar dit relevant is voor de bespreking van de specifieke onderwerpen. Hoewel wij een aanmerkelijk deel van de lezers van dit preadvies bekend veronderstellen met (in elk geval de hoofdlijnen van) de Wet BIG, hebben wij ervoor gekozen deze niet geheel onbesproken te laten. Al was het alleen al om dit boek ook voor minder goed ingewijden leesbaar te laten zijn.

2.2 Aanleiding en redenen voor nieuwe wetgeving

De aanleiding voor een nieuwe beroepenwetgeving in de gezondheidszorg is gelegen in de jaren zestig van de vorige eeuw en was drieërlei. In de eerste plaats bleek dat de toenmalige Wet uitoefening geneeskunst (WUG) niet of nauwelijks handhaafbaar was. Het in de WUG neergelegde algemene verbod voor onbevoegden om de geneeskunst uit te oefenen werd als verouderd beschouwd en niet meer in overeenstemming met de heersende opvattingen dat de patiënt de vrijheid moet worden gelaten de hulp te zoeken waar hij die hoopt te vinden. De wetgever diende de eigen verantwoordelijkheid van het individu tot uitgangspunt te nemen.¹³ In de tweede plaats was sprake van een onoverzichtelijk geheel van wetten die beroepen in de gezondheidszorg regelde, maar die bepaald geen uniforme systematiek vertoonden. Bovendien ontbrak een regeling voor nieuwe beroepen. Er was daardoor sprake van verbrokkeling én leemten. In de derde plaats werd het medisch tuchtrecht¹⁴ als verouderd beschouwd. In het bijzonder het besloten karakter van het tuchtrecht was niet meer in overeenstemming met eisen van behoorlijke rechtspleging.

10 Wet van 11 november 1993, Stb. 655.

11 Beschikking van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 11 augustus 1965, Stcrt. 1965, 157.

12 Indiening van het wetsontwerp vond plaats op 11 mei 1986 (*Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nrs. 1-2). Op 9 november 1993 werd het wetsvoorstel door de Eerste Kamer aangenomen (*Handelingen I* 7-299).

13 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 2.

14 Destijds geregeld in de Medische Tuchtwet, Wet van 2 juli 1928, Stb. 222.

Al deze bezwaren zouden kunnen worden weggenomen door een nieuwe wet, waarin nieuwe uitgangspunten golden en die zou voldoen aan nieuwe inzichten. Bovendien werd daarbij als voordeel gezien dat er dan ook een mogelijkheid zou komen om eisen te stellen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

2.3 *Het nieuwe uitgangspunt*

De vraag hoe een dergelijke nieuwe wet eruit zou moeten zien, werd in 1965 voorgelegd aan een Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (Commissie-Peters). De commissie werd verzocht de regering te adviseren over onbevoegde uitoefening van de geneeskunst: "Is het mogelijk zodanige wijzigingen in de wetgeving aan te brengen dat tegemoetgekomen wordt aan een in ruime kring levend verlangen zich onder omstandigheden tot anderen te wenden dan artsen?" De voorzichtig positieve beantwoording van die vraag door de commissie heeft uiteindelijk vorm gekregen in de nieuwe Wet BIG.

De meest wezenlijke verandering was dat het tot dan toe bestaande stelsel van beroepsbescherming ("beroepsuitoefening door ongekwalficeerden is onrechtmatig") werd losgelaten. Daarvoor in de plaats is een stelsel van titelbescherming geïntroduceerd. Dus: geen integraal verbod meer voor onbevoegden, maar vrijheid voor eenieder om zich te bewegen op het terrein van de individuele gezondheidszorg.

Individuele gezondheidszorg¹⁵ omvat handelingen op het gebied van de geneeskunst en alle verrichtingen die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en ertoe strekkend diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Het onderzoeken en het geven van raad worden daaronder begrepen.

De individuele gezondheidszorg werd vrijgegeven, maar wel met bepaalde waarborgen. De belangrijkste waarborg is dat bepaalde beroepen door de wet zijn geregeld. Wendt de patiënt zich tot in een hulpverlener die één van de in de wet geregelde beroepen uitoefent, dan mag hij een zekere deskundigheid verwachten op grond van opleiding en kwaliteitsbewaking. Het staat de patiënt echter vrij hulp te zoeken bij niet-geregelde beroepsbeoefenaren, in welk geval van overheidswege nauwelijks waarborgen zijn gegeven. Toch mag niet iedereen 'alles doen'. In navolging van het advies van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, heeft de wetgever het aangewezen geacht een aantal handelingen voor te behouden aan aangewezen groepen van deskundigen. De gedachte daarachter is dat patiënten beschermd dienen te worden tegen het risico van ondeskundige uitvoering van die handelingen.

15 Art. 1 Wet BIG.

2.4 Hoofdlijnen

2.4.1 De artikel 3-beroepen

De Wet BIG kent een regeling van constitutieve registratie.¹⁶ Acht beroepen zijn in aanmerking gekomen voor publiekrechtelijke registratie. Na registratie mogen zij een titel voeren waaraan wettelijke bescherming en een aantal bevoegdheden zijn verbonden. De behoefte aan het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen of de behoefte publiekrechtelijk tuchtrecht zijn daarbij de criteria geweest.¹⁷ Voor artsen, tandartsen en verloskundigen gold primair het eerstgenoemde criterium. Subsidiar was de behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht bepalend. De behoefte aan wettelijk tuchtrecht was doorslaggevend voor apothekers, verpleegkundigen, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en later de fysiotherapeuten.^{18,19}

Voor deze acht beroepen, ook wel aangeduid als artikel 3-beroepen, geldt dat de beroepstitel pas gevoerd mag worden wanneer de beroepsbeoefenaar zich in het register voor het desbetreffende beroep heeft ingeschreven. Inschrijving is gebonden aan voorwaarden, waaronder het met goed gevolg hebben afgerond van een krachtens de Wet BIG geregelde opleiding. Niet-geregistreerden is het verboden de beroepstitels te voeren.

Elk van de acht beroepen kent een in de wet omschreven deskundigheidsgebied.²⁰ Voor de artikel 3-beroepen kan naast het basisberoep ook sprake zijn van een specialisme.²¹ Het initiatief en de uitwerking van een specialisatieregeling is voorbehouden aan de organisaties van de beroepsgroepen. De minister kan aan die regeling het publiekrechtelijke gevolg van titelbescherming verbinden.

De acht artikel 3-beroepen zijn onderworpen aan het wettelijk geregelde tuchtrecht. De Wet BIG kent daarvoor een apart hoofdstuk²² dat de oude Medische Tuchtwet heeft vervangen. Belangrijke veranderingen zijn geweest de openbaarheid van de zittingen van de tuchtcolleges, de versterking van de positie van de klager en de tuchtnorm. Niet langer stonden het vertrouwen in – en de stand van de beroepsgroep voorop, maar de zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt en het belang van de individuele gezondheidszorg.

Een aparte regeling is geïntroduceerd voor beroepsbeoefenaren die wegens hun gezondheidstoestand of verslaving aan alcohol of verdovende middelen geacht worden de geschiktheid tot het uitoefenen van het beroep te missen.²³ Het Col-

16 Artikelen 3-13 Wet BIG.

17 *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 5.

18 *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 46.

19 *Kamerstukken II* 1989/90, 19 522, nr. 17, p. 2.

20 Artikelen 18-33 Wet BIG.

21 Artikelen 14-17 Wet BIG.

22 Hoofdstuk VII, artikelen 47-78 Wet BIG.

23 Artikelen 79-85 Wet BIG.

lege van Medisch Toezicht beoordeelt dit op voordracht van de inspectie en kan maatregelen opleggen variërend van het treffen van bijzondere voorwaarden tot doorhaling van de registratie.

2.4.2 *De artikel 34-beroepen*

Er is een tweede categorie beroepen ingevolge de Wet BIG: beroepen waarvoor een stelsel van opleidingstitelbescherming geldt. Daarbij is overwogen dat de kwaliteit van de zorgverlening in hoge mate wordt bepaald door de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren. Die kwaliteit is op haar beurt mede bepaald door de inhoud en kwaliteit van de gevolgde opleidingen.²⁴

Voor de regeling van beroepen met een opleidingstitelbescherming golden andere motieven dan voor de artikel 3-beroepen, namelijk de behoefte aan een publiekrechtelijke opleidingsregeling, de behoefte aan publieksvoorlichting en de behoefte aan toepassing van de regeling van functionele zelfstandigheid.²⁵ De regeling is aanmerkelijk lichter dan de regeling van de artikel 3-beroepen: alleen de opleidingseisen zijn krachtens de wet geregeld. Vanwege de plaats waarin deze regeling is neergelegd, worden deze beroepen ook wel aangeduid als de artikel 34-beroepen.²⁶

2.4.3 *Voorbehouden handelingen*

Er is een regeling getroffen voor de uitvoering van de zogeheten 'voorbehouden handelingen'.²⁷ In de wet is een limitatieve lijst van handelingen opgenomen waarvan de uitvoering door anderen dan daartoe aangewezenen te risicovol werd geacht om vrij te laten.²⁸ Voor de aangewezen beroepen is de bevoegdheid steeds voorwaardelijk: de bevoegdheid is afhankelijk van de bekwaamheid die vereist is voor een zorgvuldige uitvoering.²⁹ Artsen zijn zelfstandig bevoegd tot het uitvoeren van alle voorbehouden handelingen. Tandartsen en verloskundigen zijn zelfstandig bevoegd voor het verrichten van slechts *die* handelingen die tot hun deskundigheidsgebied gerekend worden. De uitvoering van voorbehouden handelingen *kan* overgedragen worden aan anderen, mits aan vier voorwaarden is voldaan:

- er is een daartoe strekkende opdracht van een zelfstandig bevoegde;
- degene die de handeling uitvoert, beschikt over de nodige bekwaamheid;

24 *Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 13.*

25 *Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 5.*

26 Vijftien beroepen zijn krachtens art. 34 geregeld: diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut, apothekersassistent, optometrist, radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant, tandprotheticus, verzorgende individuele gezondheidszorg, heilgymnast-masseur en huidtherapeut.

27 Artikelen 36-39 Wet BIG.

28 Art. 36 Wet BIG.

29 Art. 36 lid 14 Wet BIG.

- indien nodig, worden aanwijzingen voor de uitvoering gegeven;
- er is voorzien in de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst.³⁰

Voor verpleegkundigen geldt de regeling van functionele zelfstandigheid,³¹ die erop neerkomt dat verpleegkundigen vanwege hun deskundigheid niet steeds aan alle eisen van delegatie van de uitvoering van voorbehouden handelingen behoeven te voldoen.

2.4.4 *Verantwoorde zorg en kwaliteitsbevordering*

Zowel de artikel 3-beroepen als de artikel 34-beroepen vallen onder de kwaliteitsbepaling van de Wet BIG. Artikel 40 bepaalt dat beroepsbeoefenaren die hun beroep uitoefenen anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, de beroepsuitoefening zo moeten organiseren en zich zodanig van materieel moeten voorzien, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Deze verplichting omvat tevens het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De kwaliteitsbepaling in zijn huidige vorm is geïntroduceerd met de Kwaliteitswet zorginstellingen.³² Daarmee is de norm voor zorginstellingen en individuele beroepsbeoefenaren gelijkgetrokken.³³ Niet-naleving van de kwaliteitsbepaling kan gevolgd worden door een maatregel van de inspectie,³⁴ eventueel afgedwongen door toepassing van bestuursdwang.³⁵

2.4.5 *Buitenslands gediplomeerden*

Voorts kent de wet een regeling voor toelating van buitenslands gediplomeerden³⁶ die in het Nederlandse BIG-register ingeschreven willen worden als arts of één van de andere zeven hoedanigheden, dan wel in Nederland een beroep willen uitoefenen waarvoor krachtens artikel 34 opleidingstitelbescherming geldt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen diploma's die in een EU-lidstaat zijn behaald³⁷ en overige diploma's.

2.4.6 *Strafbepalingen*

Het stelsel van partiële vrijheid dat de Wet BIG heeft gecreëerd, wordt begrensd door strafbepalingen, gekwalificeerd als overtreding of misdrijf.³⁸ Zo is het buiten

30 Art. 35 (voorwaarden opdrachtnemer) jo. art. 38 (voorwaarden opdrachtgever) Wet BIG.

31 Besluit functionele zelfstandigheid, Besluit van 29 oktober 1997, Stb. 524.

32 *Kamerstukken I* 1995/96, 23 633, nr. 3, p. 25.

33 Zie verder hoofdstuk 7.3.

34 Artikelen 86-87a Wet BIG.

35 Art. 100a Wet BIG.

36 Artikelen 41-46 Wet BIG.

37 Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, PB L 255.

38 Artikelen 96-103 Wet BIG.

noodzaak veroorzaken van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander door een niet-geregistreerde of een geregistreerde die buiten zijn deskundigheidsgebied treedt, een overtreding of een misdrijf afhankelijk van de vraag of de persoon weet of ernstige reden heeft te vermoeden dat hij (een aanmerkelijke) kans op schade veroorzaakt. Ook strafbaar zijn het onbevoegd voeren van een titel, het handelen in strijd met beperkingen of voorwaarden opgelegd door de tuchtrechter en het handelen in strijd met de voorwaarden voor uitvoering of delegatie van voorbehouden handelingen.

2.5 *Evaluatie van de Wet BIG*

Ingevolge de evaluatiebepaling van de wet³⁹ heeft evaluatieonderzoek plaatsgevonden dat in oktober 2002 is afgerond met een rapport.⁴⁰ De evaluatie had tot doel vast te stellen hoe de Wet BIG in de praktijk functioneert en na te gaan in hoeverre de doelstellingen van de wet – het beschermen van burgers tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen op het gebied van individuele gezondheidszorg en het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening – worden bereikt. Kernvraag was of met het stelsel van de Wet BIG een verantwoord evenwicht is gevonden tussen vrijheid en bescherming van de burger.⁴¹

De bevindingen van de onderzoekers stemmen niet tot optimisme. De onderzoekers constateerden – samengevat – dat de wet door het veld wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument. Tegelijkertijd wordt een disbalans tussen keuzevrijheid en bescherming van de patiënt geconstateerd. De wet biedt de burger geen optimale bescherming. Het gebrek aan directe overheidsbemoeienis wordt in de praktijk onvoldoende gecompenseerd door zelfregulering en aanpalende wetgeving zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen, de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ).⁴²

Met het oog op verantwoorde zorg zou de overheid een actievere respectievelijk intensievere toepassing kunnen geven aan het bestaande instrumentarium, ook voor individuele zorgverlening door niet-BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren. Geconstateerd wordt dat burgers hechten aan de door de wet geboden keuzevrijheid, maar dat ervoor gewaakt moet worden dat die vrijheid zich niet keert tegen de burger. Breed heerst de opvatting dat de overheid meer controle moet uitoefenen op alternatieve behandelaars en dat het Openbaar Ministerie meer zou moe-

39 Art. 95 Wet BIG.

40 *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw oktober 2002, Reeks evaluatie regelgeving: deel 12.

41 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 9.

42 *Evaluatie Wet BIG*, p. 9-13.

ten vervolgen. Het verschil tussen de BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren, waarbij sprake is van regulering en toezicht en de niet-BIG-gereguleerden waarop slechts de strafbepalingen van toepassing zijn, achten de onderzoekers niet meer goed te rechtvaardigen.⁴³

Het onderzoek biedt inzicht in hoe de Wet BIG in de praktijk functioneert. Daaruit blijkt dat zowel aan de effectiviteit van het systeem van de wet als aan het instrumentarium én de uitvoeringspraktijk het nodige te verbeteren is. Daartoe hebben de onderzoekers 72 aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op alle onderdelen van de Wet BIG.⁴⁴ De voorstellen en aanbevelingen zijn ongelijksoortig van karakter: soms zijn ze gericht op het concept of het systeem van de wet, soms van beleidsmatige aard en soms meer praktisch, gericht op voorlichting en implementatie van de wettelijke bepalingen.

2.6 Samenhang met andere wetten

De Wet BIG is een zelfstandige wet, maar fungeert in de praktijk van de gezondheidszorg in samenhang met andere wetten. De belangrijkste daarvan zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen, de bepalingen omtrent de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW (WGBO), de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet. De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG kennen vergelijkbare bepalingen over het leveren van ‘verantwoorde zorg’. Daarnaast zal bijvoorbeeld onderdeel van een kwaliteitssysteem van een zorginstelling zijn te controleren of medewerkers met een artikel 3-beroep in het BIG-register staan ingeschreven. De patiëntenrechten zoals die zijn geregeld in de WGBO kunnen een rol spelen bij een tuchtrechtelijke beoordeling. Bij de normering respectievelijk de beoordeling van de kwaliteit van de zorg worden normen uit zowel de Wet BIG (verantwoorde zorg) als uit de WGBO (professionele standaard) betrokken.

En bij het op gang brengen of reguleren van zorgmarkten zal rekening gehouden worden met de mogelijkheden én begrenzingsen die de Wet BIG aan de individuele beroepsuitoefening kent. Ook in het zorgverzekeringsrecht ziet men rechtstreekse verbanden met de Wet BIG. Zo worden bijvoorbeeld in polisvoorwaarden vaak bepaalde hulpverleners gedefinieerd, met verwijzing naar het systeem van de Wet BIG.

Hoewel het in theorie mogelijk is de Wet BIG volledig op zichzelf te beschouwen, is het in de praktijk nuttig en noodzakelijk de Wet BIG in samenhang met overige regelgeving te zien en toe te passen.

43 *Evaluatie Wet BIG*, p. 215-224.

44 *Evaluatie Wet BIG*, p. 178-215.

Deel 1

Taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling

Mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt*

* Mr. dr. J.H.H.M. Dorscheidt is als universitair docent gezondheidsrecht verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.

3 Inleiding en probleemstelling

1. Bij de evaluatie van de Wet BIG is onder meer de vraag opgeworpen in hoeverre het bestaande wettelijke instrumentarium betreffende de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg voldoende toekomstbestendig is.⁴⁵ Vanwege de in de zorgpraktijk moeilijk te waarborgen bescherming van de patiënt/burger, de geringe flexibiliteit en het daarmee samenhangende beperkte aanpassingsvermogen van de wet en de afhankelijkheid van factoren die verband houden met de effectuering van de wettelijke regels, kan over die toekomstbestendigheid gereede twijfel bestaan. Zo vinden door het ontstaan van nieuwe functies binnen bestaande beroepsgroepen taakverschuivingen plaats van het ene artikel 3-beroep naar het andere (bijv. van medisch specialist naar huisarts of van arts naar verpleegkundige) of van een artikel 3-beroep naar een niet BIG-geregistreerd beroep (van huisarts naar doktersassistente). Dit vergt, aldus het evaluatierapport, ondanks aanpalende wetgeving en de zelfregulering door de betrokken beroepsgroepen, dat in verband met het gewenste beschermingsniveau hieromtrent ook kwaliteitswaarborgen in de Wet BIG worden opgenomen. De herschikking van taken, de herverkaveling van domeinen en andere structurele ontwikkelingen in de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg dienen volgens het evaluatierapport dan ook in de wet tot uitdrukking te komen.

2. In zijn, overigens nogal summiere reactie, gaf de toenmalige minister van VWS aan dat hij op basis van de evaluatieresultaten geen aanleiding zag om de algemene uitgangspunten van de Wet BIG te wijzigen. Wel dient zijns inziens een aantal zaken beter in de wet te worden geregeld. In dat kader zijn diverse maatregelen aangekondigd in het verlengde van sommige aanbevelingen uit de BIG-evaluatie. Relevant in relatie tot taakherschikking zijn vooral de voornemens om de criteria voor de regeling van beroepen in de gezondheidszorg aan te scherpen, de zelfregulering in het beroepenveld te stimuleren en te komen tot flexibilisering van de Wet BIG met het oog op de toekomst. Wat dit laatste betreft, wordt met name gesproken over het omschrijven van deskundigheidsgebieden in AMvB's in plaats van in de wet zelf, het aanpassen van de regeling voorbehouden handelingen aan de feitelijke deskundigheidsgebieden en het invoeren van een experimenteerartikel om in de aanloop naar de regeling van nieuwe beroepen tussentijds de ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking ook wettelijk goed te kunnen volgen. Mede aan de hand van deze maatregelen kondigde de bewindspersoon aan taakherschikking in de komende regelgeving te verankeren of althans mogelijk te maken.⁴⁶

45 J.M. Cuperus-Bosma, H.D.C. Roscam Abbing, J.K.M. Gevers, J.H. Hubben, G. van der Wal, et al., *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw oktober 2002, p. 228.

46 *Kamerstukken II 2003/04*, 29 282, nr. 1, Bijlage. Zie voor het vervolgtraject o.a. *Kamerstukken II 2004/05*, 29 282, nr. 20 en *Kamerstukken II 2005/06*, 29 282, nr. 26.

3. Naar aanleiding van de evaluatie van de Wet BIG gaf de artsenorganisatie KNMG eveneens aan taakherschikking binnen bepaalde grenzen nodig en ook wenselijk te achten. Zij meent dat de wet zinvolle taakherschikking dient te bevorderen, vooral via een stapsgewijs in te voeren flexibilisering van het systeem van de wet, de daarvoor geldende kwaliteitseisen te omschrijven en door de overdracht van taakuitvoering naar beroepen die daarvoor niet afdoende zijn opgeleid te voorkomen. De wettelijke omschrijvingen van de deskundigheidsgebieden van beroepsgroepen noemde de KNMG hierin richtinggevend, terwijl het op eigen gezag uitvoeren van voorbehouden handelingen in beginsel gereserveerd dient te blijven voor artsen, tandartsen en verloskundigen. Het voorschrijven van medicijnen moet volgens de artsenorganisatie voorbehouden blijven aan artsen.⁴⁷

4. Het zijn de bovengenoemde thema's die de gedachtevorming over de gezondheidsrechtelijke aspecten van taakherschikking beheersen. Zij zullen in dit deel van het preadvies nader worden onderzocht.

5. Voor het herverdelen van taken tussen beroepen in de gezondheidszorg zijn verschillende termen in gebruik. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt tussen horizontale of intradisciplinaire herverdeling van taken (bijv. van medisch specialist naar huisarts) en verticale of interdisciplinaire herverdeling (bijv. van arts naar paramedicus of verpleegkundige).⁴⁸ Al naar gelang de aard van de herverdeling – structureel, functioneel of incidenteel – worden andere termen gebruikt.

Onder 'taakherschikking' wordt in dit preadvies verstaan 'het structureel herverdelen van taken en bijbehorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen beroepen in de individuele gezondheidszorg'.⁴⁹ Dit kan een verticale, maar ook een horizontale herverdeling betreffen. Bij 'substitutie' gaat het veeleer om het verschuiven van werkzaamheden of taken tussen beroepen en functies. Daarbij is niet zozeer sprake van een structurele verschuiving, als wel van een regelmatige plaatsvervangende bij de uitvoering van taken. De term 'functiedifferentiatie' wordt vooral gebruikt als het gaat om het splitsen van taken en verantwoordelijkheden binnen één functie, waardoor nieuwe of vernieuwde functies ontstaan. Dit preadvies gaat hoofdzakelijk in op taakherschikking. De meer functionele en incidentele wijzigingen in de taakvervulling komen slechts aan bod voor zover die in relatie tot de structurele herverdeling van taken een rol spelen.

47 *Standpunt KNMG inzake resultaten evaluatie Wet BIG*, Utrecht 2003.

48 N.P.Y.M. de Bijl: 'Taakherschikking en verpleegkundigen. Een juridische analyse', *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 13, 2002, nr. 3, p. 85-89, hier p. 85.

49 Zie ook Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2002, p. 14-16.

6. De term ‘verantwoordelijkheidsverdeling’ in de titel van dit preadvies verwijst naar het belang van een behoorlijke organisatie rond het verantwoording afleggen over de kwaliteit van zorg en over de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren. Daarnaast omvat ‘verantwoordelijkheidsverdeling’ het verhelderen en uiteenrafelen van verschillende verantwoordelijkheden. Hierdoor wordt het ook eenvoudiger om te bepalen wie waarop kan worden aangesproken. Bij taakherschikking zijn deze aspecten van verantwoording in het bijzonder aan de orde. In dit preadvies zijn de juridische aspecten van verantwoordelijkheid niet alleen van betekenis voor beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg, maar ook voor (bestuurders van) zorginstellingen en toezichthoudende instanties.

7. Gezien de ontwikkelingen op het gebied van beleid en wetgeving in de gezondheidszorg is het thema ‘Taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling’ niet beperkt tot de kaders van de Wet BIG. Ook andere wetten en regelingen hebben betekenis voor deze thematiek. Dit maakt het geheel tot een boeiend maar tegelijk ook complex onderwerp. De analyse van de juridische aspecten van taakherschikking kan vanwege het bestek van een preadvies dan ook niet uitputtend en allesomvattend zijn. Daarnaast speelt de overwegend trage voortgang van het overheidsbeleid een rol bij de keuzes in de behandeling van dit thema. De bekendmaking van de verdere beleidsplannen van de huidige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangaande de verbetering van de kwaliteit van de zorg in verband met dit onderwerp liet bij het ter perse gaan van dit preadvies nog op zich wachten.

8. Zoals opgemerkt, heeft de evaluatie van de Wet BIG een aantal suggesties opgeleverd waarmee het doel van de wet – namelijk het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de zorgvrager tegen ondeskundig handelen – kan worden bevorderd en belemmeringen voor vernieuwing in de zorg kunnen worden weggenomen. De belangrijkste voorstellen tot wijziging van de Wet BIG die taakherschikking mogelijk moeten maken, gaan over de volgende onderwerpen:

- actualisering van de deskundigheidsterreinen en de opleidingseisen van de beroepen die bij taakherschikking betrokken zijn;
- toevoegingen aan de lijst van voorbehouden handelingen in artikel 36 Wet BIG; en
- uitbreiding van het aantal beroepen met een bijzondere bevoegdheid ten aanzien van bepaalde voorbehouden handelingen.

9. De bespreking van de vraag of de Wet BIG in zijn huidige vorm gehandhaafd kan blijven of dat aanpassingen noodzakelijk zijn, wordt in dit preadviesgedeelte toegespitst op de hierboven genoemde onderwerpen. Beoogd wordt om bij te dragen aan de gedachtevorming over de wijze waarop de bestaande beroepwetgeving zich verhoudt tot enkele recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg aangaande taakherschikking en het voorgenomen overheidsbeleid. Met

name wordt onderzocht of, en zo ja welke beperkingen de huidige (structuur van de) beroepenwetgeving stelt aan het reguleringsbeleid terzake, welke knelpunten zich hierbij voordoen en in hoeverre daaraan via wetswijziging het hoofd kan worden geboden.

De hiervoor nodige juridische analyse wordt voorafgegaan door een schets van enkele terreinen in de gezondheidszorg waarop taakherschikking actueel is. Bij die voorbeelden wordt aangegeven wat de rol van nieuwe beroepen in de gezondheidszorg bij die zorgverlening is en in hoeverre de samenwerking tussen professionals, ook wel aangeduid als ketenzorg, bijzondere vragen oproept bij de verdeling van taken en verantwoordelijkheden.

Daarna volgt een juridische analyse van de voor taakherschikking relevante wet- en regelgeving. Aan de hand daarvan wordt verhelderd welke juridische vragen door taakherschikking worden opgeworpen en van belang zijn bij voornemens tot regulering.

4 Taakherschikking in de praktijk van de gezondheidszorg: enkele voorbeelden

4.1 Inleiding

1. Het aantal verschijningsvormen van taakherschikking binnen de diverse zorgterreinen is groot. Sommige daarvan hebben ook weer eigen karakteristieken. Veel van deze kenmerken en ook kwaliteitsaspecten zijn beschreven door hulpverleners⁵⁰, onderzoekers⁵¹, de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG), respectievelijk het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG)⁵² en recent door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)⁵³.

In dit hoofdstuk wordt aan de hand van voorbeelden nagegaan hoe taakherschikking en verantwoordelijkheidsverdeling binnen enkele terreinen van de gezondheidszorg aan de orde is en tot welke juridische vragen die aanleiding geven. De keuze van die terreinen is primair ingegeven door de verscheidenheid waarin taakherschikking wordt gepraktiseerd. Waarschijnlijk zijn sommige aspecten daarvan ook kenmerkend voor andere terreinen van de gezondheidszorg. Voorafgaand hieraan volgt echter eerst een korte positiebepaling van twee nieuwe beroepen die binnen de discussie over taakherschikking een centrale rol hebben.

4.2 Nurse practitioner en physician assistant

2. In de gezondheidszorg hebben al geruime tijd nieuwe beroepen hun intrede gedaan. De belangrijkste nieuwkomers zijn de *nurse practitioner* en de *physician assistant*. In de praktijk draagt de arts handelingen aan deze beroepsbeoefenaren over. De redenen voor deze overdracht hangen veelal samen met de geringe medisch-specialistische aard van de betreffende handeling, maar ook met het tekort aan medisch personeel. Ook zijn kostenbesparing en kwaliteitsbevordering argumenten die worden aangevoerd voor taakherschikking.⁵⁴ Op grond van erva-

50 Zie o.a. A. Goossensen c.s.: 'Taakherschikking in de praktijk', MC 60, 2005, nr. 19, p. 815-817.

51 Zie S.T. Houweling: *Taakdelegatie in de eerste- en tweedelijns diabeteszorg*. Resultaten van de Discourse studies, (diss.) Groningen 2005; P.F. Roodbol: *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen: onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen*, (diss.), Groningen 2005.

52 Zie het archief van de Stuurgroep MOBG, respectievelijk de rapporten van het CBOG, te downloaden via www.cobg.nl.

53 Vgl. *Staat van de Gezondheidszorg 2007: 'Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg'*, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag december 2007.

54 Zie M. van Offenbeek c.s.: 'De potentie van de NP', MC 63, 2005, nr. 4, p. 147-151.

ringsgegevens wordt verder betoogd dat de nurse practitioner voor de patiënt meer continuïteit van zorg biedt, doordat hij/zij een vast aanspreekpunt is, een betere telefonische bereikbaarheid kan realiseren dan de arts en taken op het gebied van *care* en *cure* combineert.⁵⁵

3. Het beroep van nurse practitioner is afkomstig uit de Angelsaksische landen, waar wordt gesproken over *Advanced Nursing Practice*. Nurse practitioners in Nederland hebben na hun opleiding tot hbo-verpleegkundige een hbo-Masteropleiding *Advanced Nursing Practice* gevolgd. Deze masteropleiding is gericht op nurse practitioners in algemene ziekenhuizen, universitaire medische centra, GGZ-instellingen, eerstelijnsgezondheidszorg en ook ouderenzorg. Nurse practitioners zijn werkzaam op vele terreinen van de medisch-specialistische zorg (neurologie, orthopedie, oncologie, pediatrie, interne geneeskunde, nefrologie, etc.), maar bijvoorbeeld ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg, de jeugdgezondheidszorg en de thuiszorg.

De nurse practitioner werkt op het grensvlak van het medische en het verpleegkundige domein en is vooral betrokken bij de zorg voor specifieke groepen (chronische) patiënten. In de praktijk betekent dit onder meer dat de nurse practitioner als medebehandelaar taken uitvoert die door de arts aan hem/haar worden overgedragen. Het gaat hierbij om veelvoorkomende handelingen die protocollair goed uitvoerbaar zijn, zoals participatie in diagnostiek en behandeling en het monitoren van behandeltrajecten. Daarnaast treedt de nurse practitioner op als regisseur van op de patiënt toegesneden zorg die wordt aangeboden vanuit de eerste en tweede lijn. In dat kader geeft de nurse practitioner leiding aan multidisciplinair overleg, organiseert casemanagement en geeft supervisie aan zorgverleners. Verder begeleidt de nurse practitioner de patiënt en diens naasten gedurende het gehele zorgtraject, verricht praktijkgericht onderzoek en biedt consulten aan (para)medici en verpleegkundigen.⁵⁶

4. Het beroep van *physician assistant* is al enige decennia gangbaar in de Verenigde Staten en vormde daar in de jaren zestig van de vorige eeuw vooral een reactie op het grote tekort aan artsen. In Nederland is het beroep deels om dezelfde reden in het leven geroepen, maar ook om artsen te ontlasten van een aantal minder complexe medische taken. Physician assistants in Nederland hebben de hbo-Masteropleiding tot Physician Assistant afgerond, na eerst een relevante hbo-opleiding in de gezondheidszorg te hebben genoten én minimaal twee jaar relevante werkervaring te hebben opgedaan in de directe patiëntenzorg.

55 M. van Offenbeek c.s., o.c., p. 150.

56 Voor nadere informatie zij verwezen naar de website van de Nederlandse Vereniging van Nurse Practitioners: <http://www.nvnp.nl/> Zie ook <http://nursepractitioner.startpagina.nl/>.

In het algemeen werkt de physician assistant als een medisch generalist in het medisch domein en is hij of zij gekoppeld aan een medisch specialisme. In beginsel is het beroep inzetbaar binnen alle medische disciplines en op alle terreinen van de gezondheidszorg en worden taken verricht die vergelijkbaar zijn met die van de arts-assistent. De taken en bevoegdheden van physician assistants worden grotendeels bepaald door de mate waarin de superviserend medisch specialist of arts in de praktijk bereid is bepaalde medische taken over te dragen. Welke medische taken de physician assistant precies mag uitvoeren, wordt in overleg met de superviserend medisch specialist of arts vastgesteld en gedocumenteerd. Physician assistants houden zich onder andere bezig met het afnemen van anamneses, het verrichten van lichamelijk onderzoek, het aanvragen en interpreteren van laboratoriumtesten, het geven van voorlichting, het uitvoeren van een behandelplan en een beperkt aantal medisch-technische handelingen (puncties, catheterisaties, endoscopieën, etc.). Verder assisteren zij bij operaties en zijn ze betrokken bij de organisatie van patiëntoverplaatsingen en het ontwikkelen van protocollen.⁵⁷

5. In zijn beleidsagenda voor 2008 meldt de minister van VWS dat uit onderzoek blijkt dat vormen van taakherschikking waarbij gebruik wordt gemaakt van nurse practitioners en physician assistants leiden tot aanzienlijke kwaliteitswinst in termen van toegankelijkheid, kortere wachttijden en betere begeleiding. Verder blijkt dat de arbeidsmarkt voor deze nieuwe beroepen zich gunstig ontwikkelt. In het verlengde daarvan heeft het kabinet besloten om met ingang van 1 september 2007 structureel financiële middelen (€ 17 miljoen) te reserveren voor een jaarlijkse instroom van 325 eerstejaarsstudenten in de opleidingen tot nurse practitioner en physician assistant. Indien de behoefte tot het volgen van deze opleidingen daartoe aanleiding geeft, is het kabinet bereid het aantal opleidingsplaatsen met ingang van het studiejaar 2008/2009 verder uit te breiden.⁵⁸

6. Ofschoon de toegevoegde waarde van deze nieuwe beroepen voor de kwaliteit van de zorgverlening doorgaans niet wordt betwist, ontbreken volgens de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) op dit moment echter prestatie-indicatoren, waarmee de meerwaarde van nurse practitioners en physician assistants kan worden aangetoond. Daarnaast blijkt dat het welslagen van de implementatie van de nieuwe beroepen van meer factoren afhangt dan alleen van het aantal personen dat deze nieuwe beroepen wil gaan uitoefenen. Gelet op de huidige arbeidsmarktprognoses voor artsen, lijkt substitutie van artsentaken naar andere beroepsgroepen niet meer de hoog-

57 Zie verder de website van de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA): <http://www.physicianassistant.nl/>. Zie ook <http://www.physician-assistant.nl/>.

58 *Kamerstukken II 2007/08*, 31 200, XVI, nr. 2, p. 63.

ste prioriteit te hebben. Verder ondervinden ziekenhuizen, die de nieuwe beroepen graag voor de instelling willen behouden, volgens de stuurgroep problemen bij de financiering van de taken van deze beroepen, bijvoorbeeld omdat maatschappen of medische staven binnen ziekenhuizen niet op voorhand bereid zijn om mee te betalen aan deze functies of de verrichtingen van de nieuwe beroepen onvoldoende gedeclareerd kunnen worden bij zorgverzekeraars. Veel zorginstellingen zouden daarom terughoudend zijn in het aannemen van nurse practitioners en physician assistants (in opleiding), hetgeen op termijn weer kan leiden tot een daling van de instroom van studenten en de beschikbaarheid van opleidingsplaatsen.⁵⁹

Dit laatste argument van de stuurgroep is opmerkelijk waar de financiering van ziekenhuiszorg al enige tijd plaatsvindt aan de hand van vastgestelde DBC-zorgprofielen. De vraag welke beroepsbeoefenaren binnen het betreffende DBC-profiel verrichtingen heeft uitgevoerd, is daarbij niet van belang. Wel is dan de vraag hoe de vergoeding van de zorg door nurse practitioners en physician assistants zich verhoudt tot het ontbreken van een wettelijke erkenning en afbakening van het deskundigheidsterrein van deze nieuwe beroepen. Dat het deskundigheidsterrein van nurse practitioner en physician assistant niet vast staat, lijkt in het huidige stelsel geen beletsel voor zorgverzekeraars te zijn om de kosten van handelingen, die door deze beroepsbeoefenaren als onderdeel van de verzekerde zorg worden verricht, te vergoeden. Zo kan het gebeuren dat een beroepsbeoefenaar van een nieuw beroep in feite de grenzen van de wet overtreedt – bijvoorbeeld bij het wijzigen van medicatie op gezag van een discutabel protocol – maar die zorg toch onverkort wordt vergoed.

7. Verwacht wordt dat de nurse practitioner binnen afzienbare termijn wordt erkend als verpleegkundig specialist in de zin van artikel 14 Wet BIG.⁶⁰ De beroepsorganisatie van nurse practitioners is hier ook een voorstander van. Het feit dat deze beroepsbeoefenaren een verpleegkundige achtergrond hebben en daardoor al onder de Wet BIG vallen, maakt dat hun beroepsmatig handelen deels daarop voortbouwt. Voor de taakvervulling in de hoedanigheid van nurse practitioner ontbreekt niettemin de juridische basis. Deze situatie wordt door de beroepsorganisatie van nurse practitioners als onwenselijk ervaren, mede omdat het beroep al tien jaar wordt gepraktiseerd. Men dringt dan ook aan op een spoedige en volwaardige wettelijke regeling van het beroep.⁶¹

59 Stuurgroep MOBG, *Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst*, UMC Consult i.s.m. Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht (bew. J. Kenbeek, J. Rademakers), Utrecht juni 2006, p. 7-8.

60 Zie *Kamerstukken II* 2005/06, 29 282, nr. 26, p. 3.

61 Vgl. de brief van het bestuur van V&VN Nurse Practitioners d.d. 1 oktober 2007 (Koerswijziging ministerie VWS) aan zijn leden. Zie [http://www.nvnp.nl/Documents/ onder 'Experimenteerartikel NP'](http://www.nvnp.nl/Documents/onder%20'Experimenteerartikel%20NP').

8. De physician assistant bevindt zich in een vergelijkbare situatie. Diens beroepsuitoefening is gekoppeld aan een medisch specialisme en de functie is breed inzetbaar binnen het medisch domein. Echter, ook hier ontbreekt de wettelijke grondslag voor de beroepsmatig te verrichten werkzaamheden, al vallen de meeste physician assistants vanwege hun vooropleiding – meestal verpleegkunde of fysiotherapie – reeds onder het bereik van de Wet BIG. Het primair medische karakter van hun werkzaamheden maakt de situatie voor hen toch anders dan die van nurse practitioners.

Het 'beroepsprofiel Physician Assistant'⁶² bevestigt dat de grenzen van het werkgebied van de physician assistant worden bepaald door de overgedragen medische taken, zoals die met een superviserend medisch specialist of arts zijn overeengekomen en in een heldere taakomschrijving zijn vastgelegd. Onduidelijk is echter hoe bewaakt wordt dat de inhoud van deze taakomschrijving binnen de grenzen van de wet blijft. Formeel mist de physician assistant op dit moment de wettelijke bevoegdheid om in die hoedanigheid taken zoals puncties, catheterisaties of endoscopieën uit te voeren. Bovendien is de vraag hoe het overdragen van medische taken door de superviserend medisch specialist of arts zich verhoudt tot diens verantwoordelijkheden op basis van artikel 38 Wet BIG. Kwestieus is dan ook of medische taken die buiten het deskundigheidsterrein van een verpleegkundige of fysiotherapeut liggen, wel mogen worden overgedragen aan de beoefenaar van een nieuw beroep dat geen wettelijke grondslag heeft, maar dat al wel feitelijk wordt ingezet in de patiëntenzorg. In hoofdstuk 5 wordt teruggekoemen op de gedachte om aan de physician assistant via een experimenteerartikel een juridische basis te verschaffen voor het verrichten van medische handelingen, waaronder het voorschrijven van medicijnen.⁶³

4.3 Tandheelkundige zorg

9. Begin 2000 ondertekenden de minister van VWS, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde (NMT) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het Convenant Mondzorg.⁶⁴ Daarop is de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg (Commissie-Lapré) ingesteld met de opdracht om de ernst, omvang en duurzaamheid van het personele capaciteitsprobleem in de mondzorg ('tandartsentekort') in kaart te brengen en om aanbevelingen voor oplossingen te doen. In het eindrapport van de adviesgroep wordt ook aandacht geschonken aan de taakherschikking in de tandheelkundige zorg.⁶⁵

62 Beroepsprofiel Physician Assistant, NAPA november 2007, p. 5.

63 Zie Beroepsprofiel Physician Assistant, o.c., p. 4.

64 Zie http://www.minvws.nl/kamerstukken/zzoude_directies/csz/convenant_mondzorg.asp. Zie o.a. ook *Kamerstukken II 2000/01, 27401*, nrs. 1-2, p. 71.

65 Adviesgroep Capaciteit Mondzorg; *Eindrapport Capaciteit mondzorg*. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn. Den Haag: ministerie van VWS, 2000.

10. Volgens de adviesgroep is anno 2000 feitelijk sprake van een capaciteitstekort in de mondzorg. Dit vormt een serieus probleem.⁶⁶ Indien geen maatregelen worden genomen, zullen over twintig jaar mogelijk een miljoen Nederlanders van tandheelkundige zorg verstoken blijven, aldus de adviesgroep.⁶⁷

Voor de korte en middellange termijn adviseert de adviesgroep om het teamconcept en taakherschikking op grotere schaal in te voeren. Samenwerking tussen tandartsen, mondhygiënist, tandprothetici en tandartsassistenten op grond van duidelijk omliggende afspraken biedt volgens de adviesgroep een goede basis voor het oplossen van het capaciteitsprobleem. Door een betere en gedifferentieerde verdeling van taken op grond van het opleidingsniveau kan doelmatig zorg-opmaat worden geboden. Overigens zouden de effecten van het teamconcept op de kwaliteit en capaciteit van de zorgverlening in de praktijk op korte termijn via veldexperimenten onderzocht moeten worden.⁶⁸

11. Naar mening van de adviesgroep is een groot deel van de werkzaamheden van de tandarts routinematig en mechanisch van aard en kan evenzeer door hbo-opgeleiden worden uitgevoerd. Zodoende krijgt de tandarts meer ruimte om sturing te geven aan het mondzorgteam, complexe diagnoses uit te voeren en zich klinisch bezig te houden met tandheelkundige zorg op academisch niveau. Tegen deze achtergrond adviseert de adviesgroep om de tandarts om te vormen tot mondarts, die meer dan de huidige tandarts kundig is op het brede terrein van het mond-kauwstelsel en zich onder meer zal bezighouden met parodontologie, prothetiek, cariologie, implantologie, dento-alveolaire chirurgie, kaakgewrichtsproblematiek en tandheelkundige zorg voor bijzondere patiëntengroepen. Daarnaast is de mondarts de aangewezen persoon om vanuit zijn brede deskundigheid het behandelbeleid in de mondzorg te coördineren. De preventieve en prothetische mondzorg evenals de meer reguliere tandheelkunde worden in deze constructie uitgevoerd door de mondhygiënist. Anders dan de tandarts, die meer gericht is op diagnostiek en indicatiestelling, heeft deze hbo-beroepskracht een meer algemeen verzorgende taak ten aanzien van de tandheelkundig 'stabiele' mond.⁶⁹

12. Het kabinet heeft zich positief getoond over de introductie van het teamconcept in de mondzorg, omdat dit een geschikt uitgangspunt is voor samenwerking, taakdelegatie en onderlinge consultatie. De voorgestelde wijzigingen in de beroepenstructuur leiden tot een verschuiving van taken tussen de diverse disciplines. Daarbij neemt de tandartsassistent/preventiemedewerker (mbo) taken over van de mondhygiënist (hbo) en de mondhygiënist/mondverzorgende taken

66 Zie R. Schaub, 'Hebben we te veel of te weinig tandartsen?', *NTB* 55, 2000, p. 980-981.

67 *Eindrapport Capaciteit mondzorg*, o.c., p. 5.

68 *Eindrapport Capaciteit mondzorg*, o.c., p. 25-26 en p. 36-37.

69 *Eindrapport Capaciteit mondzorg*, o.c., p. 31-33.

van de tandarts (wo). Per saldo krijgt de tandarts hierdoor ruimte voor meer complexe tandheelkundige zorg en komen aan de basis taken beschikbaar voor medewerkers met een lager opleidingsniveau.⁷⁰

13. Om te komen tot de beoogde opleiding mondarts is in het najaar van 2005 de Commissie Innovatie Mondzorg (Commissie-Linschoten) ingesteld om een beroepscompetentieprofiel voor de mondarts te formuleren, afgestemd op de overige beroepen in de tand- en mondzorg.⁷¹ In zijn rapport geeft de commissie aan dat taakherschikking in de mondzorg mede betekent dat over tien jaar de primaire, secundaire en tertiaire preventie van cariës en parodontitis bij de meeste ongecompliceerde patiënten met een stabiele mondgezondheid wordt verzorgd door de vier jaar opgeleide mondhygiënist nieuwe stijl, ondersteund door de preventiemedewerker. De meer complexe behandelingen en behandelingen bij 'medisch-gecompromitteerde patiënten' worden dan uitgevoerd door de zesjarig opgeleide mondarts, die zondig kan verwijzen naar de orthodontist en de kaakchirurg.⁷² Het geniet daarbij, volgens de commissie, de voorkeur als deze taakherschikking wordt bereikt in een samenwerkingsverband waarbij mondzorgverleners onder-één-dak zijn gehuisvest en de mondarts de regie voert over de door het mondzorgteam te leveren zorg. Denkbaar is echter ook dat deze taakherschikking plaatsvindt binnen samenwerkingsverbanden tussen professionals in zelfstandige praktijken.

14. Beroepsorganisaties en (koepel)organisaties van opleidingen in de tandheelkundige zorg reageerden overwegend positief op de adviezen van de commissie en met name op de gedachte dat taakherschikking in hoofdzaak wordt bereikt door meer mondhygiënisten nieuwe stijl en minder, maar beter dan de huidige tandarts gekwalificeerde mondartsen op te leiden.⁷³ Ook het kabinet onderschrijft deze visie.⁷⁴

70 *Kamerstukken II 2000/01, 27 400 XVI, nr. 52, p. 5-8.*

71 *Zie Instellingsbesluit Commissie Innovatie Mondzorg, Stcrt. 2005, 186, p. 13.*

72 *Commissie Innovatie Mondzorg, Innovatie in de Mondzorg, OOI: Leiden 2006, p. 1.*

73 *Kritiek was er niettemin op een aantal organisatorische aspecten (tijdpad en omvang van taakherschikking) en op de mogelijk te grote onafhankelijkheid van de mondhygiënist ten opzichte van de tandarts. Zie Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, p. 3.*

74 *Voor de opleidingen Mondarts stelt de commissie een vermindering van 20% voor. Het kabinet acht een geleidelijke vermindering op z'n plaats, namelijk 10% per 1 september 2006 en 10% per 1 september 2007, zodat een algehele fixusverlaging van 20% per 1 september 2008 is gerealiseerd. Zie Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, p. 6.*

15. De geschetste ontwikkelingen roepen echter de vraag op hoe de wenselijk geachte taakverschuivingen in de tandheelkundige zorg zich verhouden tot de bestaande beroepwetgeving.

16. De tandarts valt onder artikel 3 Wet BIG, is deskundig tot het verrichten van handelingen op het gebied van de tandheelkunst (artikel 21 Wet BIG) en geniet op basis van artikel 36 Wet BIG een zelfstandige bevoegdheid voor heelkundige handelingen, injecties, het onder narcose brengen en handelingen waarbij gebruik wordt gemaakt van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Tandheelkunst wordt in de Wet BIG niet omschreven. In het Besluit opleidingseisen tandarts wordt voornamelijk ingegaan op verschillende aspecten van de tandheelkundige beroepsuitoefening die in opleidingen tot tandarts aan de orde dienen te komen. Te denken valt hierbij aan de professionele tandheelkundige vorming, onderzoek en diagnose van tandheelkundige problemen, het op basis daarvan opstellen van een behandelplan, het instellen en handhaven van een optimale mondgezondheid, medische noodsituaties en praktijkvoering.⁷⁵

17. Mondhygiënist en tandprotheticus zijn beide artikel 34-beroepen. De mondhygiënist handelt steeds op verwijzing van de tandarts.^{75a} Het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist omvat onder meer het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen, het op basis daarvan opstellen van een behandelplan, het toepassen van mondhygiënische behandelingen ter voorkoming van gebitsaandoeningen of aandoeningen van het omringende weefsel, het maken van röntgenfoto's en het geven van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting.⁷⁶ Krachtens een AMvB op basis van artikel 39 Wet BIG mag de mondhygiënist daarnaast functioneel zelfstandig lokale anesthesie toepassen door het geven van een injectie.⁷⁷ In 2006 is het takenpakket van de mondhygiënist verder uitgebreid. Naast zijn reguliere preventieve werkzaamheden, mag de mondhygiënist in opdracht van de tandarts⁷⁸ nu ook boren en vullen.⁷⁹

18. De geschetste veranderingen in de tandheelkundige zorgverlening roepen nog andere vragen op. Is het bijvoorbeeld aan de orde om de opwaardering van het beroep mondhygiënist tot uitdrukking te brengen door dit artikel 34-beroep voortaan als artikel 3-beroep aan te merken? Is het door de nieuwe verdeling van

75 Besluit van 3 oktober 1997, Stb. 1997, 480.

75a Deze verwijzingsconstructie is begin 2006 overigens vervallen. Zie Besluit van 21 februari 2006, Stcrt. 2006, 147.

76 Besluit van 24 oktober 1997, Stb. 1997, 523.

77 Besluit van 29 oktober 1997 (Besluit functionele zelfstandigheid), Stb. 1997, 524, zie art. 4.

78 Het gaat hier dus niet om zelfstandig 'boren en vullen'. Zie *Kamerstukken II* 2000/01, 27 400 XVI, nr. 74, p. 11, vraag 38.

79 Besluit van 21 februari 2006, Stb. 2006, 147.

taken tussen de mondarts en de mondhygiënist en mede ook vanwege de geplande differentiaties aan de orde om de mondhygiënist nieuwe stijl zelfstandige bevoegdheden ten aanzien van bepaalde tandheelkundige handelingen te verlenen?⁸⁰ En welke gevolgen heeft deze taakherschikking voor de verantwoordelijkheidsverdeling in de mondzorg en voor de aansprakelijkheid?

19. De vraag of opwaardering van het beroep mondhygiënist tot een artikel 3-beroep aan de orde is, dient met name te worden beantwoord aan de hand van de twee belangrijkste criteria voor het aanmerken van een beroep als registerberoep: de behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht voor het beroep en de behoefte aan toekenning van een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen.

Bij de beoordeling van het eerste criterium is van belang of de patiënt in hoge mate afhankelijk is van de mondhygiënist, gelet op de aard van de mondhygiënische behandeling. Daarnaast speelt een rol of de mondhygiënist zelfstandig werkt en of goed hanteerbare gedragsnormen beschikbaar zijn. Verder moet worden mee gewogen of andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen bestaan, of door de beroepsorganisatie van mondhygiënist een vorm van intern tuchtrecht wordt gehanteerd en in welke mate over het beroepsmatig functioneren van mondhygiënist wordt geklaagd.⁸¹

De weging van deze subcriteria hangt samen met de vraag of aan de mondhygiënist nieuwe stijl een zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen wordt verleend. In dat geval kan worden gesproken van een directe zorgrelatie tussen de patiënt en de mondhygiënist en van een zelfstandige verantwoordelijkheid van de mondhygiënist voor de te verlenen zorg. Er bestaat dan een groter publiek belang bij bewaking van de kwaliteit van die zorgverlening.

De verwachting is dat een groot deel van de dagelijkse reguliere mondzorg in de toekomst zal worden overgenomen door de mondhygiënist nieuwe stijl, die deze zorg ook in toenemende mate zelfstandig zal verlenen.^{81a} Het feit dat een patiënt sinds begin 2006 ook zonder verwijzing van de tandarts rechtstreeks voor behandeling terecht kan bij de mondhygiënist,⁸² brengt de erkenning van het beroep van mondhygiënist als registerberoep zeker dichterbij.

20. Indien de mondarts straks de algehele verantwoordelijkheid draagt voor fouten van het mondzorgteam bij het leveren van mondzorg en daarvoor onder

80 Vgl. F. Moss: 'Tandheelkunde', in J. Legemaate (red.): *Regelgeving beroepsuitoefening gezondheidszorg*, Bohn Stafleu van Loghum: Houten, 1994, losbladig, B2000.11 (suppl. 20).

81 Vgl. *Kamerstukken II 1985/86*, 19522, nr. 3, p. 70.

81a Zie niettemin Inspectie voor de Gezondheidszorg: *Taakherschikking in de tandheelkundige praktijk en het uitvoeren van voorbehouden handelingen door niet-tandartsen*, Circulaire 2008-01-IGZ, Den Haag, februari 2008 (geligheidsduur 2 jaar).

82 Besluit van 21 februari 2006, Stb. 2006, 147. In het nieuwe art. 17 is de verwijzing van de tandarts komen te vervallen. Zie ook de Nota van toelichting, p. 11.

omstandigheden ook aansprakelijk kan worden gesteld, is de noodzaak van een wettelijk tuchtrecht voor mondhygiënist minder groot. In dat geval is de mondarts primair tuchtrechtelijk aansprakelijk voor een ondeugdelijke organisatie van de zorgverlening, inclusief de daarbij behorende verantwoordelijkheidsverdeling. Indien de mondhygiënist bepaalde mondzorgtaken zelfstandig mag gaan uitvoeren, ligt het echter voor de hand dat hij in eerste instantie zelf de verantwoording daarvoor draagt. Daarbij past wellicht ook een eigen tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de mondhygiënist. Daarnaast is van belang of een arbeidsrechtelijke relatie bestaat tussen de mondhygiënist en de mondarts. Indien de mondhygiënist in dienstverband werkzaam is, zal tevens via arbeidsrechtelijke sancties en middels werkgeversaansprakelijkheid bescherming kunnen worden geboden.

4.4 Huisartsenzorg

21. In de huisartsenzorg vindt ook overdracht van taken tussen verschillende professionals plaats. Meestal gaat het daarbij om situaties waarin de huisarts taken overdraagt aan de praktijkassistente en de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH). Daarnaast zijn in de huisartsenpraktijk soms nurse practitioners werkzaam aan wie de huisarts zorgtaken overdraagt.

22. Uit onderzoek blijkt dat volgens huisartsen ruim de helft van de meest voorkomende diagnoses (26 van de 40) geheel of gedeeltelijk overdraagbaar is aan de nurse practitioner. Daarnaast zijn huisartsen van mening dat de nurse practitioner specifieke delen van de zorg voor bijvoorbeeld chronisch zieke of terminale patiënten kan uitvoeren (bijv. pijnbestrijding) of zich kan richten op activiteiten op het gebied van *disease management* bij bijzondere patiëntencategorieën, zoals patiënten met DM, hart- en vaatziekten of COPD. Tevens worden taken van de nurse practitioner op specifieke onderdelen van het medicatiebeleid mogelijk geacht. In het algemeen kan het inschakelen van een nurse practitioner volgens de huisartsen leiden tot betere waarborgen voor de continuïteit van zorg en tot een verminderde belasting van de huisarts. Ondanks deze positieve onderzoeksbevindingen bestaat voor een grootschalige introductie van de nurse practitioner in de huisartsenpraktijk geen groot draagvlak. Veel huisartsen geven de voorkeur aan taakoverdracht aan de praktijkassistente en de POH. Nurse practitioners blijken doorgaans ook weinig belangstelling te hebben voor de huisartsenpraktijk. Hun vakinhoudelijke interesse ligt meer in de tweede lijn.⁸³

23. Een belangrijk voorbeeld van taakherschikking in de huisartsenpraktijk is de veel voorkomende diabeteszorg. Hierbij treedt met name de overheveling van taken van de huisarts naar de POH op de voorgrond.⁸⁴

83 H.J.J.M. Bussemakers, *Taakherschikking in de huisartsenzorg. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen*, STG: Leiden, 2005.

84 Zie *Staat van de Gezondheidszorg 2007*, o.c., p. 22-37.

De taakherschikking in de diabeteszorg in de eerste lijn verloopt doorgaans als volgt. De huisarts stelt de diagnose en verzorgt de startmedicatie. Daarna wordt de regie van het zorgproces overgedragen aan de POH, die ervoor zorgt dat de patiënt regelmatig op controle komt. De POH voert deze controles zelfstandig uit. Uitgebreidere controle doet de huisarts meestal zelf, maar wordt soms ook aan de POH overgelaten. Doorgaans wordt iedere diabetespatiënt ten minste één keer per jaar door de huisarts gezien. Via patiëntnabesprekingen en/of elektronische informatieuitwisseling houdt de huisarts het overzicht over de gehele zorg.

Voor het medicatiebeleid is de huisarts verantwoordelijk, al komt het voor dat de POH voorstellen voor medicatie doet. Het blijkt dat in niet alle huisartsenpraktijken even strikt met deze verantwoordelijkheid wordt omgegaan. Soms wordt bijvoorbeeld afgesproken dat de POH binnen de grenzen van een vastgesteld protocol wijzigingen in de medicatie mag aanbrengen. Met de apotheek zijn dan afspraken gemaakt over de aflevering van de betreffende medicijnen. Niettemin blijft de huisarts ook in die situaties verantwoordelijk voor de medicatie. Voor zover mogelijk binnen de grenzen van het protocol kan de POH de patiënt ook doorverwijzen naar andere zorgprofessionals, zoals de diëtist, de podotherapeut of de fysiotherapeut. Dit geldt ook voor het laten uitvoeren van bepaalde tests door bijvoorbeeld het huisartsenlaboratorium. Verwijzingen naar de medisch specialist verlopen altijd via de huisarts.

De diabeteszorg in de huisartsenpraktijk blijkt dus niet overal op dezelfde wijze te verlopen. Sommige huisartsen verrichten helemaal geen controles meer van diabetespatiënten, ook al blijven zij die wel één keer per jaar zien. Op andere plaatsen speelt de diabetesverpleegkundige uit de thuiszorg of de tweede lijn een grote rol, bijvoorbeeld indien patiënten moeilijk op de medicatie zijn in te stellen. In groepspraktijken komt het wel voor dat één huisarts zich in diabeteszorg specialiseert en als aanspreekpunt van de POH fungeert.

24. De vraag is welke gevolgen deze in ieder geval minder eenduidig georganiseerde taakherschikking binnen de diabeteszorg heeft voor de patiëntveiligheid. In het algemeen geven professionals aan dat de patiëntveiligheid door deze taakherschikking is toegenomen. Zo kunnen patiënten zich minder eenvoudig aan controle onttrekken. Door de regelmatige controle vallen onzorgvuldige patiënten eerder op en kunnen zij worden gecorrigeerd. Het werken volgens strakke protocollen leidt er verder toe dat eventuele complicaties eerder worden ontdekt. Daarnaast blijken er op dit terrein vrijwel geen meldingen van bijna-ongelukken in de huisartsenpraktijk. Volgens sommige professionals neemt de veiligheid toe, nu er strikter volgens een protocol wordt gewerkt en de betrokken hulpverleners elkaar daarin controleren. Wel wordt onderkend dat de 'keten' alleen goed kan functioneren als de overdracht van gegevens zorgvuldig plaatsvindt. Dat is een belangrijk aandachtspunt bij de beoordeling van risico's van taakherschikking.

25. Toch zijn er andere risico's bij de beschreven vorm van diabeteszorg. Denkbaar is dat de POH bij zijn werkzaamheden buiten de grenzen van het afgesproken protocol treedt en daarmee een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de patiënt veroorzaakt. Daarnaast is de kans aanwezig dat strak protocollair werken tot overbehandeling en medicalisering leidt. Verder kan door de 'versnippering' van de zorg de huisarts het overzicht verliezen en daarmee de regie over het zorgproces kwijtraken. Dit gevaar kan zich voordoen op het niveau van de praktijk als geheel, maar ook ten aanzien van de individuele patiënt. Een te prominente rol van de POH in de diabeteszorg kan ook leiden tot verlies van kennis en vaardigheden op het gebied van de diabeteszorg bij de huisarts, waarbij het gevaar bestaat dat de huisarts als gevolg van een (te) groot vertrouwen in de kwaliteiten van de POH geen controle meer uitvoert op diens werkzaamheden. Bovendien bestaat het risico dat de POH belangrijke signalen van de patiënt over het hoofd ziet, omdat die niet direct in verband worden gebracht met de diabetes. Bij de huisarts is de kans hierop minder groot.

26. De belangrijkste manier waarop deze risico's kunnen worden beperkt, is door het gebruik van goede protocollen en een effectieve samenwerking tussen de POH en de huisarts. Indien de taakherschikking in de diabeteszorg van de huisarts naar de POH en gekwalificeerde doktersassistenten goed geprotocolleerd plaatsvindt, komt dit de kwaliteit van de zorg ten goede, zo blijkt uit onderzoek. Dat geldt zowel voor de effectiviteit, de veiligheid, de toegankelijkheid als de patiëntgerichtheid van de diabeteszorg. Uit onderzoek blijkt verder dat het overnemen van taken in de diabeteszorg door POH's en verpleegkundigen, inclusief het voorschrijven van geneesmiddelen, verantwoord wordt geacht in zowel de eerste als de tweede lijn, mits daarbij gebruik wordt gemaakt van goede protocollen.⁸⁵ Patiënten blijken in het algemeen ook zeer tevreden met de diabeteszorg zoals die na taakherschikking vorm heeft gekregen. POH's hebben vaak meer tijd voor de patiënt, zijn gemakkelijker te bereiken en de drempel voor de patiënt om vragen te stellen en zorgen te uiten is lager dan bij de huisarts.

27. Van belang is te constateren dat de algehele verantwoordelijkheid voor diabetespatiënten in de eerste lijn berust bij de huisarts. Van een structureel overhevelen van bevoegdheden naar de POH kan dan ook geen sprake zijn. De POH gaat vaak met een zekere zelfstandigheid te werk, maar is daarbij gebonden aan de grenzen van het diabetesprotocol. Binnen de grenzen van dit protocol mag de POH ook medicatie aanpassen, maar de huisarts blijft verantwoordelijk voor het uitschrijven van het recept.

Taakherschikking in de diabeteszorg vindt veelal plaats volgens schriftelijk vastgelegde protocollen. Soms zijn die gebaseerd op NHG-protocollen, soms zijn ze los daarvan ontwikkeld. In het protocol zijn onder meer strikte afspraken over

85 Zie S.T. Houweling (diss.), o.c., p. 50-86. Zie ook p. 153.

het voorschrijven van medicatie opgenomen, bijvoorbeeld dat nieuwe of van het protocol afwijkende medicatie altijd door de huisarts wordt voorgeschreven. De controle op de naleving van de protocollen vindt plaats binnen de context van de huisartsenpraktijk. De inhoud van protocollen dient echter steeds binnen de grenzen van de wet te blijven. Bij protocol afwijken van hetgeen de wet bijvoorbeeld over het voorschrijven van geneesmiddelen bepaalt, is strafbaar; zie artikel 101 Geneesmiddelenwet (GW). Bovendien is een dergelijk protocol in strijd met de professionele verantwoordelijkheid van de betrokken beroepsbeoefen(a)ar(en). De huisarts, verantwoordelijk voor het geheel van de diabeteszorg binnen zijn praktijk, kan onder omstandigheden tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gesteld indien een POH zich niet houdt aan de wettelijke beperkingen aan het voorschrijven van geneesmiddelen en ook indien een deugdelijke verantwoordelijkheidsverdeling ontbreekt. In dat geval kan de medicus worden verweten dat hij zijn verantwoordelijkheid voor de organisatie van zijn praktijk ernstig heeft verzaakt en de wijze van praktijkvoering te wensen overlaat.⁸⁶

28. Het bovenstaande voorbeeld van de diabeteszorg brengt een interessant aspect van taakherschikking aan het licht. Taakherschikking kan eraan bijdragen het proces van zorgverlening efficiënter en patiëntveiliger vorm te geven. Taakherschikking blijkt bovendien een aanleiding om kritisch naar de bestaande praktijk van de zorgverlening te kijken en mogelijke knelpunten daarin – bijvoorbeeld niet meer adequate protocollen of een gebrekkige onderlinge afstemming – te signaleren en te corrigeren. Daarmee kan taakherschikking ook een bijdrage zijn aan verantwoorde zorgverlening.

29. Naar verwachting zal taakherschikking in de huisartsenzorg zich gaan uitstrekken tot alle goed protocollerebare zorg voor chronisch zieken. Bij die taakherschikking zullen meer professionals, zoals nurse practitioners, physician assistants, POH's en ook gespecialiseerde verpleegkundigen betrokken zijn. De huisartsenzorg gaat sterk veranderen, mede omdat de huisarts nieuwe rollen (manager, supervisor, 'eerstelijnspecialist') krijgt. Het voorbeeld van de diabeteszorg illustreert dat duidelijkheid over de juridische en organisatorische randvoorwaarden voor taakherschikking in de huisartsenpraktijk van groot belang is. Anders neemt het risico op wildgroei toe, waarbij de grenzen die de wet aan taakherschikking stelt gemakkelijk uit het oog kunnen worden verloren. De patiëntveiligheid is daarmee in ieder geval niet gediend.

86 Zie inzake een gebrekkige verantwoordelijkheidsverdeling ook CTC 4 maart 2004, *TvGR* 2004/30, p. 314-320. Deze zaak komt nog nader ter sprake in par. 5.4.6.

4.5 Ziekenhuiszorg

30. Verreweg het meest komt taakherschikking voor binnen de muren van het ziekenhuis. Daarbij is zelden sprake van een instellingsuniforme taakherschikking. Soms bestaan per ziekenhuisafdeling al verschillen.

De wijze waarop taakherschikking binnen ziekenhuizen aan de orde is, kan het best worden geschetst tegen de achtergrond van een bepaald medisch specialisme. In deze paragraaf is gekozen voor de zorg binnen de afdelingen cardiochirurgie en poliklinieken voor hartfalen.⁸⁷

31. Binnen een afdeling cardiochirurgie vindt taakherschikking doorgaans plaats tussen cardiochirurgen en physician assistants en tussen cardiochirurgen en nurse practitioners. Ofschoon vanuit de opleidingen richtlijnen bestaan voor de taken van deze nieuwe beroepen, zijn de grenzen tussen de werkterreinen van beide professionals in de praktijk nog vaag. Zo vervult de physician assistant in het ene ziekenhuis de functie van zaalarts, terwijl diezelfde functie in het andere ziekenhuis door de nurse practitioner wordt vervuld. Ondanks deze overlap in werkterrein, die overigens vaker voorkomt, zijn er ook verschillen tussen de werkzaamheden van beide beroepen. Zo verricht de nurse practitioner geen werkzaamheden in de operatiekamer, maar hij of zij vormt veeleer de verbinding tussen de arts en de verpleegkundigen. De physician assistant neemt soms wel bepaalde (heelkundige) taken in de operatiekamer over van de chirurg, evenals bepaalde onderdelen van de voorbereiding van de operatie. Ook begeleidt de physician assistant soms de overdracht naar de intensive care en informeert de familie. De inzet van nurse practitioner en physician assistant wordt zeer wel mogelijk geacht bij goed protocolleerbare routinehandelingen, dat wil zeggen bij patiënten met een voorspelbaar ziekteverloop.

32. In het kader van taakherschikking zien de werkzaamheden op afdelingen cardiochirurgie er vaak als volgt uit. De nurse practitioner en de physician assistant verrichten de preoperatieve zorg en verzorgen de preoperatieve screening. Beide beroepen bieden ook de postoperatieve zorg, zoals het verwijderen van drains en pacemakerdraden en het inregelen van de pacemaker. Zonodig onderhoudt de nurse practitioner en de physician assistant contacten met de huisarts en/of de thuiszorg.

In sommige ziekenhuizen blijken nurse practitioners en/of physician assistants medicatie voor te schrijven binnen de grenzen van het protocol en hun deskundigheid. Het recept wordt getekend door de arts. In een enkel (academisch) ziekenhuis schrijven beide beroepen zelfstandig recepten uit voor (hernieuwde) thuismedicatie. Hiervoor is dan wel aparte scholing genoten. Indien blijkt dat met het recept buiten de grenzen van het protocol wordt getreden, reageert de zieken-

87 Zie *Staat van de Gezondheidszorg 2007*, o.c., p. 38-52.

huisapotheek. Voor cardiologische medicatie blijft de handtekening van de arts nodig.

33. Indien een ziekenhuis beschikt over een hartfalenpolikliniek, blijken taken van de cardioloog te worden overgenomen door een gespecialiseerde hartfalenverpleegkundige. Dit is een nurse practitioner of een gespecialiseerd verpleegkundige. Binnen de hartfalenkliniek stelt de cardioloog een behandelplan op. Een belangrijk onderdeel daarvan is het 'optitreren', oftewel: het instellen van de patiënt op de meest adequate medicatie via een fasegewijs toewerken naar het juiste geneesmiddel in de juiste dosering. Deze fase neemt relatief veel tijd van de cardioloog in beslag. Omdat dit proces goed protocollieerbaar is, is deze taak bij uitstek geschikt om te worden overgedragen aan de hartfalenverpleegkundige. Een belangrijke taak van deze verpleegkundige is het onderkennen en signaleren van alle mogelijke medicatieproblemen. De hartfalenverpleegkundige doet tevens voorstellen voor (wijzigingen in) de medicatie, waarbij de cardioloog de medicatie voorschrijft en het recept ondertekent. Daarnaast verricht de hartfalenverpleegkundige nog een aantal andere taken, waaronder het volgens protocol uitvoeren van (beperkt) lichamelijk onderzoek, het meten en beoordelen van bloeddruk en ECG's, het aanvragen van laboratoriumonderzoek of foto's, het verwijzen naar diëtiste, fysiotherapeut en revalidatie, het geven van voorlichting en het houden van consulten op de verpleegafdeling.

34. Ook op dit terrein van de ziekenhuiszorg blijken, aldus het onderzoek van de IGZ, professionals in het algemeen van mening te zijn dat met deze vorm van taakherschikking de patiëntveiligheid is toegenomen. Hartfalenpatiënten worden, aldus de IGZ, nu stelselmatig en consequent gecontroleerd waardoor sneller kan worden gereageerd op problemen. Er is meer continuïteit in de zorgverlening. De nurse practitioners en/of physician assistants hebben een belangrijke regiefunctie bij de bewaking van de protocollen en de volledigheid van het behandeltraject. Die regiefunctie komt de veiligheid van de patiëntenzorg ten goede. Verder blijkt het werken met protocollen te leiden tot meer eenduidigheid in het medicatiebeleid en heeft de supervisie op het zorgproces baat bij de hoge eisen die gelden voor de verslaglegging door nurse practitioners en physician assistants.

35. De betrokken professionals blijken van mening dat in de praktijk nauwelijks risico's aan deze taakherschikking zijn verbonden. Toch zijn die risico's denkbaar. De IGZ noemt in dit verband onder meer dat de geboden zorg ook buiten de specifieke deskundigheid van de nurse practitioners of physician assistants kan liggen. Het voorschrijven van medicatie door niet-artsen is zo'n risico, met name wanneer sprake is van comorbiditeit en mogelijke interactie van medicijnen. Het risico van te laat doorverwijzen naar de arts wordt daarentegen klein geacht, daar taakherschikking op voorhand veel overleg en communicatie vergt. Verder wordt gewezen op het risico van fragmentatie van de zorg. Via goed overleg en ade-

quate afstemming tussen de betrokken zorgverleners kan dit risico echter worden geminimaliseerd. Het voeren van één patiëntendossier kan ertoe bijdragen dat een éénduidige regie voor het hele zorgproces wordt georganiseerd. Ten slotte wordt gewezen op het mogelijke gevaar dat cardiologen te veel gaan vertrouwen op nurse practitioners of physician assistants.

Net als in de huisartsenpraktijk wordt het feit dat door deze taakherschikking meerdere schakels in de zorgketen zitten, niet beschouwd als een extra risico. Verpleegkundigen zijn gewend om te signaleren en zorg te dragen voor een goede overdracht van patiëntenzorg. Van near-accidents rond de beschreven taakherschikking is nauwelijks sprake.

36. Ofschoon de risico's van taakherschikking hier niet groot worden geacht, blijken de betrokken professionals doordrongen van het belang om die risico's zo klein mogelijk te houden. Ook menen zij dat verheldering van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden daaraan kan bijdragen. Verder wordt protocollering van de herschikte zorg nodig geacht en dient voldoende opleiding en scholing van degenen aan wie taken worden overgedragen, gewaarborgd te zijn. Het staat buiten kijf dat de arts verantwoordelijk blijft voor de integrale zorg.

5 Taakherschikking in juridisch perspectief

5.1 Inleiding

1. Bovenstaande voorbeelden van taakherschikking in de gezondheidszorg verschaffen niet alleen enig zicht op de voortgeschreden introductie van taakherschikking, maar geven ook aanleiding tot bedenkingen wanneer men ze vanuit een juridische invalshoek beziet. Dat er risico's aan taakherschikking verbonden zijn, wordt in de praktijk van de gezondheidszorg weliswaar onderkend, maar zijn de daarvoor genoemde oplossingen werkelijk effectief? Welke rol dient de wetgever hierbij te spelen, welke verantwoordelijkheid heeft de zorginstelling, welke taak is weggelegd voor de toezichthoudende instanties en welke rol heeft de betrokken hulpverlener?

5.2 Korte schets van relevante beleidsontwikkelingen

2. De evaluatie van de Wet BIG uit 2002 is reeds genoemd. Deze evaluatie heeft een aantal suggesties opgeleverd om het doel van de wet – namelijk het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de zorgvrager tegen ondeskundig handelen – te bewaken, maar ook belemmeringen voor vernieuwing in de gezondheidszorg weg te nemen.

Het KNMG-rapport *De arts van straks*⁸⁸ bevat voorstellen voor een vernieuwd medisch opleidingscontinuüm dat is afgestemd op nieuwe en veranderende maatschappelijke omstandigheden. Die voorstellen zijn gericht op het realiseren van een betere, toekomstbestendige aansluiting van opleidingen en beroepsuitoefening op de behoeften van de zorgsector, de kwaliteitsverhoging van opleidingen in combinatie met verkorting van de duur van de opleidingen en de verhoging van de efficiency van het opleiden. Centraal staat de taakverdeling en samenwerking tussen artsen en andere zorgprofessionals. De voorstellen uit het KNMG-rapport zijn onder andere gericht op het bevorderen van een naadloze aansluiting van initiële opleiding op vervolgopleiding, het herstructureren van het opleidingscontinuüm, het moderniseren van opleidingsmethoden en het komen tot substitutie van taken in de zorg.

3. Dit alles komt nader aan bod in het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*.⁸⁹ Dit advies gaat in op de wijze waarop de overheid taakherschikking kan bevorderen. De aanbevelingen in het rapport richten zich op vijf aandachtsgebieden: informatie en commu-

88 KNMG-rapport, *De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*, Utrecht oktober 2002.

89 Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer 2002.

nicatie, opleidingen, innovatie en toegankelijkheid, financiële prikkels en wet- en regelgeving. In 2002 zijn verder twee achtergrondstudies bij het RVZ-advies verschenen.⁹⁰ Daarin zijn de belangrijkste wettelijke belemmeringen voor taakherschikking en de tot dan beschikbare rechtspraak in kaart gebracht. In dit preadvies komt deze achtergrondstudies nog nader aan bod.

4. Het kabinet heeft op het KNMG-rapport en het RVZ-advies gereageerd door eind januari 2003 de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking in te stellen. Deze commissie, ook wel de Commissie-LeGrand genaamd, komt tot een prioriteitstelling en fasering, een mogelijk implementatietraject en een raming van de met de implementatie gepaard gaande kosten.⁹¹ Het voorstel is er in hoofdzaak op gericht de medische opleidingen (initiële en vervolgoopleidingen) opnieuw op te zetten, aan te sturen en te financieren en de taakherschikking in de zorg verder te implementeren. Dit laatste zou mede vorm moeten krijgen door de introductie van opleidingen voor nieuwe professionals, het toekennen van zelfstandige bevoegdheid en een beschermde titel aan de nieuwe professionals en de mogelijkheid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

De toenmalig minister van VWS zag in de aanbevelingen van de Commissie-LeGrand een goede basis voor het vernieuwen van het stelsel van opleidingen en beroepen in de gezondheidszorg. Om het aantal zorgverleners te vergroten, wil de minister vooral inzetten op uitbreiding van de capaciteit van medische opleidingen en de opleidingen van andere beroepskrachten, op taakherschikking tussen de verschillende beroepsgroepen en op het gebruikmaken van nieuwe beroepen. Wat dit laatste betreft, ondersteunt de minister de start van opleidingen tot nurse practitioner, physician assistant en mondzorgkundige. Verder worden beleidseffecten verwacht vanwege een nieuwe bekostigingssystematiek van opleidingen, de modernisering van zorgopleidingen en de professionalisering van verplegende en verzorgende beroepen.⁹²

90 Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, deel 1: Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking (door G.P.M. Raas en M.W. de Lint); deel 2: Geschied en geschoven, een jurisprudentieonderzoek over taakherschikking in de gezondheidszorg (door Sectie Gezondheidsrecht, Universiteit Maastricht), Zoetermeer 2002.

91 Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, *De zorg van morgen; flexibiliteit en samenhang* (deel I: Hoofdlijnen, deel II: Uitwerking en achtergronden) juli 2003.

92 *Kamerstukken II 2003/04*, 29 200 XVI, nr. 2, p. 154-157.

5. In april 2004 is door de minister de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) ingesteld, die is belast met de begeleiding en coördinatie van het invoeren van de (negen) aanbevelingen van de Commissie-LeGrand. Meer concreet dient de stuurgroep binnen vijf jaar met de betrokken organisaties in de gezondheidszorg de beroepenstructuur en de zorgopleidingen te moderniseren tot een samenhangend stelsel met een daarbij passende besturingsstructuur.

6. Op advies van de Stuurgroep MOBG is de minister van VWS er eind 2005 toe overgegaan een College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) in het leven te roepen.⁹³ De stuurgroep heeft onder meer geconstateerd dat het huidige stelsel van beroepen en opleidingen sterk versnipperd is met een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en weinig flexibiliteit en dat, om ontwikkelingen in de zorg goed te kunnen blijven volgen, een modernisering van de beroepenstructuur met de bijbehorende opleidingen noodzakelijk is. Er dient daarom een centraal orgaan te worden ingesteld dat een spilfunctie vervult in de totstandkoming van het nieuwe samenhangende beroepen en (vervolg)opleidingenstelsel. Daartoe zijn sinds medio 2006 alle organisaties die zich bezighouden met beroepen en opleidingen in de zorg onder de paraplu van het CBOG gebracht. Via een netwerkstructuur wil het nieuwe college de vernieuwingen en verbeteringen van de beroepenstructuur en opleidingen initiëren, stimuleren en faciliteren. Met het instellen van het CBOG zijn de resterende werkzaamheden van de Stuurgroep MOBG grotendeels overgeheveld naar het college. Per 31 december 2006 is de stuurgroep opgeheven.⁹⁴

7. Ook de introductie van de zogenoemde functiegerichte omschrijving van zorgaanspraken in de Zorgverzekeringswet (ZVW)⁹⁵ en de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) kan in verband met taakherschikking niet ontbreken. In artikel 10 ZVW wordt het verzekerde risico aangeduid als een behoefte aan zorg, namelijk geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging en verzorging (waaronder kraamzorg), verblijf en vervoer. Deze functiegerichte omschrijving van zorg onderscheidt zich van de persoons- of instellingsgerichte omschrijving van zorg onder het oude regime van de Ziekenfondswet. Toen lag bij de omschrijving van de verzekerde prestatie de nadruk

93 Zie advies van de Stuurgroep MOBG, *Eenheid in verscheidenheid. Naar een samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg*, Ontwerp van een College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG), Utrecht november 2005.

94 Besluit van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van MEVA/NBO-2736645, houdende de intrekking van het instellingsbesluit Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg, 15 december 2006.

95 Wet van 16 juni 2005, Stb. 2005, 358.

op de beroepsbeoefenaar. Artikel 11 lid 1 ZVW bepaalt dat de verzekeraar gehouden is de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet krachtens de zorgverzekering tegemoet te komen door het bieden van de zorg of overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft of het vergoeden van de kosten van deze zorg of diensten, respectievelijk de activiteiten ter verkrijging van deze zorg of diensten. Eerder, per 1 januari 2003, zijn de verzekeringsaanspraken in de AWBZ reeds functiegericht omschreven. Meer concreet vermeldt artikel 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ⁹⁶ diverse zorgfuncties waarop de verzekerde aanspraak heeft. Het betreft hier onder meer persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, verblijf, vervoer, doventolkzorg en vaccinaties.⁹⁷

Het instrument van de functiegerichte omschrijving van verzekeringsprestaties biedt de burger meer vrijheid bij het geldend maken van zijn verzekeringsaanspraken. Voor zover de polisvoorwaarden daarover geen bijzonderheden bevatten, kan de burger zich nu in beginsel wenden tot iedere zorgaanbieder die wettelijk bevoegd is de verzekerde zorg te verlenen. De functiegerichte omschrijving vermeldt niet welke zorgprofessional de bewuste zorg dient te verlenen of waar de zorg dient plaats te vinden. Aangegeven wordt alleen *welke* zorg geboden moet worden. Dit betekent dus ruimte voor taakherschikking.

8. Eind 2007 is de jaarlijkse *Staat van de Gezondheidszorg* (SGZ) van de IGZ verschenen, dit keer gewijd aan taakherschikking.⁹⁸ Aanleiding voor deze SGZ was een zekere scepsis bij de IGZ ten aanzien van taakherschikking en het geringe onderzoek naar de invloed van taakherschikking op de kwaliteit van zorg. Op basis van een inventarisatie van vijf vormen van taakherschikking in de *cure, care* en de preventieve gezondheidszorg concludeert de IGZ dat taakherschikking een positieve bijdrage levert aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg. De voordelen voor de patiënt liggen volgens de IGZ met name bij de mogelijkheid van beter op de persoon toegesneden zorg, een snellere herkenning van complicaties en een snellere inregeling van medicatie. Taakherschikking heeft volgens de IGZ ook risico's voor de kwaliteit van zorg. De volgende risico's worden genoemd. Door de toenemende specialisatie in de intra- en extramurale zorg kan versnippering in de zorg optreden. Met name voor patiënten met meerdere aandoeningen, bij wie het noodzakelijk is dat iemand het overzicht van de zorgverlening behoudt, is dit risicovol. Daarnaast vormt het ontbreken van één gezamenlijk patiëntendossier in sommige zorgsectoren een potentieel gevaar voor de

96 Besluit van 25 oktober 2002, Stb. 2002, 527.

97 Een aantal vormen van zorg uit de AWBZ is per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO, Wet van 29 juni 2006, Stb. 2006, 351). De daarmee samenhangende bevoegdheden zijn overgegaan op de gemeenten. Zie <http://www.invoeringwmo.nl/WMO/nl-NL/>.

98 *Staat van de Gezondheidszorg* 2007, o.c.

adequate overdracht en afstemming van zorg. Verder werpt de huidige financieringssysteem soms belemmeringen op voor de continuïteit van nieuwe vormen van zorg. Vooral in de zorg voor ouderen met chronisch-psychiatrische problemen doen zich problemen op dit terrein voor.

De IGZ komt daarom tot een aantal aanbevelingen. Naast de accentuering van de verantwoordelijkheden van instellingsdirecties en de beroepsgroepen die betrokken zijn bij complexe zorgprocessen, wordt gewezen op het belang van aanpassing van wet- en regelgeving teneinde taakherschikking mogelijk te maken en de continuïteit van zorg te waarborgen.

9. De minister van VWS onderschrijft laatstgenoemde aanbeveling van de IGZ en in zijn brief van 14 december 2007 bericht hij de Tweede Kamer te werken aan de invoering van een experimenteerartikel.⁹⁹ Van belang is hier te signaleren dat de IGZ het, ondanks de zojuist genoemde optimistische toonzetting, nodig acht dat de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg nader worden onderzocht. Ten aanzien van deze aanbeveling is de minister terughoudender, omdat naar zijn mening verschillende onderzoeken naar diverse aspecten van taakherschikking het beeld over de effecten van taakherschikking reeds hebben gecompleteerd. De minister verwacht op termijn meer van een evaluatie van de effecten van de voor taakherschikking nodig geachte wetswijziging.¹⁰⁰

5.3 *Nut en noodzaak van taakherschikking*

10. De beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg kent een grote dynamiek en wordt onder meer gekenmerkt door veranderende opvattingen over zorgverlening en toenemende technische mogelijkheden in de praktijk van de zorg. Dit is inherent aan de gezondheidszorg. De in hoofdstuk 4 genoemde voorbeelden zijn illustraties daarvan. Vanwege deze dynamiek valt niet te verwachten dat de huidige discussie over taakherschikking op korte termijn zal verstommen. Naar verwachting zal deze discussie zich in de toekomst blijven voordoen. De vraag is hoe vanuit reguleringperspectief hier het best op gereageerd kan worden. Een vergelijkbare discussie speelde reeds bij de totstandkoming van de Wet BIG – zij het met andere accenten – toen aan de orde was of aan het denken in domeinen moest worden vastgehouden of dat dit onder invloed van veranderende opvattingen over goede zorgverlening moest worden losgelaten. Gekozen werd uiteindelijk voor een liberaler systeem van wetgeving gecombineerd met een gedeeltelijke instandhouding van het medisch domein voor wat betreft de risicovolle handelingen. Gebleken is dat de houdbaarheid van een taaken verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgprofessionals beperkt is en dat taken en verantwoordelijkheden steeds aanpassing vergen. Dit betekent niet

99 *Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI, nr. 98, p. 2.*

100 *Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI, nr. 98, p. 3.*

alleen dat de inhoud van de taken en van de beroepen die deze uitvoeren in de loop der tijd wijzigen, maar ook dat deskundigheidsterreinen en de daarmee samenhangende opleidingseisen herijkt moeten worden. De vraag is welke lessen hieruit getrokken kunnen worden. Of, anders gezegd, welk type regelgeving voldoende ruimte geeft aan een dynamische zorgpraktijk en hoe de belangen van de patiënt daarin dienen te worden gewaarborgd.

11. De IGZ heeft vastgesteld dat structurele vormen van taakherschikking in alle sectoren van de zorg voorkomen en dat de variatie hierin groot is. Het proces van taakherschikking is volgens de IGZ onomkeerbaar.¹⁰¹ De hiervoor aangehaalde standpunten van de minister van VWS wijzen in dezelfde richting. Dit is een belangrijke constatering, want daaruit volgt dat niet langer de vraag is *of* taakherschikking moet worden geïmplementeerd, maar veeleer *hoe* die het best is te reguleren met inachtneming van de bestaande minimumvereisten van verantwoordende zorg. Dat er onverantwoorde vormen van taakherschikking plaatsvinden,¹⁰² is dan betreurenswaardig te achten, maar op zichzelf geen reden om het proces van taakherschikking als zodanig een halt toe te roepen. Bij de bestudering van de opties voor regulering kan blijken dat voor sommige vormen van taakherschikking voldoende wettelijke kwaliteitswaarborgen voorhanden zijn of geschapen kunnen worden, terwijl voor andere vormen van taakherschikking regulering om uiteenlopende redenen (nog) niet aan de orde is. Een andere vraag is of de voor taakherschikking noodzakelijke wetswijziging met het oog op de toekomst ook een regeling moet omvatten op basis waarvan verschuiving van taken en verantwoordelijkheden eenvoudiger kan plaatsvinden.

5.4 Juridisch kader

12. In deze paragraaf staan de belangrijkste juridische vragen die door taakherschikking worden opgeroepen, centraal. Deze vragen worden tegen de achtergrond van de daarvoor relevante wet- en regelgeving besproken. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW (WGBO), de Wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Geneesmiddelenwet (GW). Verder komen enkele Europeesrechtelijke aspecten aan de orde.

5.4.1 Regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst

13. De vraag kan worden gesteld in hoeverre de WGBO¹⁰³ belemmeringen kan opwerpen voor taakherschikking. Daarbij wordt vooral gedacht aan knelpunten

101 *Staat van de Gezondheidszorg 2007*, o.c., p. 10.

102 Vgl. *Taakherschikking en voorschrijven geneesmiddelen*, IGZ-Circulaire 2006-02.

103 Wet van 17 november 1994, Stb. 1994, 837. Laatstelijk gewijzigd bij wet van 13 maart 2002, Stb. 2002, 121.

in relatie tot in de WGBO gebezigde termen zoals ‘geneeskundige behandeling’ en ‘hulpverlener’ en het begrip ‘hulppersoon’.

Het bereik van de WGBO is onduidelijk omdat de grens tussen handelingen die wel en handelingen die niet in het kader van geneeskundige behandeling worden uitgevoerd, niet altijd eenvoudig is aan te geven. Bij handelingen die plaatsvinden in aansluiting op medische zorg – denk aan aanpalende handelingen zoals verpleging en verzorging of het voorzien in de materiële omstandigheden voor goede zorg – is dat helder: zij vormen een onderdeel van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Handelingen die geen relatie met medische zorg hebben – bijvoorbeeld de verzorging van een oudere immobiele patiënt door een wijkverpleegkundige in de thuissituatie – worden formeel niet uitgevoerd in het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Daarmee is echter nog niet gezegd dat degene die laatstgenoemde handelingen verricht daarbij geen rekening hoeft te houden met in de WGBO neergelegde onderdelen van de relatie tussen hulpverlener en patiënt. Voor zover op basis van artikel 40 Wet BIG of opvattingen in de jurisprudentie op basis van de redelijkheid en billijkheid de WGBO hier indirect niet reeds van toepassing moet worden geacht, kan de patiënt die deze handelingen ondergaat altijd teruggrijpen naar de algemene bepalingen uit Titel 7 van Boek 7 BW (Opdracht).¹⁰⁴

14. Sommige bepalingen uit Titel 7 van Boek 7 BW kunnen bij beroepsbeoefenaren vragen oproepen over de mate waarin het vervullen van nieuwe taken in het kader van taakherschikking al dan niet leidt tot bijzondere verantwoordelijkheden onder de WGBO. Bijzondere aandacht in dit verband vergt de in artikel 7:404 BW neergelegde verplichting van de opdrachtnemer (de hulpverlener) tot persoonlijke uitvoering van de opdracht (tot zorgverlening door de patiënt) voor zover die met het oog op een (bepaalde) persoon is verleend. De bepaling laat ruimte voor uitvoering door anderen dan de opdrachtnemer indien dit uit de opdracht voortvloeit, waarbij de feitelijk uitvoerder handelt onder verantwoordelijkheid van de opdrachtnemer, onverminderd diens aansprakelijkheid. Kan deze bepaling nu in de weg staan aan de uitvoering van een opdracht door een ander dan de opdrachtnemer in het kader van taakherschikking?

15. Het is op voorhand niet duidelijk of, en zo ja welke verplichtingen artikel 7:404 BW in het kader van taakherschikking aan beroepsbeoefenaren oplegt. Verhelderd moet worden wat in het kader van taakherschikking als ‘opdracht’ moet gelden en wie hierbij tot de ‘anderen’ wordt gerekend. Niet alle ‘opdrachten’ van een patiënt (de opdrachtgever) gericht aan een specifieke beroepsbeoefenaar (de opdrachtnemer) mogen immers door iedere zorgverlener worden uitgevoerd. Sommige opdrachten (zwangerschapsafbreking) zijn voor sommige zorgverle-

104 Zie onder meer art. 7:401 BW: de opdrachtnemer moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed opdrachtnemer in acht nemen.

ners (fysiotherapeuten, doktersassistenten) beroepsmatig gezien verboden terrein, andere opdrachten (hulp bij zelfdoding) zijn qua uitvoering niet overdraagbaar van de ene opdrachtnemer (arts) naar een 'ander' (niet-arts). Van sommige handelingen (voorschrijven van medicatie) zijn onder strikte voorwaarden (zie artikel 36 lid 14 sub d Wet BIG) alleen bepaalde facetten (toediening) overdraagbaar van een opdrachtnemer (arts) naar een 'ander' (verpleegkundig specialist). Verder geldt dat niet alle zorghulpverleners 'anderen' kunnen zijn in de zin van artikel 7:404 BW, ook al blijft de opdrachtnemer naar de letter van deze bepaling verantwoordelijk voor de niet-persoonlijke uitvoering. Waarschijnlijk behoren alleen die beroepsbeoefenaren tot de relevante 'anderen' die (het overdraagbare deel van) een opdracht tot hun deskundigheidsterrein mogen rekenen en tevens de bekwaamheid bezitten om die naar behoren uit te voeren. Onzeker is wel of het hierbij alleen beroepsbeoefenaren met een wettelijk omschreven deskundigheidsterrein betreft, of dat ook de nieuwe beroepen wier terrein van expertise nog niet in de wet is vastgelegd hiertoe moeten worden gerekend.

16. Feit is dat de WGBO zwijgt over de mate waarin een hulpverlener alle onderdelen van een geïndiceerde behandeling persoonlijk behoort uit te voeren. Dit brengt de nodige onduidelijkheid met zich voor de patiënt alsook voor de hulpverlener. Voor de patiënt blijft onder meer ongewis of de WGBO hem/haar bescherming biedt tegen de uitvoering van een opdracht door een andere, minder bekwame hulpverlener dan de opdrachtnemer. De hulpverlener heeft vooral belang bij houvast omtrent de voorwaarden waaronder het overnemen van opdrachten juridisch verantwoord kan plaatsvinden. Daarbij zij nog gewezen op het bijzondere feit dat de relatie opdrachtgever-opdrachtnemer, zoals eerder opgemerkt, in de hulpverleningspraktijk vaak geen één-op-één-relatie is.¹⁰⁵ Zo artikel 7:404 BW al ruimte laat voor het overdragen van persoonsgerichte opdrachten in het kader van verantwoorde zorg, is de vraag of de bepaling ook toestaat dat de persoon aan wie de uitvoering van de persoonsgerichte opdracht is toevertrouwd die op zijn beurt weer overdraagt aan een ander.

17. Om te voorkomen dat de nieuwe beroepen om formele redenen als relevante 'anderen' in de zin van artikel 7:404 BW worden aangemerkt, is aan te bevelen dat in de WGBO wordt geconcretiseerd binnen welke kaders verantwoorde uitvoering van een opdracht mede door anderen dan de opdrachtnemer mogelijk is. Daartoe zou de informatieplicht van de hulpverlener voortaan mede moeten omvatten dat de patiënt door de (hoofd)behandelaar wordt geïnformeerd over de kring van beroepen die bij de uitvoering van een voorgenomen onderzoek of voorgestelde behandeling betrokken zijn. Een interessante vraag in dit verband is

105 Vgl. I.J.H.C. Van den Boomen, A.A.C. Vlaskamp: *Onder voorbehoud*. Informatie over de bevoegdheidsregeling, ministerie van VWS, Rijswijk, 1996, p. 34-35; Raad BIG: *Stappenplan voorbehouden handelingen*, Zoetermeer 1996, p. 28.

of de opdrachtnemer op grond van artikel 7:448 BW aansprakelijk kan worden geacht voor schade veroorzaakt bij zijn taakvervulling indien hij heeft nagelaten zijn optreden in de context van taakoverdracht kenbaar te maken aan de patiënt. Er kan ook discussie bestaan over de vraag of sprake is van ontbrekende toestemming voor de bewuste verrichting, indien de patiënt over het handelen in het kader van taakoverdracht niet op de hoogte is gesteld. Een mogelijke oplossing hiervoor kan zijn dat, voor zover de toestemming bedoeld in artikel 7:450 lid 1 BW niet reeds omvat de toestemming voor de uitvoering door een bepaalde persoon, in een nieuw lid 1 onder a wordt opgenomen dat onder ‘toestemming’ in lid 1 wordt verstaan zowel toestemming voor verrichtingen als zodanig, als toestemming voor de uitvoering van verrichtingen door een bepaalde persoon. Ten aanzien van de laatste toestemmingsvariant dient tevens te worden bepaald dat deze toestemming mag worden verondersteld, tenzij de patiënt hier bezwaar tegen maakt.

18. Ook de norm ‘de zorg van de goed hulpverlener’ speelt in deze samenhang een rol. Artikel 7:453 BW vermeldt de algemene plicht van de hulpverlener tot goed hulpverlenerschap, waarbij dient te worden gehandeld overeenkomstig de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hem geldende professionele standaard. Elders in Afdeling 5 van Titel 7 wordt naar goed hulpverlenerschap verwezen in relatie tot specifieke thema’s zoals dossiervoering (artikel 7:454 lid 3 BW), geheimhouding (artikel 7:457 lid 3 BW), ruimtelijke privacy (artikel 7:459 lid 3 BW) en het omgaan met wensen van wettelijke vertegenwoordigers van wilsonbekwame patiënten (artikel 7:465 lid 4 BW). Goed hulpverlenerschap is een belangrijk referentiepunt. De betekenis van deze open norm blijkt echter vooral in samenhang met andere bepalingen van de WGBO en de diverse bronnen van professioneel handelen. Als zelfstandige norm biedt het goed hulpverlenerschap vooralsnog te weinig concrete handelingsvoorschriften. Voor de rechtvaardiging van een vorm van taakherschikking als zodanig, biedt artikel 7:453 BW daarom een te smalle basis.

19. In de RVZ-studie is opgemerkt dat de WGBO onvoldoende is toegesneden op nieuwe vormen van beroepsuitoefening. Een voorbeeld hiervan is de in de huisartsenpraktijk gebruikelijk geworden telefonische triage door POH’s.¹⁰⁶ De binnenkomende vragen variëren van verzoeken om herhaalrecepten tot vragen over

106 De achtergrondstudies Raad voor de Volksgezondheid: *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, deel 1, o.c., p. 45-46 spreekt hier over triage door call centers. Omdat triage tegenwoordig vooral plaatsvindt door medewerkers binnen een huisartsenpraktijk of een huisartsenpost die primair zorgvragen buiten kantooruren (c.q. weekenden) behandelen, wordt hier gesproken over triage door de praktijkondersteuners. De vraag naar het ‘hulpverlenerschap’ van call centers lijkt daarom minder actueel.

(acute) gezondheidsklachten. De vraag is in hoeverre deze triage valt onder 'handelingen op het gebied van de geneeskunst'. Tevens is aan de orde: is de POH een 'hulpverlener' in de zin van de WGBO met wie de bellende patiënt direct contracteert, of eerder een hulppersoon van de huisarts? Verdedigbaar is dat de triage – door betrokkenen zelf opgevat als handelingen ter bepaling van de urgentie van gezondheidsklachten – gelijk staat aan het beoordelen van de gezondheidstoestand. Daarmee valt triage onder de definitie van 'handelingen op het gebied van de geneeskunst' in artikel 7:446 lid 2 onder a BW, hetgeen wederom vragen oproept over de verantwoordelijkheden van een triagist(e) als hulpverlener in de zin van artikel 7:446 lid 1 BW. De RVZ-studie betwijfelt terecht of het de bedoeling van de wetgever is geweest deze nieuwe vorm van zorg in zijn geheel door de WGBO te laten bestrijken.

Het voorbeeld van triage doet vermoeden dat de brede definitie van 'handelingen op het gebied van de geneeskunst' meerdere niet-voorzienbare gevolgen heeft in de context van taakherschikking. Aanpassing van de WGBO kan mijns inziens dan ook niet uitblijven. Ook de RVZ-studie adviseert het bereik van de WGBO te verbreden, zodat niet alleen al het beroepsmatig handelingen onder de noemer van geneeskundige behandeling daaronder valt, maar ook de zelfstandige beroepsuitoefening buiten het geheel van de medische zorg. Met het oog op de rechtszekerheid moet glashelder zijn dat de verplichtingen voortvloeiend uit de WGBO rechtstreeks van toepassing zijn op iedere vorm van (zelfstandige) beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Verwacht wordt dat de door de minister van VWS aangekondigde Wet cliënt en kwaliteit van zorg in deze leemte zal voorzien.

20. Wat betreft het toepassingsbereik van de centrale aansprakelijkheidsregeling is er geen reden die tot andere dan de in artikel 7:462 BW genoemde instellingen uit te breiden. Die opvatting wordt gedeeld in de RVZ-studie. Voor zover door de nieuwe vormen van beroepsuitoefening toch instellingen c.q. samenwerkingsverbanden ontstaan die buiten het bereik van centrale aansprakelijkheidsregeling zouden vallen, ligt het veeleer voor de hand ook die nieuwe samenwerkingsvormen onder de werkingssfeer van de Kwaliteitswet zorginstellingen te brengen, wellicht in combinatie met een aanpassing van artikel 7:462 lid 2 BW.

5.4.2 *Wet BIG*

21. De Wet BIG bevat een aantal regelingen dat belemmeringen opwerpt voor (vergaande) taakherschikking. Daartoe behoort de regeling inzake het voeren van een wettelijk beschermde titel. Het voeren van een dergelijke titel (ook een specialistentitel) impliceert de erkenning van deskundigheid en verschaft het publiek inzicht in iemands bijzondere kwalificaties en wat hem/haar onderscheidt van personen met kwalificaties op andere vakgebieden. Indien een beroepsbeoefenaar geen beschermde titel voert, kan voor derden onduidelijk zijn binnen welke kaders het overdragen van taken via taakherschikking aan de orde kan zijn. Bij hulpverleners zonder beschermde titel en dus zonder een taakuitvoering volgens

een bij of krachtens de wet omschreven deskundigheidsterrein is dit voor derden moeilijk te beoordelen. Als het systeem van titelbescherming zijn publieksvoorlichtende functie moet kunnen blijven waarmaken, dan dienen wijzigingen in de taken van bij taakherschikking betrokken beroepen steeds op een voor het publiek heldere en transparante wijze plaats te vinden. Het publiek moet immers in beginsel kennis kunnen nemen van de gevolgen van een herverdeling van taken en de overheid moet waarborgen dat die herverdeling niet leidt tot een verslechtering van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld doordat bepaalde taken terecht komen bij beroepsgroepen die daarvoor niet of onvoldoende geëquipeerd zijn. Een taakherschikking die beperkt is tot een herverdeling van taken tussen beoefenaren van beroepen met een beschermde titel beperkt die risico's.

Ook te ruim, te beperkt of te strikt omschreven deskundigheidsterreinen kunnen belemmerend werken voor taakherschikking. Een te ruime omschrijving geeft problemen bij de afbakening van een deskundigheidsterrein, een te beperkte kan onvoldoende het terrein van een voorhanden deskundigheid weerspiegelen. Een te strikte aanduiding van het deskundigheidsterrein kan onder omstandigheden in de weg staan aan het verwezenlijken van verantwoorde zorg.

22. Binnen de omschrijving van deskundigheidsterreinen worden de verwijzing als voorwaarde voor toegang tot paramedische zorg en de opdrachtgebonden bevoegdheid bij de uitvoering van voorbehouden handelingen, wel beschouwd als 'rem' op taakherschikking in die gevallen waarin paramedici en verpleegkundigen een zelfstandiger rol bij de zorgverlening wordt toebedacht. Overigens werken deze constructies in de praktijk niet als het initiatief tot taakherschikking van een niet-medicus uitgaat.

23. Het huidige systeem van opleidingseisen vormt, ook volgens de achtergrondstudie van de RVZ, op zichzelf geen belemmering voor taakherschikking, ofschoon met de wijziging van opleidingseisen en de aanpassing van de bijbehorende regelgeving wel veel tijd is gemoeid.¹⁰⁷ Gedetailleerde omschrijvingen van opleidingseisen bieden voordelen bij taakherschikking vanwege de betere mogelijkheden bij het vaststellen van iemands bekwaamheid. De regeling van specialismen kan daarentegen wel belemmerend werken, omdat beroepsgroepen doorgaans zelf bepalen voor welke deeltherreinen bijzondere expertise en daarmee ook bijzondere opleidingseisen vereist zijn. Hierdoor kunnen zij ook een remmende invloed uitoefenen op de ruimte die voor taakherschikking beschikbaar is.

24. Verder is gebleken dat de regeling van het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handelingen niet heeft kunnen voorkomen dat in de praktijk van de zorg niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren hierin toch soms zelfstandig

107 Achtergrondstudies Raad voor de Volksgezondheid, *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, deel 1, o.c., p 22-23.

te werk gaan.¹⁰⁸ Hoewel het hierbij meestal om geprotocolleerd handelen gaat, is dit niet conform de Wet BIG. Zij treden hiermee buiten hun deskundigheids-terrein en het risico op aanmerkelijke schade voor de gezondheid van de patiënt is aanwezig, hetgeen de Wet BIG nu juist wilde voorkomen. Dit ervaringsgegeven relateert het effect van wetgeving op de dagelijkse praktijk.

25. De mate waarin taakherschikking verenigbaar is met de inhoud en strekking van de Wet BIG moet ook worden gezien tegen de achtergrond van de publieke belangen die de wet beoogt te beschermen. Vooral: hoe kan worden bewaakt dat de implementatie van taakherschikking hier niet ten koste gaat van de toegankelijkheid en van de kwaliteit van zorg?

In het licht hiervan zijn oplossingen aangedragen voor de belemmeringen voor taakherschikking in de Wet BIG. Ten eerste moet helderheid komen over de vraag of nieuwe beroepen bij of krachtens de wet geregeld dienen te worden. Ten tweede is, gelet op de bescherming van de kwaliteit van zorg, aan de orde of het verantwoord is dat meer beroepsbeoefenaren een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen wordt toegekend. Ten derde moet worden gezien welke gevolgen verbonden kunnen zijn aan het aanpassen van deskundigheidsgebieden.

26. Wat betreft het regelen van meer beroepen in de Wet BIG wijst de reeds aangehaalde RVZ-studie op het eerder door de Raad BIG verwoorde uitgangspunt dat de overheid terughoudend moet zijn met het wettelijk regelen van beroepen. De Raad BIG wilde voorkomen dat door veel beroepen te regelen een proces van fragmentatie optreedt en de samenhang tussen de verschillende beroepen verloren gaat. Het veld zou daarom gestimuleerd moeten worden om elkaar in deskundigheid overlappende functies of beroepen terug te brengen tot kernberoepen. Daarmee hebben individuele en georganiseerde zorgaanbieders een bijzondere informatieplicht jegens de patiënt aangaande de expertise die de patiënt bij hulpverleners aanwezig mag veronderstellen. Waar adequaat toezicht – bijvoorbeeld in relatie tot extramuraal werkende hulpverleners – moeilijk realiseerbaar is, kan een verzwaarde informatieplicht het waarborgen van de kwaliteit van zorg versterken.

27. Het verruimen van het aantal beroepen met een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen wordt algemeen beschouwd als een essentiële bijdrage aan verwezenlijking van taakherschikking. In de prak-

108 Vgl. Achtergrondstudie Raad voor de Volksgezondheid, *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, deel 1, o.c., p. 23-25. Zie met name J. de Bie, J.M. Cuperus-Bosma, J.K.M. Gevers, G. van der Wal: 'Reserved procedures in Dutch hospitals, knowledge, experiences and views of physicians and nurses', *Health Policy* 68, 2004, No. 3, p. 373-384. Zie ook RTC Amsterdam 12 augustus 1999, 99/222Vp.

tijk blijken de huidige opdrachtgebonden regelingen (artikelen 35, 38 en 39 Wet BIG) niet goed uitvoerbaar.¹⁰⁹ Daarnaast doen die onvoldoende recht aan de grote mate van zelfstandigheid waarmee sommige niet-zelfstandig bevoegde hulpverleners bepaalde voorbehouden handelingen verrichten. Bij de verruiming van bevoegdheden moet worden gedacht aan zowel uitbreiding van de regeling in artikel 39 Wet BIG (functionele zelfstandigheid) als die in artikel 36 Wet BIG (zelfstandige bevoegdheid). In relatie tot artikel 39 Wet BIG gaat het vooral om het injecteren door verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG) en dokters-assistenten en een aantal door de physician assistant te verrichten chirurgische handelingen. Verder kunnen worden genoemd zelfstandige bevoegdheden ten aanzien van het boren, vullen en injecteren door mondhygiënist en het injecteren, catheteriseren en het verrichten van puncties door (ambulance)verpleegkundigen, nurse practitioners, physician assistants en andere beroepen. Het gaat er hierbij niet alleen om deze bevoegdheden te koppelen aan aangepaste omschrijvingen van het betreffende deskundigheidsgebied en de bijbehorende opleidingseisen, maar ook moet de mogelijkheid van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid onder ogen worden gezien. Met het opheffen van de koppeling tussen artikel 36 Wet BIG en artikel 3 Wet BIG kan de contextuele toekenning van een zelfstandige bevoegdheid (bijv. voor één specifieke handeling) of een uitsluitend daaraan gerelateerde tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van een beroepsgroep in de toekomst wellicht eenvoudiger worden gerealiseerd.

28. Met betrekking tot het aanpassen van de omschrijvingen van deskundigheids-terreinen is verder geconstateerd dat de opvattingen hierover, mede onder invloed van de technologische ontwikkelingen en mogelijkheden, voortdurend wijzigen. Ook dat is een reden om een aantal van de huidige omschrijvingen te actualiseren. Tegelijkertijd zal door taakherschikking de behoefte bij het publiek, hulpverleners en ook verzekeraars aan voorlichting over wie op welk terrein deskundig is, toenemen.

Volgens de RVZ-studie verdient het daarom de voorkeur om ten behoeve van de flexibilisering van de Wet BIG minder bij wet te regelen en meer bij AMvB of ministeriële regeling. Daardoor zou het proces van regulering sneller kunnen plaatsvinden. Of dit zonder meer als een voordeel kan gelden, is overigens nog maar de vraag, aangezien het proces van totstandkoming van AMvB's inhoudelijk minder doorzichtig is dan dat van wetgeving in formele zin. Van belang is hierbij te signaleren dat de RVZ-studie is uitgevoerd in het licht van de constatering dat taakherschikking een plaats heeft in het proces van modernisering van de zorg. Dit roept de vraag op hoe vorm te geven aan taakherschikking in een wettelijk systeem van beroepsuitoefening dat niet primair is gericht op modernisering van de zorg.

109 Achtergrondstudies RVZ, *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*. deel 1, o.c., p. 23-25.

Systeem van voorbehouden handelingen achterhaald?

29. Naarmate de pleidooien voor het uitbreiden van zelfstandige bevoegdheden sterker worden, rijst tevens de vraag of het systeem van voorbehouden handelingen moet worden heroverwogen. Van oorsprong is dit systeem bedoeld als instrument ter bescherming van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Met de toenemende tendens om in het kader van taakherschikking het verrichten van voorbehouden handelingen over te dragen aan bepaalde, zelfstandig opererende niet-medici, verliezen de bewuste handelingen hun voorbehouden karakter en worden zij tot handelingen binnen het reguliere deskundigheidsterrein van niet-medici. De vraag is hoeveel handelingen op deze wijze hun oorspronkelijk wettelijke status zullen gaan verliezen en op welk moment dit proces ook het systeem van voorbehouden handelingen zelf ter discussie stelt. Uiteraard zullen niet hele categorieën voorbehouden handelingen naar niet-medische beroepen worden overgeheveld en gaat het steeds alleen om enkele specifieke handelingen binnen een categorie. Niettemin lijkt de huidige discussie rond taakherschikking een geschikt moment om de toegevoegde waarde van het systeem van voorbehouden handelingen voor het verwezenlijken van verantwoorde zorg opnieuw onder de loep te nemen. Aan de orde is daarbij met name welke bescherming de patiënt aan het systeem van voorbehouden handelingen (nog) kan ontlenen en of deze bescherming door de structurele verschuiving van bepaalde voorbehouden handelingen naar beroepsbeoefenaren buiten het medisch deskundigheidsterrein op onverantwoorde wijze in het geding komt.

30. Ons huidige systeem van voorbehouden handelingen kent verschillende uitwerkingen. Welke (groepen van) handelingen aan welke beroepsgroep voorbehouden zijn, bepaalt de wet (artikelen 36 en 37 Wet BIG). Op basis van specifieke wetgeving kunnen deze voorbehouden handelingen worden onderverdeeld in overdraagbare en niet-overdraagbare handelingen. De overdraagbare handelingen kunnen op basis van de wet (artikelen 35 jo. 38 Wet BIG) qua uitvoering worden gedelegeerd aan andere beroepsbeoefenaren,¹¹⁰ mits daarbij bepaalde voorwaarden in acht worden genomen. Ten aanzien van sommige overdraagbare handelingen zijn de voorwaarden echter beperkt vanwege de bijzondere hoedanigheid en de (veronderstelde) bekwaamheid van de beroepsgroep aan wie de uitvoering bij wet is toevertrouwd.

Het kunnen overdragen van de uitvoering van bepaalde voorbehouden handelingen vergroot natuurlijk de flexibiliteit van de zorgverlening. Niettemin dient te worden voorkomen dat met die herverdeling van taken de essentie van ‘verantwoorde zorg’ – namelijk gewaarborgde patiëntveiligheid – wordt opgeofferd aan

110 Strikt genomen kan overdracht ook plaatsvinden aan personen die niet beroepsmatig werkzaam zijn in de individuele gezondheidszorg. Deze constructie wordt echter niet door de Wet BIG bestreken en blijft daarom hier verder buiten beschouwing.

het belang van die flexibiliteit. De vraag is dan ook: hoe kan worden voorkomen dat een te zeer door praktische overwegingen ingegeven herverdeling van taken in de gezondheidszorg ertoe leidt dat de uitvoering van bepaalde risicovolle handelingen uiteindelijk plaatsvindt door onvoldoende bekwame hulpverleners en taakherschikking daarmee mogelijk nadelig voor de patiënt uitpakt?

31. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is inzicht nodig in de gevolgen van taakherschikking voor de kwaliteit van zorg. In zijn *Staat van de Gezondheidszorg 2007* pleit de IGZ ook voor nader onderzoek naar de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg. De IGZ doet deze aanbeveling ondanks het feit dat zij meent dat sprake is van een positieve bijdrage van taakherschikking aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg en zij constateert dat de risico's voor de patiëntveiligheid zowel door instellingen als door beroepsgroepen goed worden ondervangen. In zijn reactie op de *Staat van de Gezondheidszorg 2007* heeft de minister van VWS aangegeven dat de inmiddels uitgevoerde studies naar diverse aspecten van taakherschikking het gewenste inzicht hebben verschaft en dat in de aanbevelingen van deze studies steeds terugkeert dat voor een voortvarende ontwikkeling van taakherschikking verankering daarvan in wet- en regelgeving nodig is.¹¹¹ Taakherschikking leidt echter onder meer tot het neerleggen van taken bij beroepen die niet wettelijk geregeld zijn. Bovendien is toekenning van aan artsen voorbehouden bevoegdheden aan deze beroepen wettelijk niet mogelijk, zo constateert ook de minister. Daaruit blijkt mijns inziens nogmaals dat het voorstel om die bevoegdheden gedurende een zekere proefperiode aan (nieuwe) beroepen toe te kennen – namelijk via introductie van een hierna nog te bespreken experimenteerartikel in de Wet BIG – aan de fundamente van het systeem van voorbehouden handelingen raakt.

32. Zoals in het navolgende nog nader zal blijken, leidt taakherschikking voorlopig alleen tot een herschikking van de uitvoering van bepaalde voorbehouden handelingen. Een structurele overheveling van een zelfstandige bevoegdheid voor deze handelingen van het ene (medische) naar het andere (niet-medische) beroep is vooralsnog niet aan de orde. Evenmin zijn voorstellen aan de orde om nieuwe beroepen uit te rusten met een zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen. Het feit dat aan verpleegkundig specialisten een nieuwe bevoegdheid ten aanzien van het voorschrijven van medicatie is toegekend – maar bij het ter perse gaan van dit preadvies nog niet was geëffectueerd – heeft niet geleid tot het verlies van diezelfde bevoegdheid bij artsen. Bij taakherschikking gaat het dus vooralsnog vooral om de herverdeling van de uitvoering van bepaalde handelingen over een beperkt aantal beroepen. De haalbaarheid van deze herverdeling is in belangrijke mate afhankelijk van verenigbaarheid met het systeem van voorbehouden handelingen. Vanwege dit systeem kan taak-

111 *Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI, nr. 98, p. 3.*

herschikking als instrument ter verwezenlijking van verantwoorde zorg niet onbeperkt worden toegepast.

Medische diagnostiek als voorbehouden handeling

33. Tot op heden is medische diagnostiek niet met zoveel woorden als voorbehouden handeling in de Wet BIG vermeld. De vraag kan worden gesteld of het aanmerken van medische diagnostiek als voorbehouden handeling een zinvolle bescherming oplevert in het kader van taakherschikking.

Deze vraag is actueel, vooral naar aanleiding van verontrustende berichten over bepaalde alternatieve behandelmethoden.¹¹² Waar het in dat verband om gaat, is of het aanmerken van medische diagnostiek als een aan artsen voorbehouden handeling een oplossing biedt om excessen in de alternatieve zorgverlening te voorkomen. Van verschillende zijden zijn twijfels geuit over de effectiviteit, de proportionaliteit en de handhaafbaarheid van een dergelijke maatregel. Meer heil voor de bescherming van de patiënt tegen ondeskundige diagnostiek valt te verwachten van adequate voorlichting aan de patiënt, daadkrachtig gezamenlijk optreden van IGZ en Openbaar Ministerie bij misstanden, beter gebruik van bestaande strafrechtelijke instrumenten¹¹³ en een breed kwaliteitsbeleid gestoeld op 'evidence based handelen'.

34. De RVZ is van mening dat een verbod om een door een (tand)arts gestelde diagnose, behandeling en prognose in twijfel te trekken, een effectiever middel is ter voorkoming van voor de patiënt schadelijke behandelingsvormen dan het opnemen van medische diagnostiek in de lijst van voorbehouden handelingen in artikel 36 BIG. Omdat de kern van het probleem niet zozeer zit in het stellen van de medische diagnose op zichzelf, maar veeleer in het daarop volgende behandeltraject, kan volgens de RVZ beter het betwijfelen van een door een arts gestelde diagnose als voorbehouden handeling worden aangemerkt. Patiënten kunnen hierdoor ook zelf bewaken in hoeverre (alternatieve) hulpverleners van een eerdere medisch-professionele beoordeling afwijken. Wie van die beoordeling afwijkt, zou in rechte daarop kunnen worden aangesproken.¹¹⁴ De vraag is echter hoe een verbod om een diagnose te betwijfelen, in de praktijk moet worden gehandhaafd.

112 Zie onder andere RTC Amsterdam 7 februari 2006, *GJ* 2006/54, met noot J.H. Hubben.

113 Vgl. J.H. Hubben: 'Naar een alerter strafrecht in de gezondheidszorg', *NJB* 82, 2007, nr. 26, p. 1571-1576.

114 Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid*, Zoetermeer 2005.

35. Een belangrijk argument bij de keuze om medische diagnostiek als voorbehouden handeling aan te merken, is dat de uitvoering van een dergelijke handeling onder voorwaarden overdraagbaar is aan andere dan medische beroepsbeoefenaars, tenzij de wetgever dit zou uitsluiten. Om een en ander te kunnen reguleren, moet echter duidelijk zijn wat onder ‘medische diagnose’ moet worden verstaan. Die term omschrijven, blijkt niet eenvoudig. Wordt hiermee het verrichten van onderzoekshandelingen bedoeld, een interpretatieproces of uitsluitend het kwalificeren van symptomen in termen van erkende gezondheidsverstoringen?¹¹⁵ Voor zover het belang van verantwoorde zorg vergt dat medische diagnostiek moet kunnen worden overgedragen aan andere dan medische beroepsbeoefenaars, lijkt het raadzaam alleen het stellen van een beperkt aantal, specifieke diagnoses in het deskundigheidsomschrijving van de desbetreffende beroepsbeoefenaars op te nemen. De keuze voor de bewuste diagnoses zou kunnen plaatsvinden op basis van de reguliere zorgbehoefte bij een bepaalde categorie patiënten (bijv. diabetespatiënten), de te veronderstellen bekwaamheid van de betrokken beroepsbeoefenaars (bijv. gespecialiseerd verpleegkundigen), in afstemming met de medische beroepsgroep. Verder zouden de bijbehorende opleidingseisen hieraan moeten worden aangepast en het onderwijs hierover parallel aan, of zo nodig samen met het medisch-diagnostisch onderwijs georganiseerd kunnen worden.

36. De minister heeft aangegeven het stellen van een medische diagnose niet aan te willen merken als een aan artsen voorbehouden handeling. Niettemin blijft medische diagnostiek een onderdeel van het deskundigheidsterrein van de arts. Zij vergt bijzondere, academische scholing, daar de inzet van *cure* en *care* naast prognostische overwegingen is gebaseerd op de professionele beoordeling van naar ziekte of verwonding verwijzende verschijnselen. Het overdragen van medische diagnostiek wordt daarom alleen verantwoordbaar geacht als dit gebeurt naar beroepen met een met het medische vergelijkbaar kennis- en vaardigheden-niveau.¹¹⁶

De aanbeveling van de RVZ om de deskundigheidsomschrijvingen van wettelijk geregelde beroepen op het vlak van medische diagnostiek te expliciteren, voor zover die beroepsbeoefenaren over deskundigheid op dat vlak beschikken, neemt de minister wel over en zal dus bij de voorgenomen aanpassingen van opleidingseisen en deskundigheidsomschrijvingen worden betrokken.¹¹⁷

115 G.P.M. Raas, ‘Medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG?’, in: *Medische diagnose*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies *Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid*, Zoetermeer 2005, p. 113-125.

116 Vgl. Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Taakherschikking en voorschrijven geneesmiddelen*, Circulaire 2006-02-IGZ, Den Haag november 2006 (geldig tot 1 mei 2008).

117 *Kamerstukken II* 2004/05, 29 800 XVI, nr. 197, p. 1-3.

37. Het voorstel om het in twijfel trekken van een medische diagnose als een aan artsen voorbehouden handeling aan te merken, legt de minister naast zich neer.¹¹⁸ Een voorbehouden handeling van een dergelijke strekking levert volgens de minister meerdere knelpunten op. Zo mag een omschrijving van het begrip ‘in twijfel trekken’ geen belemmeringen opwerpen voor het geven van een second opinion. Onzeker is ook of de maatregel effectief genoeg zal zijn om het probleem waarvoor zij in het leven geroepen wordt – namelijk de bescherming van de patiënt tegen ondeskundige diagnostiek – op te lossen. Naast het al genoemde probleem bij de handhaving, is ook het bewijs van een overtreding van het verbod problematisch. Bovendien biedt de maatregel geen oplossing voor situaties waarin reguliere artsen tevens werkzaam zijn als alternatieve behandelaar. Het is inderdaad de vraag of het *betwijfelen* van een medische diagnose als strafbare gedraging voldoende helder is. Mijns inziens zou ook niet zozeer het betwijfelen van een diagnose verboden moeten worden, maar veeleer het zich niet houden aan hetgeen naar gangbaar medisch inzicht in reactie op een medische diagnose als verantwoorde zorg moet worden beschouwd. Dat is een concrete gedraging, bijvoorbeeld het inzetten van een ongebruikelijke of wetenschappelijk onverantwoorde therapie terwijl een zorgvuldig gestelde diagnose toepassing van een andere (standaard)behandeling voorschrijft.

Experimenteerartikel

38. Een cruciaal onderwerp in relatie tot taakherschikking betreft het opnemen van een experimenteerartikel in de Wet BIG. De KNMG bepleit een experimenteerartikel in de wet op te nemen om flexibilisering van het systeem van de wet mogelijk te maken. Via een experimenteerartikel zouden enkele wetsartikelen tijdelijk buiten werking gesteld kunnen worden, zodat ruimte kan ontstaan om nieuwe ontwikkelingen in de zorg en veranderingen in de beroepenstructuur te verkennen. De opgedane ervaringen met de nieuwe aanpak zouden tussentijds geëvalueerd kunnen worden.¹¹⁹ De minister van VWS staat positief tegenover deze gedachte en beschouwt het invoeren van een dergelijk artikel als een concrete maatregel waarmee taakherschikking wettelijk mogelijk zou kunnen worden gemaakt.¹²⁰

De Stuurgroep MOBG bepleit eveneens de opname van een experimenteerartikel. Dit artikel zou moeten aangegeven dat bij AMvB bepaalde (nieuwe) professionals op grond van hun competentie, op tijdelijke basis en onder voorwaarden, zelfstandig bevoegd zijn tot het verrichten van nader te noemen voorbehouden handelingen. Hiermee wordt flexibilisering gerealiseerd van de bestaande regels aangaande het toekennen van bevoegdheden. Via het experimenteerartikel zouden vooral de voor taakherschikking noodzakelijke bevoegdheden voor de nurse practitioner en de physician assistant (voorlopig) bij AMvB geregeld moeten wor-

118 *Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 128, p. 3-5; Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 155, p. 7.*

119 *Standpunt KNMG inzake resultaten evaluatie Wet BIG, Utrecht 2003, p. 3 en 5.*

120 *Kamerstukken II 2005/06, 29 282, nr. 26, p. 3.*

den.¹²¹ Verder stelt de stuurgroep voor het voorschrijven van geneesmiddelen op te nemen in de regeling inzake voorbehouden handelingen van de Wet BIG, zodat de zelfstandige bevoegdheid van artsen, tandartsen en – in beperkte mate – verloskundigen eveneens aan andere beroepsbeoefenaren kan worden toegekend.¹²² Ook de IGZ is van mening dat een experimenteerartikel aan de bevoegdheidsregeling in de Wet BIG moet worden toegevoegd om de nieuwe beroepen – totdat die bij wet geregeld zijn – gedurende een bepaalde periode een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen ten aanzien van bij AMvB aan te wijzen voorbehouden handelingen. Volgens de IGZ gaat het hierbij vooral om beroepen wier toegevoegde waarde in de zorg reeds erkend wordt, maar die door het ontbreken van een zelfstandige bevoegdheid onvoldoende gelegenheid hebben gehad die waarde aan te tonen.¹²³

39. Bij het voornemen een experimenteerartikel in de Wet BIG op te nemen, kunnen enkele kanttekeningen worden geplaatst.

Die kanttekeningen zijn vanwege de nog bestaande onduidelijkheid over het reguleringsbeleid bij het ter perse gaan van dit preadvies gericht op de oorspronkelijke bedoeling dat met name nurse practitioners en physician assistants via het experimenteerartikel op basis van een AMvB gedurende een bepaalde periode (bijv. vijf jaar) zelfstandig bevoegd worden ten aanzien van een beperkt aantal door de minister aan te wijzen voorbehouden handelingen, waarna de experimenteerperiode wordt geëvalueerd. In hoeverre deze kanttekeningen actueel blijven voor de nurse practitioner moet in het licht van de reële verwachting dat dit beroep op termijn zal opgaan in de regeling inzake verpleegkundig specialisten in de zin van artikel 14 Wet BIG worden afgewacht.

40. Allereerst is de vraag of de nurse practitioner en de physician assistant gedurende de experimenteerperiode gelden als wettelijk erkende beroepen met een beschermde titel. Bij een wettelijk beschermde titel binnen de systematiek van de Wet BIG hoort ook een bij of krachtens de wet vastgelegde omschrijving van het deskundigheidsterrein. Toekenning van een registertitel aan de nurse practitioner en de physician assistant vergt bovendien een vorm van BIG-registratie. Een regeling op basis waarvan het verlenen van een beschermde titel van registratie wordt losgekoppeld, is in de BIG-systematiek innerlijk tegenstrijdig, mede vanwege de publieksvoorlichtende functie van een dergelijke titel. Daarnaast is het gelijktijdig hanteren van verschillende systemen van titelbescherming niet wen-

121 Stuurgroep MOBG, *Advies inzake de aanpak van de positionering van de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA)*, voorbereid door de Werkgroep Positionering NP en PA in de nieuwe beroepenstructuur, Utrecht mei 2005.

122 Vgl. Brief van de Stuurgroep MOBG aan de minister van VWS d.d. 3 mei 20005, kenmerk I050034CA/KG/cad.

123 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Taakherschikking en voorschrijven geneesmiddelen*, Circulaire 2006-02-IGZ, Den Haag november 2006 (geldig tot 1 mei 2008), p. 3.

selijk. Het is dan ook weinig aannemelijk dat de wetgever titelbescherming zal toekennen aan beroepen waarvan het aandachtsgebied nog via een experimenteerfase in kaart moet worden gebracht.

41. In het verlengde hiervan ligt de vraag hoe het verrichten van voorbehouden handelingen door de nieuwe beroepen na taakherschikking moet worden beoordeeld. Kan dit handelen, zolang een nieuw beroep formeel niet beschikt over een bij of krachtens de wet omschreven deskundigheidsterrein, toch gelden als beroepsmatig handelen in de zin van de Wet BIG? Er zijn deskundigheidsterreinen die bij of krachtens de wet zijn omschreven en er zijn deskundigheidsterreinen van beroepsbeoefenaren die *niet* in de Wet BIG geregeld zijn. Bij laatstgenoemde beroepsbeoefenaren wordt het deskundigheidsterrein meestal door representatieve beroepsorganisaties in kaart gebracht en ook uitgewerkt in een beroepsprofiel. Sommige beroepen die niet in de Wet BIG geregeld zijn, worden ook uitgeoefend door personen met een professionele achtergrond in een beroep dat wel door de wet wordt bestreken. Zo is menig anesthesiemedewerker (AM) van oorsprong verpleegkundige. Bij nurse practitioners is dit evenzeer het geval. Beroepen zonder een wettelijk omschreven deskundigheidsterrein vallen onder artikel 1 lid 1 Wet BIG, voor zover zij met hun werkzaamheden gericht zijn op de gezondheidszorg. Ofschoon niet te verwachten is dat de juridische status van de omschrijving van het deskundigheidsterrein bepalend is voor de mate waarin een beroepsbeoefenaar in juridische zin beroepsmatig handelt, is het met name tegen de achtergrond van artikel 96 lid 1 Wet BIG van belang dat het experimenteerartikel verheldert dat de werkzaamheden van de nieuwe beroepen als beroepsmatig handelen kunnen worden aangemerkt.

42. Een andere kwestie betreft het toezicht op de naleving van regels gedurende de experimenteerperiode. Moeten de genoemde beroepen via het experimenteerartikel ook onder het wettelijk tuchtrecht en/of het bereik van het College van Medisch Toezicht worden gebracht? Bij een ontkennend antwoord is de vraag hoe de kwaliteit van zorg dan *wel* wordt gegarandeerd. Indien ervoor wordt geopteerd de nieuwe beroepen onder het tuchtrecht en/of het medisch toezicht te laten vallen, moet duidelijk zijn welke waarde de tuchtrechter/College van Medisch Toezicht moet hechten aan het experimentele gehalte van de gedraging waarover in een voorkomend geval wordt geklaagd, zeker wanneer een wettelijke afbakening van het deskundigheidsterrein van nurse practitioners en physician assistants voorsnog uitblijft.

43. Verder kan de vraag worden opgeworpen of nurse practitioners en physician assistants gedurende de experimenteerperiode onder artikel 96 Wet BIG moeten vallen. In het bevestigende geval is ook hier de vraag hoe om te gaan met de uit artikel 96 lid 1 voortvloeiende eis van afbakening van het deskundigheidsterrein om te kunnen vaststellen of een nurse practitioner of een physician assistant buiten de grenzen van zijn deskundigheid is getreden.

44. Een andere niet beantwoorde vraag is of de beroepen vallend onder het experimenteerartikel tevens rechten kunnen ontleen aan EG-Richtlijn No. 2005/36, betreffende de erkenning van EG-beroepskwalificaties. Deze richtlijn, te implementeren in de Algemene wet erkenning EG-beroepskwalificaties, is bedoeld om de grensoverschrijdende toegang tot gereguleerde beroepen in EU-lidstaten te vergemakkelijken door te waarborgen dat EU-onderdanen die hun beroepskwalificaties in een lidstaat hebben behaald, toegang hebben tot hetzelfde gereguleerde beroep in een andere lidstaat en dit beroep kunnen uitoefenen met dezelfde rechten als de onderdanen van die lidstaat.¹²⁴ De richtlijn stelt onder andere aan de orde of nurse practitioners en physician assistants in andere EU-lidstaten werkzaam mogen zijn op basis van het experimenteerartikel, ook indien de wet- en regelgeving in het bewuste land daar niets over zegt.

45. Naast bovenstaande vraagpunten is de gedachte om via een experimenteerartikel in de wet aan nieuwe beroepen zelfstandige bevoegdheid voor sommige voorbehouden handelingen toe te kennen op een andere grond problematisch. De reden daarvan ligt in de constatering van de Stuurgroep MOBG dat de beroepen van nurse practitioner en physician assistant nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd.¹²⁵

Die constatering is naar mijn mening van groot belang bij de besluitvorming over het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen. De overheid is op basis van artikel 22 lid 1 GW immers gehouden het publiek te informeren over wat een beroepsbeoefenaar in beroepsmatig opzicht mag doen en dient waarborgen te bieden voor de kwaliteit van de hulpverlening. Om een nieuw beroep de bevoegdheid toe te kennen om op eigen gezag voor de patiënt risicovolle handelingen te verrichten, moeten voldoende garanties bestaan voor een verantwoorde taakvervulling. Een zelfstandige bevoegdheid toekennen aan nurse practitioners en physician assistants kan daarom pas aan de orde zijn als duidelijk is dat deze beroepen de bekwaamheid hebben om de desbetreffende voorbehouden handelingen naar behoren te verrichten. De constatering dat nurse practitioners en physician assistants als beroepen nog onvoldoende zijn uitgekris-

124 Zie in dit verband *Kamerstukken II 2006/07*, 31 059, nr. 2 en 3. Per 1 februari 2008 is in werking getreden de Regeling vaststelling lijst gereguleerde beroepen, *Stcrt.* 2008, 21, p. 27. Tot die lijst behoren verschillende beroepen in de individuele gezondheidszorg, echter niet die van nurse practitioner en physician assistant of daarmee gelijk te stellen beroepen.

125 *Kamerstukken II 2005/06*, 29 282, nr. 26, p. 3. Overigens is de stuurgroep van mening dat het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan nurse practitioners en physician assistants meer haast heeft dan verheldering van de contouren van beide beroepen. Bovendien valt volgens de stuurgroep niet goed in te zien waarom het realiseren van taakherschikking afhankelijk zou moeten zijn van het antwoord op de vraag of de nieuwe professionals als nieuw beroep met een eigen beroepsdomein zijn erkend. Zie Stuurgroep MOBG: *Advies inzake de aanpak van de positionering van de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA)*, Utrecht mei 2005, p. 4.

talliseerd, onder andere omdat ziekenhuizen nog te weinig zorg dragen voor een adequate inbedding van deze beroepen binnen de organisatie,¹²⁶ roept hier twijfels over op.

46. Bij deze stand van zaken kan ertoe worden besloten de beslissing over het wettelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid uit te stellen totdat voldoende zicht bestaat op de kaders waarbinnen de nieuwe beroepen werkzaam zijn. Een dergelijk besluit zou echter vooral in de zorgpraktijk op veel onbegrip stuiten. Uit onderzoek blijkt immers dat een substantieel percentage van de verpleegkundigen in de praktijk reeds op eigen initiatief voorbehouden handelen – met name injecties en catheterisaties van de blaas – verricht. Hoewel wordt onderkend dat dit in strijd is met de wet wordt de ernst hiervan sterk gerelativeerd. Het overgrote deel van de ondervraagde verpleegkundigen acht zich voldoende bekwaam tot de bewuste handelingen. Ook de toenemend onafhankelijke rol van verpleegkundigen in de zorgverlening speelt hierbij een rol. Daarnaast is de veiligheid van de patiënt niet in gevaar, zo wordt steeds beweerd.¹²⁷

Uit onderzoek komt eveneens naar voren dat dergelijk zelfstandig optreden ook in de dagelijkse praktijk van nurse practitioners aan de orde is.¹²⁸ De vooralsnog bescheiden praktijk van de physician assistants vertoont een vergelijkbare trend.¹²⁹ Gegeven deze ontwikkelingen is het de vraag of het niet prematuur is de beide beroepen via het experimenteerartikel een zelfstandige bevoegdheid te verlenen.

126 Zie ook Stuurgroep MOBG, *Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst*, UMC Consult i.s.m. Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht, (bew. J. Kenbeek, J. Rademakers, Utrecht juni 2006).

127 Zie J. de Bie e.a. in *Health Policy* 68, 2004, No. 3, p. 373-384. Zie ook J. de Bie: *Reserved procedures in Dutch health care; practice, policies and perspectives of physicians, nurses and management*, (diss.) EMGO Institute, Amsterdam 2006, p. 57-74.

128 Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol: *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner bij de cardiologie*, Wenckebach Instituut-UMCG, Groningen, 2007, p. 13 en 18-19; Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol: *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant bij de mammapathologie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007, p. 21, 22 en 24.

129 Zie Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol: *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant bij de orthopedie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007, p. 17-18; Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol: *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physician Assistant bij de cardiothoracale chirurgie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007, p. 23-25. Meer algemeen zie M.A.G. van Offenbeek, Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, M. Knip: *Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effecten van de zorg*, (onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS), Groningen 2003.

47. Mede tegen de achtergrond van de conclusies van de IGZ¹³⁰ zou meer geïnvesteerd moeten worden in onderzoek naar de feitelijke beroepsuitoefening door de nieuwe beroepen, teneinde aanknopingspunten te vinden voor een beter op die praktijk afgestemde, volwaardige bevoegdheidsregeling. In de kern past een experimenteerartikel naar bovenstaand model niet in de BIG-systematiek. Sterker nog, het artikel legitimeert een handelwijze die formeel strijdig is met de wet. Het belangrijkste aandachtspunt is daarom te verzekeren dat de patiënt verzekerd blijft van verantwoorde zorg, ook ten aanzien van handelingen waarvan niet helder is of zij tot het deskundigheidsterrein van de nieuwe beroepen behoren. Taakherschikking is immers geen doel op zichzelf.

48. Een andere variant is: waarom niet direct overgaan tot een volwaardige regulering in de wet van de nurse practitioner en de physician assistant met alle bijbehorende voorzieningen voor wat betreft het waarborgen van verantwoorde zorg? Is het niet beter de experimenteergedachte los te laten, de bestaande taken van de betrokken nieuwe beroepen binnen een voorlopig eigen deskundigheidsterrein bij of krachtens de wet te omschrijven, daarvoor een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen en dit proces gedurende een zekere periode te monitoren en later de regeling zo nodig aan te passen? Daarmee zou het oude concept van beroepsbescherming weliswaar weer van stal worden gehaald, zij het nu niet in relatie tot de medicus, maar ten aanzien van alle beroepen die de wetgever de bevoegdheid toekent om op eigen gezag voor de patiënt risicovolle handelingen uit te voeren. Dit zou met het oog op het publieke belang bij een gewaarborgde kwaliteit van zorg tevens ertoe moeten leiden dat die beroepen – voor zover niet reeds aan de orde – onder het bereik van het tuchtrecht en/of het medisch toezicht worden gebracht, zodat hun handelen in deze ook door de eigen (nieuwe) professie kan worden bewaakt.

49. Voor de gedachte om direct over te gaan tot een volwaardige regulering is ook een basis te vinden in de reactie van de minister op de SGZ 2007.¹³¹ De minister schrijft immers dat bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren via het experimenteerartikel, en daarmee in afwijking van artikel 36 Wet BIG, gedurende een bepaalde periode bevoegd worden tot het verrichten van bij AMvB nader aan te wijzen handelingen, waarbij het de bedoeling is deze beroepen na een *positieve evaluatie* in de Wet BIG op te nemen. Vanzelfsprekend is een positieve evaluatie een voorwaarde daarvoor, maar vanwaar het vooruitlopen op de uitkomst van een dergelijke evaluatie? Mij dunkt dan ook dat, indien werkelijk een positieve evaluatie wordt verwacht, die beroepen direct volwaardig in de wet dienen te worden ondergebracht en niet via een experimentele constructie die immers niet zonder risico's is.

130 Zie *Staat van de Gezondheidszorg 2007*, o.c., p. 16.

131 *Kamerstukken II 2007/08*, 31 200 XVI, nr. 98, p. 2.

50. Op basis van een advies van de Stuurgroep MOBG¹³² alsook de tussenrapportage vanuit het project Verpleegkundige Beroepen- en Opleidingscontinuüm (VBOC) over de verpleegkundige beroepsstructuur¹³³ was de minister van VWS eind 2005 van mening dat het experimenteerartikel vooralsnog alleen op het beroep van physician assistant toegepast zal worden.¹³⁴ De Stuurgroep MOBG sluit zich in deze aan bij het VBOC-advies om de nurse practitioner in de nieuwe beroepsstructuur te beschouwen als ‘verpleegkundig specialist’ in de zin van artikel 14 Wet BIG, waardoor aan dit beroep via aanpassing van artikel 36 Wet BIG zelfstandige bevoegdheden kunnen worden toegewezen. Daarmee zou het regelen van zelfstandige bevoegdheid via een experimenteerartikel voorlopig alleen voor de physician assistant kunnen gelden, al zal de redactie van het artikel wellicht ook ruimte laten voor een (zelfstandige) bevoegdheidsregulering voor andere beroepen. Aannemelijk is dat de bewuste bevoegdheid echter alleen handelingen zal betreffen die voor overdracht in aanmerking komen. Die indruk wordt versterkt doordat de minister in zijn reactie op de SGZ 2007 heeft gesproken – het is reeds opgemerkt – over het toekennen, op basis van een experimenteerartikel, van een bevoegdheid tot het verrichten van bij AMvB nader aan te wijzen handelingen aan bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren gedurende een bepaalde periode. In deze formulering wordt niet gesproken over het verlenen van een zelfstandige bevoegdheid, zodat het hier waarschijnlijk alleen om opdrachtgebonden bevoegdheden gaat.

51. Hoewel eerder een andere verwachting is gewekt,¹³⁵ bleek bij het ter perse gaan van dit preadvies een wetsvoorstel ter opneming van een experimenteerartikel in de Wet BIG nog niet gereed voor indiening en zelfs de fase van ambtelijke voorbereiding nog niet te zijn gepasseerd. Op dat tijdstip was ook nog geen conceptwetsvoorstel in de ministerraad besproken. Pas nadat een dergelijk concept door de ministerraad is geaccordeerd, kan de Raad van State om advies worden gevraagd. Of het lukt om een wetsvoorstel voor de zomer van 2008 aan de Tweede Kamer aan te bieden, valt dan ook nog te bezien.¹³⁶

5.4.3 *Kwaliteitswet zorginstellingen*

52. Taakherschikking brengt niet alleen verantwoordelijkheden met zich voor individuele hulpverleners, maar ook voor zorginstellingen en dan met name het instellingsbestuur. De vraag is met name welke gevolgen taakherschikking heeft

132 Stuurgroep MOBG, *Advies inzake de aanpak van de positionering van de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA)*, Utrecht mei 2005.

133 Vgl. VBOC-AVVV: *Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening*, Utrecht mei 2006.

134 *Kamerstukken II 2005/06*, 29 282, nr. 26, p. 3.

135 *Kamerstukken II 2006/07*, 31 031 XVI, nr. 1, p. 126

136 Vgl. *Kamerstukken II 2007/08*, 31 200 XVI, nr. 98, p. 2.

voor de verplichtingen van instellingsbesturen op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ).¹³⁷

53. De KWZ stelt een aantal algemene eisen aan de zorg. Het uitgangspunt van de wet is dat zorginstellingen in de zorgsector (ziekenhuizen, verpleeghuizen, ZBC's, etc.) zelf verantwoordelijk zijn voor een kwalitatief goede zorg en dat zij zelf nader invulling geven aan de eisen van de wet. Een zorginstelling – in de wet aangeduid als 'zorgaanbieder' – dient verantwoorde zorg aan te bieden, dat wil zeggen: zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Deze verplichting stelt bijzondere eisen aan de organisatie van de zorgverlening, de kwaliteit en kwantiteit van personeel en materieel en de verantwoordelijkheidstoedeling. Instellingen zijn er verantwoordelijk voor dat ook taakherschikking aan deze eisen voldoet. De vraag is echter: waarop heeft deze verantwoordelijkheid concreet betrekking?

54. Bepleit is wel dat de aan de betrokken (nieuwe) beroepen toe te kennen zelfstandige bevoegdheden uitsluitend de minder complexe, gestandaardiseerde vormen van zorg behoren te omvatten. Dit betekent in het licht van de KWZ dat op instellingen vooral de taak rust om toe te zien op de totstandkoming van de noodzakelijke protocollen en interne richtlijnen, zeker zolang de betreffende bevoegdheden niet in de wet zijn verankerd. In deze protocollen en richtlijnen dient de zorgverlening op een specifiek terrein zo concreet mogelijk te zijn beschreven. Tevens kan de te verlenen zorg hiermee worden afgebakend, zodat in voorkomende gevallen ook kan worden nagegaan of een beroepsbeoefenaar met zijn of haar handelen binnen de grenzen van zijn of haar bevoegdheid is gebleven. Verder moeten de bewuste protocollen en richtlijnen op zorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen, bekend zijn binnen de instelling en regelmatig worden geëvalueerd.

55. Instellingen zijn primair verantwoordelijk voor de aanwezigheid van deze documenten en de beschikbaarheid van een intern systeem waarmee de kwaliteit hiervan wordt bewaakt. De vraag is echter wat de inhoud van deze protocollen en richtlijnen dient te zijn. De inhoud van een protocol of richtlijn kan het doorlopen van een procedure (bijv. een stapsgewijze beschrijving van het klaarmaken van een injectie) betreffen, maar ook een feitelijke beschrijving van een verrichting (het daadwerkelijk toedienen van een injectie). Vanzelfsprekend mag de inhoud de grenzen van de wet niet overschrijden. Echter, hoe om te gaan met deze eis in de fase dat de wet (nog) geen uitsluitel geeft over wat mag en wat niet?

137 Wet van 18 januari 1996, Stb. 1996, 80. Laatstelijk gewijzigd bij wet van 7 april 2005, Stb. 2005, 216.

56. Via protocollen en richtlijnen mogen in ieder geval geen handelingen (bijv. voorschrijven van medicatie) worden toevertrouwd aan beroepsbeoefenaren die bij wet niet daartoe bevoegd zijn, ook niet als dit wordt gesuperviseerd.¹³⁸ Het is de verantwoordelijkheid van de instelling om te bewaken dat de inhoud van protocollen en richtlijnen een weerspiegeling zijn – en blijven – van de daadwerkelijke zorgverlening binnen de afdeling. Waar dit niet zo is, kan – en behoort – uiteindelijk ook de instelling daarop te worden aangesproken. Afwijken van een protocol of richtlijn is in beginsel immers alleen toegestaan, indien daar goede redenen voor bestaan. Uit de rechtspraak¹³⁹ blijkt onder meer dat een deugdelijk protocol op een specifiek terrein (bijv. trombosepreventie) de norm van een goed hulpverlener mede constitueert en in het concrete geval geldt als de professionele standaard als bedoeld in artikel 7:453 BW.

57. Een onderbelicht aspect van taakherschikking in het licht van de KWZ is de vraag naar de gevolgen van taakherschikking voor de taakvervulling door met name medici. Ook die vraag raakt aan de verantwoordelijkheid van instellingsbesturen.

Naar verwachting krijgen met name artsen en medisch specialisten door taakherschikking meer ruimte voor patiëntenzorg, onderwijs en medisch-wetenschappelijk onderzoek. Door meer aandacht te besteden aan patiëntenzorg, zouden bestaande wachtlijsten effectiever kunnen worden aangepakt en op termijn mogelijk zelfs kunnen verdwijnen. Meer ruimte voor onderwijs kan onder meer betekenen dat de kwaliteit van het medisch onderwijs toeneemt en dat de begeleiding van arts-assistenten verbetert. Meer ruimte voor medisch-wetenschappelijk onderzoek kan de kwaliteit van bijvoorbeeld de curatieve zorg ten goede komen en op termijn leiden tot algehele verbetering van de volksgezondheid. Instellingsbesturen kunnen van hun medische hulpverleners verlangen dat zij inzichtelijk maken hoe zij hun tijd na de implementatie van taakherschikking besteden en op welke wijze dit bijdraagt aan de verwezenlijking van verantwoorde zorg. Artsen kunnen instellingsbesturen attenderen op knelpunten of onvoorziene bijeffecten van taakherschikking. Via nadere verslaglegging hieromtrent in het kwaliteitsjaarverslag aan de IGZ zou de instelling zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg naar buiten toe moeten verantwoorden. Voorkomen moet worden dat taakherschikking voor de niet-medische beroepen uiteindelijk vooral een taakverzwaring betekent, die in abstracto weliswaar gerechtvaardigd wordt met verwijzing naar het belang van verantwoorde zorg, maar waarvan feitelijk onvoldoende helder is of die daadwerkelijk wordt bevorderd.

138 Dat geldt niet alleen voor afgestudeerde beroepsbeoefenaren, maar ook voor studenten. Zo is het co-assistenten niet toegestaan in opdracht van hun supervisor geprotocolleerd medicatie voor te schrijven. Zie R.P. de Roode en D.Y.A. van Meersbergen in *MC* 2007, nr. 23, p. 1011 in reactie op Y.F.C. Kortmann en A.P.P.M. Driesen: 'Bekwaam genoeg', *MC* 2007, nr. 20, p. 874-875.

139 HR 2 maart 2001, *NJ* 2002, 649.

Ook de financiële aspecten c.q. gevolgen van taakherschikking behoren tot de verantwoordelijkheid van instellingsbesturen. Instellingen – en niet in de laatste plaats ook zorgverzekeraars – hebben belang bij inzicht daarin. Dit heeft ook betekenis voor de patiënt. Handelingen die als gevolg van taakherschikking voortaan worden verricht door lager opgeleid personeel, zouden merkbaar lagere kosten van een behandeling met zich moeten brengen.

5.4.4 *Geneesmiddelenwet*

58. Op 1 juli 2007¹⁴⁰ is de Geneesmiddelenwet (GW)¹⁴¹ in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG) en brengt een aantal voor dit preadvies relevante veranderingen met zich. Zo bevat de GW regels aangaande het voorschrijven van geneesmiddelen via internet, geldt de openbare apotheker op basis van de GW als hulpverlener in de zin van de WGBO en heeft die, net als de arts, voortaan bijzondere verplichtingen jegens de patiënt aangaande voorlichting, geheimhouding, dossiervoering en zorg.

59. Onder vigeur van de WOG waren artsen, tandartsen en – in begrensde mate – verloskundigen zelfstandig bevoegd tot het voorschrijven van geneesmiddelen. De WOG voorzag niet in een regeling op basis waarvan het voorschrijven van geneesmiddelen kon worden overgedragen aan andere dan de genoemde beroepen. Deze situatie is vaak beschouwd als een belangrijke belemmering voor taakherschikking, mede omdat uit de praktijk is gebleken dat ook andere dan de genoemde beroepen zelfstandig recepten uitschrijven. Bepleit is dan ook om de mogelijkheid te creëren deze zelfstandige bevoegdheid uit te breiden naar andere, nieuwe zorgprofessionals¹⁴² en het voorschrijven van geneesmiddelen op te nemen in de regeling voorbehouden handelingen van de Wet BIG, zodat die bevoegdheid via het geplande experimenteerartikel (en/of onder gelijklopende voorwaarden) ook aan andere beroepsbeoefenaren kan worden verleend.¹⁴³

60. Artikel 1 GW bevat een indeling in verschillende typen van geneesmiddelen. Volgens artikel 1 lid 1 onder s GW wordt onder een UR-geneesmiddel verstaan: een geneesmiddel dat uitsluitend op recept ter hand mag worden gesteld. Artikel 1 lid 1 onder pp GW bepaalt dat het afgeven en ondertekenen van een dergelijk recept alleen mag plaatsvinden door de in artikel 36 lid 14 Wet BIG genoemde beroepsbeoefenaren. Ingevolge artikel 61 lid 1 GW mogen alleen apothekers en

140 Besluit van 18 juni 2007, Stb. 2007, 227.

141 Wet van 8 februari 2007, Stb. 2007, 93.

142 Stuurgroep MOBG, *Advies inzake de aanpak van de positionering van de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA)*, Utrecht mei 2005.

143 Zie ook de Brief van de Stuurgroep MOBG aan de minister van VWS d.d. 3 mei 2005, kenmerk I050034CA/KG/cad.

huisartsen met de vereiste vergunning¹⁴⁴ UR-geneesmiddelen ter hand stellen. Daarbij geldt ‘ter hand stellen’ op grond van artikel 1 lid 1 onder II GW als het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, beroepsbeoefenaren bedoeld in artikel 36 lid 14 onder a tot en met d Wet BIG en mondhygiënist(en) of optometrist(en) die geneesmiddelen onder zich hebben ten behoeve van toediening aan hun patiënten.

61. Artikel 36 lid 14 onder a tot en met c Wet BIG bepaalt dat artsen, tandartsen en verloskundigen bevoegd zijn tot het voorschrijven van UR-geneesmiddelen. Aan deze kring van beroepsbeoefenaren voegt artikel 36 lid 14 onder d Wet BIG – en dat is nieuw ten opzichte van de regeling onder de WOG – toe een bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie verpleegkundigen. Deze categorie verpleegkundigen krijgt hiermee de zelfstandige bevoegdheid tot het voorschrijven van UR-medicatie, zij het onder de voorwaarde dat door een arts, tandarts of verloskundige de diagnose is gesteld met betrekking tot de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd, bij het voorschrijven van het betreffende geneesmiddel wordt gehandeld conform medische protocollen en standaarden terzake en niet wordt getreden buiten de grenzen van de voorschrijfbevoegdheid zoals vastgelegd in de GW.

62. Bij het ter perse gaan van dit preadvies had de minister nog geen categorieën verpleegkundigen aangewezen,¹⁴⁵ zodat verpleegkundigen voorlopig nog geen medicatie mogen voorschrijven. Naar verwachting zal het ook nog enige tijd duren alvorens aan de ministeriële regeling¹⁴⁶ invulling wordt gegeven. Zo is er nog onduidelijkheid over het bereik van de voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundigen: geldt deze bevoegdheid voor alle medicatie binnen het desbetreffende deskundigheidsterrein of moeten er beperkingen worden gesteld wat betreft het soort medicatie, de dosering (alleen herhaalmedicatie?) en/of de patiëntencategorie(ën) waarvoor de medicatie bedoeld is? Verheldering vergt ook de afstemming met het medisch medicatiebeleid en wie waarvoor de verantwoording draagt.

Overigens hoeft de aanwijzing van een (of meerdere) categorieën verpleegkundigen mijns inziens niet te worden uitgesteld totdat duidelijk is geworden of ook aan andere categorieën verpleegkundigen voorschrijfbevoegdheid kan worden toegekend. De vorige minister heeft aangegeven een voorschrijfbevoegdheid van

144 Art. 61 lid 1 onder c GW biedt de minister nog de mogelijkheid om bij ministeriële regeling personen en instanties aan te wijzen met bijbehorende omschrijving van de omstandigheden waarvoor de regeling geldt.

145 Verwacht wordt dat de AMvB met de aangewezen groepen verpleegkundigen in het najaar van 2008 gereed is. Zie *Kamerstukken II 2007/08*, 31 200 XVI, nr. 98, p. 2.

146 Zie ook art. 36 lid 16 Wet BIG.

wettelijk erkende verpleegkundig specialisten (waaronder op termijn wellicht ook nurse practitioners) en physician assistants voor te bereiden.¹⁴⁷

Uit de regeling als geheel blijkt dat het voorschrijven van UR-geneesmiddelen ook na 1 juli 2007 een niet overdraagbare voorbehouden handeling is.¹⁴⁸

63. Anders dan de KNMG wilde de vorige minister van VWS het toekennen van de voorschrijfbevoegdheid niet beperken tot de wettelijk erkende verpleegkundig specialisten. Zijns inziens kon het wenselijk zijn om die bevoegdheid onder de voorwaarden gesteld in artikel 36 lid 14 onder d Wet BIG ook toe te kennen aan duidelijk identificeerbare andere categorieën verpleegkundigen. Zolang echter niet helder is hoe deze groepen verpleegkundigen (met name gespecialiseerde verpleegkundigen) 'geïdentificeerd' kunnen worden en aan welke bijzondere opleidingseisen zij moeten voldoen, zou toekenning van een voorschrijfbevoegdheid hier (nog) niet verantwoord zijn, aldus de minister.¹⁴⁹ Daarmee relativeert de minister de onder medici levende zorg dat de activiteiten van verpleegkundigen aangaande het voorschrijven van geneesmiddelen niet los gezien kunnen worden van het handelen van de arts.¹⁵⁰ Volgens de minister ligt het voor de hand dat met het oog op de kwaliteit en veiligheid van het voorschrijfbeleid en geneesmiddelengebruik goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen de betrokken beroepsbeoefenaren. Voor beperkingen¹⁵¹ aan de voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundig specialisten die niet voor artsen gelden, ziet de minister geen aanleiding voor zover verpleegkundig specialisten bij hun voorschrijfwerkzaamheden handelen binnen hun wettelijk vastgestelde deskundigheidsgebied en de opleiding tot verpleegkundig specialist dit laatste ook kan waarborgen. Een beperking die inhoudt dat uitsluitend binnen medische protocollen wordt voorgeschreven, acht de minister wél nodig voor de andere categorieën verpleegkundigen.¹⁵²

Wat de verantwoordelijkheidsverdeling betreft, is de minister van mening dat de verpleegkundig specialist in specifieke gevallen de regierol op zich kan nemen voor dat deel van de zorg waarvoor hij/zij de deskundigheid heeft.¹⁵³ Voor handelen van de verpleegkundig specialist binnen de eigen zelfstandige bevoegdheid is een arts niet (eind)verantwoordelijk.

147 *Kamerstukken II 2005/06*, 29 282, nr. 26, p. 4.

148 *Kamerstukken I 2006/07*, 29 359, D, p. 16.

149 *Kamerstukken I 2006/07*, 29 359, D, p. 16.

150 J. Legemaate, 'Het voorschrijven van geneesmiddelen door verpleegkundigen', *TvGR* 30, 2006, afl. 8, p. 576-580.

151 Voor de door de KNMG voorgestelde randvoorwaarden bij de toekenning van de voorschrijfbevoegdheid aan verpleegkundig specialisten, zie KNMG: 'Voorschrijven door verpleegkundigen; er moet nog veel gebeuren', *MC* 2007, nr. 7, p. 309. Zie ook *MC* 2006, nr. 38, p. 1516-1517.

152 *Kamerstukken I 2006/07*, 29 359, D, p. 16.

153 *Kamerstukken I 2006/07*, 29 359, F, p. 3.

64. De huidige regels aangaande het voorschrijven van UR-geneesmiddelen werven onder meer de vraag op wat hierover in het licht van taakherschikking in een eventueel experimenteerartikel kan of moet worden opgenomen.¹⁵⁴ Volgens de huidige minister van VWS is het regelen van de voorschrijfbevoegdheid van gespecialiseerde verpleegkundigen¹⁵⁵ via een experimenteerartikel niet meer aan de orde. De betrokken categorieën verpleegkundigen worden betrokken bij het opstellen van de criteria voor het afbakenen van deze bevoegdheid. Die criteria zullen in de genoemde ministeriële regeling, die immers geen experimenteel karakter draagt, worden opgenomen.¹⁵⁶

Daarmee zou het geplande experimenteerartikel voor wat betreft de voorschrijfbevoegdheid voorlopig alleen nog betekenis hebben voor de physician assistant. Artikel 36 lid 14 onder d Wet BIG laat in ieder geval weinig ruimte om dit beroep daarin op te nemen, nu de physician assistant niet tot een categorie verpleegkundigen kan worden gerekend. In het licht van de huidige regeling in de GW lijkt het echter niet erg waarschijnlijk dat juist een niet overdraagbare voorbehouden handeling als het voorschrijven van geneesmiddelen via een experimenteerregeling wordt toegekend aan een beroep dat vooralsnog geen duidelijke plek in de praktijk van de zorg heeft kunnen verwerven.

65. Het moet worden afgewacht in welk tempo aan de ministeriële regeling als bedoeld in artikel 36 lid 14 onder d Wet BIG invulling zal worden gegeven. Om te voorkomen dat de regeling slechts symbolische waarde heeft, is te hopen dat de minister spoedig tot actie overgaat.

5.4.5 *Taakherschikking en enkele Europeesrechtelijke aspecten*

66. Artikel 46 Wet BIG bepaalt dat de minister dient te voorzien in de verdere uitvoering van EG-richtlijnen relevant voor de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg in de Nederlandse wetgeving. Sommige EG-richtlijnen zijn van belang in het kader van taakherschikking. Aan de orde is bijvoorbeeld welke gevolgen EG-richtlijnen op het gebied van vrij verkeer van personen en diensten voor de nieuwe beroepen kunnen hebben. Kan een in Nederland werkzame nurse practitioner of physician assistant met een beroep op deze richtlijnen aanspraak maken op vergelijkbaar werk in een andere lidstaat? Omgekeerd is de vraag of met deze nieuwe beroepsbeoefenaren vergelijkbaar gekwalificeerde personen uit een andere Europese lidstaat werkzaam kunnen zijn als nurse practitioner of physician assistant in Nederland.

154 Vgl. J. Legemaate, o.c., die de timing van de wettelijke verankering van de voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundigen op basis van de GW jo. art. 36 lid 14 Wet BIG 'behoorlijk ongelukkig' acht.

155 Dit lijkt een 'sloop of the pen' van de minister. Bedoeld zijn hier waarschijnlijk de verpleegkundig specialisten.

156 *Kamerstukken II 2006/07, 29 477 en 29 359, nr. 30, p. 3.*

Hieronder volgt een schets van het kader waarbinnen de beantwoording van deze vragen kan plaatsvinden.

67. De volgende bepalingen inzake vrij verkeer uit het EG-Verdrag zijn hier van belang:

- artikel 39 EG-Verdrag, handelend over het vrij verkeer van werknemers. Onder het begrip ‘werknemer’ wordt volgens de jurisprudentie van het Hof van Justitie verstaan iemand die gedurende een bepaalde tijd, ten gunste en onder leiding van een ander, reële en daadwerkelijke prestaties verricht waarvoor hij een beloning ontvangt;
- artikel 43 EG-Verdrag, handelend over de vrijheid van vestiging. Volgens de jurisprudentie van het Hof van Justitie gaat het er bij vestiging om dat een onderdaan van de Europese Gemeenschap duurzaam kan deelnemen aan het economisch leven van een andere lidstaat dan zijn staat van herkomst;
- artikel 49 EG-Verdrag, handelend over beperkingen op het vrij verkeer van diensten. Het onderscheid met vestiging is dat het bij diensten gaat om werkzaamheden van tijdelijke aard. Het tijdelijk karakter dient niet alleen aan de hand van de duur van de dienst te worden beoordeeld, maar ook aan de hand van de frequentie, de periodiciteit of de continuïteit daarvan.

68. Deze regels houden kort gezegd in dat een onderdaan van de ene lidstaat de mogelijkheid heeft om in een andere lidstaat als werknemer of als zelfstandige aan de slag te gaan indien hij dat wenst. Op grond van de bepalingen inzake vrij verkeer zijn alle belemmeringen, opgeworpen door nationale maatregelen, die het vrij verkeer van werknemers, vestiging of diensten hinderen, verboden.¹⁵⁷

69. Belemmeringen die personen kunnen weerhouden om in een andere lidstaat een beroep uit te oefenen, kunnen voortvloeien uit het feit dat diploma’s, certificaten et cetera die in de ene lidstaat zijn behaald, in de andere lidstaat (‘de lidstaat van ontvangst’) niet worden erkend. Het gaat hierbij om het uitoefenen van handelingen die in de lidstaat van ontvangst voorbehouden zijn aan personen die voldoen aan bepaalde kwalificaties. De lidstaat van ontvangst eist dan dat de persoon in kwestie de kwalificaties verwerft die in dat land voor de uitoefening van het bewuste beroep gelden. Deze praktijk is door het Hof van Justitie bestempeld als strijdig met de bepalingen inzake vrij verkeer, omdat hierdoor belemmeringen worden opgeworpen die personen hinderen om in een andere lidstaat hun beroep uit te oefenen. Volgens de jurisprudentie van het Hof van Justitie moet de ontvangende lidstaat rekening houden met in een andere lidstaat verworven kwalificaties en nagaan of die met de door hem geëiste kwalificaties overeenstemmen. Het gaat hierbij om de onderlinge erkenning van diploma’s, certificaten, et cetera. Het Hof van Justitie heeft dit als volgt verwoord:

157 Arrest HvJ 15 december 1995 (Bosman) C-415/93; Arrest HvJ 30 november 1995 (Gebhard) C-55/94.

“(...) de bevoegde autoriteiten van een lidstaat die moeten beslissen op een verzoek om een beroep te mogen uitoefenen dat naar nationaal recht slechts toegankelijk is voor degene die over een diploma of een beroepskwalificatie beschikt, [moeten] rekening houden met de diploma’s, certificaten en andere titels die de betrokkene met het oog op de uitoefening van hetzelfde beroep in een andere lidstaat heeft verworven, door de uit die diploma’s blijkende bekwaamheden te vergelijken met de in de nationale regeling verlangde kennis en kundigheden (...)”.¹⁵⁸

70. Maatregelen die belemmeringen vormen voor de uitoefening van het vrij verkeer zijn echter niet per definitie verboden. Zij kunnen gerechtvaardigd zijn indien het bijvoorbeeld gaat om discriminerende maatregelen op grond van nationaliteit. Die kunnen alleen worden gerechtvaardigd door de belangen van openbare orde, openbare veiligheid en volksgezondheid; zie artikel 39 lid 3 en artikel 46 juncto artikel 55 EG-Verdrag. Hierbij geldt dat de maatregelen geschikt moeten zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en zij mogen niet verder gaan dan nodig is om dat doel te bereiken. Maatregelen die niet discrimineren, kunnen worden gerechtvaardigd als zij hun rechtvaardiging vinden in dwingende eisen van algemeen belang, geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder gaan dan nodig is om dat doel te bereiken. Dit wordt ook wel de ‘rule of reason’ genoemd en volgt uit de rechtspraak van het Hof van Justitie.¹⁵⁹

71. Om de problematiek rond de erkenning van diploma’s, certificaten, et cetera, op te lossen, zijn bepaalde richtlijnen vastgesteld. In geval van harmonisatierichtlijnen die toezien op de erkenning van bepaalde diploma’s, certificaten, et cetera, kunnen bovengenoemde rechtvaardigingsgronden niet worden ingeroepen. De betreffende richtlijn vormt dan het kader waarbinnen de nationale maatregel moet worden getoetst. Voor een aparte toets aan de EG-verdragsbepalingen en de hiervoor genoemde rechtvaardigingsgronden is dan geen plaats meer. Er zijn verschillende richtlijnen die toezien op de onderlinge erkenning van diploma’s, certificaten, et cetera. Hierbij gaat het – voor zover kon worden nagegaan – om de erkenning van diploma’s voor beroepen die in zowel de lidstaat van oorsprong als de lidstaat van ontvangst bestaan. Beroepen die in de ene lidstaat wel bestaan en bij of krachtens de wet geregeld zijn en in de andere lidstaat niet, vallen dan buiten het bereik van de harmonisatierichtlijnen.

158 Arrest HvJ 1 februari 1996 (Arantis/Land Berlin) C-164/94.

159 Vgl. P.J.G. Kapteyn, P. Verloren van Themaat, R. Barents: *Het recht van de Europese Unie en van de Europese Gemeenschappen*, zesde geheel herziene druk, Deventer: Kluwer 2003, p. 605-606.

72. Onlangs is de Dienstenrichtlijn¹⁶⁰ aangenomen. Deze richtlijn vormt een algemeen harmonisatiekader voor het dienstenverkeer en ook vestiging. Zij lijkt echter niet van betekenis voor taakherschikking in de gezondheidszorg, omdat artikel 2 lid 2 sub f van de Dienstenrichtlijn aangeeft dat de richtlijn niet van toepassing is op "(...) diensten van de gezondheidszorg, al dan niet verleend door gezondheidszorgfaciliteiten en ongeacht de wijze waarop zij op nationaal niveau zijn georganiseerd en worden gefinancierd en ongeacht de vraag of de diensten openbaar of particulier van aard zijn".

73. In beginsel zouden beoefenaars van beroepen in Nederland in andere lidstaten hun beroep moeten kunnen uitoefenen op grond van de bepalingen inzake vrij verkeer uit het EG-Verdrag. Problemen kunnen ontstaan als deze beroepen in het buitenland niet bestaan of als er geen gelijkwaardig beroep bestaat. Als de nieuwe beroepsbeoefenaren het beroep dat zij in Nederland uitoefenen in een andere lidstaat niet kunnen uitoefenen, vormt dit in principe een belemmering van het vrij verkeer. Voorstelbaar is echter dat andere lidstaten een rechtvaardigingsgrond kunnen invoeren om een dergelijke belemmering te rechtvaardigen. Op grond van de excepties uit het EG-Verdrag kunnen lidstaten een beperkt aantal rechtvaardigingsgronden invoeren, maar op grond van de 'rule of reason' kunnen allerlei rechtvaardigingsgronden naar voren worden gebracht. De vraag is of de ontvangende lidstaat rekening moet houden met reeds opgedane ervaring en kwalificaties die verkregen zijn in de lidstaat van oorsprong.

74. Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie¹⁶¹ volgt dat een lidstaat die moet beslissen op een verzoek om toelating tot een beroepskwalificatie, rekening dient te houden met de diploma's, certificaten en andere titels die de betrokkene met het oog op de uitoefening van hetzelfde beroep in een andere lidstaat heeft verworven door de uit die diploma's blijkende bekwaamheden te vergelijken met de in de eigen nationale regeling verlangde kennis en ervaring. Deze onderzoeksprocedure moet de autoriteiten van het gastland in staat stellen zich objectief ervan te overtuigen dat de houder van het buitenlandse diploma over kennis en bekwaamheden beschikt die zo niet identiek, dan toch ten minste gelijkwaardig zijn aan die welke uit het binnenlandse diploma blijken. Bij deze beoordeling van de gelijkwaardigheid van het buitenlandse diploma mag uitsluitend worden gelet op het niveau van de kennis en bekwaamheden dat de houder ervan mag worden geacht te bezitten, rekening houdend met de aard en de duur van de studie en de praktijkopleiding waarvan het de voltooiing bewijst.¹⁶²

In het kader van dit onderzoek kan een lidstaat rekening houden met objectieve verschillen met betrekking tot zowel het rechtskader van het betrokken beroep in

160 Pb. 2006, L 367/51.

161 Arrest HvJ 7 mei 1991 (Vlassopoulou) C-340/89.

162 Vgl. Arrest HvJ 15 oktober 1987, C 222/86.

de lidstaat van herkomst als het werkterrein ervan. Een lidstaat mag derhalve overgaan tot een vergelijkend onderzoek van de diploma's, rekening houdend met de tussen de betrokken nationale rechtsordes vastgestelde verschillen. Bij een dergelijk onderzoek zijn de nationale autoriteiten gehouden een procedure te volgen die in overeenstemming is met de eisen van het gemeenschapsrecht betreffende de effectieve bescherming van de door het EG-Verdrag aan de gemeenschapsonderdanen verleende fundamentele rechten. Dit betekent dat elk besluit vatbaar moet zijn voor beroep en dat de belanghebbende kennis heeft kunnen nemen van de redenen voor het jegens hem genomen besluit.

Indien het vergelijkend onderzoek tot de conclusie leidt dat de uit het buitenlandse diploma blijkende kennis en bekwaamheden overeenkomen met de in de nationale wettelijke regeling gestelde eisen, moet de lidstaat erkennen dat dit diploma aan de in de nationale regeling gestelde voorwaarden voldoet. Komen deze kennis en bekwaamheden slechts gedeeltelijk overeen, dan mag het gastland van de betrokkene het bewijs verlangen dat hij de ontbrekende kennis en bekwaamheden heeft verworven.

75. Met betrekking tot de rechtvaardiging van een inbreuk op het vrij verkeer van diensten kijkt het Hof van Justitie eveneens naar de inhoud van de bewuste werkzaamheden. Een rechtvaardigingsgrond voor een vrij verkeer belemmerende regeling kan verband houden met de wens van een lidstaat om de ontvangers van bepaalde diensten te beschermen tegen schade die zij zouden kunnen ondervinden indien deze diensten worden uitgevoerd door personen die *niet* over de vereiste beroepsbekwaamheden beschikken. Een dergelijke regeling mag echter niet verder gaan dan voor de bescherming van dat belang noodzakelijk is, nu het vereiste van specifieke beroepskwalificaties niet onevenredig mag zijn aan de behoeften van de ontvangers van de diensten. Voor zover een dienstverrichter werkzaamheden van eenvoudige aard verricht die geen bijzondere beroepskwalificaties vereisen, dan kunnen de aard van een dienst waar het om gaat, noch de gevolgen van nalatigheid van de dienstverrichter rechtvaardigen dat het verrichten van de dienst is voorbehouden aan personen die over bijzondere beroepskwalificaties beschikken. Een dergelijke regeling gaat dan verder dan nodig om het beoogde doel te bereiken.¹⁶³

76. De belemmeringen die ontstaan voor het vrij verkeer van werknemers, diensten en vestiging zijn, zoals gezegd, vaak een gevolg van het feit dat het verrichten van bepaalde handelingen voorbehouden is aan personen die beschikken over bepaalde kwalificaties. Indien in andere lidstaten handelingen die in Nederland worden verricht door de nieuwe beroepen zijn voorbehouden aan personen met bepaalde kwalificaties, bijvoorbeeld artsen, dan ligt niet voor de hand dat een nurse practitioner en/of physician assistant in die lidstaten dezelfde werk-

163 Arrest HvJ 25 juli 1991 (Säger) C-76/90.

zaamheden zal kunnen uitvoeren als in Nederland. Met name het verschil in opleiding speelt hierbij een belangrijke rol. Of in alle gevallen het beroep van een lidstaat op een rechtvaardigingsgrond slaagt, valt echter te bezien. Daarvan is althans niet uit te gaan als niet wordt voldaan aan het noodzakelijkheidsvereiste. Indien wordt vastgesteld dat de nurse practitioner en/of physician assistant eenvoudige handelingen verricht waarvoor het niet nodig is om over specifieke beroepskwalificaties te beschikken, zou men die handelingen ook in het buitenland moeten kunnen verrichten. Indien een vergelijkbaar gekwalificeerd persoon uit het buitenland in Nederland een van de nieuwe beroepen zou willen uitoefenen, dan dient deze persoon in beginsel te worden toegelaten. Er moet in dat geval rekening worden gehouden met de diploma's, certificaten, et cetera en de ervaring die in het buitenland is opgedaan.

5.4.6 Aansprakelijkheid

77. Uit het voorafgaande is duidelijk geworden dat taakherschikking in de gezondheidszorg een gegeven is. Het is niet de vraag *of* taakherschikking plaatsvindt, maar *hoe* die plaatsvindt. Gebleken is dat taakherschikking kan bijdragen aan verhoging van de kwaliteit van de geboden gezondheidszorg, maar soms ook kan leiden tot onverantwoorde risico's voor de patiëntenzorg. Taakherschikking dient daarom plaats te vinden binnen het wettelijk kader, in overeenstemming te zijn met hetgeen binnen de beroepsgroep als verantwoord wordt beschouwd en voorts te voldoen aan de eisen van zorgvuldigheid. Indien een ziekenhuis of individuele beroepsbeoefenaar overgaan tot taakherschikking en die eisen daarbij uit het oog verliezen, kan dat onder omstandigheden ook tot juridische gevolgen leiden. Uit het navolgende zal blijken dat het bestaande juridische instrumentarium daarvoor in beginsel toereikend is.

Civielrechtelijke aansprakelijkheid

78. Taakherschikking is in het algemeen vooral aan de orde binnen ziekenhuizen en andere instellingen. In geval van tekortkomingen bij de uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst – ook indien die tekortkoming een toerekenbaar gevolg is van een tekortschietende taak- en verantwoordelijkheidsverdeling – is de instelling daarvoor centraal aansprakelijk (artikel 7:462 BW). Een mogelijke lacune is dat taakherschikking ook aan de orde is in instellingen waar de WGBO niet (steeds) van toepassing is. Te denken valt hierbij aan de sector verpleging en verzorging. De door de minister van VWS aangekondigde Wet cliënt en kwaliteit van zorg beoogt in die lacune te voorzien. Voor het overige geldt dat taakherschikking aan de orde is bij beoefenaren van nieuwe beroepen die overwegend in dienstverband werkzaam zijn. In geval van een toerekenbare tekortkoming biedt de mogelijkheid om de werkgever van de beroepsbeoefenaar civielrechtelijk aansprakelijk te stellen de patiënt/ cliënt voldoende soelaas.

Strafrechtelijke aansprakelijkheid

79. Meerdere malen is geconstateerd dat het Openbaar Ministerie niet of nauwelijks gebruik maakt van de mogelijkheid van strafvervolging op grond van artikel 96 Wet BIG.¹⁶⁴ De vraag is of de implementatie van taakherschikking daarin verandering zal brengen.

80. Betoogd is wel dat de Openbaar Ministerie zich te afzijdig opstelt bij de strafrechtelijke handhaving in medische zaken en dat waar dit wel het geval is het optreden van het Openbaar Ministerie zich kenmerkt door een grote mate van wisselvalligheid.¹⁶⁵ Waar strafvervolging opportuun lijkt, blijft zij niet zelden achterwege¹⁶⁶ en waar van strafvervolging redelijkerwijs behoort te worden afgezien, wordt zij tot verbazing van velen ingezet.¹⁶⁷ Opvallend is verder dat daar waar strafrechtelijke vervolging plaatsvindt, die meestal alleen individuele hulpverleners treft.¹⁶⁸ De instelling c.q. de rechtspersoon of het instellingsbestuur blijven doorgaans verschoond van strafvervolging, ofschoon er genoeg voorbeelden zijn van gevallen waarin het aandeel van de instellingsorganisatie in de 'verontrustende keten van onachtzaamheden en ernstige nalatigheden'¹⁶⁹ voldoende aanleiding had kunnen vormen om ook het instellingsbestuur te vervolgen.¹⁷⁰

Met de intrede van taakherschikking zijn zorgprocessen complexer geworden dan voorheen, mede omdat meer – en ook nieuwe – disciplines bemoeienis met de patiënt hebben. Behoud van een aanvaardbare kwaliteit van de multidisciplinaire zorg stelt daarbij verhoogde eisen aan de organisatie van de zorg. De vraag

164 Zie onder meer J.M. Cuperus-Bosma, et al, o.c., p. 168 en 213.

165 J.H. Hubben, 'Naar een alerter strafrecht in de gezondheidszorg', *NJB* 82, 2007, nr. 26, p. 1571-1576.

166 Te denken valt hier aan, wat ik zou willen noemen, het spiegelbeeld van de zaak Vencken: RTC Zwolle 18 mei 2006, *GJ* 2006/112. Hier ging het om een chirurg die, in de overtuiging palliatieve zorg te verlenen, feitelijk euthanasie toepaste en daarbij vrijwel alle denkbare regels van zorgvuldigheid schond. De chirurg werd berispt, terwijl het Openbaar Ministerie eerder besloot de zaak te seponeren.

167 Vgl. HR 6 februari 2007, *NJ* 2007, 112. In deze zaak verklaarde de Hoge Raad het cassatieberoep van een psychiater gegrond. De psychiater, beschuldigd van wederrechtelijke vrijheidsberoving, had om zeer verdedigbare redenen besloten het verblijf van een patiënte in een psychiatrische instelling zonder rechterlijke machtiging te laten voortduren, ofschoon op dat moment de daarvoor noodzakelijke bescheiden nog niet beschikbaar waren. Inmiddels heeft het Hof 's-Hertogenbosch, na verwijzing, de psychiater van dit feit vrijgesproken.

168 Vgl. HR 14 november 2000, LJN AA8301; Rb, Utrecht 24 juni 2004, LJN AP4308; Rb. Leeuwarden 23 december 2004, LJN AR8065.

169 Rb. 's-Gravenhage 19 december 2002, LJN AF2320.

170 Zie J.H. Hubben, o.c., p. 1573.

is dan ook of met de toegenomen vormen van ketenzorg en teamwork binnen de gezondheidszorg, die door taakherschikking worden bevorderd, ook een verschuiving van de strafrechtelijke aansprakelijkheidsstelling van het individu naar de organisatie te verwachten is. Feit is dat de kwaliteit van de zorgverlening door de individuele beroepsbeoefenaar in die gevallen niet langer los kan worden gezien van het beleid binnen een instelling. Dit scheidt een bijzondere verantwoordelijkheid voor instellingsbesturen, nu de zorg steeds vanuit samenwerkingsrelaties wordt verleend. In geval van een duidelijke taakverwaarlozing dient het Openbaar Ministerie zijn verantwoordelijkheid onder ogen te zien.

Bestuursrechtelijke aansprakelijkheid

81. In dit verband verdient ook het bestuursrechtelijk instrumentarium voor de handhaving van de wettelijke vereisten voor verantwoorde zorgverlening die geldt voor zorgaanbieders de aandacht. Op basis van de KWZ heeft de minister de mogelijkheid om zorgaanbieders die hun verantwoordelijkheden onder de wet verzaken een schriftelijke aanwijzing te geven. In die aanwijzing wordt gemotiveerd vermeld op welke onderdelen van de wet de zorgaanbieder in gebreke is gebleven en welke maatregelen hij wordt geacht te nemen. Een dergelijke maatregel is voorstelbaar bij een lacunes vertonende toedeling van taken en verantwoordelijkheden, terwijl verbetering achterwege blijft. Indien het nemen van maatregelen geen uitstel verdraagt vanwege dreigend gevaar voor de veiligheid of de gezondheid, kan de (hoofd)inspecteur voor de gezondheidszorg een schriftelijk bevel geven (artikel 7 lid 4 KWZ). In zulke gevallen is direct ingrijpen noodzakelijk en het schriftelijk bevel biedt daartoe de mogelijkheid.

Tot de verplichtingen van een zorgaanbieder onder de KWZ behoort onder meer de plicht om de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren en daarbij de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel te voorzien dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg (artikel 3 KWZ). Dit betekent dat in geval een patiënt risico loopt als gevolg van een onvoldoende taak- en verantwoordelijkheidsverdeling dit, naast tuchtrechtelijke maatregelen, tevens kan leiden tot bestuursrechtelijke maatregelen jegens de instelling. Gewezen zij in dit verband ook op het voorstel om de IGZ de mogelijkheid te bieden om bestuurlijke boetes op te leggen. Deze uitbreiding van de bevoegdheden van de IGZ wordt onder meer opgenomen in de Wet BIG (artikel 100) en de KWZ (artikel 9).¹⁷¹

82. Ingevolge artikel 40 Wet BIG geldt de verplichting om de zorgverlening op zodanige wijze te organiseren dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg ook voor de solistisch werkende beroepsbeoefenaar die valt onder artikel 3 of artikel 34 Wet BIG. Bij niet of onvoldoende naleving van de

171 Zie *Kamerstukken II 2006/07*, 31 122 (Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidwetgeving), nrs. 2 en 3.

verplichtingen op grond van artikel 40 Wet BIG kan de Inspecteur voor de Volksgezondheid op grond van artikel 87a Wet BIG de desbetreffende beroepsbeoefenaar een schriftelijk bevel geven.

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid

83. Op de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid gaat medepreadviseur De Die in deel 2 van dit preadvies uitvoerig in. Ik beperk mij hier tot de volgende kanttekeningen toegespitst op taakherschikking.

84. Beroepsbeoefenaren die taken uitvoeren in het kader van taakherschikking kunnen daarvoor tuchtrechtelijk ter verantwoording worden geroepen indien zij een zogenoemd artikel 3-beroep uitoefenen en als zodanig geregistreerd staan. De nurse practitioner en physician assistant zijn geen artikel 3-beroepen en vallen als zodanig buiten het wettelijk tuchtrecht. Wel kan de nurse practitioner of physician assistant buiten het wettelijk deskundigheidsterrein van zijn oorspronkelijk beroep treden. Indien nurse practitioner of physician assistant zijn geregistreerd als artikel 3-beroep vallen zij onder het bereik van het wettelijk tuchtrecht. Dit betekent dat een nurse practitioner die fouten maakt bij zijn taakvervulling in tuchtrechtelijke zin kan worden verweten daarmee geen verpleegkundig verantwoordende zorg te hebben verleend, vooropgesteld dat betrokkene als verpleegkundige is geregistreerd. Mutatis mutandis kan dit zich voordoen bij de tekortschietende physician assistant die ook als fysiotherapeut is geregistreerd.

85. Waar het vanuit juridische invalshoek bij taakherschikking vooral om gaat, is dat de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk blijft en dus ook wie in geval van een tekortkoming daarvoor kan worden aangesproken. Van belang is ook dat vast staat wie verantwoordelijkheid draagt voor de integrale zorg en voor specifieke onderdelen daarvan. Het kan niet zo zijn dat de (tuchtrechtelijke) verantwoordelijkheid 'verdamp't als gevolg van taakherschikking.

Een dergelijke 'verdamping' van verantwoordelijkheid wordt tuchtrechtelijk niet aanvaard, zoals blijkt uit een recente beslissing van het RTC Zwolle.¹⁷² Hierbij ging het om een jonge vrouw die vroeger een aortaklepvervanging had ondergaan en als gevolg daarvan een antistollingsmiddel slikte. Bekend is dat de combinatie van hartklep en zwangerschap complicaties en met name kleptrombose kan geven. Toen de vrouw zwanger was, hadden twee cardiologen en een gynaecoloog bemoeienis met haar. Uiteindelijk werd de kleptrombose hier te laat geconstateerd, werd de baby dood geboren en overleed de vrouw. Het tuchtcollege veroordeelt de artsen en legt een waarschuwing (cardioloog), een berisping (gynaecoloog) en een voorwaardelijke schorsing van drie maanden (cardioloog) op. Het tuchtcollege overweegt in dat kader:

172 RTC Zwolle 13 december 2007, 148/2005 en 149/2005. Zie www.tuchtcollegegezondheidszorg.nl.

“Het College is van oordeel dat uit de hele gang van zaken valt op te maken dat onvoldoende duidelijk was wie het beleid bepaalde (de tevens aangeklaagde gynaecoloog als hoofdbehandelaar deed dat in feite niet) en dat sprake was van een onvoldoende (multidisciplinaire) regie. Deze onduidelijkheid lijkt inherent aan de organisatie in ziekenhuizen, met toenemende specialisaties en schaalvergroting, maar is in het belang van een goede gezondheidszorg onaanvaardbaar.”

86. Eerder heeft het CTC de staf gebroken over een maatschap gynaecologen die een tot verwarring leidende regeling van de verantwoordelijkheid hanteerde.¹⁷³ Die maatschap werkte met een systeem van wisselende diensten, waardoor iedere gynaecoloog wisselend patiënten zag en ook beoordeelde. ‘s Ochtends vond een ochtendbespreking plaats waarbij alle patiënten in aanwezigheid van alle gynaecologen-maatschapsleden en ook andere hulpverleners werden besproken en het te voeren beleid in onderling overleg werd bepaald. In de aan het CTC voorgelegde casus is de baby van een patiënte kort na de geboorte overleden en duurde het naar professionele maatstaven te lang alvorens na de spoedvacuüm-extractie de diagnose uterusruptuur werd gesteld. De vraag is wie van de gynaecologen daarvoor kon worden aangesproken.

Het CTC oordeelt dat wanneer een maatschap, zoals de onderhavige, de praktijkvoering inricht op een wijze waarbij niet één arts als (hoofd)behandelaar verantwoordelijk is voor het beleid ten aanzien van een patiënt, maar de verantwoordelijkheid daarvoor, gezien de gezamenlijke ochtendoverdrachtbesprekingen, in feite collectief wordt gedragen, iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk is voor die wijze van praktijkvoering en daarmee ook voor het gevoerde beleid ten aanzien van een patiënt. Volgens het CTC heeft in het onderhavige geval met name het systeem van wisselende diensten en het wisselend zien en beoordelen van patiënten ertoe geleid dat het aanvankelijke afwachtend en conservatief beleid niet tijdig is bijgesteld.

87. Uit beide hiervoor genoemde casussen kan worden geconcludeerd dat een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk (mede)verantwoordelijk kan worden gehouden voor de gevolgen van taakherschikking, in het bijzonder indien die herschikking leidt tot een lacunes vertonende verantwoordelijkheidsverdeling en zich als gevolg daarvan risico's verwezenlijken.

88. Indien een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar bij de taakherschikking direct is betrokken, daarvoor verantwoordelijkheid draagt en daarop dus kan worden aangesproken, is de situatie betrekkelijk duidelijk. Anders ligt het indien

173 CTC 4 maart 2004, 2002/224 resp. *TvGR* 2004/30, p. 314-320. Zie ook *Stcrt.* 2004, nr. 55, p. 20 en *Stcrt.* 2004, nr. 56, p. 15. Zie tevens M.B. van Leusden, H.A.M. Vervest, J.H. Hubben, *Gynaecologen en tuchtrecht* 1992-2004, Den Haag: Sdu Uitgevers, 2005, p. 293-302.

die direct betrokken BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar ontbreekt. Dan blijkt, gezien de huidige jurisprudentie van het CTC, met betrekking tot artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG een ernstige lacune te bestaan.

89. In het evaluatierapport over de Wet BIG¹⁷⁴ is de aandacht erop gevestigd dat ook onder de Medische Tuchtwet werd aangenomen dat de arts/directeur patiëntenzorg tuchtrechtelijk verantwoordelijk kon worden gehouden voor de organisatie van de zorg, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken arts.¹⁷⁵ Zo is de directeur patiëntenzorg tuchtrechtelijk verantwoordelijk gehouden voor het ontbreken van een protocol, waarin de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de arts-assistenten in het algemeen zijn geregeld. Ook onder de Wet BIG is door de tuchtrechter aanvaard dat de directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk kan worden aangesproken voor tekortkomingen in de uitoefening van zijn functie.¹⁷⁶

De gedachte dat het handelen van de arts/directeur patiëntenzorg onder het bereik van het wettelijk tuchtrecht valt, is gebaseerd op de tekst van de toetsingsnorm zoals vermeld in artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG, welke luidt:

“Enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.”

Ook de wetsgeschiedenis biedt aanknopingspunten daarvoor. Bij de totstandkoming van de Wet BIG is onder meer opgemerkt dat een geregistreerde in de zin van artikel 47 (lid 2) Wet BIG enerzijds niet verplicht is het beroep uit te oefenen, maar anderzijds, ook als hij dat niet doet, wel onderworpen is aan tuchtrechtelijk toezicht.¹⁷⁷ Uit verschillende beslissingen blijkt echter dat het CTC een andere opvatting huldigt over het door de regionale tuchtcolleges aanvaarde beginsel van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de arts/directeur-patiëntenzorg. Volgens het CTC is het functioneren van een arts in de hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg niet onderworpen aan tuchtrechtspraak, omdat hierbij niet kan worden gesproken van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.¹⁷⁸ Dit is inmiddels vaste rechtspraak van het CTC.

174 J.M. Cuperus-Bosma, et.al, o.c., p. 158-159.

175 Zie Medisch Tuchtcollege Zwolle 3 november 1990, *TvGR* 1991/36.

176 RTC Amsterdam 16 februari 1999, *TvGR* 1999/35. Zie ook RTC Zwolle 2 december 1999, *TvGR* 2000/17.

177 Zie J.M. Cuperus-Bosma, et.al, o.c., p. 52-53 en de aldaar genoemde kamerstukken.

178 CTC 13 februari 2001, No. 00/195; CTC 9 april 2002, *TvGR* 2003/9. Zie ook CTC 18 december 2001, *Stcrt.* 2001, 10.

90. Deze stand van zaken van de jurisprudentie betekent dat een BIG-geregistreerde directeur, bestuurder of anderszins overwegend organisatorisch verantwoordelijke functionaris tuchtrechtelijk niet met succes kan worden aangesproken indien een onduidelijke taakverdeling of ontoereikende verantwoordelijkheidstoedeling binnen de organisatie de belangrijkste oorzaak blijkt te zijn van een tekortkoming in de patiëntenzorg. Dat is een niet te aanvaarden consequentie van de huidige tuchtrechtspraak. In dat opzicht is het tuchtrecht niet meer 'bij de tijd' en dreigt het tuchtrecht in het tijdperk van taakherschikking de patiënt in het geval iets mis gaat het nakijken te geven. Dat kan niet de bedoeling zijn.

91. De schrijvers van het BIG-evaluatierapport hebben een reparatie van deze lacune aangereikt, die in dit kader onverminderd actueel is. Omdat zeer wel verdedigd kan worden dat de wetgever bij de formulering van de tuchtnorm van artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG een ruime interpretatie op het oog heeft gehad, is – gezien de inmiddels vaste jurisprudentie van het CTC – tussenkomst van de wetgever geboden.

Het evaluatierapport doet de dringende aanbeveling dat de wetgever hier helderheid schept en wel door verduidelijking van de tweede tuchtnorm van artikel 47 Wet BIG met als belangrijk argument dat ook de meer bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening – lees: taak- en verantwoordelijkheidsverdeling – aan tuchtrechtelijke toetsing moet kunnen worden onderworpen. In het kader van de taakherschikking kunnen zich immers als gevolg van onduidelijke verantwoordelijkheidstoedeling onaanvaardbare risico's voor de patiënt openbaren. Taakherschikking mag er niet in uitmonden dat taken zodanig herschikt zijn, dat niemand meer voor dergelijke risico's verantwoordelijk is.

6 Resumé en enkele conclusies

1. Als gevolg van meerdere omstandigheden, waaronder met name het tot ontwikkeling komen van nieuwe beroepen, vinden taakverschuivingen tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg plaats. Deze taakverschuivingen zijn soms incidenteel, maar meestal structureel van aard. In dit laatste geval wordt gesproken van *taakherschikking*. Bij de in 2002 uitgevoerde evaluatie van de Wet BIG is opgemerkt dat de wet, met het oog op de toekomst, een passend beschermingsniveau moet bieden en dat, daar waar de wet ruimte laat voor taakherschikking, kwaliteitswaarborgen in de wet moeten worden opgenomen. Daarbij zijn voorstellen geformuleerd over een zodanige aanpassing van de Wet BIG om verantwoorde taakherschikking mogelijk te maken.

Na een schets van de wijze waarop taakherschikking binnen enkele terreinen van de gezondheidszorg plaatsvindt, zijn in dit preadvies verschillende juridische aspecten van taakherschikking onderzocht. Daarbij is de analyse niet beperkt gebleven tot de beroepenwetgeving, maar zijn ook andere regelingen in de beschouwing betrokken. Doel hiervan was niet zozeer om een toekomstbestendig wettelijk kader te formuleren, maar veeleer om aan te zetten tot nadere reflectie over taakherschikking en de daarmee samenhangende verantwoordelijkheidsverdeling.

2. Uit onderzoek blijkt dat taakherschikking waarbij gebruik wordt gemaakt van nurse practitioners en physician assistants tot aanzienlijke kwaliteitswinst in de zorg leidt. Ofschoon de arbeidsmarkt zich voor deze nieuwe beroepen gunstig ontwikkelt, zijn er ook factoren die de verdere ontwikkeling van deze beroepen belemmeren. Gebleken is dat de beroepen van nurse practitioner en physician assistant nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd. Deze constatering roept twijfels op over de mogelijkheid om deze nieuwe beroepen een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen toe te kennen. Om op eigen gezag voor de patiënt risicovolle handelingen te verrichten, moeten immers voldoende garanties bestaan voor een verantwoorde taakvervulling. Desalniettemin blijken deze nieuwe beroepen in de praktijk bepaalde voorbehouden handelingen al met een grote mate van zelfstandigheid uit te voeren. Deze situatie is problematisch omdat voor het beroepsmatig verrichten van die voorbehouden handelingen door deze beroepen geen wettelijke basis bestaat en omdat dit bevestigt dat de huidige beroepenwetgeving geen gelijke tred houdt met de feitelijke beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. De spanning met die beroepenwetgeving wordt nog groter, nu blijkt dat die wetgeving voor zorgverzekeraars geen beletsel vormt om de verzekerde zorg die door de beoefenaars van de nieuwe beroepen wordt verleend, toch te vergoeden.

3. Uit een korte beschrijving van taakherschikking op een drietal terreinen van de gezondheidszorg blijkt dat taakherschikking volgens de betrokken beroepsbeoefenaren leidt tot een verbetering van de patiëntveiligheid. Naar voren komt dat

het implementeren van taakherschikking niet alleen bijdraagt aan een efficiëntere en meer patiëntveiligere zorgverlening, maar ook gelegenheid biedt om kritisch naar de bestaande zorgpraktijk te kijken en knelpunten te corrigeren. Daarmee heeft taakherschikking ook een functie in het realiseren van verantwoorde zorg. Toch kunnen hierbij enige kanttekeningen worden geplaatst. Binnen de tandheelkundige zorg is taakherschikking erop gericht om meer mondhygiënisten nieuwe stijl en minder mondartsen op te leiden, zij het dat die mondartsen beter is gekwalificeerd dan de huidige tandartsen. Er bestaat niettemin bezorgdheid over de mogelijk te grote zelfstandigheid van de mondhygiënist nieuwe stijl. Of de ontwikkelingen rond de mondhygiënist voldoende aanleiding zijn voor een erkenning als registerberoep met bijbehorende tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, moet worden afgewacht.

Binnen de huisartsenzorg blijkt de overheveling van taken van de huisarts naar de POH bij de diabeteszorg niet overal op dezelfde wijze te worden ingevuld. Sommige huisartsenpraktijken gaan hierin verder dan andere. Ook binnen de intramurale en poliklinische cardiologische zorg bestaan verschillen tussen de taken die artsen overdragen aan gespecialiseerde verpleegkundigen en/of beoefenaren van een nieuw beroep. De risico's die dit met zich brengt, worden door de betrokken professionals als minimaal getaxeerd, ofschoon zij het bestaan ervan niet ontkennen. In het algemeen overheerst de opvatting dat, zolang strikt protocollair wordt gehandeld en veel aandacht bestaat voor effectieve samenwerking en goede onderlinge afstemming, de continuïteit en daarmee ook de kwaliteit van zorg voldoende gewaarborgd is.

4. Niet alle vormen van taakherschikking blijken te beantwoorden aan de eisen van de wet. Volgens velen, waaronder met name de IGZ, is het proces van taakherschikking echter onomkeerbaar. Daarmee lijkt niet langer de vraag of taakherschikking moet worden geïmplementeerd, maar veeleer *hoe* deze het beste kan worden gereguleerd, rekening houdend met de bestaande minimumvereisten voor verantwoorde zorg.

Uit de praktijk van de gezondheidszorg komt echter geregeld het signaal dat wettelijke verheldering van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de bij taakherschikking betrokken beroepsbeoefenaren nodig is om de risico's van taakherschikking te beperken. Het is dan aan de wetgever om het juridisch kader voor verantwoorde taakherschikking aan te geven, ter voorkoming van het risico van wildgroei. Daarnaast is het de vraag of de voor taakherschikking noodzakelijke wetswijziging met het oog op de toekomst ook een regeling moet omvatten waardoor de verschuiving van taken en verantwoordelijkheden eenvoudiger kan plaatsvinden.

5. De praktijk van taakherschikking in de gezondheidszorg geeft, naast de gesignaleerde positieve effecten ervan op de kwaliteit van zorg, vanuit gezondheidsrechtelijke invalshoek ook aanleiding tot bedenkingen. Die houden met name verband met de aan taakherschikking verbonden risico's en de mate waarin de

voorgestelde oplossingen die risico's kunnen ondervangen. Dit roept tevens vragen op over de verantwoordelijkheid van wetgever, instellingsbesturen, toezicht houdende instanties en individuele beroepsbeoefenaren. Een analyse van relevante wet- en regelgeving biedt zicht hierop.

6. De WGBO is te weinig toegesneden op nieuwe vormen van beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Een belangrijke belemmering in relatie tot taakherschikking is de beperkte reikwijdte van die regeling. Veelal is onduidelijk of de bij taakherschikking betrokken beroepsbeoefenaren handelingen verrichten die vallen onder 'geneeskundige behandeling' in de zin van artikel 7:446 lid 2 BW en of zij 'hulpverlener' zijn in de zin van artikel 7:446 lid 1 BW dan wel een hulppersoon. Daarnaast is niet helder of, en zo ja welke verplichtingen artikel 7:404 BW een beroepsbeoefenaar in het kader van taakherschikking oplegt, wat in het kader van taakherschikking als een 'opdracht' geldt en wie hierbij tot de 'anderen' wordt gerekend. Bepleit kan worden dat 'anderen' alleen beroepsbeoefenaren zijn die (het overdraagbare deel van) een opdracht tot hun deskundigheidsterrein mogen rekenen en tevens de bekwaamheid bezitten om die naar behoren uit te voeren. Of dit alleen beroepsbeoefenaren met een wettelijk omschreven deskundigheidsterrein betreft of ook beroepsbeoefenaren zonder een bij wet erkend terrein van expertise, is onzeker. Aanpassing van de regelingen op de genoemde terreinen is dan ook nodig, zodat duidelijk is dat de verplichtingen voortvloeiend uit de WGBO rechtstreeks van toepassing zijn op iedere vorm van (zelfstandige) beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg.

Ook de Wet BIG stelt in een aantal opzichten beperkingen die voor taakherschikking van belang zijn.

- De regeling inzake het voeren van een wettelijk beschermde titel brengt met zich dat de rol van beroepsbeoefenaren zonder een dergelijke titel – dus ook zonder een bij of krachtens de wet omschreven deskundigheidsterrein – in geval van taakherschikking voor patiënten en consumenten onduidelijkheid oproept. Voor patiënten en consumenten moet steeds duidelijk zijn welke wijzigingen in geval van taakherschikking plaatsvinden en welke gevolgen daaraan zijn verbonden. Daarom is het van belang dat taakherschikking beperkt blijft tot een herverdeling van taken tussen beoefenaren van beroepen met een beschermde titel.
- Een te ruime, te enge of te strikte omschrijving van het deskundigheidsterrein werkt belemmerend voor taakherschikking. Die omschrijving moet zodanig zijn dat het deskundigheidsterrein zo wordt afgebakend, dat dit ruimte biedt voor (nieuwe) vormen van zorgverlening om verantwoorde zorg te verwezenlijken.
- Ofschoon het huidige systeem van opleidingseisen op zichzelf geen belemmering voor taakherschikking vormt, kan de regeling van specialismen remmend werken op de ruimte die voor taakherschikking bestaat, omdat beroepsgroepen in hoge mate zelf bepalen voor welke deel terreinen bijzondere expertise en daarmee ook bijzondere opleidingseisen vereist zijn.

- De regeling voor het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handelingen, die op zichzelf vanwege zijn rigide karakter de mogelijkheden van taakherschikking kan beperken, heeft niet kunnen voorkomen dat niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren soms toch dergelijke handelingen op eigen gezag verrichten. Dat het hierbij veelal om geprotocolleerd handelen gaat, doet niet af aan het feit dat dit in strijd is met de wet en dat de betrokken beroepsbeoefenaren daarmee buiten de grenzen van hun deskundigheidsterrein treden. Deze situatie vraagt om duidelijkheid: ofwel een strakker toezicht- en handhavingsbeleid, ofwel een herbezinning op het nut van die regeling. Die laatste optie is in dit preadvies nader onderzocht. De conclusie daarvan is dat het systeem van voorbehouden handelingen in de Wet BIG een belangrijke functie vervult – en ook moet blijven vervullen – bij de afbakening van de grenzen waarbinnen verantwoorde taakherschikking mogelijk is.

Voor de gesignaleerde belemmeringen voor taakherschikking in de Wet BIG zijn oplossingen aangedragen. Of nieuwe beroepen bij of krachtens de wet geregeld dienen te worden, beantwoordt de overheid in de regel terughoudend. De overheid stimuleert dat het veld ertoe overgaat om in deskundigheid overlappende functies of beroepen terug te brengen tot kernberoepen.

Het voorstel om aan meer beroepsbeoefenaren een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor het verrichten van voorbehouden handelingen, wordt algemeen beschouwd als een essentiële voorwaarde voor taakherschikking. Het feit dat de huidige opdrachtgebonden regelingen in de praktijk niet goed uitvoerbaar blijken, speelt hierbij een belangrijke rol. De ruimere toekenning van deze zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen betekent niet alleen een wijziging in de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden en de bijbehorende opleidingseisen, maar moet gepaard gaan met verruiming van de mogelijkheid van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid.

De vraag welke consequenties verbonden zijn aan het aanpassen van omschrijvingen van deskundigheidsgebieden maakt ook duidelijk dat actualisering van bestaande omschrijving nodig is door de vele technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Door taakherschikking zal de behoefte bij patiënten, hulpverleners en verzekeraars aan actuele informatie over welke beroepsbeoefenaar op welk terrein deskundig is, toenemen.

9. Het voornemen om de flexibilisering van het systeem van de Wet BIG mede te realiseren door opname van een experimenteerartikel roept verschillende vragen op. Op basis van de beschikbare informatie kan worden vastgesteld dat dit experimenteerartikel primair bedoeld is om nurse practitioner en physician assistant, gedurende een bepaalde periode, de voor taakherschikking noodzakelijke geachte zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen toe te kennen bij AMvB. Dit voorstel werpt verschillende vragen op.

- Welke gevolgen zijn verbonden aan het feit dat de nurse practitioner en de physician assistant via het experimenteerartikel onder het bereik van artikel 1 lid 1 Wet BIG vallen?

- Gelden de nurse practitioner en de physician assistant gedurende de experimenteerperiode als wettelijk erkende beroepen met een beschermde titel? Het ligt niet voor de hand dat de wetgever titelbescherming toekent aan een beroep waarvan het deskundigheidsterrein via een experimenteerfase nog in kaart moet worden gebracht.
- Hoe zijn toezicht en handhaving gedurende de experimenteerperiode geregeld? Moeten de genoemde beroepen via het experimenteerartikel ook onder de werking van het wettelijk tuchtrecht en/of het bereik van het College van Medisch Toezicht worden gebracht? Zo nee, dan is de vraag hoe de kwaliteit van zorg wordt gegarandeerd.
- Vallen nurse practitioner en physician assistant gedurende de experimenteerperiode onder artikel 96 Wet BIG? Zo ja, dan is ook hier de vraag hoe de vereiste afbakening van het deskundigheidsterrein plaatsvindt om te kunnen vaststellen of een nurse practitioner of physician assistant buiten de grenzen van zijn deskundigheid is getreden.
- Kunnen nurse practitioners en physician assistants op basis van het experimenteerartikel rechten ontleen aan EG-Richtlijn No. 2005/36, betreffende de erkenning van EG-beroepskwalificaties?

10. Problematisch aan de gedachte om aan de nieuwe beroepen via een experimenteerartikel zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen toe te kennen, is verder dat de beroepen van nurse practitioner en physician assistant in de praktijk van de gezondheidszorg nog onvoldoende zijn uitgekristalliseerd. Ook dit roept twijfels op over de vraag of het verantwoord is om aan deze beroepen via een experimenteerartikel die zelfstandige bevoegdheid te verlenen. Het verdient daarom de voorkeur de beslissing over het wettelijk toekennen van deze bevoegdheid op te schorten totdat voldoende zicht bestaat op de plaats en inhoud van deze nieuwe beroepen. Zolang die niet helder zijn, is het prematuur om aan deze beroepen via een experimenteerartikel een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen. Nader onderzoek naar die feitelijke beroepsuitoefening biedt een betere basis voor een volwaardige regulering van deze beroepen, te meer nu het voorgestelde experimenteerartikel in strijd komt met de BIG-systematiek. Die volwaardige wettelijke regulering van de nurse practitioner en de physician assistant met alle daarbij horende voorzieningen voor het waarborgen van verantwoorde zorg heeft dan ook de voorkeur boven een tijdelijke experimentele constructie, die immers lacunes vertoont. Daarnaast wordt de zin van een dergelijke constructie gerelativeerd door de reële verwachting dat nurse practitioners op termijn zullen opgaan in een afzonderlijke regeling voor verpleegkundig specialisten in de zin van artikel 14 Wet BIG.

11. Taakherschikking brengt ook een bijzondere verantwoordelijkheid met zich voor zorginstellingen, met name voor het bestuur daarvan. De eisen die de KWZ stelt aan de organisatie van de zorgverlening, de kwaliteit en kwantiteit van personeel en materieel en de verantwoordelijkheidstoedeling gelden ook in geval van taakherschikking. Instellingen hebben daarbij vooral tot taak te zorgen voor

een zorgvuldige totstandkoming, bekendmaking en regelmatige evaluatie van de noodzakelijke protocollen en interne richtlijnen. Daarop moet uiteindelijk de instelling naast de betrokken beroepsbeoefenaren kunnen worden aangesproken.

12. Met de invoering van de GW en de wijziging van artikel 36 lid 14 Wet BIG is de discussie over de vraag aan welke beroepen een zelfstandige bevoegdheid tot het voorschrijven van geneesmiddelen toekomt, voorlopig beslecht. De wet kent deze bevoegdheid alleen toe aan artsen, tandartsen, verloskundigen (in begrensde mate) en onder voorwaarden aan een bij ministeriële regeling nog aan te wijzen categorie verpleegkundigen. De precieze omvang van de voorschrijfbevoegdheid van deze verpleegkundigen moet nog nader worden vastgesteld. Duidelijk is wel dat ook na de wetswijziging het voorschrijven van UR-geneesmiddelen een niet voor overdracht vatbare voorbehouden handeling is gebleven. De gedachte dat het voorschrijven van geneesmiddelen via een experimenteerartikel kan worden toegekend aan een beroep dat vooralsnog geen duidelijke plaats in de praktijk van de gezondheidszorg heeft verworven, moet bij de huidige stand van zaken worden afgewezen.

13. Vanuit Europeesrechtelijk perspectief spelen met name de bepalingen inzake vrij verkeer uit het EG-Verdrag een rol. In beginsel moeten beoefenaars van beroepen in Nederland op grond van deze bepalingen in andere Europese landen hun beroep kunnen uitoefenen. In de context van taakherschikking is met name aan de orde of dit ook voor nurse practitioners en physician assistants geldt. De onzekere juridische status van deze beroepen naar Nederlands recht werkt hierbij belemmerend, evenals de mogelijke onbekendheid met deze beroepen in het buitenland. Daarnaast mag een staat die partij is bij het EG-Verdrag de diploma's, certificaten of de specifieke beroepskwalificaties van deze beroepen onderwerpen aan een vergelijkend onderzoek om de eventuele verschillen met zowel het rechtskarakter als het werkterrein van vergelijkbare beroepen in eigen land vast te stellen. Bij geconstateerde verschillen en een weigering van erkenning van deze documenten of beroepskwalificaties is niet op voorhand sprake van een ontoelaatbare belemmering van het vrij verkeer van personen en diensten binnen de EG. In het omgekeerde geval, waarin een vergelijkbaar gekwalificeerd persoon uit een EG-lidstaat in Nederland een van de nieuwe beroepen zou willen uitoefenen, dient deze persoon in beginsel te worden toegelaten.

14. Indien instellingen of individuele beroepsbeoefenaren overgaan tot taakherschikking, kan de aansprakelijkheidsvraag niet buiten beschouwing blijven. Wat betreft de civiele aansprakelijkheid biedt de bestaande centrale aansprakelijkheid van de instelling en de werkgeversaansprakelijkheid in de regel voldoende soelaas. De beoefenaren van de nieuwe beroepen zijn immers in de regel werkzaam in dienstverband. Ook het bestaande bestuursrechtelijk instrumentarium (KWZ resp. artikel 40 Wet BIG) om zorgaanbieders, die zich in geval van taakherschikking onttrekken aan hun wettelijke verantwoordelijkheden, aan te spreken,

moet vooralsnog voldoende worden geacht. Iets anders is dat dit bestuursrechtelijk instrumentarium, bijvoorbeeld in geval van te ruime interpretatie van de bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen, toch betrekkelijk zelden wordt toegepast. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de mogelijkheid van strafrechtelijke aansprakelijkstelling.

Wat betreft de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid is er sprake van een lacune als gevolg van de jurisprudentie van het CTC met betrekking tot de tweede tuchtnorm van artikel 47 Wet BIG. Van belang is dat ook in geval van taakherschikking de verantwoordelijkheidsverdeling duidelijk is en wie in geval van een tekortkoming daarvoor kan worden aangesproken. Ook behoort vast te staan wie verantwoordelijkheid draagt voor de integrale zorg en voor specifieke onderdelen daarvan, zodat de (tuchtrechtelijke) verantwoordelijkheid als gevolg van taakherschikking niet 'verdamp't. Indien de betrokken beroepsbeoefenaar daarop niet met succes kan worden aangesproken, dient dit er onder omstandigheden toe te kunnen leiden dat een directeur patiëntenzorg, tevens geregistreerd beroepsbeoefenaar, voor die meer bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening – lees: taak- en verantwoordelijkheidsverdeling – ook tuchtrechtelijk ter verantwoording kan worden geroepen. Anders dan het CTC meen ik op basis van de wetsgeschiedenis dat artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG daarvoor voldoende basis biedt. Gezien de enge interpretatie die het CTC geeft aan de tweede tuchtnorm ligt hier naar mijn mening een taak voor de wetgever om de dringend noodzakelijke duidelijkheid te bieden. Daarmee kan het tuchtrecht meer 'bij de tijd' worden gebracht, zodat de patiënt die als gevolg van taakherschikking nadeel ondervindt van een onvoldoende duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling, de nodige bescherming kan worden geboden.

Deel 2
Gewaarborgde kwaliteit

Mr. A.C. de Die*

* Mr. A.C. de Die is werkzaam als advocaat bij Pels Rijcken & Droogleever Fortuijn te Den Haag.

7 Toezicht en handhaving

7.1 *Introductie*

Casus 1

Een kaakchirurg wordt geconfronteerd met een patiënt bij wie het volledige gebit is getrokken. Bij de patiënt zijn door de behandelend tandarts 30 elementen in één sessie getrokken. Daarna is hij door de tandarts doorverwezen naar de kaakchirurg om nog diverse wortels te laten verwijderen. De patiënt heeft veel napijn geleden en is nog lange tijd arbeidsongeschikt geweest. De kaakchirurg heeft bij de patiënt onder narcose 18 wortelresten en twee verstandskiezen plus botsequesters en scherfjes van gebitselementen verwijderd. Beoordeling van de behandeling van de tandarts door de kaakchirurg heeft ertoe geleid dat hij aan de zorgverzekeraar de vraag heeft gesteld of er tegen dit soort praktijken iets te ondernemen valt. De zorgverzekeraar heeft de casus aan de IGZ gemeld. In dezelfde periode werd een andere melding ontvangen over dezelfde tandarts. Hij had bij een patiënte met het syndroom van Guillain-Barré 19 gebitselementen getrokken, zonder voorafgaand onderzoek, zonder dat enig contact had plaatsgevonden met huisarts of neuroloog, zonder voorlichting en zonder deugdelijke verslaglegging. Bovendien ontbrak het aan goede nazorg. De tandarts was een bekende van de IGZ, reeds eerder waren tegen hem maatregelen genomen.¹⁷⁹

Casus 2

Een moeder van een ziek kind (14 maanden oud) neemt eind van de middag contact op met haar huisarts omdat zij zich zorgen maakt over de toestand van haar zontje na een vaccinatie (BMR en meningokokken C) die dezelfde middag had plaatsgevonden. De huisarts laat moeder en kind naar de praktijk komen, onderzoekt het kind oppervlakkig, adviseert paracetamol en observatie op sufheid. Halverwege de avond belt de moeder naar de huisarts omdat de koorts oploopt en zij ongerust is. Het kind is niet suf. De huisarts adviseert opnieuw paracetamol en raadt haar verder aan contact op te nemen met de huisartsenpost als de toestand verslechtert. Halverwege de nacht belt de moeder de huisartsenpost omdat de koorts hoog is en haar zontje inmiddels vlekjes vertoont. De assistente stelt een aantal vragen, overlegt met de huisarts, en stelt de moeder gerust. Rond 6 uur 's ochtends belt de moeder opnieuw de dokterspost: zij heeft geconstateerd dat het kind bloedrode stippen heeft en de koorts blijft oplopen. De assistente vraagt de

179 CTC 25 januari 2005, Strct. 2005, 23.

moeder om na zeven uur op de post te komen omdat de huisarts er op dat moment niet is. Ten einde raad belt de moeder 112 en vraagt een ambulance te sturen. Dit verzoek wordt niet ingewilligd 'omdat er al contact is met de huisartsenpost waar toch iemand moet zijn'. Na nóg een telefoontje naar de huisartsenpost kan de moeder langskomen. Bij confrontatie met het kind stuurt de dienstdoende huisarts het kind onmiddellijk in naar het ziekenhuis. Aldaar wordt een meningiale sepsis vastgesteld. Elf dagen later overlijdt het kindje.¹⁸⁰

1. Twee voorbeelden uit de praktijk van de gezondheidszorg. Voorbeelden die – zoals bij de kaakchirurg in de eerste casus – de vraag oproepen aan welke normen beroepsbeoefenaren zich te houden hebben, hoe het toezicht geregeld is en of er voldoende correctie-instrumenten of maatregelen zijn. In informatie voor patiënten wordt veelal keurig gewezen op het bestaan van klachtenfunctionarissen, klachtencommissies, de mogelijkheid van aangifte, de civiele rechter en het tuchtcollege. Ook wordt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) 'het Staatstoezicht op de volksgezondheid' in voorlichtingsmateriaal wel genoemd. Of en waarvoor de patiënt met klachten en problemen bij de inspectie terecht kan, is echter de vraag. De website van de IGZ vermeldt onder 'IGZ loket > burgers' dat IGZ alleen calamiteiten en structurele tekortkomingen in de zorg onderzoekt.¹⁸¹ Deze vermelding roept bij mij de vraag op hoe de IGZ weet dat het gaat om structurele tekortkomingen als zij dat niet onderzoekt? Vanuit juridisch oogpunt kan worden opgemerkt dat de vermelding wel iets zegt over de beleidskeuze van de IGZ, maar niets over de wettelijke taak en de bevoegdheden van de IGZ als het gaat om toezicht op verantwoorde zorg. Op het juridische punt ga ik verder in.

2. In het kader van dit preadvies bespreek ik de wettelijke taak en bevoegdheden van de IGZ in het kader van het toezicht op de naleving van de norm uit de Wet BIG: verantwoorde zorg. Het kwaliteitsartikel uit de Wet BIG roept de vraag op wat die norm nu precies inhoudt. Is het een minimumnorm of gaat het om de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg?

Vervolgens zal ik de wettelijke bevoegdheden van de IGZ beschrijven. Ingegaan zal worden op het Wetvoorstel Uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving¹⁸² (Wubhv). Belangrijk onderdeel van dit wetsvoorstel, dat voor-

180 CTC 30 mei 2006, GJ 2006, 70 (eigen huisarts), CTC 30 mei 2006, www.tuchtcollege-gezondheidszorg, 2006.059 (huisarts huisartsenpost); CTC 27 januari 2007, GJ 2007, 28, m.nt. redactie (CPA-verpleegkundige). Zie ook: MC 2006, 24.

181 Zie: www.igz.nl > melding maken.

182 *Kamerstukken II 2006/07*, 31 122, nrs. 1-4 en *Kamerstukken II 2007/08*, 31 122 en 31 262, nr. 6.

uitloopt op de vierde tranche Awb,¹⁸³ is de introductie van de bevoegdheid tot bestuurlijke handhaving van (o.a.) de Wet BIG door oplegging van een bestuursrechtelijke boete. Deze bepalingen zijn aanvullend op de bestaande bestuurlijke handhavingsbevoegdheid van artikel 87a: het geven van een bevel in geval van niet-naleving van artikel 40 Wet BIG.

Tevens komt de vraag aan de orde hoe de inspectie uit oogpunt van een zorgvuldig handelende overheid in de praktijk dient om te gaan met haar bevoegdheden? Het onderwerp aansprakelijkheid van toezichthouders blijft buiten beschouwing. Hiervoor verwijs ik naar het preadvies van Van Rossum voor de NJV,¹⁸⁴ waarin dit thema uitvoerig is besproken.

Aan het eind van dit hoofdstuk zal het thema ‘samenwerking’ onder de loep genomen worden. Eerst de samenwerking tussen toezichthouders,¹⁸⁵ waarbij onder meer een vergelijking wordt gemaakt met de wettelijke regeling van de Onderzoeksraad voor veiligheid. Aansluitend aan die beschouwing wordt een voorstel gedaan voor de wettelijke regeling van veilig melden in de gezondheidszorg. Tot slot van dit hoofdstuk komt de samenwerking tussen zorgaanbieders aan de orde, waarbij de vraag is of de juridische mogelijkheden van toezicht op ketenzorg voldoen en tevens aanbevelingen worden gedaan voor normontwikkeling. Verschillende van de genoemde onderwerpen houden niet alleen verband met de Wet BIG, maar hebben ook raakvlakken met andere wetten. Waar nodig zullen deze ook aan de orde komen.

7.2 *Het Staatstoezicht op de volksgezondheid en zijn wettelijke taak*

3. De constituerende bepaling voor het toezicht op de zorg en de volksgezondheid is artikel 36 Gezondheidswet, waarvan het eerste lid bepaalt:

“Er is een Staatstoezicht op de volksgezondheid, ressorterend onder Onze Minister, dat bestaat uit bij algemene maatregel van bestuur aangewezen onderdelen en dat tot taak heeft:

- a. het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan alsmede, waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen tot verbetering daarvan;

183 *Kamerstukken I 2006/07, 29 702, A (Awb vierde tranche, gewijzigd voorstel van wet).*

184 A.A. van Rossum, *Civielrechtelijke aansprakelijkheid voor overheidstoezicht*, Preadvies voor de Nederlandse Juristen-Vereniging, Deventer: Kluwer 2005.

185 Vanwege de beperking die aan de omvang van een preadvies wordt gesteld, is de samenwerking IGZ-OM buiten beschouwing gebleven. Dit onderwerp is bovendien in de jaarvergadering van de VGR 2007 uitvoerig aan de orde gesteld door prof. mr. J.H. Hubben. Zie voor de bewerking van zijn referaat ‘Naar een alerter strafrecht in de gezondheidszorg’ *NJB* 2007, 26, p. 1571-1576.

- b. het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid, een en ander voor zover ambtenaren van het Staatstoezicht daarmee zijn belast bij of krachtens wettelijk voorschrift.”

De bedoelde AMvB is het Besluit Staatstoezicht op de volksgezondheid,¹⁸⁶ waarin twee onderdelen van het Staatstoezicht worden aangewezen: de Inspectie voor de Gezondheidszorg¹⁸⁷ (IGZ) en de Voedsel en Waren Autoriteit¹⁸⁸ (VWA).

4. Zoomen we in op de Wet BIG, dan vinden we in artikel 86 van die wet de toezichtsbepaling:

“Met het toezicht op de naleving van de krachtens deze wet geregelde opleiding, alsmede de bij of krachtens artikel 40, eerste, derde of vierde lid, gestelde voorschriften en de in deze wet opgenomen strafbepalingen zijn belast de bij besluit van Onze Minister aangewezen ambtenaren.”

In de Regeling toezicht BIG¹⁸⁹ zijn de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg belast met het toezicht¹⁹⁰ als bedoeld in artikel 86 Wet BIG. Wellicht ten overvloede: het gaat hier om het toezichthouders als bedoeld in artikel 5:11 Awb en niet om opsporing van strafbare feiten. Daarvoor is een aparte grondslag: artikel 142 Sv juncto het Besluit buitengewoon opsporingsambtenaar IGZ¹⁹¹ (BBO). Op

186 Besluit Staatstoezicht op de volksgezondheid, Stb. 1998, 646, nadien gewijzigd.

187 Art. 1a IGZ op het gebied van de beroepen en instellingen op het terrein van de gezondheidszorg, de gezondheidszorgstatistiek, de bestrijding en voorkoming van ziekten en bevordering van de gezondheid, de geestelijke volksgezondheid, de geneesmiddelen, verdovende middelen daaronder begrepen, de bloedvoorziening en de medische hulpmiddelen.

188 Art. 1b VWA op het gebied van andere dan de onder a genoemde waren en hun keuring, de destructie, het onderzoek van dieren en gewassen en hun omgeving ter voorkoming van besmetting met organismen, stoffen of straling, waaraan bij het omgaan met dieren of bij het nuttigen van producten van dierlijke of plantaardige oorsprong gevaar voor de volksgezondheid kan zijn verbonden.

189 Regeling toezicht BIG, Besluit van 17 november 1995, Stcrt. 1995, 231.

190 Toezicht is het verzamelen van de informatie over de vraag of een handeling of een zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren. Definitie uit de nota ‘Kaderstellende visie op toezicht’ van 20 juni 2001, *Kamerstukken II 2000/01*, 27 831, nr. 1, p. 7.

191 Besluit buitengewoon opsporingsambtenaar Inspectie voor de Gezondheidszorg, Stcrt. 2005, 237.

grond van dat besluit worden maximaal 40 personen aangewezen, werkzaam bij de IGZ, bevoegd tot het opsporen van feiten strafbaar gesteld bij of krachtens de wetten op het gebied van de volksgezondheid of andere wetten voor zover hij in het kader van een concreet opsporingsonderzoek daarmee wordt belast door de officier van justitie. Voor de Wet BIG is het BBO relevant omdat de huidige wet nogal wat strafbepalingen kent.

5. In dit hoofdstuk zal het accent liggen op het bestuursrechtelijk toezicht, in het bijzonder op de naleving van artikel 40. De strafrechtelijke aspecten komen in het hoofdstuk over alternatieve behandelaars aan bod (hoofdstuk 9). Het ‘toezicht op de naleving op de krachtens de wet geregelde opleidingen’ – wat daaronder ook begrepen mag worden – laat ik onbesproken, omdat dit in de praktijk wordt uitgevoerd door de Onderwijsinspectie.

7.3 ‘Verantwoorde zorg’

7.3.1 Een globale norm

6. De taak en bevoegdheden van de IGZ zijn instrumenten ten behoeve van het waarborgen van kwalitatief goede gezondheidszorg: het door de wetgever gestelde doel. In het kader van de Wet BIG is het toezicht gericht op de borging van ‘verantwoorde zorg’.

Toezicht op de naleving van wettelijke regels heeft primair een preventief karakter: bewerkstelligen dat degenen tot wie de norm gericht is, zich aan die regels houden. Handhaving heeft een ex-postkarakter. Wanneer normovertreding wordt geconstateerd, kunnen maatregelen en sancties worden opgelegd. Als het doel van regels wordt bereikt door naleving, dan moeten handhavingsinstrumenten die tot naleving strekken dienstig zijn aan de doelen. Daarvoor is nodig dat ze in staat zijn het gewenste gedrag te bewerkstelligen of daaraan een bijdrage te leveren, aldus Van Boom in zijn beschouwing over handhaven in het privaatrecht.¹⁹² Een van Van Boom’s stellingen dat als men gedrag zo precies mogelijk wil beïnvloeden, de gedragsregel en de sanctie op voorhand zo helder mogelijk moeten zijn, waarbij het zinvol kan zijn vage wettelijke normen in een zo vroeg mogelijk stadium te concretiseren, zodat concrete gedragsregels voorhanden zijn.¹⁹³

7. Wanneer het gaat om naleving van de kwaliteitsnorm van de Wet BIG is concretisering zeker noodzakelijk. De Wet BIG bevat immers een rijkelijk vage norm: “de beroepsbeoefenaar organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. Het uitvoeren daarvan omvat mede de systemati-

192 W.H. van Boom, ‘Effectuerend handhaven in het privaatrecht’, *NJB* 2007, nr. 16, p. 983.

193 Van Boom, p. 990.

sche, bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg”, aldus de eerste twee leden van artikel 40. Wil dit resulteren in effectieve naleving en handhaving, dan zal deze norm geconcretiseerd moeten worden.

8. Kiezen voor een globale norm, zoals in de Wet BIG is gebeurd in zowel het kwaliteitsartikel (‘verantwoorde zorg’) als in het artikel dat de tuchtnorm formuleert (‘zorgvuldigheid’),¹⁹⁴ heeft als voordeel dat bij de invulling van die norm rekening kan worden gehouden met voortschrijdende inzichten, normontwikkeling en innovatie. Starheid als gevolg van gedetailleerde wettelijke normstelling, waarbij de wetgever altijd achter de feiten aanloopt en waardoor zelfs een belemmering kan ontstaan voor goede kwaliteit van zorg, worden vermeden. Het evidente nadeel ervan is dat de toezichthouder minder houvast heeft en mede afhankelijk is van de activiteiten van ‘het veld’ bij de invulling van de normen. Ontbreekt die invulling, dan zal de toezichthouder zelf een concrete invulling moeten geven van de wettelijke norm, waarbij een verzwaarde motiveringsplicht geldt.¹⁹⁵ In voorkomend geval zal het bestuursorgaan de rechter ervan moeten overtuigen dat in dit geval deze concrete invulling redelijkerwijs is gegeven. Bedacht moet worden dat de marges smal zijn: in beginsel stelt de inspectie geen regels, maar ziet toe op door andere organen gestelde regels.¹⁹⁶

7.3.2 *Inhoud van de norm*

9. De wetgever heeft geen andere regels gesteld dan de normen zoals neergelegd in de eerste twee leden van artikel 40 Wet BIG. De wetgever beschikt wel over de mogelijkheid nadere regels te stellen bij algemene maatregel van bestuur op grond van de leden 3 en 4 van artikel 40, maar heeft van die mogelijkheid tot dusver geen gebruik gemaakt. Gelet op de wettekst¹⁹⁷ kan daaruit in elk geval één conclusie worden getrokken en dat is dat kennelijk niet is komen vast te staan dat “het niveau van de uitoefening van de individuele gezondheidszorg zulks vereist” (lid 3) respectievelijk dat “de noodzaak daartoe ter bevordering van een goede uit-

194 Art. 40 en art. 47 Wet BIG, zo ook art. 2 van de KWZ en art. 7:453 BW.

195 Zie: CBB 24 augustus 2006, AB 2007, 321, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen.

196 Zie: HR 27 juni 1986, NJ 1987, 898, m.nt. MS (Methadonbrief), vgl. *Kamerstukken II* 2000/01, 27 400 XVI, nr. 94.

197 Art. 40 lid 3: “Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de uitoefening van de individuele gezondheidszorg dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van het eerste en tweede lid”. Art. 40 lid 4: “Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voorts, indien zulks noodzakelijk is gebleken ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg, voor degenen die in een register als bedoeld in artikel 3 staan ingeschreven of die een beroep uitoefenen waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, regels worden gesteld (...)”.

oefening van de individuele gezondheidszorg" (lid 4) niet is gebleken. Of dit als een geruststelling mag worden opgevat, laat ik vooralsnog in het midden.

10. Artikel 40 is in zijn huidige vorm in de Wet BIG opgenomen met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ). Daarmee werd beoogd de kwaliteitsbepaling van de Wet BIG in overeenstemming te brengen met de KWZ.¹⁹⁸ De oorspronkelijke kwaliteitsbepaling in de Wet BIG ademde nog de geest van intensieve overheidsbemoediging en bevatte de mogelijkheid om voor een reeks van onderwerpen regels te stellen.¹⁹⁹ Kort na de inwerkingtreding van de Wet BIG was er inmiddels een andere visie op de rol van de overheid, die kort kan worden omschreven als: minder regels, meer zelfregulering maar mét toezicht van overheidswege.²⁰⁰ De KWZ is duidelijk het product van een andere tijd dan de Wet BIG en op één punt, de kwaliteitsbepaling, is die nieuwe visie ook onderdeel geworden van de Wet BIG.

7.3.3 *Vergelijking met 'verantwoorde zorg' ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen*

11. Beoogd werd om de kwaliteitsbepalingen in de Wet BIG in overeenstemming te brengen met de KWZ, maar is de norm nu exact gelijk? Niet helemaal. Anders dan artikel 40 van de Wet BIG, is artikel 2 van de KWZ imperatief geformuleerd "de zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan". Voorts wordt omschreven wat daaronder wordt verstaan: "zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt". In artikel 3 wordt een aantal randvoorwaarden genoemd (kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel en materieel alsmede verantwoordelijkheidstoedeling) die redelijkerwijs (moeten) leiden tot verantwoorde zorg. Artikel 4 verplicht de zorgaanbieder om een functionerend kwaliteitssysteem op te zetten en in stand te houden.

12. In de afbakening van de Wet BIG ten opzichte van de KWZ zie ik geen probleem. Artikel 40 is geadresseerd aan artikel 3- en artikel 34-beroepsbeoefenaren die hun beroep uitoefenen anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarmee is de afbakening gegeven: beroepsbeoefenaren werkzaam in een instelling die onder de KWZ ressorteert zijn niet via artikel 40 BIG aan te spreken, maar alleen indirect, namelijk via de zorgaan-

198 *Kamerstukken I 1995/96*, 23 633, nr. 3, art. 25.

199 Zie art. 40 van de Wet BIG zoals gepubliceerd in *Stb.* 1993, 655.

200 Zie bijv. *Kamerstukken II 2000/01*, 27 400 XVI, nr. 94; *Kamerstukken II 2005/06*, 27 831, nr. 15; *Kamerstukken II 2006/06*, 29 689, nr. 68.

bieder als bedoeld in de KWZ.²⁰¹ Alle overige artikel 3- en artikel 34-beroeps-beoefenaren vallen dus rechtstreeks onder artikel 40 Wet BIG.²⁰²

13. De bepalingen van de artikelen 2 tot en met 4 KWZ zijn in gecomprimeerde vorm in artikel 40 lid 1 en 2 van de Wet BIG terechtgekomen. Voor de inhoudelijke norm die de wetgever heeft beoogd te stellen maakt dit niet uit. Uit de redactie van artikel 40 lid 1 Wet BIG zou men kunnen afleiden dat niet zozeer het bieden van ‘verantwoorde zorg’ voorop staat, maar veeleer de randvoorwaarden die dan min of meer vanzelf zouden moeten leiden tot verantwoorde zorg.

Wanneer we de wetsgeschiedenis van de KWZ in ogenschouw nemen, blijkt daaruit dat beoogd is een gelijke norm te stellen, zij het dat de vorm van de verplichtingen is aangepast aan de solisten waarop de Wet BIG ziet. De wetgever onderscheidt eisen omtrent het leveren van verantwoorde zorg, organisatie van de zorgverlening en systematische kwaliteitsbewaking.²⁰³ Dit lijkt er dus op te duiden dat ‘verantwoorde zorg’ een zelfstandige verplichting is. De wetgever is echter niet steeds consistent, want tijdens de parlementaire behandeling werd gesteld dat het in de praktijk niet alleen de kwaliteit zelf zal zijn die getoetst wordt, maar “ook en veeleer of de zorgaanbieder de instelling zodanig van personele en materiële middelen heeft voorzien, de zorgverlening zodanig heeft georganiseerd en, vooral, een zodanig kwaliteitsbewakingssysteem heeft opgezet, dat de zorgverlening niet anders dan van een verantwoord niveau kan zijn. Voorwerp van toetsing is dus niet alleen de kwaliteit zelf maar veeleer de genoemde randvoorwaarden”.²⁰⁴ Met deze toelichting kan de gekozen redactie van artikel 40 Wet BIG worden verklaard: verantwoorde zorg heeft wel zelfstandige betekenis, maar het accent zal liggen op de randvoorwaarden. Als die in orde zijn, zal de uitkomst verantwoord zijn, zo was de gedachte.

7.3.4 *Vergelijking met ‘goed hulpverlenerschap’*

14. De norm ‘verantwoorde zorg’ zoals deze in de Wet BIG is opgenomen verschilt ook niet wezenlijk van de norm ‘goed hulpverlenerschap’ uit art. 7:453 BW.

In reactie op de oorspronkelijke toelichting van de KWZ stelde de Raad van State dat ‘verantwoorde zorg’ geen uitwerking is van het goed hulpverlenerschap

201 Organisatorisch verband waarin zorg wordt verleend zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet of de AWBZ, uitgebreid met de vormen van zorg als omschreven in art. 1 Uitvoeringsbesluit art. 1 lid 2 Kwaliteitswet zorginstellingen, Stb. 2006, 450.

202 Vgl. Rb. Den Haag 7 oktober 2004, LJN AR4541, waarin de rechtbank oordeelde dat het bevel onbevoegd was gegeven omdat de KWZ niet toepasselijk was en uitdrukkelijk wees op het complementaire karakter van art. 40 Wet BIG.

203 *Kamerstukken II 1993/94*, 23 633, nr. 3, p. 8-9.

204 *Kamerstukken II 1994/95*, 23 633, nr. 8, p. 13.

zoals bedoeld in (thans) artikel 7:453 BW. Weliswaar is de ene norm geen uitwerking van de ander, maar volgens de wetgever staan beide normen op gelijke hoogte, samen met de tuchtnorm. De artikelen 3 en 4 van de KWZ en artikel 40 van de wet BIG stellen enige extra eisen, gerelateerd aan de norm van verantwoorde zorg.²⁰⁵ Daarbij heeft de overheid er welbewust van afgezien minimumeisen te stellen en gekozen voor een globale norm die door de zorgaanbieder moet worden ingevuld.²⁰⁶

Ook het ‘goed hulpverlenerschap’ is een open, globale norm die ruimte biedt voor invulling aan de hand van de *state of the art*, opvattingen binnen de beroepsgroep en nieuwe ontwikkelingen.

De patiëntgerichtheid die in de KWZ onderdeel uitmaakt van de norm ‘verantwoorde zorg’ gaat in de GBO niet zover dat de hulpverlener gedwongen zou zijn iedere wens of vraag van de patiënt te honoreren. Uiteraard zal de hulpverlener bij zijn taakinvulling rekening moeten houden met de individuele patiënt, maar de norm van ‘goed hulpverlenerschap’ wordt uiteindelijk bepaald door professionele opvattingen en niet door de opvattingen van de patiënt.²⁰⁷

7.3.5 *Invulling van de norm*

15. Wanneer de norm ‘verantwoorde zorg’ als een resultaatsverplichting wordt opgevat in plaats van als een minimum- of een streefnorm, bieden de resultaten van zelfregulering nog te weinig houvast. Het doel van de wetgever is dát verantwoorde zorg tot stand komt.²⁰⁸ De wetgever ging er destijds van uit dat dit te garanderen was:

“Door de gekozen systematiek, waarin in eerste instantie de zorgaanbieder in de gegeven context beoordeelt of verantwoorde zorg wordt geleverd en de inspectie pas in tweede instantie toetst, kan de overheid garanderen dat daadwerkelijk verantwoorde zorg plaatsvindt.”

Zo meende de wetgever destijds.²⁰⁹ Ruim tien jaar na inwerkingtreding van de Wet BIG en de KWZ vraag ik me af of de overheid dit nog steeds zo stellig zou durven garanderen.

16. De opvatting dat niet de overheid maar de zorgaanbieders primair verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg, impliceert dat de globale wettelijke norm door middel van zelfregulering wordt geconcretiseerd. Volgens Van Wijmen is ‘verantwoorde zorg’ in al haar complexiteit in verschillende gradaties van

205 *Kamerstukken II 1993/94*, 23 633, A, p. 14 jo. nr. 3, p. 18.

206 *Kamerstukken II 1993/94*, 23 633, nr. 8, p. 9.

207 *Kamerstukken II 1992/93*, 21 561, nr. 15 en nr. 37 jo. *Handelingen TK 53-4038*.

208 *Kamerstukken II 1994/95*, 23 633, nr. 8, p. 15.

209 *Kamerstukken I 1995/96*, 23 633, nr. 3b, p. 3.

perfectie in vergaande mate genormeerd. Hij wijst daarbij op de totstandkoming van referentiekaders, modelregelingen, (model)overeenkomsten, richtlijnen, standaarden en protocollen, wetenschappelijke rapporten, adviezen van koepelorganisaties, jurisprudentie en literatuur.²¹⁰ Deze opsomming kan aan de hand van meer recente ontwikkelingen moeiteloos aangevuld worden met documenten van brancheorganisaties over normen voor verantwoorde zorg, sectorspecifieke certificeringsnormen, kwaliteitsindicatoren et cetera. Deze resultaten van zelfregulering geven gedragsregels voor instellingen en beroepsbeoefenaren en hebben zonder enige twijfel een nuttige functie bij het bepalen van de vraag wat er van hen verwacht wordt bij het tot stand brengen van verantwoorde zorg.

17. Wanneer we het laatste jaarrapport van de IGZ bezien, valt op dat op zoveel fronten nog steeds gewerkt moet worden aan ontwikkeling van normen aan de hand waarvan getoetst kan worden of daadwerkelijk verantwoorde zorg wordt geleverd, dat op de destijds in het vooruitzicht gestelde garantie nog wel wat valt af te dingen.²¹¹ Wanneer we uitgaan van ‘verantwoorde zorg’ als resultaat van de prestaties van zorgaanbieders, veronderstelt toezicht daarop de beschikbaarheid van betrouwbare uitkomstindicatoren. Zover is het nog lang niet, zo blijkt uit diverse bronnen.²¹² Dat aan de ontwikkeling van uitkomstindicatoren met voortvarendheid wordt gewerkt, neemt niet weg dat de toezichtstaak van de IGZ zich tot die tijd noodgedwongen zal concentreren op de randvoorwaarden voor kwalitatief goede en veilige zorg.²¹³

210 F.C.B. van Wijmen, *Over kwaliteitsnormen, Kwaliteit en Zorg*, 1993, nr. 3, p. 115-119.

211 Staatstoezicht op de volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarbericht 2006, Den Haag juni 2007.

212 Zie o.a.: *Kamerstukken II 2005/06 28 439*, nr. 12; ‘*Risico’s eerst*’, *Werkplan 2007 Inspectie voor de Gezondheidszorg*, Den Haag oktober 2007 (www.igz.nl); Jaarbericht IGZ 2006, Den Haag juni 2007; Evaluatie normen voor verantwoorde zorg VV&T april 2007, www.loc.nl/upload/uploadedDocs/Rapport%20Evaluatie%20NVVZ%20v4.pdf; R.W.M. Giard, ‘Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van de medische zorg: retoriek en realiteit’, *NTvG* 2005, p. 2715-2719; R.W.M. Giard, ‘Prestatie-indicatoren ongeschikt om complexe zorg te beoordelen en te verbeteren’, *NTvG* 2007, p. 957-959; *Kamerstukken II 2006/07 28 439*, nr. 98, *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*, bijlage 2, Zichtbare kwaliteit – de voortgang.

213 *Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg, Meerjarenbeleidsplan 2008-2011*, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag november 2007, zie www.igz.nl > publicaties > jaarplannen.

7.4 *Bevoegdheden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

7.4.1 *Huidige toezichtsbevoegdheden*

18. IGZ houdt op basis van artikel 86 Wet BIG toezicht op naleving van artikel 40 Wet BIG ('verantwoorde zorg'). Daartoe beschikt IGZ over bevoegdheden. De toezichtbepalingen in bijzondere wetten, zoals de Wet BIG, kunnen alleen begrepen worden in samenhang met de systematiek van Afdeling 5.2 Awb. In de eerste plaats wordt daarin bepaald dat een toezichthouder als zodanig bij wettelijk voorschrift moet zijn aangewezen (artikel 5;11 Awb). Is dat gebeurd, zoals de inspecteurs die op grond van artikel 86 Wet BIG zijn aangewezen als toezichthouders, dan gelden de bevoegdheden die in Afdeling 5.2 zijn opgesomd, tenzij in de bijzondere wet een beperking is opgenomen.²¹⁴

In het kader van toezicht op de Wet BIG zijn de inspecteurs bevoegd om:

- elke plaats te betreden, met uitzondering van een woning zonder toestemming van de bewoner, zo nodig met behulp van de sterke arm (artikel 5:15 Awb);
- inlichtingen te vorderen (artikel 5:16 Awb);
- inzage te vragen van een identiteitsbewijs (artikel 5:16a Awb);
- inzage te vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden, alsmede daarvan kopieën te maken (artikel 5:17 Awb);
- binnen redelijke termijn medewerking te eisen van eenieder, voor zover die medewerking redelijkerwijs gevorderd kan worden bij de uitoefening van de toezichthoudende taak, waarbij verschoningsgerechtigden die medewerking kunnen weigeren voor zover dit uit hun geheimhoudingsplicht voortvloeit (artikel 5:20 Awb jo. artikel 88 Wet BIG).

De inspecteurs van IGZ mogen in het kader van toezicht op de naleving van de Wet BIG geen zaken onderzoeken, aan opneming onderwerpen en monsters nemen²¹⁵ en ook geen vervoermiddelen onderzoeken.²¹⁶ Deze bevoegdheden zijn wel onderdeel van Afdeling 5.2 Awb (artikel 5:18 en 5:19), maar zijn uitgezonderd in artikel 87 Wet BIG.

7.4.2 *Toekomstige toezichtsbevoegdheden*

19. Ingevolge het Wetsvoorstel Uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving²¹⁷ (Wubhv) zal de Wet BIG worden uitgebreid met de bevoegdheid tot inzage van de patiëntendossiers zonder toestemming van de patiënt, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is. Deze

214 W. den Ouden en A.C. de Die, 'Van Gezondheidswet als panacee naar titel 5.2 Awb, Ontwikkelingen rond het toezicht op de volksgezondheid', *TvGR* 2000, nr. 2, p. 70-86.

215 Art. 5:18 Awb.

216 Art. 5:19 Awb.

217 *Kamerstukken II* 2006/07, 31 122, nr. 2, art. 15.

bevoegdheid wordt ook in de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Gezondheidswet (GW) opgenomen.

De toevoeging ‘voor zover noodzakelijk’ is strikt genomen overbodig: artikel 5:13 Awb bepaalt immers in algemene zin al dat een toezichthouder van zijn bevoegdheden slechts gebruik maakt voor zover dat voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs noodzakelijk is. Dat die toevoeging in de specifieke bepalingen nogmaals is opgenomen, wordt waarschijnlijk verklaard door het ingrijpende karakter van de bevoegdheid: het gaat om kennisname van bijzondere persoonsgegevens in de zin van artikel 16 van de WBP voor de verwerking waarvan een bijzonder regiem geldt en die in beginsel vallen onder de geheimhoudingsplicht van de hulpverlener.²¹⁸ De nieuwe bepaling derogeert aan het verschoningsrecht zoals opgenomen in artikel 5:20 Awb. Het is daarom goed dat de wet nogmaals het proportioneel gebruik van deze vérgaande bevoegdheid benadrukt.

20. Eveneens vanuit oogpunt van proportionaliteit wordt de bevoegdheid alleen in die wetten opgenomen waar inzage in de dossiers noodzakelijk kan zijn in het kader van het nalevingstoezicht. Na kritiek van de Raad van State is afgezien van een algemene inzagebevoegdheid, zoals aanvankelijk werd voorgesteld. De Raad van State zag in de afwegingen van de regering onvoldoende noodzaak voor een zo vergaande algemene bevoegdheid en vond daarom dat op voorhand een proportionaliteitsafweging gemaakt diende te worden. Gelet op de aard van de bevoegdheid is die kritiek begrijpelijk. Wel vind ik dat de raad in zijn kritiek te gemakkelijk is voorbijgegaan aan de situatie waarin de IGZ calamiteitenonderzoek moet verrichten, waarbij het niet zelden gebeurt dat de melding binnenkomt naar aanleiding van het overlijden van de patiënt. In dat geval is toestemming van de patiënt niet meer mogelijk. Juist is in dit soort situaties zal het betrekken van het patiëntendossier bij het onderzoek naar de feitelijke toedracht van de calamiteit veelal onontbeerlijk zijn vanwege – als het goed is – de informatieve waarde over het beloop van de toestand van de patiënt alsmede de behandeling, verpleging en verzorging. Dat de IGZ ook in andere toezichtsituaties²¹⁹ motiveert waarom in voorkomend geval inzage in de dossiers noodzakelijk is, lijkt mij volkomen terecht. Mijns inziens vergt de aard van de bevoegdheid dat deze zó wordt toegepast dat steeds eerst getracht wordt de toestemming van de patiënt te verkrijgen. Is dat redelijkerwijs niet mogelijk, dan kan de inspectie inzage nemen, maar niet in méér gegevens dan voor het desbetreffende onderzoek noodzakelijk is.

218 Art. 88 Wet BIG, art. 7:457 BW, art. 272 Sr.

219 Algemeen, thematisch en interventietoezicht, zie www.igz.nl > toezicht > taken, bevoegdheden en werkwijze. Zie ook: *Kamerstukken II 2006/07*, 31 122, nr. 3, p. 2 over de invulling van de algemene toezichtstaak.

21. Vrees voor openbaarmaking van patiëntengegevens in het geval een (kopie van een) patiëntendossier bij de IGZ ligt en een beroep op de WOB gedaan wordt, behoeft men niet direct te hebben. Op grond van artikel 10 lid 1 onder d van de WOB moet openbaarmaking van bijzondere persoonsgegevens,²²⁰ waaronder gegevens betreffende iemands gezondheid,²²¹ geweigerd worden. Het gaat hier om een absolute weigeringsgrond: indien vast staat dat het gaat om bijzondere persoonsgegevens, wordt openbaarmaking geweigerd. Indien met weglating van de tot de desbetreffende persoon herleidbare gegevens de persoon voor bepaalde mensen tóch herkenbaar is, zal op de voet van het tweede lid van artikel 10 WOB alsnog een belangenafweging moeten plaatsvinden, zo blijkt uit een uitspraak van de Dordtse voorzieningenrechter.²²² Die uitspraak toont aan dat er sprake is van een spanningsveld tussen drie algemene belangen: het belang van toezicht en onderzoek, het belang van privacybescherming en het belang van controle op de democratische rechtsorde dat de WOB beoogt te dienen. Indien men vindt dat het belang van privacybescherming zwaarder zou moeten wegen dan het belang van openbaarmaking, is te overwegen om een bijzondere bepaling te creëren die openbaarmaking van documenten die verkregen zijn door gebruikmaking van de inzagebevoegdheid in patiëntendossiers uitsluit.²²³

7.4.3 *Huidige handhavingsbevoegdheden*

22. “Zijn de inspecteurs op basis van hun onderzoek van oordeel dat artikel 40 niet of in onvoldoende [mate, toevoeging ACdD] of op onjuiste wijze wordt nageleefd, kunnen zij de desbetreffende beroepsbeoefenaar een schriftelijk bevel geven. De beroepsbeoefenaar is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan het bevel te voldoen”, aldus artikel 87a Wet BIG. Wordt niet aan die verplichting voldaan, dan kan de minister handhaving afdwingen door bestuursdwang toe te passen, zo bepaalt artikel 100a Wet BIG.

23. De bestuursrechtelijke handhavingsmogelijkheid van de Wet BIG is op dit moment beperkt tot de naleving van artikel 40 van de wet. Alle overige overtredingen van de wettelijke ver- en geboden zijn (nog) uitsluitend strafrechtelijk gesanctioneerd:

- veroorzaken van (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van een ander (artikel 96);
- handelen in strijd met de voorbehouden handelingenregeling (artikel 97);
- niet naleven van een tuchtrechtelijke maatregel of de voorlopige maatregel als bedoeld in artikel 96a of b (artikel 98);
- onbevoegd voeren van een wettelijk beschermde titel (artikel 99 en artikel 100).

220 Gegevens als bedoeld in hoofdstuk 2, paragraaf 2 van de Wbp.

221 Art. 21 Wbp.

222 Voorzieningenrechter Rb. Dordrecht 4 december 2007, LJN BB9778.

223 Vgl. art. 7.2 lid 1 Wet luchtvaart (“Gegevens ontvangen uit ... zijn niet openbaar”).

De daartoe aangewezen inspecteurs zijn bevoegd opsporingsonderzoek uit te voeren, maar de handhaving van de strafbepalingen behoort tot de competentie van Openbaar Ministerie en, indien tot vervolging wordt overgegaan, de strafrechter. De inspectie heeft daarop betrekkelijk weinig invloed. In het periodiek overleg tussen IGZ en het Parket-Generaal zou men in voorkomend geval zo nodig het College van P-G's kunnen verzoeken gebruik te maken van zijn bevoegdheid een op opsporing of vervolging gericht bevel te geven aan het parket van het arrondissement waarin de overtreding heeft plaatsgevonden (artikel 8 en 140 Sv). Een andere mogelijkheid is gebruikmaking van de procedure als bedoeld in artikel 12 Sv: beklag over niet-vervolging.²²⁴ Er is weinig reden aan te nemen dat de constatering in 2002²²⁵ dat sprake is van een 'schier ontbrekende strafvervolging' in 2008 anders zou luiden.²²⁶

7.4.4 Toekomstige handhavingsbevoegdheden

24. Gelet op de bevindingen uit de wetsevaluatie.²²⁷ dat sprake is van ineffectieve handhaving van de Wet BIG, mag het op 27 juli 2007 ingediende Wetsvoorstel Uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving (Wubhv) met enthousiasme worden begroet.

Het wetsvoorstel voorziet in aanpassing van, onder andere,²²⁸ de Wet BIG in die zin dat de zojuist genoemde overtredingen alle met oplegging van een bestuurlijke boete worden bedreigd.²²⁹ Merkwaardig is dat in de motivering van de keuze voor bestuurlijke boetes in de Wet BIG met geen woord wordt gerept over de uitkomsten van de evaluatie. Die bieden mijns inziens nu juist een overtuigend argument voor de keuze om primair bestuurlijk te handhaven. Volstaan wordt met een algemene motivering van het wetsvoorstel, waarbij voorop gesteld wordt dat met de toenemende transparantie ook het belang van een effectief toezicht op de kwaliteit van de zorg toeneemt. Voor zover men zou menen dat met toenemende zichtbaarheid het belang van toezicht juist afneemt, verheldert de minister zijn uitgangspunt door de aantekening dat niet alleen de ver-

224 Gerechtshof 's-Hertogenbosch 27 september 2005, LJN AV1120, waarin het beklag van de IGZ overigens niet is gehonoreerd omdat het hof van oordeel was dat de discussie tussen voor- en tegenstanders van homeopathie (het betrof discussie over een homeopathisch anti-malariamiddel) niet door de strafrechter beslecht dient te worden.

225 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 221.

226 *Kamerstukken II 2006/07, Aanhangsel handelingen 478*, vragen over alternatieve geneeswijzen en de positie van de IGZ en het OM daarbij.

227 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 202-204 en p. 213-215.

228 Ook in de Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Wet afbreking zwangerschap, Wet op de medische hulpmiddelen, Wet veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal, Wet inzake bloedvoorziening en Opiumwet.

229 *Kamerstukken II 2006/07*, 31 122, nr. 2, art. 15.

schillen maar ook de risico's steeds zichtbaarder worden.²³⁰ Bestuurlijke handhaving, waarbij snel, gericht en deskundig lik-op-stukbeleid kan worden gevoerd, is effectiever en werkt preventiever dan strafrechtelijke of tuchtrechtelijke vervolging, zo is de veronderstelling.

De wetgever noemt vier cumulatieve criteria om te kiezen voor de bestuurlijke boete:

1. het gaat om verbetering van de kwaliteit van de zorg;
2. de na te leven norm is duidelijk;
3. handhaving wordt bevorderd door deskundig toezicht; en
4. snel en adequaat optreden is naar verwachting voldoende effectief.²³¹

25. Het wetsvoorstel draagt de handhavingsbevoegdheden op aan de minister (van VWS). Blijkens de toelichting wordt beoogd de feitelijke uitoefening van de bevoegdheden door middel van mandaat aan de IGZ op te dragen.²³² Dit lijkt mij vanuit het uitgangspunt van scheiding van beleid en toezicht wenselijk en, gelet op de taken van de IGZ, voor de hand liggend. Waarom gekozen is voor attributie van de bevoegdheden aan de minister en vervolgens – noodzakelijkerwijs – mandatering aan de inspectie, is niet toegelicht. Het kan zijn dat aansluiting is gezocht bij bestaande wetgeving, waarin is voorzien in de mogelijkheid van het opleggen van bestuurlijke boetes, zoals de Warenwet, waarin ook voor deze vorm is gekozen. Zeker is dit niet nu bijvoorbeeld de Arbowet juist een zelfstandige bevoegdheid voor aangewezen ambtenaren van de Arbeidsinspectie kent.

Het wetsvoorstel voorziet in scheiding van toezicht en handhaving: de inspecteurs die het nalevingstoezicht uitvoeren, zullen niet ook de boete opleggen.²³³ IGZ zal bij het opstellen van de boeterapporten gebruikmaken van de afdeling Bestuurlijke Boetes van de VWA die reeds langjarige ervaring heeft op dit gebied.²³⁴

26. De hoogte van de boete is voor alle overtredingen van de Wet BIG gesteld op hetzelfde maximum van € 3.350.²³ Kennelijk heeft de wetgever gemeend dat de onderstaande met een boete bedreigde overtredingen alle een potentieel risico voor de patiënt kunnen inhouden en aldus gelijkelijk bestraft moeten worden:

- ten onrechte voeren van een wettelijk beschermde titel;²³⁶
- handelen in strijd met de regeling voor voorbehouden handelingen;²³⁷

230 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 3, p. 1.*

231 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 3, p. 4-5.*

232 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 3, p. 4.*

233 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 2, art. 8.*

234 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 3, p. 7, zie over functiescheiding bij toezicht en sanctieoplegging Rb. Rotterdam 27 juni 2003, JOR 2003, 176, m.nt. J.A.F. Peters.*

235 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 2, art. 15 onder E, gewijzigd art. 100 Wet BIG.*

236 Art. 4 lid 2; art. 17 lid 2; art. 34 lid 4, art. 108 lid 2 Wet BIG.

237 Art. 35 en art. 38 Wet BIG.

- handelen in strijd met regels gesteld bij AMvB als bedoeld in artikel 40 lid 4 Wet BIG;
- handelen in strijd met opgelegde beperkingen aan buitenlands gediplomeerden;²³⁸
- handelen in strijd met een gedeeltelijke ontzegging;²³⁹
- handelen in strijd met een voorziening van het College van Medisch Toezicht;²⁴⁰
- overtreding van de geheimhoudingsplicht;²⁴¹
- het veroorzaken van (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van een ander;²⁴²
- handelen in strijd met ten tijde van de inschrijving in het register opgelegde beperkingen of voorwaarden.²⁴³

27. Vergelijking met de bestuurlijke boetes voor overtreding van bepalingen uit andere wetten die met dit wetsvoorstel worden aangepast laat zien dat het voorgestelde boetebedrag voor overtreding van de Wet BIG aan de lage kant is.²⁴⁴ De hoogte van de boetes is blijkens de toelichting gerelateerd aan de strafrechtelijke boetes voor de genoemde overtredingen. Zie hierover ook hoofdstuk 9.

28. In de beschikking tot oplegging van een bestuurlijke boete dienen te worden vermeld: de naam van de overtreder, de overtreding alsmede het overtreden voorschrift, zo nodig een aanduiding van de plaats en tijdstip waarop de overtreding is geconstateerd, het bedrag van de boete en de termijn waarbinnen de boete dient te worden betaald.²⁴⁵

7.5 Verantwoord toezicht

7.5.1 Beginselen van goed toezicht

29. Het juridisch kader waarbinnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg fungeert, wordt gevormd door haar zojuist beschreven wettelijke taak en haar bevoegdheden die in de volgende paragraaf worden besproken. Daarnaast zijn ook bepalend de beginselen van behoorlijk bestuur, waarvan voor een toezichthoudend en handhavend orgaan in het bijzonder het zorgvuldigheidsbeginsel, het evenredigheids- en proportionaliteitsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en het

238 Art. 41 lid 3 onder b Wet BIG.

239 Art. 48 lid 1 onder e Wet BIG.

240 Art. 80 lid 1 onder a of b Wet BIG.

241 Art. 88 Wet BIG.

242 Art. 96 Wet BIG.

243 Art. 105 lid 3 Wet BIG.

244 Wet Bopz € 6.700; Waz: € 16.750; Wet medische hulpmiddelen: € 450.000; Wibv: € 16.750; Opiumwet: € 16.750. Alleen de WKCZ kent hetzelfde boetebedrag van € 3.350.

245 *Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nr. 2, art. 10.*

verbod van détournement de pouvoir van belang zijn. Naast de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, noem ik de beginselen van goed toezicht, zoals door Van Rossum geformuleerd in haar preadvies voor de NJV:

- “i. de toezichthouder doet in principe onderzoek naar iedere misstand wanneer een redelijk vermoeden van niet-naleving van wettelijke regels bestaat. Wanneer uit onderzoek blijkt dat wettelijke regels worden overtreden dient in beginsel corrigerend te worden opgetreden;
- ii. het optreden van de toezichthouder moet berekenbaar zijn; zowel de burger als de ondertoezichtgestelde moet weten waar hij aan toe is;
- iii. deze beginselen moeten worden aangevuld met de ‘gewone’ beginselen van behoorlijk bestuur.”²⁴⁶

30. Het eerste door Van Rossum geformuleerde beginsel gaat uit van een actieve houding van de inspectie: verrichten van feitenonderzoek en optreden waar nodig. Het tweede beginsel is een verbijzondering van het rechtszekerheids- en het vertrouwensbeginsel: het publiek en degenen die onderwerp kunnen zijn van onderzoek en eventuele maatregelen moeten weten waarop zij kunnen rekenen als het gaat om het handelen van de inspectie. De beginselen van goed toezicht vormen voor toezichthouders een bruikbare nadere invulling van de geschreven en ongeschreven normen voor bestuursorganen, die naar mijn mening goed aansluiten bij de specifieke aard van de werkzaamheden van toezichthouders.

7.5.2 *Gebruikmaking van de bevoegdheden door de IGZ*

31. De bevindingen uit de evaluatie van de Wet BIG over de handhavingstekorten²⁴⁷ bieden mijns inziens zeker steun aan de introductie van de nieuwe toezichts- en handavingsbevoegdheden. Verwacht mag worden dat de IGZ na invoering van de hiervoor besproken wetsvoorstellen over een compleet pakket bevoegdheden beschikt, dat haar in staat stelt tot een effectieve handhaving van (o.a.) de Wet BIG.

Passend bij de door Van Rossum geformuleerde beginselen van goed toezicht is dat IGZ beleidsregels²⁴⁸ formuleert over de wijze waarop zij van haar bevoegdheden gebruik maakt. De kenbaarheid van toezichts- en handavingsbeleid is vanuit rechtszekerheid en het verbod van willekeur een eis die men aan de wettelijke toezichthouder mag stellen. Het vaststellen van beleidsregels biedt duidelijkheid aan degenen die aan het toezicht zijn onderworpen (voor wat betreft de Wet

246 Van Rossum, *preadvies NJV* 2005, p. 36.

247 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 202-204, 213-215, 220-221.

248 “Een bij besluit vastgestelde algemene regel, niet zijnde een algemeen verbindend voorschrift, omtrent de afweging van belangen, de vaststelling van feiten of de uitleg van wettelijke voorschriften bij het gebruik van een bevoegdheid van een bestuursorgaan” (art. 1:3 lid 4 Awb).

BIG: artikel 3- en 34-beroepsbeoefenaren) aan het publiek en ‘de politiek’. Vooraf wordt duidelijk gemaakt wat men van de inspectie kan verwachten, hoe de inspectie met bepaalde gevallen omgaat, welke maatregelen of sancties men kan verwachten. Ook voor de IGZ zelf heeft het werken met beleidsregels een voordeel: daarmee hoeft niet steeds achteraf uitleg gegeven te worden en met beleidsregels kan ook aangegeven worden wat zij *niet* doet. Op dit moment is het beleid van IGZ veelal nog onvoldoende geëxpliciteerd.²⁴⁹ Het verdient aanbeveling dat de inspectie na inwerkingtreding van de Wubhv invulling geeft aan het kenbaarheidsvereiste.

7.6 Handhaving van de norm

7.6.1 Overtuiging, verscherpt toezicht of bevel

32. Indien de IGZ constateert dat een beroepsbeoefenaar in de individuele gezondheidszorg geen of onvoldoende verantwoorde zorg biedt, zijn er verschillende mogelijkheden. Allereerst zal getracht worden de betrokkene door gesprekken en schriftelijke aanbevelingen te overtuigen van de noodzaak de handelwijze aan te passen. Sorteert dit niet het gewenste effect of heeft de inspecteur weinig vertrouwen in verbetering, bijvoorbeeld omdat sprake is van herhaald tekortschieten, dan kan overgegaan worden tot verscherpt toezicht: een verzwaarde vorm van toezicht, waarbij de IGZ ‘er bovenop zit’ om te bewerkstelligen dat de zorg wel weer van verantwoord niveau zal zijn.²⁵⁰ Verscherpt toezicht is beleidsmatig de laatste fase vóór het daadwerkelijk nemen van maatregelen.

33. Op grond van artikel 87a van de Wet BIG kan de inspectie, indien zij van oordeel is dat artikel 40 niet, niet voldoende of onjuist wordt nageleefd, overgaan tot het geven van een bevel aan een artikel 3- of een artikel 34-beroepsbeoefenaar. In de praktijk wordt het bevel als een ultimatum remedium gebruikt: zijn overtuiging en overreding, verscherpt toezicht met de daarbij behorende klemmende aanbevelingen²⁵¹ of waarschuwingen²⁵² niet (voldoende) effectief, dan volgt een bevel.

249 Op dit moment gelden twee beleidsregels: Leidraad meldingen IGZ, Strt. 2007, 101 en Beleidsregels bestuurlijke boete Geneesmiddelenwet, Strt. 2007, 123.

250 Hof Den Haag 12 juli 2007 *GJ* 2007, 168, m.nt. J.C.J. Dute. In kort geding werd geoordeeld dat gebruik van de term ‘verscherpt toezicht’ in de kop van een persbericht ten onrechte de suggestie wekt dat sprake is van een wettelijke maatregel met ernstige consequenties voor het betrokken bedrijf. Het gaat echter om beleid van de IGZ, inhoudend dat zij het bedrijf nauwlettend zal (blijven) volgen en meer toezichtsbezoeken zullen worden afgelegd.

251 Art. 5.0.2 lid 4 van het Wetsvoorstel Vierde tranche Awb bepaalt dat de enkele last tot het verrichten van bepaalde handelingen geen bestuurlijke sanctie is.

252 Een waarschuwing wegens overtreding van een wettelijk voorschrift is geen besluit in de zin van art. 1:3 Awb, zie: ABRs 6 augustus 2003, *AB* 2004, 30, m.nt. F. Vermeer; ABRs 18 januari 2006, *AB* 2006, 122, m.nt. F. Vermeer.

In het licht van dit beleid²⁵³ is niet verbazend dat een bevel veelal vérgaande maatregelen inhoudt: sluiting van een praktijk of het opleggen van ingrijpende maatregelen. Dat hóeft echter niet: de wet bepaalt niets over de inhoud van het bevel. Dit biedt mogelijkheden om de maatregel af te stemmen op de concrete situatie. In welke gevallen een bevel wordt gegeven en of het instrument in de praktijk vaak wordt toegepast, is op basis van openbare bronnen niet goed te achterhalen. Een beleidsregel inzake de aanwending van handhavingsbevoegdheden ontbreekt. Ten onrechte, gelet op de eis van 'berekenbaarheid' die aan toezichthouders wordt gesteld. Ook uit het in november 2007 gepubliceerde meerjarenbeleidsplan²⁵⁴ valt niet op te maken dat de IGZ voornemens is beleidsregels te ontwikkelen. Er wordt een reeks beleidsdoelen gesteld om de ambitie van proactieve handhavingsorganisatie waar te maken, waaronder een doordachte selectiemethodiek ten behoeve van de handhaving.²⁵⁵ In dit hoofdstuk zou een paragraaf over het vaststellen van beleidsregels met het oog op 'berekenbaar overheidsoptreden' niet hebben misstaan. In de fase van 'bevindingen, oordeelsvorming en bepalen soort maatregel' past dat IGZ duidelijk maakt wanneer en op basis van welke criteria voor welke interventie wordt gekozen. Voldoen aan deze bestuurlijke behoorlijkheidseis mag zowel het publiek als 'het veld' van de inspectie verwachten. De noodzaak van het ontwikkelen en vaststellen van beleidsregels klemt temeer, nu de prioriteit ligt bij waarborgen van verantwoorde zorg, het bepaald niet meer gaat om nieuwe bevoegdheden, de toepassing ervan voor beroepsbeoefenaren vérstrekkende gevolgen kan hebben en uit dien hoofde voorspelbaar moet zijn wat men van de IGZ kan verwachten als er geen of ontoereikende verantwoorde zorg wordt geleverd.

34. Uit het feit dat in de jurisprudentie slechts een handvol uitspraken te vinden is over toepassing van artikel 87a Wet BIG,²⁵⁶ kan niet zonder meer de conclusie worden getrokken dat er weinig bevelen gegeven worden: het kan immers zijn dat het merendeel van de betrokkenen ervoor kiest aan het bevel te voldoen in plaats van te procederen.

35. In het geval de beroepsbeoefenaar niet aan het gegeven bevel voldoet, kan door de minister een last onder dwangsom worden opgelegd.²⁵⁷ Het rechtszekerheidsbeginsel eist dat de last onder dwangsom duidelijk moet zijn. Dit betekent

253 Kenbaar uit de praktijk van de IGZ, maar niet uit enige beleidsregel.

254 MJBP IGZ 2008-2011, zie noot 213.

255 MJBP IGZ 2008-2011, p. 43-48.

256 ABRS 14 juni 2006, *JB* 2006, 230, m.nt. G.H.M. in de Braeck (waarneemregeling huisarts); V.zr. Rb. Alkmaar 5 juli 2005, *GJ* 2005, 93 (waarneemregeling huisarts); Rb. Den Haag 7 oktober 2004, LJN AR4541 (sluiting privékliniek); Rb. Utrecht 24 juli 2001, LJN AD4816 (verbod praktijkuitoefening tandarts); Pres. Arr.rb. Assen 8 juli 1998, *TvGR* 1998, 79 (verbod praktijkuitoefening huisarts).

257 Art. 100a Wet BIG.

dat het besluit over hetgeen van de beroepsbeoefenaar wordt verwacht voldoende helder moet zijn. Twee uitspraken over huisartsen die geen waarnemingsregeling hadden²⁵⁸ en aldus handelden in strijd met artikel 40 Wet BIG, legden het spanningsveld bloot tussen de algemeen geformuleerde wettelijke norm en de concrete invulling daarvan. Heeft de huisarts geen waarnemingsregeling, dan levert hij geen verantwoorde zorg. Tot zover was er geen probleem. Lastig werd de invulling van het bevel. Het is immers niet aan IGZ te bepalen op welke wijze de huisartsen in waarneming moeten voorzien. Dat kan op verschillende manieren. Ontbreekt een eenduidige norm van de beroepsgroep terzake, dan zal het bevel noodzakelijkerwijs beperkt moeten zijn tot het bewerkstelligen van een zodanige praktijkorganisatie dat voorzien is in waarneming. Tegelijkertijd zal voor degene tot wie het bevel is gericht, duidelijk moeten zijn wat hij moet doen of nalaten om aan het bevel respectievelijk de last onder dwangsom te voldoen.

7.6.2 Bestuurlijke handhaving door middel van oplegging van bestuurlijke boete

36. De mogelijkheid van het opleggen van een bestuurlijke boete in de hiervoor genoemde gevallen op basis van de toekomstige Wubhv is nieuw voor de IGZ. Andere toezichthouders, zoals de Arbeidsinspectie en de VWA, kennen dit handhavingsinstrument al langer. Uit het Wetsvoorstel Vierde tranche Awb en de rechtspraak over boetebeschikkingen kan worden afgeleid op welke wijze het bestuursorgaan, i.c. de minister van VWS respectievelijk de IGZ, met zijn respectievelijk haar bevoegdheden dient om te gaan.

37. Voorop staat dat de bestuurlijke boete een punitieve sanctie is: de maatregel heeft een bestraffend karakter. In verband met artikel 14 IVBPR en artikel 6 EVRM²⁵⁹ komt degene die verhoord wordt met het oog op het aan hem opleggen van een bestraffende sanctie zwijgrecht toe, waarop hij ook dient te worden gewezen.²⁶⁰ Het zwijgrecht is verbonden met het nemo teneturbeginsel: niemand kan gedwongen worden mee te werken aan het verschaffen van bewijs tegen zichzelf.²⁶¹ Het nemo teneturbeginsel ligt besloten in artikel 6 lid 2 EVRM (onschuldpresumptie). Het zwijgrecht derogeert aan de in artikel 5:16 en 5:20 Awb neergelegde verplichtingen om inlichtingen te verschaffen en medewerking te verlenen. De vraag is vervolgens waar de grens ligt. De wetgever geeft op dit punt een uitvoerige toelichting op basis waarvan hij tot de conclusie komt dat iemand zwijgrecht toekomt, zodra hij met het oog op het opleggen van een

258 Zie noot 256.

259 Een *criminal charge* vangt aan op het tijdstip waarop de overtreder uit de handelingen van het bestuursorgaan redelijkerwijs kan afleiden dat hem een bestraffende sanctie zal worden opgelegd.

260 Art. 5.0.11 Wetsvoorstel Vierde tranche Awb.

261 EHRM 25 februari 1993, *NJ* 1993, 485, m.nt. Kn (Funke vs. Frankrijk); EHRM 17 december 1996, *NJ* 1997, 699, m.nt. Kn (Saunders vs. VK); EHRM 3 mei 2001, *AB* 2002, 343, m.nt. OJ en M.J.J.P. Luchtman (JB vs. Zwitserland).

bestraffende sanctie wordt verhoord.²⁶² Het gaat erom dat naar objectieve omstandigheden door een redelijk waarnemer kan worden vastgesteld dat sprake is van een verhoor met het oog op oplegging van een bestuurlijke boete.²⁶³ In de fase van het stellen van vragen door een inspecteur naar aanleiding van een melding die gericht is op het vaststellen van feiten en de gang van zaken rondom het incident en daarmee op de vaststelling of aan de wettelijke verplichtingen was voldaan, geldt onverkort de inlichtingen- en medewerkingsplicht omdat op dat moment nog geen sprake is van een voornemen tot opleggen van een boete.²⁶⁴ Overigens is een inlichtingenplicht als zodanig niet in strijd met artikel 6 EVRM,²⁶⁵ maar of de aldus verkregen informatie dan niet kan worden gebruikt als bewijsmateriaal bij de vaststelling van een *criminal charge* staat niet op voorhand vast.²⁶⁶ Deze nuance maak ik omdat het nemo teneturbeginsel niet onvoorwaardelijk is. Zo is bijvoorbeeld in het milieurecht het uitvoeren van zelfcontroles wettelijk verplicht. Deze zelfcontroles dienen mede ter ondersteuning van toezicht en handhaving door het bevoegd gezag. Kunnen die meetgegevens nu gebruikt worden bij het opleggen van een punitieve sanctie? Volgens de Hoge Raad is dit niet in strijd met artikel 6 EVRM: de gegevens worden verzameld op het moment dat geen sprake is van verdenking van een overtreding. Dat de inhoud van de gegevens een verdenking kan doen rijzen, doet daaraan niet af. De belangen die de Wet milieubeheer beoogt te beschermen, rechtvaardigen dat toezichthouders gebruik mogen maken van de gegevens bij toezicht op de naleving en handhaving van de wet.²⁶⁷

38. Geen bestuurlijke boete wordt opgelegd voor zover de overtreding niet aan de overtreder kan worden verweten.²⁶⁸ Het beginsel 'geen straf zonder schuld' wordt in het bestuursrecht als volgt ingevuld. Indien schuld en opzet geen bestanddeel zijn van de desbetreffende wettelijke bepaling, staat de overtreding vast zodra aan de materiële voorwaarden van de bepaling is voldaan. In beginsel mag het bestuurs-

262 *Kamerstukken II* 2003/04, 29 702, nr. 3, p. 94-99.

263 Vgl. CRvB 18 februari 2003, *AB* 2003, 396, m.nt. OJ; CRvB 21 februari 2006, LJN AV8804.

264 Vgl. ABRS 3 mei 2006, *AB* 2006, 317, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen.

265 Zie bijv. HR 22 juni 1999, *NJ* 1999, 648, rov. 4.5.1. "(...) wordt voorop gesteld dat in het Nederlandse recht niet een onvoorwaardelijk recht of beginsel is verankerd dat een verdachte op generlei wijze kan worden verplicht tot het verlenen van medewerking aan het verkrijgen van voor hem mogelijk bezwaarend bewijsmateriaal".

266 Zie de noot van Knigge onder EHRM 17 december 1996, *NJ* 1997, 699 (Saunders). Vgl. HR 30 november 1999, *NJ* 2000, 216, m.nt. Sch; EHRM 29 juni 2007, *NJB* 2007, 1689.

267 HR 19 september 2006, *AB* 2007, 2, m.nt. M.P. Jongma. Vgl. HR 21 oktober 1997, *NJ* 1998, 173.

268 Art. 6 lid 1 onder a Wetsvoorstel uitbreiding bestuurlijke handhaving en art. 5.4.1.2 Wetsvoorstel Vierde tranche Awb.

orgaan dan van de verwijtbaarheid van de overtreding uitgaan, maar het moet de overtreder wél in de gelegenheid stellen schulduitsluitingsgronden aan te voeren. Die moeten door de overtreder aannemelijk worden gemaakt.²⁶⁹

Degene die wil opkomen tegen het boetebesluit zal – wil zijn rechtsbescherming niet worden beperkt – terdege rekening moeten houden met het grondenstelsel van de Awb. Doet hij niet direct een beroep op de onevenredigheid van de hoogte van de boete in verhouding tot het doel van de norm, dan kan dit niet in hoger beroep alsnog worden aangevoerd. De hoogste bestuursrechter past ook hier het verbod op het ‘ultra petita’ gaan strikt toe.²⁷⁰ Wordt wel een beroep gedaan op artikel 3:4 lid 2 Awb dan zal de bestuursrechter vol moeten toetsen. Dit houdt verband met in artikel 6 EVRM vervatte eis van *full jurisdiction*.²⁷¹ De vierde tranche Awb²⁷² bevat een verplichte evenredigheidstoets, evenals artikel 7 lid 2 van de Wubhv. Ziet de rechter aanleiding om de hoogte van de boete te matigen, dan moet hij na inwerkingtreding van de vierde tranche zelf in de zaak voorzien.²⁷³

7.7 Openbaarmaking van bevindingen en rapporten door de IGZ

39. Een geheel ander beleidsinstrument dan handhaving door middel van sanctionering is openbaarmaking van de resultaten van toezicht en handhaving. De bevindingen van de IGZ, aanbevelingen en eventueel opgelegde maatregelen worden op internet gepubliceerd. De algemene wettelijke grondslag hiervoor is de Wet openbaarheid van bestuur (WOB).²⁷⁴ Eind 2006 verscheen het rapport *Openbaarheid van toezicht*²⁷⁵ waarin een overzicht is opgenomen van het openbaar-

269 Zie: ABRs 9 februari 2005, AB 2006, 385 m.nt. O.J.D.M.L. Jansen; CBB 15 februari 2005, AB 2006, 71, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen; Rb. Haarlem 22 juli 2005, LJN AU0439; ABRs 26 april 2006, AB 2006, 386, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen.

270 Zie: ABRs 11 mei 2005, JB 2005, 190.

271 C.L.G.F.H. Albers, ‘De bestuurlijke boete onder het juk van het bestuursprocesrecht’, *JBPlus* 2006, p.154-155. Zie ook: CBB 5 april 2005, AB 2006, 81, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen; CBB 15 december 2006, AB 2007, 280, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen.

272 Art. 5.4.1.7 lid 3.

273 Wetsvoorstel Vierde tranche Awb, onder N, art. 8:72a: “Indien de rechtbank een beschikking tot het opleggen van een bestuurlijke boete vernietigt, neemt zij een beslissing omtrent het opleggen van de boete en bepaalt zij dat haar uitspraak in zoverre in de plaats treedt van de vernietigde beschikking.” Vgl. CBB 15 december 2006, AB 2007, 280, m.nt. O.J.D.M.L. Jansen en ABRs 11 juli 2007, JB 2007, 166.

274 Art. 8: het bestuursorgaan dat het rechtstreeks aangaat, verschaft uit eigen beweging informatie over het beleid, de voorbereiding en de uitvoering daar- onder begrepen, zodra dat in het belang is van een goede en democratische bestuursvoering.

275 AdviesOverheid.nl, Openbaarheid van toezicht, Inventarisatie van de openbaarheid van informatie van toezichthouders, Eindrapport december 2006.

makingsbeleid van diverse toezichthouders. Dit toont een zeer wisselend beeld: informatie over de organisatie en inrichting van het toezicht wordt in het algemeen door alle toezichthouders gegeven, maar met uitkomsten van toezicht wordt verschillend omgegaan. De IGZ scoort samen met de Onderwijsinspectie redelijk hoog als het gaat om openbaarmaking van toezichtsresultaten.²⁷⁶ Uit aangehaald onderzoek blijkt “dat het openbaar maken van toezichtsgegevens katalyserend werkt: personen of instellingen op wie toezicht wordt gehouden zijn zich meestal terdege bewust van het feit dat bevindingen over hun gedrag openbaar zijn (of worden) gemaakt en ze zullen hun gedrag daarop aanpassen”. In verband met het belang van naleving van de meldingsplicht van calamiteiten en seksueel misbruik ben ik voorstander van het creëren van een bijzondere openbaarmaking-regeling: een bepaling die regelt dat concepten, verslagen en documenten die zijn gebruikt bij het onderzoek naar de melding, niet openbaar zijn.²⁷⁷

40. Het publiek bekend maken van bevindingen en van de resultaten van de beoordeling is dus een beleidsinstrument op zichzelf en valt te beschouwen als een ‘milde vorm van interventie’.²⁷⁸ Of de betrokken personen en instellingen dit zelf ook zo ervaren, vraag ik mij af. Zij zullen openbaarmaking veelal meer ervaren als een vorm van *naming and shaming*. Zoals in de MiraTes-procedure door de rechter is overwogen²⁷⁹ is openbaarmaking en het zoeken van de publiciteit een geoorloofd middel, echter uitsluitend indien de inhoud van de publicatie wordt gerechtvaardigd met vaststaande feiten.

In een zaak tussen de Consumentenautoriteit en een telecomaandbieder formuleerde de voorzieningenrechter als toetsingsmaatstaf:

“Gedaagde handelt ten opzichte van eiseres onrechtmatig indien hij in de omstandigheden van het geval, uitgaande van de gegevens waarover hij beschikte of behoorde te beschikken, alle belangen in aanmerking genomen – de mogelijke nadelige effecten van deze maatregelen voor eiseres daaronder begrepen – met het oog op de bescherming van consumentenbelangen in redelijkheid niet tot het oordeel heeft kunnen komen dat de door hem gegeven voorlichting geïndiceerd was.”²⁸⁰

Openbaarmaking en publicatie dient niet alleen het doel de betrokken personen of instellingen publiekelijk tot de orde te roepen,²⁸¹ maar ook om het publiek te

276 *Rapport Openbaarheid van toezicht*, p. 22.

277 Vgl. art. 59 lid 5 RwOVV.

278 *Rapport Openbaarheid van toezicht*, p. 4.

279 Zie noot 250.

280 V.zr. Rb. Den Haag 8 mei 2007, *AB* 2007, 336, m.nt. B.M.J. van der Meulen.

281 M. Malsch, ‘Openbaarheid Toezicht van belang voor bewoners instellingen’, *NJB* 2007, nr. 9, p. 475.

informereren.²⁸² Mits de feiten kloppen en de inspectie zorgvuldig te werk is gegaan, kan het informeren van het publiek (patiënten, potentiële cliënten en hun naasten) een nuttige functie vervullen. De informatie kan een keuzeondersteunende, een voorlichtende of waarschuwende²⁸³ functie hebben, waar 'zorgconsumenten' hun voordeel mee kunnen doen. Dit past in een tijd van toenemende transparantie en keuzevrijheid.

7.8 Samenwerking en toezicht

7.8.1 Samenwerking toezichthouders

41. Niet alleen zorgaanbieders werken samen. Ook inspectiediensten zoeken samenwerking ter uitvoering van het streven van de overheid om toezicht minder belastend en effectiever te doen zijn.²⁸⁴ Een van de principes van de overheidsvisie op toezicht is samenwerking, waarbij het kabinet zich ten doel heeft gesteld de toezichtslasten bij bedrijven en instellingen fors te verminderen door een betere samenwerking tussen rijksinspecties.²⁸⁵ Wat betreft de gezondheidszorg heeft dit geresulteerd in onder meer het *Jaarplan rijksinspecties ziekenhuizen 2007*, waarin de IGZ, Arbeidsinspectie, VROM-inspectie, VWA en de Inspectie Verkeer en Waterstaat hun – deels gezamenlijk uit te voeren – activiteiten presenteren.

Iedere rijksinspectie heeft een eigen toezichtsdomein: de wetten waarin de desbetreffende inspectie als toezichthouder wordt aangewezen. Zolang dit nog zo versnipperd is, zal intensieve samenwerking de enige manier zijn om de toezichtslast voor bedrijven en instellingen te beperken. Juridisch zou aan de versnippering nog wel een mouw te passen zijn door een delegatie- of mandaatregeling, waardoor geen bevoegdheidsprobleem ontstaat, maar ik vrees dat er dan weer een nieuw probleem is. De diverse wetten vereisen voor een adequaat toezicht specifieke kennis en deskundigheid, waardoor taken niet zonder meer van de ene naar de andere inspectiedienst kunnen worden overgeheveld. Bundeling van krachten, in de zin van gezamenlijke inspectieactiviteiten, zou bovendien ook een meerwaarde kunnen hebben, juist doordat er vanuit zoveel verschillende invalshoeken wordt getoetst.

282 Dit was bijv. het geval bij het inspectierapport over de hulpverlening aan Sylvia Millecam. De tuchtrechter heeft hierover geen inhoudelijk oordeel gegeven, het ontvankelijkheidsverweer van de aangeklaagde artsen is terzijde geschoven, zie CTC 19 juni 2007, *GJ* 2007, 136, m.nt. F.C.B. van Wijmen.

283 Rb. Den Haag 21 augustus 2002, LJN AE7365.

284 *Kamerstukken II* 2005/06, 27 831, nr. 15, Toezichtvisie 'Minder last, meer effect'.

285 Bijvoorbeeld: onderzoek Veiligheid binnen Rentray, locatie Lelystad, Inspectie Jeugdzorg, Inspectie van het Onderwijs, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie voor de Sanctietoepassing, Utrecht september 2007.

42. Naast de samenwerking op de werkvloer is het noodzakelijk met andere toezichthouders tot afspraken over afbakening van taken en bevoegdheden te komen. Helaas vallen niet alle toezichtsbepalingen in de volksgezondheidswetgeving als puzzelstukjes in elkaar. Afstemming en afbakening zijn daarom noodzakelijk om te voorkomen dat zaken dubbel of juist niet gedaan worden. In de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG) is dat door de wetgever voorzien. Artikel 17 van de WVG bepaalt dat met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming, behandeling van en informatieverzameling over aangelegenheden van gemeenschappelijk belang, afspraken gemaakt moeten worden tussen de in dat artikel genoemde toezichthouders. Op de voet van dat artikel zijn negen samenwerkingsprotocollen tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en andere toezichthouders tot stand gekomen.²⁸⁶ Een daarvan is het protocol IGZ-NZa²⁸⁷ dat, kort weergegeven, regelt dat de IGZ het voortouw heeft bij de toetsing van en oordeelsvorming over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. Blijft de kwaliteit onder de norm, dan past IGZ zelfstandig haar bevoegdheden toe. Voor zover één van beide toezichthouders (tevens) vermoedelijke overtreding constateert van regels op een terrein waarop hij geen toezichthouder is, dan meldt hij dit aan de ander. Voorts is geregeld dat beide toezichthouders informatie uitwisselen over voorgenomen onderzoeken, interventies en handhavingsmaatregelen.

43. Ook tussen het College bescherming persoonsgegevens (CBP) en IGZ is een samenwerkingsprotocol tot stand gekomen over de wijze van samenwerking bij het toezicht op de naleving van de WBP (taak CBP) en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer binnen de gezondheidszorg (taak IGZ).²⁸⁸ Hierin is bepaald dat bij samenloop van bevoegdheden overleg en informatie-uitwisseling plaatsvinden en werkafspraken gemaakt kunnen worden met betrekking tot de gezamenlijke behandeling van bepaalde onderwerpen.

44. Tussen de IGZ en de Stichting Code Geneesmiddelenreclame zijn werkafspraken gemaakt over de samenwerking op het gebied van geneesmiddelenreclame.²⁸⁹ Kort weergegeven, komen die afspraken hierop neer dat de CGR zich bezighoudt met preventie, toezicht en klachtbehandeling en de inspectie – op aangeven van de CGR – met handhaving en opsporing.

286 www.nza.nl/NZa/samenwerking.

287 Protocol tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit inzake de samenwerking en coördinatie op het gebied van beleid, regelgeving, toezicht en informatieverstrekking en andere taken van gemeenschappelijk belang, 14 november 2006, zie: www.nza.nl/NZa/samenwerking/IGZ.

288 Samenwerkingsprotocol CBP-IGZ, 13 november 2006, zie: www.cbpweb.nl/documenten/pb_20061121_protocol_IGZ.shtml.

289 Brief minister van VWS aan Voorzitter Tweede Kamer 13 november 2006, kenmerk GMT/VDG 2730155 met bijlage.

7.8.2 *Taakverdeling Onderzoeksraad voor veiligheid en IGZ*

45. Tot besluit wil ik in het kader van afstemming en samenwerking nog kort stilstaan bij de taak van de Onderzoeksraad voor veiligheid (OVV), ingesteld bij de gelijknamige Rijkswet.²⁹⁰ De taak van de OVV is ingevolge artikel 3 van de Rijkswet “te onderzoeken en vast te stellen wat de oorzaken of vermoedelijke oorzaken van individuele of categorieën voorvallen en van de omvang van hun gevolgen zijn en daaraan zo nodig aanbevelingen te verbinden, een en ander met het uitsluitende doel toekomstige voorvallen te voorkomen of de gevolgen daarvan te beperken”. Een voorval is een “gebeurtenis die de dood of letsel van een persoon dan wel schade aan een zaak of het milieu veroorzaakt, alsmede een gebeurtenis die gevaar voor een dergelijke gevolg in het leven heeft geroepen”.²⁹¹ De bevoegdheid van de OVV is breed en niet beperkt tot bepaalde sectoren.²⁹² De OVV is bevoegd onderzoek naar voorvallen in de zorg te doen en dat doet zij dan ook. Onderwerp van onderzoek waren in 2007 de problemen binnen de cardiochirurgie in het UMC Radboud (onderzoeksvragen volgens de OVV: wat waren de oorzaken achter het ontstaan van complicaties? Hoe worden deze beheerst in de cardiochirurgie?) en de brand in het Twenteborg ziekenhuis,²⁹³ met als vraag of sprake is van een structureel veiligheidstekort.

46. Van gestructureerde samenwerking met de IGZ is, voor zover mij bekend, vooralsnog geen sprake. In voorkomend geval worden afspraken gemaakt om te voorkomen dat de OVV, het Openbaar Ministerie en de politie elkaar hinderen bij de uitvoering van de eigen taken. Wat betreft de samenloop met toezichts- of onderzoekstaken van andere organisaties, vermeldt de OVV op haar website dat na een voorval verschillende betrokken instanties onderzoek doen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid.

“Het kan voorkomen dat zowel de raad, als betrokken inspecties en gemeenten besluiten een onderzoek in te stellen. In dat geval is de raad de aangewezen instantie om dit onderzoek uit te voeren. Uiteraard gebeurt dat altijd in overleg met betrokken partijen.”²⁹⁴

Op grond waarvan de OVV deze voorrangsregel formuleert, is niet duidelijk. Uit de Rijkswet is deze niet af te leiden. De regel kan slechts betekenis hebben in rela-

290 Rijkswet van 2 december 2004, houdende instelling van een Onderzoeksraad voor veiligheid, Stb. 2004, 677.

291 Art. 1 aanhef en onder f RwOVV.

292 Uitsluitend de in de Rijkswet OVV opgenomen meldingsplicht beperkt zich tot lucht- en scheepvaartongevallen.

293 Merkwaardig genoeg vindt géén onderzoek plaats naar de brand in het VUMC (zomer 2007), althans van dit onderzoek wordt geen melding gemaakt op de website van de OVV.

294 Zie: www.onderzoeksraad.nl/samenwerking.htm.

tie tot het doel van het onderzoek: is dat gericht op naleving en eventueel handhaving van wettelijke voorschriften, dan doet de OVV niets af aan de wettelijke taken en bevoegdheden van de inspecties. Heeft het onderzoek uitsluitend tot doel toekomstige voorvallen te voorkomen of de gevolgen daarvan te beperken, dan ligt, gelet op de wettelijke taak van de OVV, voor de hand dat zij de regie heeft. Op dat punt is sprake van een essentieel verschil met de IGZ.

47. Anders dan IGZ heeft de OVV géén handhavingstaken en -bevoegdheden. De taak van de OVV laat zich vergelijken met de MIP-commissie in zorginstellingen, maar dan op landelijk niveau en met een algemene taak. De MIP-commissie houdt zich uitsluitend bezig met onderzoek naar de toedracht respectievelijk de oorzaak van het incident, uitsluitend met het oog op voorkoming van herhaling dan wel kwaliteitsverbetering en niet met de schuld- of aansprakelijkheidsvraag. De MIP-commissie heeft geen taken en bevoegdheden ten aanzien van het treffen van maatregelen of opleggen van sancties, ook wordt de informatie verzameld in het kader van het MIP-onderzoek daarvoor niet gebruikt. Onderzoek in verband met de noodzaak van eventuele maatregelen of sancties vindt plaats in de hiërarchische lijn van de instelling of organisatie, door – uiteindelijk – de directie of raad van bestuur. Ook voor de OVV geldt dat een conclusie of aanbeveling naar aanleiding van haar onderzoek niet een vermoeden van schuld aan of aansprakelijkheid wegens een voorval behelst.²⁹⁵ De informatie en documenten verzameld en gebruikt in het kader van het onderzoek van de OVV zijn wettelijk uitgesloten van gebruik in of ten behoeve van straf- tucht- of civielrechtelijke procedures en evenmin kunnen de OVV-onderzoekers als getuige of deskundige worden opgeroepen ter zake van een onderzoek waarbij zij betrokken zijn geweest.²⁹⁶ Tezamen met de bepaling dat – behoudens enkele uitzonderingen²⁹⁷ – geen aangifte wordt gedaan²⁹⁸ en regeling van geheimhouding²⁹⁹ biedt de RwOVV een deugdelijke garantie dat de verkregen informatie uitsluitend voor bepaalde doeleinden mag worden gebruikt.

48. Indien de OVV zich structureel op het gebied van de gezondheidszorg begeeft, zou het domein van de IGZ beperkt kunnen worden. Gelet op de wettelijke taakverdeling kan het onderzoek naar aanleiding van calamiteiten en meldingen aan de OVV overgelaten worden. De IGZ kan zich vervolgens concentreren op de daadwerkelijke handhaving van wet- en regelgeving.

295 Art. 61 RwOVV.

296 Art. 69 RwOVV.

297 De uitzonderingen betreffen voor eenieder aangifteplichtige misdrijven (veiligheid van de Staat of de Koning) of aangifteplichtig voor ambtenaren (ambtsmisdrijven), meened en enkele misdrijven tegen het openbaar gezag.

298 Art. 70 RwOVV.

299 Art. 71 en 72 RwOVV.

7.8.3 *Veilig melden*

49. De Nederlandse ziekenhuizen hebben de introductie van een Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en verplichte melding van incidenten inmiddels als standaard aanvaard.³⁰⁰ Vanaf 2008 is veiligheidsmanagement verplicht in ieder ziekenhuis.³⁰¹ Het intern melden van incidenten aan de MIP-commissie is al veel langer verplicht op grond van arbeids- respectievelijk toelatingsovereenkomsten van medewerkers respectievelijk medisch specialisten.

50. Zolang van een taakverdeling tussen IGZ en de OVV geen sprake is, is het aan te bevelen de KWZ uit te breiden met een bepaling die een waterdichte garantie biedt dat informatie uit een meldingsysteem niet voor een ander doel wordt opgevraagd en gebruikt.³⁰² Een dergelijke garantie is wenselijk met het oog op het veilig melden van incidenten door medewerkers van zorginstellingen.³⁰³ Weliswaar is in de toelichting op de Leidraad meldingen IGZ³⁰⁴ vermeld dat IGZ geen informatie opvraagt uit het interne meldingsysteem bij de zorgaanbieder en dus geen gebruik zal maken van de informatie uit het systeem van veilig melden,³⁰⁵ maar dit vind ik geen deugdelijke regeling. De zekerheid dat de melding voor geen ander doel dan interne kwaliteitsverbetering wordt gebruikt, is een zo wezenlijke waarborg voor 'veilig melden' dat ik pleit voor opname van een dergelijke bepaling in de wet in plaats van in (de toelichting op) een beleidsregel. Ofschoon van de IGZ verwacht mag worden dat zij zich aan haar eigen (toelichting op) voorschriften houdt, heeft een deugdelijke wettelijke regeling mijn voorkeur.

51. Ten eerste omdat meldingsplichten ook een juridische grondslag hebben. Intern, als gezegd, via overeenkomsten. Extern aan IGZ, op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen: verplichte melding van calamiteiten en seksueel misbruik,³⁰⁶ de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ): situaties waarin sprake is van structureel onverantwoorde zorg³⁰⁷ en jurisprudentie.³⁰⁸ Ten tweede omdat het IGZ nu vrij staat haar beleid te wijzigen zonder dat daaraan enige vorm van parlementaire controle aan te pas komt. In de derde plaats omdat er dan geen afwijkingsmogelijkheid is, die er bij een beleidsregel wel is in geval van bijzon-

300 Zie: Beleidsdocument Veilig melden, Den Haag 1 februari 2007, www.artsenet.nl.

301 *Kamerstukken II 2006/07*, 28 439, nr. 98, p. 7.

302 Vgl. art. 69 RwOVV.

303 Zie over dit onderwerp uitvoerig J. Legemaate et al, *Veilig incident melden, Context en randvoorwaarden*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2007.

304 *Leidraad meldingen IGZ*, Stcrt. 2007, 101.

305 Dit is door de hoofdinspecteurs Van der Wal en Vesseur nog eens bevestigd in *MC 2007*, nr. 5.

306 Art. 4a KWZ.

307 Art. 2a WKCZ.

308 RTC Eindhoven 19 juni 2006, *GJ 2006*, 111.

dere omstandigheden.³⁰⁹ En in de vierde en zeker niet minst belangrijke plaats, omdat meldingen bij IGZ kunnen leiden tot ingrijpende gevolgen voor beroepsbeoefenaren (bevel, aanwijzing, tuchtklacht, strafrechtelijke vervolging). Enerzijds moet de angst voor deze mogelijke gevolgen geen belemmering zijn voor intern onderzoek met oog op kwaliteitsbevordering. Anderzijds mag, juist met het oog op de mogelijk ingrijpende gevolgen, ten behoeve van beroepsbeoefenaren en instellingen een maximale garantie worden geëist met het oog op een goede bescherming van hun rechtspositie.

52. Gelet op de aard van de betrokken belangen stel ik voor, in navolging van artikel 69 RwOVV, de volgende bepaling op te nemen in de KWZ:

“Niet kunnen in een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt, noch kan een disciplinaire maatregel, een bestuurlijke sanctie of een bestuurlijke maatregel worden gebaseerd op:

- a. gegevens die zijn ontleend aan een schriftelijke melding van incidenten met patiënten of *adverse events* afkomstig van een beroepsbeoefenaar aan de commissie van de zorginstelling belast met het onderzoeken van incidenten met patiënten of *adverse events* en het doen van aanbevelingen gericht op verbetering van werkwijzen en processen;
- b. verklaringen van personen, afgelegd in het kader van het onderzoek door de onder a bedoelde commissie, tenzij degene die de verklaring heeft afgelegd daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven;
- c. in het kader van het onderzoek van de onder a bedoelde commissie vastgelegde medische of privé-informatie betreffende personen die betrokken zijn geweest bij een door de commissie onderzocht incident, tenzij de betrokken persoon daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gegeven;
- d. meningen, geuit in het kader van het analyseren van de bij de melding behorende gegevens;
- e. door de onder a bedoelde commissie opgestelde documenten.”

53. Alleen in het geval het onderzoek naar aanleiding van meldingen en calamiteiten volledig aan de OVV zou worden overgelaten, is een aparte wettelijke bepaling niet nodig omdat artikel 69 RwOVV garandeert dat onderzoeksinformatie niet wordt gebruikt voor andere doelen. De door mij bepleite wettelijke bepaling heeft een algemene reikwijdte: ook anderen dan de IGZ kunnen die gegevens niet gebruiken voor een procedure. De noodzaak van een dergelijke regeling wordt nog eens onderstreept door een vrij recente uitspraak van de voorzieningenrechter in een kort geding waarin de vordering van een nabestaande de

309 Art. 4:84 Awb.

beschikking te krijgen over alle feitenrelazen opgemaakt in het kader van het interne onderzoek van het ziekenhuis naar aanleiding van het overlijden van zijn echtgenote, inclusief de gespreksverslagen in verband met de MIP-melding, is toegewezen.³¹⁰ Meegewogen heeft het rechtmatig belang van de echtgenoot te weten wat de precieze feitelijke toedracht is geweest, niet alleen voor de verwerking maar ook met het oog op het voeren van een eventuele juridische procedure.³¹¹ Meyst-Michiels en Tiems³¹² hebben gelijk waar zij stellen dat veilig melden zonder wettelijke bescherming niet bestaat, al stond een situatie zoals zojuist beschreven hen niet direct voor ogen bij hun stellingname in het debat over veilig melden.

54. Daarnaast zou ik voorstander zijn van een bepaling die regelt dat concepten, verslagen en documenten die zijn gebruikt bij het onderzoek naar wettelijk verplichte meldingen niet openbaar zijn.³¹³

7.8.4 Toezicht op samenwerkende zorgaanbieders

55. In het kader van discussie over het tuchtrecht wordt herhaaldelijk gewezen op problemen met samenwerkende zorgaanbieders respectievelijk ketenzorg. Of dit probleem zich evenzeer voordoet in het kader van toezicht, is de vraag. Kennelijk ervaart de IGZ wel een probleem. In juni 2007 heeft de IGZ een werkconferentie over ketenzorg en toezicht georganiseerd. De aanleiding hiervoor was de constatering in de *SGZ 2006* dat twee specifieke problemen bij ketenzorg om een oplossing vragen: verantwoordelijkheidstoedeling en omgaan met klachten. Ik zie eerder een ander probleem en dat is het gebrek aan normen waaraan verantwoorde ketenzorg moet voldoen.

56. Met betrekking tot het eerste punt blijkt het aanwijzen van één regisseur een goede oplossing, waarbij verondersteld wordt dat die regisseur blijkt geeft van een actieve taakopvatting. Daarover kunnen de betrokken partijen afspraken maken die vastgelegd worden in bijvoorbeeld een samenwerkingsovereenkomst, opdat voor alle betrokkenen duidelijk is wie de regie heeft en welke bevoegdheden aan die rol zijn verbonden.³¹⁴ Het aanwijzen van een verantwoordelijke

310 Vzr. Rb. Zwolle-Lelystad 20 december 2007, LJN BC1268.

311 Zie rov. 4.6. Uit rov. 4.9 kan overigens impliciet worden afgeleid dat als het dossier goed op orde was geweest en op basis daarvan de feitelijke toedracht gereconstrueerd had kunnen worden, het belang van veilig melden zwaarder had kunnen wegen.

312 J. Meyst-Michiels en S.F. Tiems, ' "Veilig" incident melden bestaat niet', *MC* 2007, nr. 5, p. 187-189.

313 Vgl. art. 59 lid 5 *RwOVV*.

314 Zo zijn positieve ervaringen opgedaan met de inzet van een regiearts op huisartsenposten, zie: P.H.J. Giesen en D. Halink, 'Smeerolie van de huisartsenpost, patiënten en hulpverleners tevreden over regiearts', *MC* 2007, nr. 9, p. 371-373.

zonder deze bevoegdheden toe te kennen, is vragen om moeilijkheden. Eindeloze discussies over competenties, taakafbakening en verantwoordelijkheden liggen in het verschiep. Dit zou bij voorkeur vermeden moeten worden door duidelijk vast te leggen welke taken én bijhorende bevoegdheden de regisseur heeft in het kader van de samenwerking.

57. Daarnaast zullen ook duidelijke en kenbare afspraken gemaakt moeten worden over de taken van de betrokken zorgaanbieders in de keten. Deze worden bij voorkeur schriftelijk neergelegd, zodat deze voor eenieder kenbaar zijn. Zoals bekend, bepaalt de zwakste schakel de kracht van de keten, zodat juist de zwakke plekken goede borging vragen. Onderdeel van het samenwerkingsdocument kan bijvoorbeeld zijn dat de regisseur op dit punt controlebevoegdheid heeft en de betrokkene(n) zo nodig kan aanspreken op nakoming van gemaakte afspraken.³¹⁵

58. Toezicht door de IGZ op de kwaliteit van een in de zorgketen verleende zorg, kan in eerste instantie via de regisseur en de samenwerkingsafspraken verlopen. Indien op basis daarvan blijkt dat er aanleiding is voor meer diepgaand onderzoek, dan is onvermijdelijk dat de keten wordt ontrafeld aan de hand van vier W-vragen: *wie heeft wanneer wat gedaan en onder welk wettelijk regiem?* Dat kan een flinke puzzel opleveren en analyse van de uitkomst kan IGZ tot de conclusie brengen dat zij geen bevoegdheid heeft. Een voorbeeld ontleend aan de werkconferentie kan dit verduidelijken. Achter de betrokken hulpverleners in de zorgketen depressie wordt tussen haakjes aangegeven welk wettelijk regiem van toepassing is en of IGZ bevoegd is, zo niet, dan wordt dit met een (-) aangegeven.

Voorbeeld zorgketen depressie

In de zorgketen depressie zijn betrokken:

- huisarts (BIG);
- psycholoog (BIG mits het een GZ-psycholoog is);
- psychotherapeut (BIG);
- psychiater (BIG);
- sociaal psychiatrisch verpleegkundige (BIG);
- vaktherapeuten (BIG mits zij een artikel 34-beroep uitoefenen);
- maatschappelijk werker (-);
- casemanager (BIG als het een artikel 3 of -34 beroep is of KWZ als casemanager in dienst is van de Riagg of APZ);
- apotheek (KWZ/Geneesmiddelenwet);

315 M.M.N. Minkman et al, 'Tools voor ketensamenwerking', *Kwaliteit in Beeld* 2006, nr. 4, p.12-14; M.M.N. Minkman en C.T.B. Ahaus, 'Ketenkwaliteit, de organisatiegrens voorbij', *Kwaliteit in Beeld*, 2007, nr. 1, p. 16-18.

- Riagg (KWZ);
- APZ (KWZ, Bopz);
- welzijnsorganisaties (-);
- gemeente (-);
- maatschappelijke opvang (-);
- GGD (KWZ);
- sociaal netwerk (-).

In geval van ontbrekende bevoegdheid ligt het op de weg van IGZ contact op te nemen met de meest gereede organisatie om het verdere onderzoek of het treffen van maatregelen ter hand te nemen.

59. Net zoals ik in hoofdstuk 8 constateer, zie ik ook hier niet goed hoe 'de keten' als geheel juridisch ondergebracht moet of kan worden binnen het huidige wettelijk systeem. Zoals in hoofdstuk 8 beschreven wordt, is er slechts in het spraakgebruik sprake van 'de' keten, maar is deze in de praktijk steeds wisselend van vorm en samenstelling. Vooralsnog zie ik geen andere oplossing dan de zojuist beschreven ontrafelmethode, die weliswaar tijdrovend is, maar in het belang van de patiënt toch noodzakelijk zal zijn. Ketenzorg wordt immers meestal verleend aan kwetsbare groepen: patiënten met comorbiditeit of complexe problematiek op verschillende gebieden, van wie niet verwacht kan worden dat zij zelf de regie voeren, zodat de noodzaak van adequate en goed afgestemde zorg des te meer klemt.

60. Ten behoeve van toezicht op ketenzorg voor deze groepen is het noodzakelijk dat er normen zijn die aangeven wat onder 'verantwoorde ketenzorg' moet worden verstaan. Ik zou menen dat er in elk geval de volgende normen zouden moeten gelden.

- De beroepsbeoefenaar die in het kader van een samenwerkingsverband betrokken is bij zorgverlening of die weet dat meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de hulpverlening aan een patiënt, draagt er zorg voor dat de anderen op de hoogte zijn van zijn acties waarvan hij weet of moet weten dat kennisname daarvan belangrijk is voor de andere(n). In elk geval informeert hij de regisseur van de zorgketen of, bij gebreke van een regisseur, de huisarts.
- De beroepsbeoefenaar die in het kader van een samenwerkingsverband betrokken is bij zorgverlening of die weet dat meerdere hulpverleners betrokken zijn bij de hulpverlening aan een patiënt, draagt er zorg voor dat zijn hulp aan de patiënt zo goed als redelijkerwijs geleverd kan worden, is afgestemd op de zorgbehoefte van die patiënt en de bijdrage van de andere betrokken hulpverleners bij de zorg.
- Indien sprake is van een gestructureerd samenwerkingsverband maken betrokken partijen afspraken over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, informatie-uitwisseling en vastlegging van gegevens en wijzen een regisseur aan die ten minste de bevoegdheid heeft de andere hulpverleners aan te spreken op naleving van de afspraken.

- Indien sprake is van een gestructureerd samenwerkingsverband maken partijen afspraken over klachtbehandeling, waarbij voor de patiënt ten minste duidelijk moet zijn waar hij met zijn klacht terecht kan. Daarbij moet het uitgangspunt zijn dat de bekende ‘van-het-kastje-naar-de-muur-route’ wordt vermeden. In gevallen waarin sprake is van gestructureerde vormen van samenwerking, zouden organisaties kunnen overwegen ook in één gezamenlijke klachteninstantie te voorzien, bijvoorbeeld de klachtencommissie van één van de partners of een nieuwe gezamenlijke commissie.
- Tot de taak van de regisseur behoort de patiënt helpen zijn klacht te (doen) behandelen. Als de klacht (het ontbreken van) de regie betreft, ligt er een taak voor de IGZ, zowel op grond van het toezicht op de naleving van de WKCZ als ook van toezicht op verantwoorde zorg. Zonder dergelijke normen zal handhaving van ‘verantwoorde zorg’ een lastige opgave zijn, getuige de casus over de zorg verleend aan een depressieve vrouw met een borderlinestoornis en cardiale problematiek.³¹⁶

7.9 Conclusie

61. De conclusie van dit deel van het preadvies is dat taken en bevoegdheden om toezicht te houden op de naleving van de Wet BIG op zichzelf goed geregeld zijn. Na de inwerkingtreding van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving is de conclusie gerechtvaardigd dat de inspectie over voldoende wettelijk instrumentarium beschikt. Verwacht mag dan ook worden dat de handhaving minder haperingen vertoont dan tot dusver het geval was. Veel zal echter afhangen van de *performance* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hoe zij zal omgaan met haar nieuwe bevoegdheden, is tot dusver een onbeantwoorde vraag. Het is wenselijk dat de IGZ na inwerkingtreding van de wetsaanpassingen beleidsregels opstelt én openbaar maakt, opdat het publiek en degenen die onder het toezicht van de IGZ vallen, weten wat men van de inspectie kan en mag verwachten.³¹⁷ Dit is óók in het belang van de IGZ zelf. In het beleid kan immers ook aangegeven worden wat de inspectie *niet* doet.

De bescherming van de rechtspositie van de beroepsbeoefenaar die *adverse events* meldt ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de zorg, behoort mijns inziens niet in een beleidsregel maar in de wet te worden geregeld.

Het verdient voorts aanbeveling te overwegen een specifieke wettelijke bepaling te creëren waarmee openbaarmaking van documenten die zijn verkregen op basis

316 RTC Groningen 20 februari 2006, Stcrt. 2006, 80, besproken in hoofdstuk 8.5.3.

317 Dit is inmiddels gebeurd voor de handhaving van de Geneesmiddelenwet: Beleidsregels bestuurlijke boete Geneesmiddelenwet. Stcrt. 2007, 123. Zie voor een voorbeeld van een beleidsregel: Besluit van 22 oktober 2007 van het CVZ tot vaststelling beleidsregels ter oplegging bestuurlijke boete bij niet tijdige aanmelding zorgverzekering, Stcrt. 2007, 216.

van onderzoek naar aanleiding van wettelijk verplichte meldingen dan wel zijn verkregen door gebruikmaking van de bevoegdheid tot inzage in patiëntendossiers.

Mede gelet op de eisen die in de rechtspraak worden gesteld aan helderheid over de te handhaven respectievelijk gehandhaafde normen, moet er nog het nodige werk verzet worden om tot een duidelijke invulling van de norm 'verantwoorde zorg' te komen opdat getoetst kan worden of de aan de cliënt(en) verleende zorg werkelijk verantwoord was. In het kader van verantwoorde ketenzorg zal daarbij in het bijzonder aandacht besteed moeten worden aan adequate informatievoorziening en een heldere verantwoordelijkheidsverdeling.

8 Tuchtrect

8.1 *Introductie*

1. In dit hoofdstuk staat het publiekrechtelijk tuchtrect als instrument ter bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening centraal. De vraag is of het algemene doel van kwaliteitsbevordering en -bewaking bereikt wordt in termen van:

- a. bescherming van de patiënt tegen hulpverleners die tekortschieten in de beroepsuitoefening;
- b. correctie van de hulpverlener die verwijtbaar tekortgeschoten is;
- c. bereik van het tuchtrect tot het collectief van bij een patiënt betrokken hulpverleners;
- d. preventie door kennisname binnen de beroepsgroep van de normontwikkeling in de tuchtrectsprak.

2. De discussie over tuchtrect in de gezondheidszorg heeft een nieuwe impuls gekregen door het rapport *Beleidsuitgangspunten van wettelijk geregeld tuchtrect van de Werkgroep tuchtrect van december 2006*.³¹⁸ Ook het evaluatierapport van de Wet BIG uit 2002 gaf al een reeks aanknopingspunten voor discussie. In dit hoofdstuk worden beide rapporten niet uitvoerig behandeld omdat ze in veel andere publicaties al uitvoerig zijn besproken.³¹⁹ De bedoeling van dit hoofdstuk is de discussie op een aantal onderdelen te vervolgen en te verdiepen, en te komen tot een aantal concrete voorstellen tot aanpassing van het tuchtrect.

3. De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt:

- een algemeen deel over het wettelijk tuchtrect (paragraaf 8.2). Het bevat een historische beschouwing over de aard en strekking van het tuchtrect, noodzakelijk om de huidige discussiepunten over de toekomst van het tuchtrect in zijn context te kunnen plaatsen en een beschrijving van de tuchtnormen;
- de werkingssfeer van het tuchtrect in de individuele gezondheidszorg komt aan de orde in paragraaf 8.3;
- een paragraaf over de rol van de inspecteur als klager (paragraaf 8.4). Dit thema is gekozen vanwege de parallellie tussen het wettelijk tuchtrect en de inspec-

318 *Beleidsuitgangspunten wettelijk geregeld tuchtrect*, Rapport van de werkgroep tuchtrect, Den Haag 7 december 2006, verder aan te duiden naar haar voorzitter als Commissie-Huls.

319 Zie o.a. J.K.M. Gevers, 'De modernisering van het tuchtrect: kanttekeningen bij het rapport Huls', *TvGR* 2007, nr. 7, p. 516-523; Ph Kahn, 'Tuchtrect is aan revisie toe, Gelijke beroepsrechten voor klager en beklagde', *MC* 2007, nr. 24, p. 1049-1051; *Standpunt KNMG inzake de toekomstige regeling van het wettelijk tuchtrect*, Utrecht 18 september 2007; *Kamerstukken II 2006/07*, bijlage bij 30 800 XVI, nr. 167.

- tie: het algemeen belang van een kwalitatief goede gezondheidszorg en de kritiek dat de inspectie te weinig van zijn klachtbevoegdheid gebruik maakt;
- een paragraaf over samenwerkingsverbanden en ketenzorg in relatie tot het tuchtrecht, ingegeven door de discussie over toenemende samenwerking, al dan niet in georganiseerde ‘zorgketens’, dat een spanningsveld oplevert met het individuele karakter van het tuchtrecht (paragraaf 8.5);
 - een afsluitende beschouwing over de toekomst van het tuchtrecht, waarin een aantal aspecten uit het rapport van de Commissie-Huls en de kabinetsreactie³²⁰ hierop aan de orde komt (paragraaf 8.6).

8.2 *Het wettelijk tuchtrecht*

4. Dit hoofdstuk heeft het tuchtrecht zoals dit in hoofdstuk VII van de Wet BIG is geregeld tot onderwerp. Naast wettelijk geregeld tuchtrecht is er ook verenigings-tuchtrecht, waarin de particuliere belangen van de vereniging als organisatie van een bepaalde groep centraal staan. Voorbeelden daarvan zijn het verenigings-tuchtrecht van de KNMG en het NIP.

8.2.1 *Aard en strekking*

5. Het wettelijk geregeld tuchtrecht dient het algemeen belang van een goede beroepsuitoefening. Dat geldt niet alleen voor het in de Wet BIG geregelde tuchtrecht, maar ook voor het tuchtrecht waaraan andere vertrouwensberoepen zijn onderworpen: advocaten, notarissen, accountants, gerechtsdeurwaarders en dierenartsen. Het algemeen belang bij een goede uitoefening van vertrouwensberoepen wordt gewaarborgd door het stellen van publiekrechtelijke toelatingsregels, die ertoe strekken dat beoefenaren van deze beroepen voldoen aan geobjectiverde minimumstandaarden aan kennis en deskundigheid. Voor de beoordeling van de uitoefening van het beroep zelf zijn in het algemeen de geldende strafrechtelijke voorschriften niet geschikt. Daarom is er publiekrechtelijk tuchtrecht voor vertrouwensberoepen.³²¹ Een vertrouwensberoep wordt gekenmerkt door de aard van de dienstverlening. Het gaat om diensten waar een dringende behoefte aan bestaat. Voor het goed kunnen verlenen ervan zijn bijzondere kennis en vaardigheid noodzakelijk. De diensten vloeien in het algemeen ook niet voort uit een nauwkeurige opdracht. Degene die de bijstand van een zodanige dienstverlener nodig heeft, is gedwongen zich te wenden tot één van de beoefenaren van het desbetreffende beroep. Hij moet zich in vertrouwen aan deze persoon overleveren omdat hij zelf veelal het inzicht mist om de aard en de noodzaak van de gevraagde dienst te beoordelen. Vandaar de behoefte aan waarborgen voor een goed niveau van dienstverlening. Bovendien vergt de bijzondere vertrouwens-

320 *Kamerstukken II 2007/08 29 279*, nr. 61.

321 T. Fransen, ‘Aard en strekking van het tuchtrecht’, in: *Recht op tuchtrecht*, 50 jaar Hof van Discipline, p. 51-52.

verhouding tussen de beroepsbeoefenaar en degene die diens hulp of bijstand inroept, een bijzonder soort zorg. Met name dit laatste onderscheidt de prestaties van degenen die een vertrouwensberoep uitoefenen van andere prestaties in het maatschappelijk verkeer.³²²

6. Artikel 113 lid 2 van de Grondwet bepaalt dat tuchtrecht door de overheid ingesteld bij wet wordt geregeld. Dit impliceert dat de overheid per concreet geval zal moeten beoordelen of wettelijke regeling van tuchtrecht voor een bepaald beroep aangewezen is. Zo is ten aanzien van het tuchtrecht voor advocaten overwogen dat een goede beroepsuitoefening in het belang is van de cliënt en de advocatuur, maar dat ook het algemeen belang gebaat is bij een goede beroepsuitoefening. Dit laatste komt tot uitdrukking in de poortwachtersfunctie van de advocaat. Hij is een belangrijke spil in de rechtsbescherming, rechtsvorming en rechtsontwikkeling. Binnen onze rechtsstaat draagt hij medeverantwoordelijkheid voor een goede rechtsbedeling. Tuchtrechtspraak vormt een belangrijk controlemechanisme voor een behoorlijke beroepsuitoefening door de advocaat.³²³

8.2.2 *De invoering van medisch tuchtrecht*

7. Ten aanzien van tuchtrecht voor medici werd 120 jaar geleden het volgende overwogen.

“Het ambt van de medicus is in wezen, gelijk dat van de advocaat, een ‘nobile officium’. Dit hoge karakter moge in de praktijk voor veler oog verduisterd worden; noch de min gunstige gevallen, die de praktijk soms te zien geeft, noch, in het algemeen, het feit dat de medicus zijn diensten niet onvergolden verleent en kan verlenen, kunnen het te niet doen. Het kan vervagen of in verval komen onder de verruwende invloed van de strijd om het bestaan, vooral van te scherpe concurrentie, die eerlijke mededinging verdrong; minder gelukkige beroepskeuze kan ertoe leiden dat personen met een tekort aan de voor dit werk gevorderde niet geringe morele of intellectuele eigenschappen in het gilde komen, en door handel en wandel aan de maatschappelijke belangen, waarvoor de medicus staat, meer of minder ernstig te kort doen.”

Aldus de toelichting bij het wetsvoorstel van de toenmalige Medische Tucht-wet.³²⁴ De grote invloed van de medische stand in de samenleving zowel individueel als sociaal, alsook het feit dat de overheid aanmerkelijke investeringen doet

322 *Kamerstukken II 1987/89*, 19 522, nr. 7, p. 76.

323 W.E. Haak, ‘Een hoog niveau van tuchtrechtspraak’, in: *Recht op tuchtrecht, 50 jaar Hof van Discipline*, p. 44.

324 *Medische Tuchtwet, Uitoefening der Geneeskunst*, Schuurman & Jordens vijftienvintigste druk, nr. 25, Tjeenk Willink Zwolle 1994, p. 189.

in de opleiding van een toenemend aantal medici, leidden destijds tot de conclusie dat niet volstaan kon worden met het verenigingstuchtrecht van de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Dat kon zekere excessen wèren en “hebben in stilte menig afgedoolde broeder van het gilde tot de orde geroepen”, maar de macht van deze particuliere organisatie werd als te gering beschouwd om het algemeen belang van de goede medische beroepsuitoefening te dienen. Aldus kwam in 1928 de Medische Tuchtwet³²⁵ tot stand, waarin “ondermijnen van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen”, “nalatigheid, waardoor ernstige schade voor een persoon ontstaat” en “blijk geven van grove onkunde in de uitoefening van de geneeskunst” als tuchtrechtelijk laakbare handelingen waren neergelegd.

8.2.3 *Advies Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening over herziening tuchtrecht*

8. De Medische Tuchtwet was een halve eeuw een min of meer rustig bezit, maar werd daarna als verouderd beschouwd. Veranderende opvattingen in de samenleving speelden daarbij een rol. Bovenal was echter sprake van een juridisch dringende reden tot herziening. Rechtspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens³²⁶ noopte tot wetswijziging, omdat het niet-openbare karakter van het tuchtrecht in strijd werd geoordeeld met artikel 6 EVRM.

De Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (zie hoofdstuk 2) heeft zich ook gebogen over herziening van het tuchtrecht. De conclusie was dat het van overheidswege geregelde tuchtrecht gehandhaafd behoorde te worden met het advies de openbaarheid van de tuchtrechtspraak te regelen en de tuchtvergrijpen en de reikwijdte van het tuchtrecht te wijzigen.

9. Met betrekking tot de tuchtvergrijpen was de commissie van oordeel dat het criterium ‘ondermijning van het vertrouwen in de stand’ niet gehandhaafd moest worden, omdat het niet de kern van de zaak raakte. Het gaat volgens de commissie om de vraag of de geneeskundige voor de mens voor wie hij zorgen moet die zorg heeft gehad die van hem geëist had mogen worden. In aansluiting hierop adviseerde de commissie als wettelijke tuchtnorm:

- “a. tekortschieten in de zorg die hij in de hoedanigheid van [het registerberoep] dient te betrachten ten opzichte van degene met betrekking tot wiens gezondheidstoestand zijn raad, oordeel of behandeling is gevraagd of wordt gegeven, of in geval van nood behoort te worden gegeven;
- b. tekortschieten in de uitoefening van het beroep waardoor ernstige schade voor de individuele gezondheidszorg is ontstaan of dreigt te ontstaan”.³²⁷

325 Wet van 2 juli 1928, Stb. 222.

326 EHRM 23 juni 1981, Publikaties Hof, Serie A, deel 43 (1981).

327 Cie. De Vreeze, p. 68-70.

10. Over de vraag welke beroepen onder de werking van het wettelijk tuchtrecht gebracht zouden moeten worden, overwoog de commissie dat het algemeen belang dat wettelijk tuchtrecht wordt ingevoerd voorop staat. Duidelijk gemaakt moet worden dat de patiënt daar belang bij heeft. Dit is beoordeeld aan de hand van vier criteria:

- Is de patiënt gezien de aard van de behandeling in hoge mate afhankelijk van de beroepsbeoefenaar? De afhankelijkheid is groter naarmate de behandeling ingrijpender is en het risico dat de patiënt loopt, groter is. De afhankelijkheid is groter wanneer er in een gebied minder beroepsbeoefenaren zijn dan wanneer een keuze uit verschillende beroepsbeoefenaren kan worden gemaakt. De patiënt is in grotere mate afhankelijk van de beroepsbeoefenaar wanneer hij in een ziekenhuis is opgenomen, dan wanneer hij ambulante is.
- Zijn er voldoende andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen of werkt men zelfstandig? Wanneer alle beroepsbeoefenaren een arbeidsverhouding hebben met een werkgever en vrije vestiging uitgesloten is, valt toch niet steeds aan te nemen dat voldoende andere correctiemiddelen aanwezig zijn, met name niet wanneer de situatie op de arbeidsmarkt zodanig is dat gemakkelijk naar een andere werkgever uitgeweken kan worden.
- Is voor dit beroep een uitwerking te geven van wat nu misdragingen in en tekortkomingen bij de beroepsuitoefening eigenlijk zijn?
- Is door de organisatie van beroepsbeoefenaren al voor de eigen leden een vorm van tuchtrechtspraak ingevoerd? Wil tuchtrechtspraak mogelijk zijn, dan is het wel nodig dat de beroepsgenoten zelf voldoende gedacht hebben over de gedragsregels die behoren te gelden. Zonder enige normontwikkeling binnen de beroepsgroep is er onvoldoende ervaring met de beoordeling van wan-gedrag en tekortkomingen om tuchtrecht te kunnen invoeren. Er zullen dan trouwens ook geen leden voor tuchtcolleges uit de beroepsbeoefenaren gekozen kunnen worden die naar objectieve maatstaven kunnen oordelen.³²⁸

8.3 *Werkingsfeer tuchtrecht Wet BIG*

8.3.1 *Aan het tuchtrecht onderworpen beroepen*

11. Aan de hand van de voornoemde criteria heeft de wetgever beoordeeld welke beroepen onder het wettelijk tuchtrecht gebracht moesten worden. Dit waren in de eerste plaats de vier beroepen die reeds onder de Medische Tucht wet vielen: arts, tandarts, apotheker en verloskundige. Daarnaast werden twee nieuwe beroepen toegevoegd: psychotherapeut en verpleegkundige. Ten aanzien van de psychotherapeut werden doorslaggevend geacht de afhankelijke en kwetsbare positie van de patiënt, de voor de patiënt niet te beoordelen deskundigheid en het ontbreken van andere correctiemiddelen. De verpleegkundige is onder de werking van het tuchtrecht gebracht op grond van de overwegingen dat de

328 Cie. De Vreeze, p. 76-77.

patiënt in hoge mate afhankelijk is van de verpleegkundige, dat het als een gemis werd ervaren dat bij de toetsing van in teamverband begane tuchtvergrijpen een deel van team buiten het tuchtregiem valt en dat de straf- en arbeidsrechtelijke sanctiëring onvoldoende mogelijkheden bieden tot kwaliteitsbewaking en bescherming van de patiënt.³²⁹

Later zijn toegevoegd de gezondheidszorgpsycholoog³³⁰ en de fysiotherapeut.³³¹ Het beroep van gezondheidszorgpsycholoog (GZ-psycholoog) bleek een zodanige overlap met het beroep van psychotherapeut te hebben, dat de argumenten die voor de psychotherapeut golden ook voor de GZ-psycholoog op gingen. Daarom werd ook dit beroep onder de werking van het publiekrechtelijk tucht-recht gebracht.³³² Over het beroep van fysiotherapeut werd overwogen dat het interne verenigingstucht-recht onvoldoende voorzag in kwaliteitsbewaking. Enerzijds omdat uit onderzoek was gebleken dat de helft van het aantal ingediende klachten betrekking had op fysiotherapeuten die geen lid van de beroepsvereniging waren en anderzijds omdat de sanctiemogelijkheden van het interne tucht-recht onvoldoende werden geacht.³³³

8.3.2 *Tuchtnormen*

12. De tuchtnormen zijn gewijzigd in de zin zoals door de staatscommissie werd geadviseerd en luiden thans als volgt:

- “1. Degene die in een der in het tweede lid bedoelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van
- a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten aanzien van i. degene met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen; ii. degene, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft; iii. de naaste betrekkingen van de onder i of ii genoemde personen;
 - b. enig ander dan onder a bedoeld nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.
2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige”.³³⁴

13. De onder a bedoelde norm ziet op de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt respectievelijk diens naasten en heeft betrekking op de uitvoering van de individuele gezondheidszorg. De norm onder b is een meer algemene norm, die

329 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 70-73.*

330 *Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 8 (nota van wijziging).*

331 *Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 46 (zesde nota van wijziging).*

332 *Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 49.*

333 *Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 46, p. 4.*

334 Art. 47 Wet BIG.

ook buiten de directe patiëntenzorg in het geding kan zijn. De normen zijn in globale termen geformuleerd. Bij de toetsing van de beroepsuitoefening zal de tuchtrechter op het desbetreffende gebied geldende regels en normen³³⁵ gebruiken als bouwstenen voor zijn oordeel.

De tweede tuchtnorm is aanvullend ten opzichte van de eerste. Zij betreft gedragingen die niet door de eerste norm worden betreken, maar niettemin in strijd zijn met het algemeen belang dat gelegen is in een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Wel moeten het handelen of nalaten zijn geschied in de hoedanigheid van geregistreerde beroepsbeoefenaar.³³⁶

8.3.3 *Reikwijdte van het tuchtrecht*

14. De tekortkomingen terzake waarvan men tuchtrechtelijk ter verantwoording kan worden geroepen, betreffen niet uitsluitend fouten die in de beroepsuitoefening worden begaan, aldus de regering in de toelichting bij het Wetsvoorstel BIG.

“De door een ingeschrevene vrijwillig gedragen en naar buiten kenbare ‘status’ van gekwalificeerde rechtvaardigt het hem, zo hij te eniger tijd incidenteel (‘niet beroepsmatig’) het gebied betreedt waarop de hoedanigheid waarin hij is ingeschreven duidt, aan dezelfde normen en sancties te binden, die op geregistreerde ‘beoefenaren’ van het betrokken beroep van toepassing zijn. Ook dient te worden gedacht aan al degenen, die in een der registers ingeschreven staande (...) en doorgaans met gebruikmaking van de beroepstitel die hun ingevolge hun inschrijving toekomt, wél beroepsmatig in de sfeer van de gezondheidszorg werkzaam zijn, zulks echter buiten het bestek van het tot de individuele gezondheidszorg te rekenen werkgebied met het oog waarop in het kader van deze wet het register is ingesteld. Ook te hunnen aanzien is het zeer goed denkbaar dat zij incidenteel dat gebied betreden. Het ligt in de rede dat ook zij in zodanige gevallen op voet van gelijkheid met ‘beroepsbeoefenaren’ van het betrokken beroep aan tuchtrechtspraak onderworpen zijn.”³³⁷

335 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 74-75.* Gedacht werd aan kwaliteitsvoorschriften, gedragsregels, normen ontleend aan de wetenschap en maatschappelijke zorgvuldigheidsnormen en aan de grenzen die bepaald worden door het deskundigheidsgebied en het eigen kunnen en kennen.

336 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 75-76.* Als voorbeelden worden gegeven uitlatingen door een arts over bepaalde vormen van zorg waardoor ten onrechte onrust bij het publiek ontstaat of onzorgvuldig handelen ten opzichte van donoren.

337 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 74.*

Het element 'tekort aan zorgvuldigheid' is volgens de regering dan ook niet te relateren aan het betrokken beroep, maar aan de hoedanigheid waarin de betrokene werd ingeschreven.³³⁸

15. Duidelijk zijn deze overwegingen allerminst. Kennelijk heeft de regering voor ogen gestaan alle beroepsbeoefenaren die zich in één van de acht hoedanigheden hebben geregistreerd onder de werking van het tuchtrecht te brengen, ook als zij slechts incidenteel het betrokken beroep uitoefenen of zich in hun beroepsuitoefening slechts incidenteel bezighouden met individuele gezondheidszorg. In reactie op de vraag van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de vraag of beroepsbeoefenaren die handelen buiten het kader van de individuele gezondheidszorg voor dat handelen niet meer tuchtrechtelijk vervolgd konden worden, antwoordde de regering dat sprake moet zijn van handelen in de hoedanigheid van geregistreerde én een weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg.³³⁹ Helder is die toelichting niet.

16. Dat de grenzen niet scherp zijn afgebakend, komt ook tot uitdrukking in de tuchtrechtspraak over de niet-ontvankelijkheid van klachten over personen die wel BIG-geregistreerd, maar niet in die hoedanigheid werkzaam zijn. Bijvoorbeeld een arts-lid van de raad van bestuur van een zorginstelling,³⁴⁰ een arts-kamerlid,³⁴¹ een arts-inspecteur.³⁴²

Het door de tuchtrechter gemaakte onderscheid lijkt in de eerste plaats te liggen in de vraag of de aangeklaagde zich heeft bezig gehouden met de gezondheidstoestand van de patiënt. Een klacht over een deskundige die een 'papieren beoordeling' verricht van de gezondheidstoestand van de patiënt is bijvoorbeeld wel ontvankelijk geoordeeld,³⁴³ evenals een klacht over een verpleegkundige die handelde in de hoedanigheid van shiatsu-therapeut.³⁴⁴ Een klacht over een beoordeling op basis van het medisch dossier van het handelen van een collega-arts in het kader van beoordeling van aansprakelijkheid, is niet-ontvankelijk verklaard:

338 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 75.

339 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 76.

340 CTC 18 december 2001, *MC* 2001, 57, in gelijke zin CTC 14 oktober 2004, www.tuchtcollege.nl 2003.091 en CTC 20 januari 2005, *MC* 2005, 11 ("De taken van een directeur patiëntenzorg van een ziekenhuis op het gebied van organisatie en management vallen noch onder de omschrijving van handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg ex art. 1 Wet BIG noch onder de werkingssfeer van de in art. 47 beschreven tuchtnormen").

341 CTC 27 augustus 2003, *Stcrt.* 2003, 171.

342 CTC 21 oktober 2003, www.tuchtcollege.nl, 2003.191.

343 CTC 31 augustus 2004, *TvGR* 2004, 59.

344 CTC 13 juli 2006, *Stcrt.* 2006, 148.

het betrof niet de individuele gezondheidszorg want het handelen had niet rechtstreeks betrekking op een patiënt.³⁴⁵

17. De rechtspraak laat bij de beantwoording van de vraag of gehandeld is in strijd met de tweede tuchtnorm (het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg) bepaald geen consistente lijn zien, zoals eerder door Kastelein werd geconstateerd.³⁴⁶ Een schoolvoorbeeld van handelen in strijd met de tweede tuchtnorm is de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege Eindhoven over een arts die het vaccineren van kinderen publiekelijk afraadt.³⁴⁷ De uitlatingen van een psychiater in een vakblad en een dagblad over de gezondheidstoestand van de (toen nog) verdachte van de moord op Pim Fortuyn werd niet aangemerkt als handelen vallend onder de noemer van artikel 47 lid 1 onder b van de Wet BIG,³⁴⁸ zodat de klacht niet-ontvankelijk is verklaard. Als we de motivering van het college nader bezien, lijkt het er eerder op dat het college de norm niet geschonden acht en het de klacht dus wel ontvankelijk, maar ongegrond had moeten verklaren:

“Verweerder heeft – als deskundige – aandacht gevraagd voor een (beoordelings)aspect dat zijns inziens bij beoordeling door anderen mogelijk, en dan ten onrechte, was onderbelicht. Daardoor ontstaat naar het oordeel van het College geen strijdigheid met het belang van individuele gezondheidszorg, ook niet als die uitlatingen met name betrekking hebben op een bepaald persoon.”

Inhoudelijk oordeelde het Centraal Tuchtcollege op basis van artikel 47 lid 1 onder b Wet BIG in een kwestie waarin een huisarts een melding over het functioneren van zijn collega had neergelegd bij de IGZ. Aan de hand van vier concrete vragen oordeelde het college dat de klacht van de inspecteur over de wijze waarop de huisarts zijn zorgen onder de aandacht had gebracht, niet tuchtrechtelijk verwijtbaar was, op één punt na. Onzorgvuldig achtte de tuchtrechter dat zonder onderzoek een medisch oordeel werd gegeven.³⁴⁹

Een meer recente zaak strandde op de niet-ontvankelijkheid: de aangeklaagde regiomanager, tevens verzekeringsarts, handelde niet in de hoedanigheid van arts, waarbij het regionale tuchtcollege – ten overvloede – nog liet doorschemeren

345 CTC 30 januari 2003, *TvGR* 2003, 36, m.nt. E.W.M. Meulemans; in gelijke zin CTC 11 mei 2006, *TvGR* 2006, 28.

346 W.R. Kastelein, ‘De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen 1 en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk’, *TvGR* 2005, nr. 3, p. 227-229.

347 RTC Eindhoven 19 april 2006, *GJ* 2006, 110.

348 RTC Groningen 22 november 2004, *TvGR* 2005, 10, m.nt. prof. mr. B. Sluijters.

349 CTC 29 april 2004, *Stcrt.* 2004, 88.

dat de klacht bij toetsing aan de tweede tuchtnorm bovendien niet gegrond zou zijn geweest.³⁵⁰

18. De praktijk van de tuchtrechtspraak toont aan dat artikel 47 lid 1 aanhef en onder b, aanleiding geeft tot aanmerkelijke onduidelijkheden. Gelet op het doel van de wet is het van belang dat er voor beroepsbeoefenaren ook een norm geldt voor handelen dat weliswaar niet-patiëntgebonden is, maar wel van betekenis is voor de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg. Mijns inziens mag de tweede tuchtnorm best wat royaler worden toegepast en behoeft niet precies aangesloten te worden bij de voorbeelden die in de wetsgeschiedenis zijn te vinden. Dit zijn immers voorbeelden en geen beperkingen van de algemeen geformuleerde wettelijke norm. Waarom niet meer aansluiting gezocht bij beroepscodes en gedragsregels voor bepaalde beroepen? Deze bevatten immers ook normen die betrekking hebben op niet-patiëntgebonden handelen en gericht zijn op het algemene belang van een goede beroepsuitoefening.³⁵¹

19. Hulpverleners die in de hoedanigheid van geregistreerd beroepsbeoefenaar verantwoordelijkheid dragen voor het creëren van randvoorwaarden van kwaliteit van zorg, mogen wat mij betreft daarop tuchtrechtelijk worden aangesproken via de tweede tuchtnorm. Daarbij is mij niet duidelijk waarom dit voor de arts/directeur/lid van de raad van bestuur anders zou moeten liggen dan voor de gynaecoloog/afdelingshoofd³⁵² of de verpleegkundige/afdelingshoofd.³⁵³ Laatstgenoemden worden ondanks hun managementverantwoordelijkheden wél inhou-

350 RTC Zwolle 27 april 2006, *GJ* 2006, 77.

351 Voorbeelden: art. III.2 Gedragsregels voor artsen: ter beschikking stellen van kennis over nieuwe behandelingsmethoden; art. 4.7 Nationale beroepscode V&V: niet meewerken aan (commerciële) activiteiten die de onafhankelijkheid, betrouwbaarheid of geloofwaardigheid van de beroepsbeoefenaar of het beroep aantasten; art. I.1.3.1 Beroepscode voor psychotherapeuten: aanwijzingen voor het handelen i.s.m. de beroepscode door een collega moet met deze collega worden besproken en indien noodzakelijk worden gemeld, Beroepsprofiel verloskundige, p. 45: algemene verplichting tot samenwerking en afstemming in het kader van ketenzorg.

352 CTC 22 juni 2004, *GJ* 2004, 4 (rov. 5.5: De gynaecoloog/supervisor is verantwoordelijk voor een mankerende organisatie en het ontbreken van een protocol. Zij is aansprakelijk voor de tekortkomingen in de organisatie en de daardoor tekortschietende zorg aan de patiënte).

353 CTC 17 maart 2005, *GJ* 2005, 51 (rov. 2.4 jo. 4.3: "Tuchtrechtelijk valt een afdelingshoofd eerst een verwijt te maken wanneer er sprake is van een zodanig feilen in de leidinggevende en coördinerende taken dat daardoor de individuele verpleegkundige zorg niet meer naar behoren wordt verleend").

delijk beoordeeld.³⁵⁴ Natuurlijk zal de tuchtrechter ervoor moeten waken op de stoel van de beleidsmaker plaats te nemen, omdat het zijn taak is de zorgvuldigheid van de beroepsuitoefening te beoordelen. Indien het algemeen belang van een goede individuele gezondheidszorg rechtstreeks geraakt wordt door het professioneel handelen van een BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar in die hoedanigheid, is er ruimte voor een inhoudelijke beoordeling van dat handelen. Dit is een interpretatie die de rekkelijken onder ons zal aanspreken. De preciezen kunnen in de letterlijke tekst van de wetbepaling een tegenargument vinden. De tweede tuchtnorm ziet op strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Nu individuele gezondheidszorg gelet op artikel 1 Wet BIG rechtstreeks betrekking heeft op een persoon, zal voor ontvankelijkheid sprake moeten zijn van die rechtstreekse relatie.

20. Omdat de afbakening van de norm problemen te zien geeft, doe ik een voorstel voor aanpassing van de tweede tuchtnorm, zodat de reikwijdte ervan duidelijker begrensd is:

“(...)b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met de normen die voor het desbetreffende beroep gelden.”

Aldus blijft tuchtrechtelijke toetsing gekoppeld aan de hoedanigheid waarin het handelen plaatsvindt in situaties waarin geen sprake is van een rechtstreekse zorgrelatie. De norm waaraan getoetst wordt, is ontleend aan beroepscodes of gedragsregels van de beroepsgroepen. Valt het handelen buiten de reikwijdte van de beroepscode, dan leidt dat tot de conclusie dat het handelen (te) ver verwijderd is van het desbetreffende artikel 3-beroep en deswege tot niet-ontvankelijkheid van de klager.

8.4 *De inspecteur in het tuchtrecht*

8.4.1 *Wettelijke bevoegdheden*

Klachtbevoegdheid

21. De Wet BIG wijst “de hoofdinspecteur of de regionaal inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat” aan als gerechtigde een zaak aanhangig te

354 De minister van VWS is van opvatting dat bedrijfsmatig handelen of nalaten vanuit een bedrijfsmatige verantwoordelijkheid, met consequenties voor verantwoorde zorg, primair via de Kwaliteitswet zorginstellingen aangepakt moet worden. Zie: brief van de minister van VWS aan organisaties van BIG-beroepen 10 juli 2007, bijlage bij *Kamerstukken II 2006/07*, 30 800 XVI, nr. 167.

maken bij het bevoegde regionale tuchtcollege door indiening een schriftelijke klacht.³⁵⁵ Een vergelijkbare bevoegdheid was opgenomen in de Medische Tucht-wet 1928.³⁵⁶ Destijds werd daarover overwogen dat:

“naast de rechtstreeks belanghebbende en het bestuur van een instelling die over het algemeen zullen opkomen voor een subjectief belang, er behoefte kan bestaan aan een klager die in hoofdzaak het algemeen belang in het oog vat. Een geneeskundige inspecteur van de volksgezondheid is daarvoor aangewezen. Hij is los van plaatselijke en persoonlijke bijzonderheden, die zo menig geval nodeloos zullen vertroebelen en staat tegenover medici en patiënten onafhankelijk. Hij zal, wanneer bij hem feiten worden aangebracht door particulieren of organisaties, daarvan kennis moeten nemen en, zonder in een beoordeling van een zaak te treden, tot het indienen van een klacht moeten overgaan, wanneer de mededelingen die hij ontving, ernstig zijn en niet alleen particuliere belangen gelden.”³⁵⁷

Tijdens de behandeling van het Wetsvoorstel BIG is veel en langdurig gediscussieerd over de vraag of een rechtstreeks belanghebbende een direct klachtrecht toekomt, maar over het zelfstandig klachtrecht van de inspecteur is niets te lezen. Kennelijk golden de overwegingen van 60 jaar eerder nog steeds. Dit wekt ook geen verbazing nu de taak van de inspectie ten principale niet is gewijzigd.

Spoedeisende zaken

22. In de loop van de parlementaire behandeling achtte men het noodzakelijk een procedure in te voeren die erop is gericht snel te kunnen ingrijpen in noodsituaties.³⁵⁸ De regering heeft daarbij onderscheid gemaakt tussen de afwikkeling van de procedure en een voorlopige voorziening voor het onmiddellijk van kracht worden van zware tuchtmaatregelen. Daartoe strekkende bepalingen zijn aan het wetsvoorstel toegevoegd.³⁵⁹

De inspecteur kan om een spoedprocedure verzoeken indien naar zijn oordeel behandeling van de zaak geen uitstel gedooft zonder groot nadeel voor het belang van de individuele gezondheidszorg.³⁶⁰ Hoewel de wettekst geen connexiteitseis bevat ten aanzien van gebruikmaking van deze bevoegdheid en het ingediende klaagschrift, blijkt uit de toelichting dat de regering connexiteit wel heeft bedoeld.

355 Art. 65 lid 1 aanhef en onder d Wet BIG.

356 Art. 10 lid 1 MTW.

357 MTW, Schuurmans & Jordens nr. 25, p. 209.

358 *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 20, p. 38-39.

359 *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 21, Vierde nota van wijziging, art. K en M.

360 Art. 65 lid 6 Wet BIG.

“Ervan uitgaande dat in de hier bedoelde gevallen de inspecteur van de volksgezondheid een belangrijke rol vervult, is in het wetsvoorstel bepaald dat, indien de inspecteur meent dat spoedbehandeling door het tuchtcollege noodzakelijk is, de inspecteur in het zijnerzijds ingediende klaagschrift het college verzoekt de zaak met spoed te behandelen.”³⁶¹

23. Toch is er ook wel wat voor te zeggen dat de inspecteur het college om spoedbehandeling kan vragen in gevallen waarin hij zelf niet als klager optreedt. Het komt immers voor dat de inspecteur eerst ná indiening van een klacht door een belanghebbende of een instellingsbestuur op de hoogte raakt van de zaak die zó ernstig is dat spoedbehandeling geïndiceerd is. Indien geëist zou worden dat de inspecteur eerst zelf nog een klaagschrift indient alvorens spoedbehandeling te kunnen verzoeken, wordt vertraging in de hand gewerkt in een zaak waarin dit dient te worden voorkomen. Dat is niet in het belang van de individuele gezondheidszorg. Denkbaar is dat de inspecteur een pro forma klaagschrift indient, waarin hij zich aansluit bij de klacht van de oorspronkelijke klager, verzoekt om voeging³⁶² én gelijktijdig om spoedbehandeling. Overigens laat dit onverlet dat de inspectie een eigen afweging dient te maken of zij in voorkomend geval aanleiding ziet om de klacht te verbreden teneinde aspecten van algemeen belang in het geding te betrekken.

Voorts is de mogelijkheid gecreëerd dat bij het opleggen van de maatregel van doorhaling tevens schorsing van de inschrijving bij wijze van voorlopige voorziening kan worden opgelegd, zolang de uitspraak niet onherroepelijk is.³⁶³ Deze voorlopige voorziening kan worden getroffen “indien bescherming van het belang van de individuele gezondheidszorg zulks vordert”, volgens de toelichting “in het belang van de bescherming van patiënten”. Deze beslissing kan het tuchtcollege ambtshalve nemen.

Beroepsrecht

24. Een derde bevoegdheid waarin het algemeen belangaspect tot uitdrukking komt, is het beroepsrecht van de inspectie. De inspecteur heeft een ongeclausuleerd recht beroep in te stellen tegen eindbeslissingen van het tuchtcollege in eerste aanleg. Andere klagers kunnen alleen in beroep voor zover hun klacht is afgewezen of voor zover hun klacht niet-ontvankelijk is verklaard. Uit de redactie van artikel 73 lid 1 Wet BIG volgt dat de inspecteur ook in beroep kan komen van uitspraken in zaken waarin hij in eerste aanleg niet als klager is opgetreden. Dit was onder de MTW niet anders.³⁶⁴ De begrenzing van het beroepsrecht van andere

361 *Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 39.*

362 Art. 57 lid 1 Wet BIG.

363 Art. 48 lid 8 Wet BIG.

364 Art. 81 MTW.

klagers dan de inspecteur is ingegeven door het doel en karakter van het tuchtrecht.³⁶⁵

Toezicht op naleving tuchtmaatregelen

25. Het handelen in strijd met een opgelegde maatregel die strekt tot een tijdelijke of definitieve beperking van de bevoegdheid de titel te voeren of (een deel van) het beroep uit te oefenen, is strafbaar.³⁶⁶ Op grond van artikel 86 Wet BIG is de inspecteur belast met het toezicht op de naleving van (o.m.) de in de wet opgenomen strafbepalingen. De inspecteur heeft derhalve een formele rol ten aanzien van de controle op de naleving van de opgelegde maatregelen. Dit toezicht is evenwel beperkt tot de ten uitvoer gelegde schorsing, gedeeltelijke ontzegging en doorhaling. Handhaving zal, zolang de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving niet is ingevoerd, door het Openbaar Ministerie moeten geschieden, maar niets staat eraan in de weg dat de inspectie onderzoek met het oog op de naleving doet.

26. Niet geregeld is toezicht op de naleving van voorwaarden die het tuchtcollege op grond van artikel 48 lid 6 Wet BIG kan stellen indien het besluit tot opleggen van een voorwaardelijke schorsing met een proeftijd. Dat is een gemis. Deze maatregel wordt nogal eens toegepast in gevallen waarin er toch nog een kans bestaat een beroepsbeoefenaar weer in het juiste spoor te krijgen, hoewel zijn handelen over het algemeen ernstig genoeg is geweest om een schorsing te overwegen. Juist in dit soort situaties is het geboden dat de inspectie, die vaak al bij de casus betrokken zal zijn, vinger aan de pols kan houden en controleert of de beroepsbeoefenaar zich aan de gestelde voorwaarde(n) houdt.³⁶⁷ Doet hij dat niet, dan zal de inspecteur de zaak opnieuw voorleggen aan het tuchtcollege met het verzoek de tenuitvoerlegging van de schorsing te gelasten. Met het oog op de belangen van de individuele gezondheidszorg is de maatregel opgelegd en met het oog op hetzelfde belang moet het niet van toeval afhankelijk zijn dat 'ontdekt' wordt dat de beroepsbeoefenaar de voorwaarden aan zijn laars lapt. In verband met de eis dat toezicht een wettelijke basis heeft (artikel 5:11 Awb) is wetswijziging noodzakelijk om deze lacune op te vullen. Dit is eenvoudig op te lossen door aan artikel 87 wet BIG toe te voegen de naleving van 'de ingevolge artikel 48 lid 1 onder d juncto lid 6 van deze wet opgelegde voorwaarden'.

365 *Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 3, p. 69 en nr. 7, p. 88, zie ook Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 30, toelichting op art. 73 Wet BIG.*

366 *Artikelen 98-99 Wet BIG, na invoering van de Wet uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving, wordt overtreding bedreigd met een bestuurlijke boete.*

367 *Vgl. Jaarverslag RTC Amsterdam 1999, p. 8 en de noot van J.H. Hubben bij RTC Zwolle 5 april 2007, GJ 2007, 102.*

8.4.2 *De gebruikmaking van de bevoegdheden door de inspectie*

27. De missie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg luidt, samengevat: 'het bevorderen van een veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg'. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en bewaakt de rechten van de patiënt. De IGZ handelt vanuit het perspectief van de burger en richt zich op problemen die burgers niet zelf kunnen beoordelen of beïnvloeden.³⁶⁸

28. Dit veronderstelt een actief optredende inspectie ingeval van geconstateerde tekortkomingen van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Met kritische en soms zelfs wat teleurgestelde ondertoon constateren de tuchtcolleges echter keer op keer in hun jaarverslagen³⁶⁹ dat de inspectie weer weinig gebruik heeft gemaakt van haar bevoegdheid om een klacht in te dienen dan wel beroep in te stellen. Zo ook weer in het meest recente (voor het eerst gezamenlijke) jaarverslag:

“Opvallend is dat het aantal beroepszaken dat sinds de invoering van de Wet BIG bij het Centraal Tuchtcollege door de Inspectie voor de Gezondheidszorg wordt aangebracht gering blijft. Gelet op het aantal en de ernst van de incidenten die de Inspectie ongetwijfeld onder ogen krijgt betreurt het Centraal Tuchtcollege dat de Inspectie niet vaker het initiatief neemt. Het is jammer dat het aldus aan het betrekkelijk willekeurig mechanisme van de individuele klager, die geen vrede kan vinden in de wijze waarop zorg is verleend, wordt overgelaten of het Centraal Tuchtcollege als voor- naam instrument van kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg wordt ingeschakeld.”³⁷⁰

29. Het RTC Amsterdam leek juist iets optimistischer te worden over de relatief aanzienlijk gegroeide instroom van zaken door de IGZ. In 2005 constateerde de voorzitter dat uit deze toename (van 3 à 5 klachten per jaar naar 14):

“(...) de conclusie valt te trekken dat de inspectie meer dan voorheen haar taak als toezichthouder en kwaliteitsbewaker van de gezondheidszorg in de rechtszaal wenst vorm te geven. Dat zij dat niet zonder reden doet, mag blijken uit het feit dat de ingediende klachten nog steeds voor het grootste deel gegrond worden verklaard en vaak ook met oplegging van zwaardere tuchtmaatregelen.”³⁷¹

368 Zie: www.igz.nl > organisatie > missie.

369 Jaarverslagen CTC 2001, p. 11; 2002, p. 12; 2003, p. 15; 2004, p. 15; 2005, p. 21. *Jaarverslagen RTC Amsterdam 1998*, p. 5.

370 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, *Jaarverslag 2006*, p. 21.

371 *Jaarverslag RTC Amsterdam 2005*, p. 1, in vergelijkbare zin *Jaarverslag RTC Zwolle 2005*, p. 3.

Dit optimisme bleek echter tijdelijk. In 2006 komt de voorzitter er onmiddellijk op terug nu in dat jaar geen enkele klacht van de inspectie bleek te zijn ontvangen.³⁷²

30. In het evaluatieonderzoek van de Wet BIG is aan gebruikmaking van de klachtbevoegdheid van de inspectie ook aandacht besteed. Geconstateerd werd dat er een aanzienlijk verschil is in ingediende klachten in de periode voor en na inwerkingtreding van de Wet BIG: na inwerkingtreding ruim de helft minder.³⁷³ Of dit met de twee jaar eerder in werking getreden Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) heeft te maken, is niet onderzocht. De inspectie zelf verklaart haar terughoudendheid uit beleidskeuzes: tijd en menskracht worden aan andere prioriteiten besteed en er is minder zicht op incidenten omdat IGZ geen klachten meer behandelt.

31. De vraag is of de inspectie met deze kennelijk bewust gekozen terughoudendheid handelt overeenkomstig haar eigen beleid. De Leidraad meldingen zoals die gold³⁷⁴ tot 1 juni 2007³⁷⁵ bevatte het beleid van de IGZ nadat zij door inwerkingtreding van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector niet langer een rol als klachtbehandelaar had. Wel bleef de IGZ een taak houden op het gebied van onderzoek naar mogelijk structurele misstanden. Artikel 16 van de Leidraad bepaalde dat

“(...) de IGZ zich tot het Medisch Tuchtcollege wendt, indien:

- a. het gaat om een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de in de Medische Tuchtwet omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan bedoelde tuchtrechtspraak is onderworpen én
- b. het algemeen belang – en derhalve niet het particuliere belang van de rechtstreeks belanghebbende – bij de zaak in overwegende mate is betrokken.

Daarbij zijn de volgende aspecten van belang:

- de ernst van de melding;
- recidive aan de zijde van de beroepsbeoefenaar;
- de behoefte om door het uitlokken van een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening.”

372 Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg, *Jaarverslag 2006*, p. 31.

373 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 104.

374 Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen, Stcrt. 1996, 236.

375 Inwerkingtreding Leidraad meldingen IGZ, Stcrt. 2007, 101 (art. 19).

Naar vaste jurisprudentie, ingezet met de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 4 april 2000, werd het artikel zó uitgelegd dat, indien aan de voorwaarden van artikel 16 a en b is voldaan, de inspectie in beginsel gehouden is een tuchtklacht in te dienen en dat zij in overige gevallen weliswaar niet gehouden, maar wel bevoegd is zich tot de tuchtrechter te wenden.³⁷⁶ Deze uitleg is overeenkomstig artikel 4:84 Awb, waarin is bepaald dat bestuursorganen handelen overeenkomstig de beleidsregel, tenzij dat voor één of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding met de door de beleidsregel te dienen doelen. De beleidsregel was zó geformuleerd dat de inspectie slechts beoordelingsvrijheid had, maar geen beleidsvrijheid (“IGZ wendt zich tot het tuchtcollege indien ...”). De beoordelingsvrijheid betrof de vraag of sprake was van een redelijk vermoeden van overtreding van een tuchtnorm en of het algemeen belang in het geding is. Bij een bevestigend antwoord had de inspectie eigenlijk geen andere keuze dan een klacht in te dienen. Ervoor kiezen om géén klacht in te dienen in verband met de overweging dat het voeren van een tuchtprocedure zeer arbeidsintensief is³⁷⁷ of omdat men niet nagenoeg zeker weet of een tuchtrechtelijke veroordeling volgt,³⁷⁸ is niet conform het destijds geldende beleid.

32. Een dergelijke schroomvallige benadering past niet bij de wettelijke taak van de inspectie en de beginselen van goed toezicht (zie paragraaf 7.5.1) op grond waarvan het publiek bepaalde verwachtingen heeft – en mag hebben – ten aanzien van een actieve houding van de inspectie bij vermoeden van tuchtrechtelijk laakbaar handelen.

De recente Leidraad meldingen IGZ bevat – opmerkelijk genoeg – geen enkele bepaling over het inspectiebeleid inzake de aanwending van de klachtbevoegdheid. Ook de toelichting zwijgt in alle talen over de vraag waarom artikel 16 uit de vorige leidraad is vervallen. Nu de nieuwe beleidsregel zonder enig voorbehoud in de plaats is getreden van de oude, moeten we aannemen dat het inspectiebeleid ter zake van indiening van tuchtklachten, zoals dat tien jaar gegolden heeft, is ingetrokken.

Hoewel het juridisch belang met het vervallen van de beleidsregel inmiddels wat op de achtergrond is geraakt, zou het toch interessant zijn onderzoek te wijden aan de vraag in welke gevallen en op grond van welke overwegingen de inspectie heeft besloten zaken níet aan de tuchtrechter voor te leggen.³⁷⁹

376 CTC 4 april 2000, Stcrt. 2000, 131, rov. 6.3-5.

377 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 156.

378 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 205.

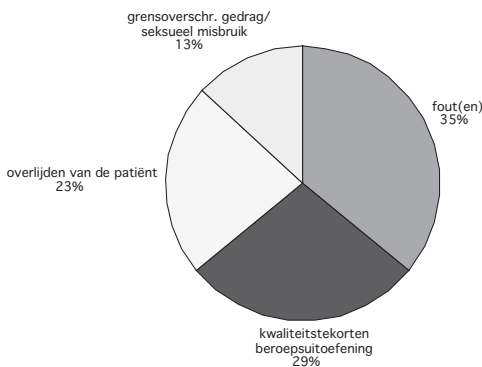
379 Voor zover bekend, is er slechts eenmaal geoordeeld over de vraag of IGZ in een concreet geval redelijkerwijs heeft kunnen afzien van het indienen van een tuchtklacht, No 3 augustus 2001, zaaknr. 2001 / 34, JB 2001, 266.

33. De kritiek dat de inspectie zo weinig gebruik maakt van haar klachtbevoegdheid en het ontbreken van nieuw beleid, heeft mij aanleiding gegeven te onderzoeken op welke wijze de IGZ haar bevoegdheid de afgelopen tien jaar heeft toegepast. Dit wordt in de volgende paragraaf besproken, waarin ik tevens aanbevelingen zal doen voor criteria op basis waarvan IGZ kan besluiten een zaak aan de tuchtrechter voor te leggen.

8.4.3 *De inspecteur als klager of appellant in 1997-2007*

34. In de periode 1997-2007 zijn 84 gepubliceerde gepubliceerde uitspraken gedaan door tuchtcolleges in zaken waarin de inspecteur optrad als klager in eerste aanleg dan wel als appellant in hoger beroep, ongeacht of hij in eerste aanleg klager was. Op grond van bestudering van die uitspraken kan het volgende beeld geschetst worden. De omstandigheden die blijken de feitenbeschrijving van de uitspraken aanleiding vormen voor het indienen van een klacht of het instellen van beroep door de inspecteur zijn in te delen in vier categorieën: zie figuur 1.

Figuur 1 Aanleiding voor het indienen van een klacht (n = 84)



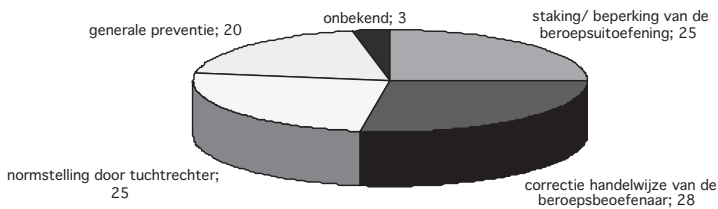
35. In de meerderheid van de gevallen zijn fouten of tekortkomingen in de beroepsuitoefening aanleiding voor het indienen van een klacht. Een zaak waarin een fout aanleiding was voor indiening van een klacht door de inspecteur was de casus waarin een apothekersassistente een fout maakte in de bereiding van een geneesmiddel: een duizendvoudige overdosering en de apotheker trof het verwijt onvoldoende toezicht te houden.³⁸⁰ Vaak komen fouten of tekortkomingen ter kennis van de inspectie door een melding of een signaal van een patiënt, een naaste van de patiënt of medewerkers van een instelling. Een voorbeeld van het laatste is de melding door een maatschap chirurgie van structureel afwijken van de professionele standaard en ernstige tekortkomingen in de beroepsuitoefening

380 CTC 29 september 1998, Stcrt. 2000, 38.

door een lid van de maatschap.³⁸¹ In de gevallen dat overlijden van de patiënt aanleiding was voor een tuchtzaak, is daaraan in de meeste gevallen hetzij een calamiteitenmelding door de instelling, hetzij een melding door nabestaanden aan de IGZ voorafgegaan. Bij voorbeeld een melding van overlijden van een patiënt in het grenshospitium, waarbij uit sectieonderzoek is gebleken dat de man aan een ernstige infectie is bezweken en de huisarts onvoldoende onderzoek had gedaan.³⁸² Gevallen van seksueel misbruik worden of door de instelling of door slachtoffers ter kennis van de inspectie gebracht. Zo leidde bij voorbeeld de melding van twee zussen over grensoverschrijdend gedrag van een zenuwarts/psychotherapeut jegens elk van hen tijdens de behandelrelatie, tot indiening van een tuchtklacht door de inspecteur (en uiteindelijk tot doorhaling van de zenuwarts).³⁸³

36. Analyse van de uitspraken leidt tot de conclusie dat de inspectie grofweg vier doeleinden nastreeft bij het indienen van een tuchtklacht of het instellen van beroep: zie figuur 2.

Figuur 2 Doel van indiening tuchtklacht door inspectie (in absolute getallen, n = 101)



37. Zoals blijkt uit figuur 2 kunnen de genoemde doeleinden ook in combinatie voorkomen. Bijvoorbeeld in gevallen van seksueel misbruik is het oogmerk de beroepsbeoefenaar te corrigeren of te laten schrappen uit het register als het een recidivist is, zoals de zaak tegen een huisarts die zich herhaaldelijk schuldig maakte aan seksueel misbruik van zeer jonge meisjes.³⁸⁴ Tevens wordt de beroepsgroep ervan doordrongen dat misbruik van patiënten altijd wordt gevolgd door optreden van de IGZ en over het algemeen oplegging van een forse tuchtmaatregel.³⁸⁵ In geval van tekortkomingen in de kwaliteit van de beroepsuitoefening gaat het er de inspectie in de meeste gevallen primair om het gedrag van de

381 RTC Eindhoven 22 januari 2007, Stcrt. 2007, 130.

382 CTC 11 mei 2006, Stcrt. 2006, 96.

383 CTC 2 maart 2006, Stcrt. 2006, 49.

384 CTC 10 februari 2004, Stcrt. 2004, 31.

385 RTC Eindhoven 15 maart 2006, Stcrt. 2006, 88.

beroepsbeoefenaar te doen corrigeren. Bij voorbeeld het geval van de chirurg in een privékliniek aan wie de inspectie aanbevelingen had gedaan met het oog op kwaliteitsverbetering³⁸⁶ of de huisarts die vanwege financiële redenen weigerde zich aan de Wet op de lijkbezorging te houden.³⁸⁷ Daarnaast kan beoogd zijn om normen aan te scherpen of te verduidelijken. Dat was bijvoorbeeld het geval in een casus over de begeleiding van een bevalling door een gynaecoloog in een perifeer ziekenhuis, waarbij de vraag was of de norm afhankelijk is van de setting waarin het handelen plaatsvindt.³⁸⁸ Soms ook is het primaire doel rechtspraak uit te lokken ter verkrijging van een norm voor de gehele beroepsgroep. Zuur is wel dat het bereiken van dit doel altijd ‘over de rug’ van één beroepsbeoefenaar moet gaan die – ongevraagd en ongewild – de rol van ‘proef(proces)konijn’ speelt, zoals bijvoorbeeld de arts die palliatieve sedatie had toegepast³⁸⁹, de internetdokter³⁹⁰ of de verpleegkundige die een fout niet had gemeld³⁹¹. Dan is er nog de categorie die ik kortweg aanduid als de spreekwoordelijke ‘rotte appels in de mand’. Uit de bestudeerde jurisprudentie komen 25 gevallen naar voren waarvan de klacht van de inspectie zonder enig voorbehoud gericht is op het staken of beperken van de beroepsuitoefening, omdat de desbetreffende beroepsbeoefenaar onaanvaardbare risico’s voor patiënten veroorzaakt en wel zodanig dat ingrijpen geboden is. Twee voorbeelden: een tandarts met een ‘belast’ tuchtrechtelijk verleden die opnieuw blijk geeft van ernstig disfunctioneren³⁹², of een huisarts, waarvan herhaaldelijk blijkt dat hij op alle aspecten van de huisartsgeneeskunde ver onder de maat functioneert en niet geleerd heeft van eerdere veroordelingen³⁹³. Een enkele keer kon uit de uitspraak niet worden achterhaald wat de inspectie beoogde met indiening van de klacht.³⁹⁴

38. Op basis van de analyse van de gepubliceerde uitspraken waarin de inspecteur als klager of appellant optrad, is mijn conclusie dat de rol van de inspectie in het tuchtrecht duidelijk is: zij maakt spaarzaam gebruik van haar bevoegdheid en ziet het tuchtrecht als een uiterste middel dat wordt ingezet in zaken waarin sprake is van ernstige tekortkomingen of ernstige schade voor de patiënt. De aanbeveling naar aanleiding van het evaluatieonderzoek dat nadere verduidelijking gewenst is van de taak en verantwoordelijkheid van de IGZ als klager in tuchtzaken,³⁹⁵ raakt naar mijn opvatting niet de kern van de zaak. De taak en de ver-

386 CTC 22 januari 2004, Stcrt. 2004, 44.

387 CTC 21 december 2004, Stcrt. 2004, 254.

388 CTC 16 maart 2000, Stcrt. 2000, 75.

389 CTC 5 december 2006, Stcrt. 2006, 253.

390 RTC Amsterdam 28 november 2006, Stcrt. 2007, 51.

391 RTC Eindhoven 19 juni 2006, Stcrt. 2006, 153.

392 RTC Groningen 17 januari 2005, Stcrt. 2005, 53.

393 CTC 25 januari 2005, Stcrt. 2005, 22.

394 CTC 10 mei 2005, Stcrt. 2005, 100 en CTC 9 januari 2007, Stcrt. 2007, 9.

395 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 210-211.

antwoordelijkheid van de IGZ zijn duidelijk. Bij de mate waarin de inspectie haar klachtbevoegdheid gebruikt, gaat het mijns inziens veeleer om beleidsvragen: welke prioriteiten worden gesteld en welke afwegingen liggen daaraan ten grondslag? Bij de beantwoording van die vragen zal de kwaliteitsbewakende taak van de inspectie voorop moeten staan.

39. Omdat het belangrijk is die keuzes voor burgers, beroepsbeoefenaren en politiek inzichtelijk te maken, pleit ik voor aanpassing van de nieuwe Leidraad of het opstellen van een aparte beleidsregel, waarin de IGZ duidelijk maakt wanneer zij zich tot de tuchtrechter zal wenden.³⁹⁶ Tegelijkertijd geef ik een voorzet voor elementen van een dergelijke beleidsregel.

In de eerste plaats dient op basis van feiten en omstandigheden sprake te zijn van een redelijk vermoeden van tuchtrechtelijk laakbaar handelen door een beroepsbeoefenaar. Bij de taak en de missie van de inspectie past dat zij in die gevallen tuchtrechtelijke toetsing vraagt indien daarmee één of meer van de volgende doeleinden gediend zijn: repressie, speciële of generale preventie, rechtsontwikkeling. Onderstaande criteria kunnen daarbij dienstig zijn:

- *repressie*: het handelen of nalaten van de beroepsbeoefenaar dient met het oog op de bescherming van patiënten tegen risico's zo snel mogelijk te worden beoordeeld en zo mogelijk te worden beperkt, in welk geval toepassing van de spoedprocedure overwogen wordt;
- *speciële preventie*: de klacht wordt ingediend met het oog op noodzakelijke correctie van de beroepsbeoefenaar, waarbij de inspecteur de tuchtrechter kan verzoeken specifieke voorwaarden op te leggen;
- *generale preventie*: de klacht dient primair het belang van kennisname van het oordeel van het tuchtcollege door de beroepsgroep(en), waarbij steeds om publicatie van de uitspraak wordt verzocht;
- *rechtsontwikkeling*: de klacht wordt ingediend met het oog op normontwikkeling.

In de beleidsregel kan ten behoeve van de duidelijkheid worden aangegeven dat het de inspectie vrij staat ook in andere gevallen waarin zij dat opportuun acht een klacht in te dienen, nu de wettelijke klachtbevoegdheid daaraan niet in de weg staat.

396 Ook mag kenbaar beleid worden verwacht inzake de toepassing van andere bevoegdheden. Dat komt in de orde in hoofdstuk 7.

8.5 *Samenwerkingsverbanden en ketenzorg en het tuchtrecht*8.5.1 *Wat is het probleem?*

40. Tuchtrecht is naar zijn aard individueel van karakter. Bij de beoordeling van de vraag of een tuchtnorm is geschonden, gaat het steeds om de vraag of de beroepsbeoefenaar in een bepaald geval heeft gehandeld overeenkomstig hetgeen van een zorgvuldig handelend beroepsgenoot in vergelijkbare omstandigheden mocht worden verwacht. Die individuele toets leidt evenwel tot een spanningsveld in een praktijk waarin puur individuele beroepsuitoefening steeds minder voorkomt.

Casus 1

Nog niet zo heel lang geleden deed zich een tot de verbeelding sprekende casus voor³⁹⁷: een zogenoemde 'taartschep' van 32 centimeter lang bleef na de operatie in het lichaam van de patiënte achter. De vraag was wie verantwoordelijk gehouden kon worden voor deze fout. De patiënte in kwestie klaagde haar gynaecoloog aan. Uit de feitelijke toedracht bleek dat de operatie was verricht door de gynaecoloog samen met een arts-assistent die in het laatste jaar van haar opleiding gynaecologie was en instrumenterend verpleegkundigen. De arts-assistent heeft de buik gesloten. Het tuchtcollege oordeelde dat de gynaecoloog het sluiten van de buik in een geval als dit over heeft mogen laten aan deze ervaren arts-assistent, voor de uitvoering waarvan de gynaecoloog niet verantwoordelijk kan worden gehouden. De gynaecoloog is overigens wel een verwijt gemaakt omdat hij het operatiegebied niet voldoende zorgvuldig heeft geïnspecteerd alvorens het sluiten van de buik aan de assistent over te laten. Bij zorgvuldige inspectie had dit instrument immers niet over het hoofd gezien kunnen worden.

41. Deze casus geeft aanleiding tot een enkele opmerkingen als inleiding tot de nadere verkenning van het probleem. De patiënte heeft haar klacht gericht tot de gynaecoloog. Vanuit optiek van de patiënte is dat wel begrijpelijk: hij is immers haar behandelend arts en als zodanig kent de patiënte hem. Weet een gemiddelde patiënt overigens dat een operatie wordt uitgevoerd door meerdere artsen, onder wie arts-assistenten die de patiënt niet kent? Ook al zou deze patiënte daarmee wel bekend zijn geweest en een tweede klacht hebben gericht tot de arts-assistent, dan zijn er nog de o.k.-verpleegkundigen. In beginsel is de operator niet verantwoordelijk voor de weeg- en telprocedure. Voor het niet (goed) volgen van die procedure hadden de o.k.-verpleegkundigen ter verantwoording geroepen kunnen worden, ware het niet dat de patiënte ook daarvan het bestaan niet zal ken-

397 CTC 16 december 2004, MC 2005, nr. 5.

nen, laat staan dat zij weet wie dit precies zijn. Een andere factor in deze casus is dat ook sprake kan zijn geweest van tekortkomingen in verschillende onderdelen van de o.k.-instrumentenketen. In dat proces moeten de weeg- en telmomenten waarborg bieden om achterblijven van instrumenten in het lichaam van de patiënt te voorkomen (sterilisatieafdeling, o.k.-personeel vooraf, instrumenterend verpleegkundigen bij operatie). Wil deze casus in al zijn aspecten beoordeeld worden, dan wordt van de patiënt wel veel voorwerk verwacht. Uitgezocht zal moeten worden welke personen bij de operatie betrokken zijn geweest en wat hun hoedanigheden zijn. Vervolgens moet de patiënt weten of over al deze beroepsbeoefenaren tuchtrechtelijk geklaagd kan worden. Voor zover het om aan tuchtrecht onderworpen beroepsbeoefenaren gaat, zal vervolgens tegen elk van hen een tuchtklacht moeten worden ingediend, waarbij bij voorkeur de verwijten moeten worden toegespitst op de verantwoordelijkheden van de desbetreffende persoon. De vraag is of dit voor de gemiddelde patiënt die na behandeling in het ziekenhuis met een klacht zit niet een beetje veel gevraagd is en of het probleem van meerdere betrokken hulpverleners met onderscheiden verantwoordelijkheden opgelost kan worden door een vorm van collectieve aansprakelijkheid.

42. De voorafgaande casus is een betrekkelijk eenvoudig voorbeeld van de van oudsher bestaande samenwerking binnen de muren van het ziekenhuis. Een andere vorm van 'klassieke samenwerking', waarbij gelijktijdig of achtereenvolgens wordt samengewerkt door verschillende beroepsbeoefenaren, is de klinische verloskundige zorg, waarbij leden van maatschappen of vakgroepen gynaecologie onderling en met arts-assistenten, verloskundigen en verpleegkundigen samenwerken. Een ander klassiek voorbeeld zijn de crisisdiensten van de GGZ: samenwerking tussen psychiater, huisarts, SPV, CPA en apotheek.

43. Tegenwoordig is meer en meer sprake van samenwerking tussen beroepsbeoefenaren onderling in velerlei vormen: intra- en interdisciplinair, binnen de muren van de instelling, maar ook daarbuiten. Veelal wordt dit aangeduid als 'ketenzorg': een begrip dat vele ladingen dekt en diverse invullingen kent. Voor dit advies ga ik uit van de definitie van de IGZ³⁹⁸: "het geheel van samenhangende zorginspanningen bij een patiënt/cliënt".

Als voorbeelden noem ik:

- *huisartsenposten*: samenwerking tussen huisarts, assistente en eigen huisarts;
- *thuiszorg*: samenwerking huisarts, specialist, apotheek, verpleegkundigen, verzorgenden, gemeente (WMO);
- *GGZ*: samenwerking tussen psychiater, apotheker, psycholoog, diverse therapeuten, verpleegkundigen;

398 *Werkdocument Invitational Conference Ketenzorg* juni 2007. In dit document wordt 'keten' gedefinieerd als "het geheel van samenhangende (volgtijdelijk of gelijktijdige) actieve en wederzijds afhankelijke proceselementen".

- *aandoeningsgerichte voorzieningen*, bijvoorbeeld diabeteszorg of hartfalen: samenwerking tussen specialist, gespecialiseerde verpleegkundigen, huisartsen, apotheker, fysiotherapie, thuiszorg;
- *openbare gezondheidszorg*: samenwerking tussen huisarts, GGD-verpleegkundigen (volwassenen- en/of jeugdzorg), thuiszorg, gemeente (WMO), maatschappelijk werk en andere maatschappelijke organisaties.

44. Een patiënt of, in geval van overlijden van de patiënt, diens nabestaande, die wil klagen over vermeende tekortkomingen in de zorg of behandeling, zal in veel gevallen door de bomen het bos niet (meer) zien: hij heeft met zoveel verschillende personen te maken (gehad), dat het de vraag is of de patiënt, ten eerste, alle bij hem betrokken hulpverleners bij naam kent en, ten tweede, weet wie welke verantwoordelijkheid heeft. Veelal zal de patiënt nog wel weten wie zijn dokter (in de zin van 'hoofdbehandelaar') is. De praktijk in zorginstellingen is echter dat de daadwerkelijke zorg (anamnese, onderzoek, diagnostiek en behandeling) door arts-assistenten wordt verricht. Dat geldt in academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en GGZ-instellingen met een opleidingsfunctie. Als er iets niet gaat zoals de patiënt hoopte of verwachtte, kan dat aanleiding zijn voor een klacht. Zoals in de taartschepcasus het geval was, komt het nogal eens voor dat de klacht wordt ingediend tegen de hulpverlener die het meest bekend, kenbaar of zichtbaar is voor de patiënt, maar dat anderen die in het zorgproces ook een belangrijke rol hebben gespeeld, buiten beeld blijven.

45. Onderzoek naar de toedracht van de klacht, het feitelijk verloop en de analyse van de gebeurtenissen kan ertoe leiden dat het tuchtcollege tot de slotsom komt dat de aangeklaagde beroepsbeoefenaar geen verwijt treft, terwijl evident is dat sprake is geweest van tekortkomingen. Alleen zijn die tekortkomingen niet de beroepsbeoefenaar die door de patiënt of diens naasten is aangeklaagd te verwijten, óf richt de klacht zich in feite tegen een persoon die niet aan tuchtrecht is onderworpen.

Het tuchtcollege bezit niet de bevoegdheid het onderzoek ambtshalve uit te breiden tot personen over wie niet is geklaagd en aldus wordt het handelen of nalaten dat de aanleiding heeft gevormd voor de klacht niet volledig onderzocht en beoordeeld. Dat is onbevredigend. Niet alleen voor de klager, die uiteindelijk gefrustreerd achter blijft, maar ook vanuit het belang dat het tuchtrecht beoogt te dienen: de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening. Een tweede voorbeeld kan dit verduidelijken.

Casus 2

Een bejaarde dame, wonend in een verzorgingshuis, is op een dag gevallen, waarna de huisarts wordt geconsulteerd. Er is sprake van een wond aan de kuit, die door de arts wordt gehecht, en waarschijnlijk gekneusde ribben. De patiënte wordt verzorgd door medewerkers van het verzorgingshuis en de huisarts komt geregeld langs om de toestand van patiënte te controleren. Communicatie tussen familie, verzorgers en de huisarts verloopt via briefjes. Ruim een maand na de val heeft de patiënte nog veel pijn, de huisarts denkt aan een sacrumfractuur en stelt bedrust en afwachtend beleid voor. Zijn waarnemer stuurt de patiënte een week later in naar het ziekenhuis waar een schaambeen- en een heupkomfractuur wordt vastgesteld. Zij wordt teruggebracht naar het verzorgingshuis en overlijdt een dag later. De dochter van de patiënte dient een klacht in tegen de huisarts. De huisarts wordt een tuchtrechtelijk verwijt gemaakt dat samengevat neerkomt op: u bent te solistisch en te passief geweest. Hij had over zijn beslissingen moeten overleggen met de familie van patiënte en de medewerkers van het verzorgingshuis. Het tuchtcollege overweegt dat het in elk geval niet zo mag zijn dat de verantwoordelijkheid voor de gebrekkige communicatie ten volle op de schouders van de huisarts wordt gelegd.³⁹⁹

46. In deze zaak blijft de rol van het verzorgingshuis onderbelicht: de instelling noch haar medewerkers zijn aan het tuchtrecht onderworpen. Het blijft derhalve onduidelijk wat zich heeft afgespeeld in de communicatie tussen de huisarts en de medewerkers van het verzorgingshuis. Bevredigend is deze zaak allerminst: het blijft op deze manier immers maar een beoordeling van een deel van de casus. Bovendien blijft de vraag hoe medewerkers van het verzorgingshuis een volgende keer zorg dragen voor verantwoorde zorg aan een zieke bewoner.

8.5.2 *Groepsaansprakelijkheid?*

47. Nu is er van verschillende kanten wel voor gepleit om vormen van collectieve aansprakelijkheid binnen het tuchtrecht mogelijk te maken: aansprakelijkheid van een team, een instelling of een organisatorische entiteit.⁴⁰⁰ Ik zie daartegen verschillende bezwaren.

48. De eerste vraag die zich aan mij opdringt, is of afnemende individuele uitvoering van de zorg of behandeling ook automatisch zou moeten leiden tot afnemende individuele verantwoordelijkheid. Mij lijkt dat een ongewenste ontwikkeling. Hoeveel personen er ook betrokken zijn bij een zorgproces of behandeling, dit neemt

399 RTC Amsterdam 21 maart 2006, MC 20006, nr. 45.

400 Cie. Huls, p. 40; Nota PvdA, p. 9 en *Jaarverslag RTC Amsterdam 2005*, p. 2.

niet weg dat ieder daarin een eigen aandeel heeft en dat elk van die bijdragen aan het geheel onderwerp van toetsing moet kunnen zijn.

Een situatie waarin 'de groep', 'het team' of 'de instelling' aansprakelijk is, kan er gemakkelijk toe leiden dat de individuen die deel uitmaken van die entiteit zich achter het collectief kunnen verschuilen. Ik meen dat dit niet bijdraagt aan een situatie waarin eenieder die een aandeel levert in de zorgverlening aan patiënten zich daarvoor ook verantwoordelijk moet voelen en op basis daarvan ook aan toetsing kan worden onderworpen. Ik ben het op dit punt volledig eens met de overweging van het Regionaal Tuchtcollege Eindhoven, in reactie op het verweer van de aangeklaagde verpleegkundige waarin zij zich beriep op de cultuur en gebruiken op de afdeling, dat de eigen verantwoordelijkheid van een hulpverlener bepalend is voor de deugdelijkheid en zorgvuldigheid van diens professioneel handelen.⁴⁰¹

Te vermijden is bovendien dat individuen de verantwoordelijkheid van zich afschuiven onder verwijzing naar 'de organisatie' waardoor iedereen en uiteindelijk niemand verantwoordelijk is. Mijn pleidooi voor instandhouding van de individuele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid heeft dus primair een principiële kant, die aansluit bij het uitgangspunt in ons rechtssysteem dat iedereen verantwoordelijk is voor zijn eigen handelen.

49. In dit verband is het aardig nog eens terug te grijpen op het preadvies van Maeijer voor de jaarvergadering van de Vereniging in 1970⁴⁰² naar aanleiding van het Nuboer-arrest.⁴⁰³ Dit arrest handelde over een casus in de jaren zestig van de vorige eeuw, waarin de verantwoordelijkheidsverdeling expliciet aan de orde was in verband met de toerekeningsvraag.

Professor Nuboer voerde tezamen met drie gekwalificeerde arts-assistenten en een o.k.-verpleegkundige een hartoperatie uit. Nadien bleek een injectienaald in de thorax van de patiënt te zijn achtergebleven, welke operatief verwijderd moest worden. Nuboer was weliswaar als verantwoordelijk arts aan te merken, maar die verantwoordelijkheid gaat niet zover dat hij daarmee ook aansprakelijk is te houden voor schade die zou zijn ontstaan als gevolg van een fout van een bij de operatie betrokken niet-ondergeschikte.

Maeijer stelde vast dat een patiënt bij een behandeling in teamverband niet langer als individu tegenover een individu staat (patiënt tegenover 'de geneesheer'), maar tegenover een collectiviteit. Maeijer vond dat het individu niet de dupe zou mogen worden van de toenemende collectivisering van medische verantwoordelijkheid.⁴⁰⁴ De door Maeijer bepleite collectieve civielrechtelijke aansprakelijkheid

401 RTC Eindhoven 19 juni 2006, Stcrt. 2006, 153.

402 J.M.M. Maeijer, *De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 1970.

403 HR 31 mei 1968, NJ 1968, 323.

404 Maeijer, a.w. p. 1-2.

is er gekomen, in de vorm van artikel 6:170 BW (aansprakelijkheid van de werkgever voor ondergeschikten) en artikel 7:462 BW (medeaansprakelijkheid van het ziekenhuis).

50. Introductie van een parallelle bepaling in het tuchtrecht lost mijns inziens evenwel het ketenzorgprobleem niet op, omdat afbakening tot ‘de instelling’ geen soelaas biedt. Samenwerking in de gezondheidszorg vindt vandaag de dag immers niet steeds plaats binnen één instelling.

51. Daarmee kom ik op mijn tweede bezwaar tegen ‘groepsaansprakelijkheid’, dat met name verband houdt met de afbakening van het collectief. Uit de hierboven gegeven voorbeelden van samenwerking in de zorg, die zonder al te veel moeite aangevuld kunnen worden met andere, blijkt dat de samenwerkingsverbanden en ketens geen eenduidige verschijningsvorm hebben. Het is niet steeds een afdeling, een vaste groep, een instelling of een multidisciplinair team. De samenstelling van het betrokken collectief hangt sterk af van de concrete zorg aan de desbetreffende patiënt en de uitvoeringsvorm ervan. Ook de mate van samenwerking verschilt: alle variaties – van op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid tot gezamenlijke uitvoering van bepaalde (be)handeling – komen voor. Ook daarom laat ‘het collectief’ zich moeilijk definiëren.

52. Hoe een dergelijke collectieve aansprakelijkheid wettelijk vorm zou moeten krijgen, laat zich dan ook nog niet zo gemakkelijk voorstellen. Men zou kunnen denken aan een bepaling zoals artikel 140 Sr (deelneming aan een criminele organisatie), waarin aan het element ‘organisatie’ voldaan is als sprake is van een gestructureerd samenwerkingsverband van twee of meer personen met een bepaalde organisatiegraad. Noodzakelijk zijn een gemeenschappelijke doelstelling, gemeenschappelijke regels en een zekere bestendigheid. Gemeenschappelijk optreden tegenover derden is een indicatie, maar geen eis. Rechtspersoonlijkheid is niet vereist.

Met gebruikmaking van deze invulling van het organisatiebegrip zou in het tuchtrecht te denken zijn aan de volgende toevoeging aan het eerste lid van artikel 47 Wet BIG:

“Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, dan wel de organisatie die tot doel heeft samenhangende zorg aan de patiënt te verlenen, is onderworpen aan tuchtrecht-spraak ter zake van (...).”

Een dergelijke bepaling roept vele vragen op: is de organisatie als zodanig aan te spreken, aan welke norm zou getoetst moeten worden, wat zou de sanctie moeten zijn als verwijtbaar is gehandeld? Wie is verantwoordelijk voor het aanbrenge van verbeteringen? Is de Kwaliteitswet zorginstellingen niet toereikend? En als de toetsing zich zou concentreren op de leden van de organisatie, hoe moet

dan omgegaan worden met de niet BIG-geregistreerde betrokkenen bij de organisatie? Ik vrees dat een groepsbepaling meer problemen oproept dan oplost. Wat te denken van de volgende voorbeelden?

Binnen de gemeente X fungeert een samenwerkingsverband voor multiprobleemgezinnen. Daarin werken GGZ-hulpverleners, gezinscoaches, werkzaam bij de Jeugdgezondheidszorg van de GGD, maatschappelijk werk en thuiszorg gestructureerd samen. Ondanks alle overleg en afstemming gaat er in één van de gezinnen iets mis met een kind.

Dezelfde gemeente X kent ook een meldpunt 'zorg en overlast' waarin verpleegkundigen werkzaam bij de GGD Volwassenenzorg, de GGZ en maatschappelijk werk samenwerken. Er komt een melding binnen van een buurtgenoot over ernstige overlast veroorzaakt door een chronisch psychiatrische patiënt. Met de melding wordt niets gedaan. De patiënt pleegt suïcide.

In een centrum voor eerstelijns diabeteszorg wordt samengewerkt door huisartsen, praktijkondersteuners (verpleegkundigen of doktersassistenten), diëtisten, fysiotherapeuten. Door miscommunicatie over het intensief bewegenprogramma raakt de patiënt ontregeld.

53. De Commissie-Huls heeft in verband met de door haar gesignaleerde afnemende individuele uitoefening van beroepen voorgesteld dat het voor een klager mogelijk moet zijn een klacht in te dienen tegen een groep beroepsgenoten die hem bijgestaan heeft, mits de leden van de groep tot dezelfde beroepsgroep behoren.⁴⁰⁵ Bij aanvang van de procedure kan de tuchtrechter dan bepalen of hij de zaken tegen de verschillende beroepsgenoten wil voegen of dat deze elk afzonderlijk worden behandeld. De tuchtrechter kan zo voor de individuele leden van de groep de mate van verantwoordelijkheid en verwijtbaarheid vaststellen.⁴⁰⁶ De regering neemt dit voorstel over.⁴⁰⁷ Het voorstel lijkt aan mijn principiële bezwaar tegemoet te komen, maar dat is niet het geval. Het voorstel veronderstelt dat de klager weet wie de individuele leden van de groep vormen, dat de leden van de groep tot dezelfde beroepsgroep behoren én dat alle leden van de groep tuchtrechtelijk aan te spreken zijn. In de gezondheidszorg zal niet steeds aan deze drie

405 Cie. Huls, p. 50.

406 Cie. Huls, p. 40-41.

407 *Kamerstukken II 2007/08, 29 279, nr. 61, p. 9.*

voorwaarden worden voldaan en reeds daarom lijkt mij het voorstel van de Commissie-Huls in algemene zin niet goed bruikbaar voor het tuchtrecht in de individuele gezondheidszorg. Invoering van groepsaansprakelijkheid à la Huls brengt het risico met zich dat de klager van de regen in de drup geraakt: voor zover de klager de namen van alle betrokken hulpverleners al weet te achterhalen, zal de ‘groepsbeoordeling’ in samenwerkingscases snel afstuiten op de constatering dat niet alle leden van de groep tot dezelfde beroepsgroep behoren. Juist in de gezondheidszorg wordt immers vaak interdisciplinair samengewerkt.

54. Overigens moet worden opgemerkt dat, voor zover het gaat om aansprakelijkheid van leden van een groep beroepsgeenoten in de gezondheidszorg, de Commissie-Huls achter de feiten aanloopt: in de medische tuchtrechtspraak heeft dit fenomeen al een aantal jaren geleden zijn intrede gedaan. In 2004 oordeelde het Centraal Tuchtcollege tweemaal over de verleende obstetrisch-gynaecologische zorg die zich over een aantal dagen uitstrekte en volgtijdelijk werd verleend door leden van de maatschap gynaecologie. De werkwijze van de maatschappen leidde ertoe dat het Centraal Tuchtcollege ieder van de leden ten volle verantwoordelijk hield voor de tekortkomingen in de verleende zorg, terwijl niet alle leden van de maatschap de patiënte daadwerkelijk hadden gezien.⁴⁰⁸ Begin 2007 oordeelde het RTC Eindhoven dat de huisartsen in een duopraktijk beiden een verwijt trof voor het ontstane en fatale *doctors delay* in die casus. Het uitgangspunt van individuele aansprakelijkheid neemt niet weg dat, indien in collectief verband, zoals in dit geval de duohuisartsenpraktijk, zorg wordt verleend, de individuele toerekening van het tuchtrecht niet in de weg staat aan aansprakelijkheid voor hetgeen in collectief verband is misgegaan. In zo’n geval kan men tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn voor het falen van anderen, zij het op basis van eigen verantwoordelijkheid, aldus het tuchtcollege.⁴⁰⁹ Er is dus al een vorm van collectieve aansprakelijkheid ontstaan, echter wel één die uitsluitend kan worden aangenomen indien sprake is van een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid in de praktijkorganisatie. Voor aansprakelijkheid van alle leden van de groep is in verband met de individuele toerekening wel noodzakelijk dat de klacht is gericht tot alle afzonderlijke leden van het collectief.

408 CTC 27 januari 2004, Stcrt. 2004, 23 en MC 2004, 17; CTC 4 maart 2004, MC 2004, 25 (rov. 4.4: “Wanneer een maatschap van artsen de praktijkvoering inricht op een wijze waarbij niet één arts als (hoofd)behandelaar de verantwoordelijkheid draagt voor het beleid ten aanzien van een patiënt maar de verantwoordelijkheid voor een patiënt in feite collectief wordt gedragen middels het van dag tot dag wisselend zien en de gezamenlijke ochtendbesprekingen, is iedere arts binnen die maatschap in beginsel verantwoordelijk voor die wijze van praktijkvoering en daarmee voor het ten aanzien van een patiënt gevoerde beleid”).

409 RTC Eindhoven 27 februari 2007, MC 2007, 22.

55. In het advocatentuchtrecht is men nog een stap verder gegaan en kan een klacht tegen een maatschap ontvankelijk worden geoordeeld, zonder dat de leden van de maatschap daarnaast afzonderlijk behoeven te worden aangeklaagd.⁴¹⁰ Ook dit biedt alleen soelaas indien het collectief is af te bakenen, de klacht is te adresseren aan het collectief als zodanig én een norm voorhanden is die op dat collectief toepasselijk is.

In de Wet tuchtrechtspraak bedrijfsorganisatie 2002⁴¹¹ is de mogelijkheid neergelegd tuchtrechtelijke vervolging in te stellen tegen een rechtspersoon of een vennootschap, degenen die feitelijk de leiding hebben gegeven bij het verweten handelen of nalaten, of beiden. Een feit wordt begaan door of vanwege een rechtspersoon of vennootschap indien het begaan wordt door personen, die hetzij uit hoofde van een dienstbetrekking, hetzij uit anderen hoofde handelen in de sfeer van de rechtspersoon of de vennootschap, ongeacht of deze personen ieder afzonderlijk het feit hebben begaan, dan wel bij hen gezamenlijk de elementen van dat feit aanwezig zijn.⁴¹² Voor de voorstanders van groepsaansprakelijkheid in de gezondheidszorg kan dit een aanlokkelijke bepaling zijn om bij aan te sluiten, maar er is in elk geval één belangrijk verschil met de Wet BIG. Dat is dat de regelgeving op grond van de Wet op de bedrijfsorganisatie volledig gericht is op collectieve entiteiten (onder product- en bedrijfsschappen ressorterende ondernemingen) en de normen waaraan tuchtrechtelijk getoetst wordt ook geadresseerd zijn aan het collectief.⁴¹³ Wetssystematisch valt een dergelijke bepaling reeds daarom niet zonder meer parallel toe te passen.

8.5.3 Een andere oplossing

56. Niettemin ben ik het met de critici van het huidige systeem van harte eens waar zij stellen dat er wel wat moet veranderen in verband met de ontwikkeling van ketenzorg.⁴¹⁴ Ik zou een alternatief willen voorstellen waarin het algemeen belangaspect voorop staat en waarbij een rol wordt toegedeeld aan de inspecteur

410 Hof van Discipline 17 maart 2006, nr. 3999, *Advocatenblad* 1 juni 2007, p. 340-343; eerder al: Hof van Discipline 13 mei 1991, nrs. 1504 en 1505, *Advocatenblad* 1991, p. 13-14.

411 Wet van 29 januari 2004, Stb. 35.

412 Art. 6 Wet tuchtrechtspraak bedrijfsorganisatie.

413 Twee voorbeelden van de ruim 200 verordeningen: Verordening Speculaas, gericht aan ondernemingen behorend tot het Productschap Granen, Zaden en Peulvruchten dat eisen stelt aan de eigenschappen en samenstelling van het product wil het onder de benaming 'speculaas' verkocht mogen worden (Vbbo 2003, 73) en de Garnalenverordening 2000 die regels stelt aan de verkoop van garnalen door ondernemingen ressorterend onder het Productschap Vis (Vbbo 2001, 47).

414 B. Crul, 'Tuchtrecht is niet meer van deze tijd', *NTvG* 2007, 151, p. 62-65; R.W.M. Giard, 'Medisch tuchtrecht: duidelijke bestaansredenen, onzeker nut', *NTvG* 2006, 150, p. 2830-2832.

voor de gezondheidszorg. Het recht van de rechtstreeks belanghebbende om een klacht in te dienen bij de tuchtrechter blijft onverkort gehandhaafd. Indien bij vooronderzoek blijkt dat de klacht niet alleen het handelen van de aangeklaagde(n) betreft, maar ook of zelfs vooral betrekking heeft op het handelen van anderen, kan de vooronderzoeker ambtshalve de inspecteur inschakelen. Daarbij moet voldaan zijn aan de volgende voorwaarden:

- de klacht wordt niet op voorhand als kennelijk ongegrond geoordeeld; en
- de klager kan zelf niet alle betrokkenen identificeren; en/of
- er zijn bij de casus ook niet BIG-geregistreerde hulpverleners betrokken.

57. De vooronderzoeker als bedoeld in artikel 66 lid 1 Wet BIG verzoekt de inspecteur voor de gezondheidszorg onderzoek te doen naar de feitelijke toedracht van de door de klager ingediende klacht en daarbij het handelen van alle betrokken hulpverleners te onderzoeken, voor zover dit relevant is in het kader van de beoordeling van de klacht. Nadat de inspecteur het gevraagde onderzoek heeft verricht, is het vervolgens aan hem te bepalen of de uitkomsten van het onderzoek moeten leiden tot indiening van een klacht door de inspecteur dan wel gemotiveerd aan het tuchtcollege en de klager mee te delen waarom het algemeen belang niet gediend is met tuchtrechtelijke toetsing van de betrokkene(n). Mocht de inspecteur besluiten een of meerdere aanvullende klacht(en) in te dienen, dan kan het tuchtcollege toepassing geven aan artikel 57 en de zaken van de oorspronkelijke klager en de inspecteur gezamenlijk behandelen.

58. Mocht de inspecteur constateren dat in het onderzochte zorgproces op- of aanmerkingen zijn te maken op de kwaliteit van handelen van niet aan het wettelijk tuchtrecht onderworpen beroepsbeoefenaren, dan kan de inspectie op grond van artikel 40 van de Wet BIG, voor zover het een artikel 34-beroepsbeoefenaar betreft, of op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen, voor zover het handelen in instellingsverband plaatsvindt, de noodzakelijke aanbevelingen doen of maatregelen treffen. Hiertoe zou bijvoorbeeld aanleiding hebben bestaan in de casus over de neonatologische zorg, waarin niet alleen de aangeklaagde kinderarts een verwijt trof, maar ook sprake was van structurele tekortkomingen in de capaciteit en structuur van die zorg⁴¹⁵ of in de zaak waarin ondermaatse huisartsgeneeskundige zorg werd geconstateerd in een penitentiaire inrichting waarvan maar de vraag was of het om een toevallig incident ging.⁴¹⁶ In de taartschepcasus had de patiënte het ziekenhuis kunnen vragen wie er bij de operatie waren betrokken.⁴¹⁷ Zij had haar klacht dan kunnen richten op alle leden van het o.k.-team. Indien en voor zover leden van dat team niet aan het tuchtrecht zijn onder-

415 CTC 15 augustus 2000, *MC* 2000, 8.

416 RTC Eindhoven 13 februari 2003, *MC* 2003, 24.

417 Hof Den Haag 9 september 2004, *NJF* 2004, 597; vgl. Hof Arnhem 7 september 2004, *GJ* 2005, 7.

worpen, bijvoorbeeld o.k.-assistenten, en er aanleiding zou zijn geweest voor nader onderzoek zou de IGZ dat hebben kunnen doen. In twee van de drie hiervoor genoemde samenwerkingsvoorbeelden zou de inspectie samenwerking⁴¹⁸ kunnen zoeken met de Inspectie Jeugdzorg.⁴¹⁹

59. Het voorstel om de inspecteur een taak te geven in het vooronderzoek heeft een aantal voordelen. Er wordt een wettelijke basis wordt gecreëerd om:

- de gehele keten in beeld te krijgen;
- het feitelijk verloop van een casus grondig te onderzoeken en te analyseren; en
- diegenen die als schakel in de keten tekortgeschoten lijken te zijn individueel tuchtrechtelijk aan te spreken;

en/of (bij gebreke van tuchtrechtelijke correctiemogelijkheid)

- de inspectie in staat te stellen ketenproblemen te onderzoeken en waar nodig de noodzakelijke maatregelen te nemen met het oog op kwaliteitsverbetering.

Het nadeel is dat de tuchtprocedure wordt verlengd door het onderzoek van de inspectie. Met het oog op artikel 6 EVRM dient voorkomen te worden dat dit leidt tot onredelijke vertraging en nodeloze onzekerheid bij de aangeklaagde. Hiervoor zijn evenwel waarborgen in te bouwen, bijvoorbeeld het bepalen van een termijn waarbinnen de inspectie haar onderzoek dient te hebben afgerond en het opnemen van de mogelijkheid dat de klacht tegen de oorspronkelijke beklagde wordt afgehandeld indien ook zonder nader onderzoek al vaststaat dat de verkeerde is aangeklaagd.

60. Een voorbeeld van hoe het voorstel in de praktijk kan uitpakken, wordt treffend geïllustreerd door de casus waarin de inspectie, vooruitlopend op haar door mij toebedachte rol, een klacht indiende tegen vier hulpverleners die elk vanuit hun eigen professie een deel van de zorg aan een patiënte met somatische en psychiatrische comorbiditeit verleenden: huisarts, psychiater, cardioloog en apotheker.

Casus 3

Aan de patiënte werden door de cardioloog en de psychiater geneesmiddelen voorgeschreven, waarvan de geneesmiddelenbewaking door de apotheker diende plaats te vinden. Ergens in dat proces ging het mis, de patiënte overlijdt. Bij obductie wordt een verhoogde lithiumspiegel geconstateerd. Weliswaar is het overlijden van de patiënt niet het directe gevolg van het handelen van betrokkenen, wel brengt onderzoek van de toedracht aan het licht dat er op verschillende punten in het proces haperingen zijn geweest.

418 Meer over samenwerking tussen inspecties in hoofdstuk 7.

419 Bijv. *Onderzoek naar de hulpverlening aan het 'Maasmeisje'*, Rapport Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen, IGZ september 2007.

Toch leidt dat niet tot gegrondverklaring van alle klachten. Dat wordt mede verklaard doordat de inspectie in haar klacht de nadruk had gelegd op de noodzakelijke afstemming van en informatie-uitwisseling tussen de door meerdere zorgverleners aan de patiënt geboden zorg waardoor individuele zorg ineens collectieve zorg wordt. Daarin ging het Regionaal Tuchtcollege niet met de inspecteur mee:

“Het staat het College niet vrij om binnen het klachtrecht volgens de Wet BIG tot een andere beoordeling en benadering te komen dan gebaseerd op individuele verantwoordelijkheid en zorgplicht van verweerder. Deze kan er uiteraard wel toe leiden dat contact moet worden opgenomen met een andere betrokken hulpverlener, maar dan bezien vanuit de eigen verantwoordelijkheid van verweerder”.⁴²⁰

In elk geval trof de apotheker op dit punt een verwijt, de psychiater en de huisarts niet. In hoger beroep werd jegens de cardioloog geoordeeld dat niet verwijtbaar was dat hij niet met de huisarts en de psychiater in contact was getreden om het beleid af te stemmen. Wel had hij zijn farmaceutische interventie onverwijld moeten melden aan de huisarts en de psychiater.⁴²¹

61. Uit de feiten van deze casus komt naar voren dat sprake is geweest van interactiesignalen, gegenereerd door het computersysteem van de apotheek. Deze waren tweemaal gepasseerd zonder dat actie was gevolgd en een derde maal was het interactiesignaal door een medewerker van de apotheek onderdrukt. Daarnaast bleek een belangrijke uitslag van de lithiumbepaling in het bloed de psychiater pas na vijf dagen te hebben bereikt, waarbij het handelen van een secretaresse van de GGZ-instelling een rol heeft gespeeld, hetgeen de psychiater niet persoonlijk kon worden aangerekend.

In een dergelijke complexe casus is de inspectie de aangewezen instantie om eventuele haperingen in het zorgproces op te sporen door nauwkeurig onderzoek en aan te pakken door maatwerkoplossingen.

8.6 Slotbeschouwing – de toekomst van het tuchtrecht

62. In het voorafgaande is een aantal voorstellen aan de orde geweest die de werking van het wettelijk tuchtrecht kunnen verstevigen:

- verfijning van de algemene tuchtnorm van artikel 47 lid 1 onder b;
- uitbreiding van de mogelijkheid van een spoedprocedure;
- toezicht op de naleving van door de tuchtrechter opgelegde voorwaarden;

420 RTC Groningen 20 februari 2006, Stcrt. 2006, 80.

421 CTC 4 september 2007, Stcrt. 2007, 179

- vastleggen van criteria op basis waarvan de inspectie tot indiening van een tuchtklacht overgaat;
- het creëren van de mogelijkheid tot inschakeling van de inspectie in ketenzorg-cases.

De voorstellen beogen bij te dragen aan het doel van het tuchtrecht: bewaking en bevordering van de kwaliteit van de verleende zorg. Bij de discussie over de toekomst van het tuchtrecht dient dit doel wat mij betreft goed in het oog gehouden te worden, nu het belang daarvan onverminderd groot is. Niet alle aanbevelingen van de Commissie-Huls sluiten mijns inziens onverkort aan bij die doelstelling. Dit geldt voor de aanbevelingen griffierecht te introduceren, beroepsgroepen financieel te laten bijdragen aan de tuchtrechtspraak en het mogelijk maken van het toekennen van (een beperkte) schadevergoeding door de tuchtrechter.

63. De Commissie-Huls ziet griffierecht als een stimulans voor de klager om de klacht eerst met de beroepsbeoefenaar zelf te bespreken, dan wel zijn klacht eerst aan een klachtencommissie voor te leggen.⁴²² Dat ongenoegen over handelen of nalaten van iemand eerst met de desbetreffende persoon wordt besproken, lijkt mij alleen al vanuit oogpunt van fatsoen gebruikelijk. Los daarvan, gaat de aanbeveling sterk uit van de genoegdoening van de klager, terwijl dit bij het tuchtrecht niet voorop staat. Genoegdoening is een neveneffect, geen doelstelling op zichzelf. Hoewel de positie van de klager verstevigd is, is hij op de keper beschouwd niet méér dan een 'aangever' die een rol speelt ten behoeve van het grotere belang van kwaliteitsbewaking dan zijn individuele belang een oordeel over zijn klacht te krijgen. Ter wille van het algemeen belang van het tuchtrecht is het opwerpen van financiële drempels ongewenst, ook als men zijn griffierecht terugkrijgt in het geval de klacht gegrond wordt verklaard. Iedere klachtgerechtigde moet zich zonder enige beperking tot de tuchtrechter kunnen wenden indien hij over de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg een oordeel wil krijgen. Het moet voor degene die een klacht heeft, wel duidelijk zijn wat het verschil is tussen een klachtprocedure en een tuchtprocedure. Dat verschil is nu kennelijk nog steeds onvoldoende duidelijk. Ik zie daarom meer in goede voorlichting dan in het heffen van griffierecht. Het kabinetsvoorstel om de tuchtrechter de bevoegdheid te geven een klacht door te zenden naar de klachtencommissie in zaken waarin de klachtenprocedure niet is gevolgd,⁴²³ kan dienstig zijn om te voorkomen dat de tuchtrechter zich over allerhande bagatelkwesties moet uitspreken. Ik meen evenwel dat de tuchtrechter slechts van die bevoegdheid gebruik zou moeten maken in zaken waarvan bij oppervlakkige beschouwing al duidelijk is dat de klacht 'kennelijk ongegrond' is. Het zou de duidelijkheid voor klagers ten goede komen als op dit punt heldere criteria voorhanden zouden zijn. Met het oog hierop doe ik het volgende voorstel.

422 Cie. Huls, p. 40.

423 *Kamerstukken II 2007/08, 29 279, nr. 61, p. 5.*

Klachten die betrekking hebben op:

- communicatiestoornissen die niet tot ernstige gevolgen voor de patiënt hebben geleid;
- onduidelijkheden over onderzoek, behandeling of begeleiding;
- incidentele tekortkomingen van geringe ernst en zonder noemenswaardig risico;
- tekortkomingen van geringe ernst die door de desbetreffende beroepsbeoefenaar zijn erkend;
- tekortkomingen waarbij inmiddels maatregelen zijn genomen ter voorkoming ervan respectievelijk ter verbetering van de zorg;
- en die niet zijn voorgelegd aan de klachtenfunctionaris dan wel de klachtencommissie;

worden door het tuchtcollege niet in behandeling genomen.

64. De Commissie-Huls pleit ook voor een bijdrage van de beroepsgroepen aan de financiering van de tuchtrechtspraak. Omdat sprake is van een wisselwerking tussen Staat en beroepsgroepen bij het tuchtrecht – ook de beroepsgroepen hebben belang bij en dragen verantwoordelijkheid voor het tuchtrecht – moeten de beroepsgroepen een financiële bijdrage leveren.⁴²⁴ De regering onderschrijft deze aanbeveling en ziet in het laten betalen van de tuchtrechtspraak door de beroepsgroepen een duidelijke prikkel om door (preventief) kwaliteitsbeleid, een goede klachtenregeling en goed toezicht het aantal te behandelen zaken laag te houden.⁴²⁵ Ik zie dat anders. Het wettelijk tuchtrecht is in het leven geroepen, omdat dit wenselijk is geacht vanuit het algemeen belang. Daarbij past dat de Staat ook deze vorm van rechtspraak financiert. Het is immers vooral de samenleving als geheel die belang heeft bij wettelijk tuchtrecht en niet (vooral) de beroepsgroepen. Ondanks adequaat kwaliteitsbeleid en het goed functioneren van klachtenregelingen heeft het tuchtrecht een eigen functie. Immers als preventie (door kwaliteitsbewaking) tekort schiet en de klachtenprocedure niet voldoet omdat deze niet voorziet in een bindende uitspraak, vervult tuchtrecht een maatschappelijk noodzakelijke functie. Het regeringsvoorstel vind ik op dit punt ook niet evenwichtig: als gekozen wordt voor een financiële prikkel ter beperking van het aantal zaken, zou ik menen dat het aan beide kanten moet. Dus: óf griffierecht en een financiële bijdrage van de beroepsgroepen heffen óf de kosten van tuchtrechtspraak volledig ten laste van de algemene middelen brengen en niet alleen de beroepsgroepen financieel belasten. Financiering vanuit de beroepsgroepen kan bovendien leiden tot discussie over de onafhankelijkheid van de tuchtrechtspraak ('wie betaalt bepaalt'). Vanuit het oogpunt van artikel 6 EVRM moet dat worden vermeden en dient de onafhankelijkheid van de tuchtrechter onbetwist te zijn.

424 Cie. Huls, p. 32-33.

425 *Kamerstukken II 2007/08, 29 279, nr. 61, p. 11.*

65. Ook van het meenemen van een verzoek om schadevergoeding in de tuchtprocedure⁴²⁶ ben ik geen voorstander. De Commissie-Huls stapt bij die aanbeveling nogal luchtig heen over het verschil tussen het algemeen belang van het wettelijk tuchtrecht en het individuele belang van schadevergoeding en het verschil in beoordeling. Dat zijn echter wel vrij essentiële verschillen.⁴²⁷ Het is opnieuw een punt in het rapport dat erop duidt dat de commissie zich mijns inziens te veel richt op de positie van de individuele klager dan op het openbaar belang van een goede beroepsuitoefening. Ook bekreunt de commissie zich niet om de vraag waarom de tuchtcolleges die de mogelijkheid tot het toekennen van schadevergoeding wél kennen, daarmee zeer terughoudend omgaan,⁴²⁸ zoals in het rapport wordt geconstateerd. Het verdient bepaald aanbeveling deze vraag grondig te onderzoeken alvorens tot het introduceren van een dergelijke mogelijkheid over te gaan. Overigens kent de Advocatenwet, waarnaar de Commissie-Huls verwijst, het toekennen van schadevergoeding uitsluitend als bijzondere voorwaarde bij de oplegging van een voorwaardelijke schorsing.⁴²⁹ Interessant in dit verband is ook op te merken dat de Advocatenwet, anders dan de Wet BIG, niet de geldboete als één van de tuchtmaatregelen kent,⁴³⁰ maar dus wel de zeer beperkte mogelijkheid van schadevergoeding, die blijkens de uitleg van het Hof van Discipline alleen als verzwaring van de tuchtrechtelijke sanctie kan worden opgelegd.⁴³¹ Een mogelijkheid die bovendien alleen wordt toegepast als er een rechtstreeks verband bestaat tussen het handelen of nalaten van de betrokken beroepsbeoefenaar en de geleden schade.⁴³² Als men een laagdrempelige voorziening voor het verkrijgen van schadevergoeding voor het handelen of nalaten van individuele beroepsbeoefenaren wil krijgen, valt eerder te denken aan uitbreiding van de Geschillencommissie Ziekenhuizen⁴³³ tot de Geschillencommissie Gezondheidszorg waar men terecht kan voor schade tot € 5.000.

426 Cie. Huls, p. 41-42.

427 Voor voorbeelden van de verschillende normstelsels in medisch tuchtrecht en civiel aansprakelijkheidsrecht, zie: HR 10 januari 2003, *NJ* 2003, 537, m.nt. WMK; HR 3 juni 2005, *NJ* 2005, 324, m.nt. JBMV; Hof Arnhem 6 maart 2007, *NJF* 2007, 246.

428 Zie bijv. Raad van Discipline Den Haag 20 maart 1989, nr. 8921, *Advocatenblad* 24 november 1989.

429 Art. 48b lid 1 Adv.wet jo. Hof van Discipline 26 januari 2004, nr. 3794, *Advocatenblad* 2005, 2.

430 Art. 48 lid 2 Adv.wet.

431 Hof van Discipline 14 juni 2004, nr. 3901, www.advocatenorde.nl/NOVA/NovTuRe.nsf/8290a42ed134bc72c1256ada0030089f/01f586b9074110edc1256fa3004e7c2e?OpenDocument.

432 Raad van Discipline Leeuwarden, 4 januari 1988, *Advocatenblad* 25 november 1988 en Raad van Discipline Amsterdam 23 mei 2005, nrs. 05-18 en 05-19, www.advocatenorde.nl/nova/novture.nsf/8290a42ed134bc72c1256ada0030089f/e49c1ecd1314df12c1257050002f084f?OpenDocument.

433 Zie: www.sgc.nl.

Overigens heeft de regering in zijn reactie op het rapport-Huls het toekennen van schadevergoeding door de tuchtrechter in de gezondheidszorg afgewezen vanwege de aard, omvang en complexiteit ervan.⁴³⁴

66. De aanbeveling van de Commissie-Huls maatregelen te nemen om de kenbaarheid van tuchtuitspraken te vergroten, onderschrijf ik. Anders dan de commissie pleit ik voor geanonimiseerde openbaarmaking van alle uitspraken, ook de ongegrondverklaringen en de uitspraken waarbij een waarschuwing is opgelegd.⁴³⁵ Om redenen aan het algemeen belang ontleend kan het tuchtcollege voor de gezondheidszorg bepalen of een eindbeslissing geheel of gedeeltelijk in de Staatscourant openbaar wordt gemaakt en aan aangewezen tijdschriften of nieuwsbladen ter bekendmaking wordt aangeboden.⁴³⁶ De gedachte achter deze bepaling is dat uitspraken van de tuchtrechter een voorlichtende en instructieve functie kunnen vervullen en aldus bijdragen aan de verdere ontwikkeling van normen en de beroepsethiek. Dat kennisname van tuchtrechtelijke jurisprudentie die functie heeft, zal door weinigen worden betwist. De vraag is echter wel of het huidige systeem voldoende tot die belangrijke functie bijdraagt. Zoals Giard⁴³⁷ opmerkt in zijn kritische beschouwing over deze functie van het tuchtrecht, is er geen arts die de Staatscourant leest. Dat zal voor andere beroepsbeoefenaren niet anders zijn. In de vakbladen worden regelmatig tuchtuitspraken gepubliceerd of besproken, maar een groot deel van de jurisprudentie is ontoegankelijk. Niet alle uitspraken worden ter publicatie aangeboden, niet al het aangeboden wordt gepubliceerd en niet alle uitspraken zijn te raadplegen. Een algemeen toegankelijke bron waar alle tuchtrechtuitspraken geanonimiseerd zijn te raadplegen ontbreekt. Dat is een gemis.⁴³⁸

Weliswaar heeft het CIBG⁴³⁹ een website waar uitspraken te vinden zijn, maar (nog) niet alle tuchtcolleges zijn aangesloten, zoeken op onderwerp is nauwelijks mogelijk en samenvattingen van uitspraken ontbreken. Juist met het oog op leren van uitspraken en normontwikkeling zou het wenselijk en nuttig zijn te beschikken over één goed toegankelijke verzameling van alle geanonimiseerde tuchtuitspraken, inclusief uitspraken waarvan geen publicatie bevolen is. Wat mij betreft staat het preventieve en educatieve aspect daarbij voorop en gaat het *niet*

434 *Kamerstukken II 2007/08, 29 279, nr. 61, p. 8.*

435 Cie. Huls, p. 43-44.

436 Art. 71 Wet BIG.

437 R.W.M. Giard, 'Medisch tuchtrecht, duidelijke bestaansredenen, onzeker nut', *NTvG* 2006; 150(51), p. 2830-2832.

438 Zie ook het verslag van het KNMG symposium 'Het tuchtrecht in beweging' 13 september 2007, te raadplegen op www.knmg.artsennet.nl.

439 Het CIBG (Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg) is een agent-schap van het ministerie van VWS waar het tuchtrecht gezondheidszorg organisatorisch is ondergebracht.

om *naming and shaming*, zoals de Commissie-Huls suggereert,⁴⁴⁰ maar niet nader uitwerkt. Ook van uitspraken die leiden tot ongegrondverklaring of gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel kan immers geleerd worden, zoals onder meer door Crul⁴⁴¹ wordt opgemerkt. Crul pleitte voor samenwerking tussen de KNMG, Medisch Contact en de inspectie om uitspraken te selecteren die niet ter publicatie zijn aangeboden, maar die wel zinvol zijn om binnen beroepsgroepen besproken te worden. De inspectie krijgt immers afschriften van alle eindbeslissingen van de tuchtcolleges.⁴⁴² Mij lijkt een eenvoudiger oplossing voorhanden en dat is aansluiting zoeken bij de website van 'de Rechtspraak'.⁴⁴³ Tuchtcolleges spreken immers recht, zodat niet valt in te zien wat het principiële bezwaar van aansluiting kan zijn.

Wanneer alle colleges consequent alle uitspraken sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG op 'rechtspraak.nl' of een vergelijkbare algemeen toegankelijke website (doen) publiceren, ontstaat een schat aan informatie waarmee eenieder die zich bezighoudt met normen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zijn voordeel kan doen.⁴⁴⁴ Inmiddels lijken de tekenen gunstig te zijn: het kabinet heeft eind 2007 voorgesteld alle tuchtrechtuitspraken op een centrale website te publiceren met het oog op versterking van de preventieve werking voor beroepsgenoten en toegankelijkheid van de informatie voor het publiek.⁴⁴⁵

67. Terugkomend op de vraag die aan het begin van dit hoofdstuk is gesteld, volgt uit het voorafgaande dat er op de door mij besproken onderdelen aanleiding is voor aanpassing van het tuchtrecht in zijn huidige vorm, wil het wettelijk tuchtrecht ook in de toekomst optimaal bijdragen aan kwaliteitsbevordering.

440 Cie. Huls, p. 28. De gedachte die de minister in reactie op Kamervragen opperde om te bezien of de website www.kiesbeter.nl een functie kan vervullen in de publieksvoorlichting over 'beroepsverboden' lijkt bij die suggestie aan te sluiten. Zie: Kamervragen met antwoord 27 november 2007, www.minvws.nl > MEVA-K-U-2812778.

441 B. Crul, 'Tuchtrecht is niet meer van deze tijd', *NTvG* 2006; 151(1), p. 62-65.

442 Art. 72 lid 1 aanhef en onder c Wet BIG.

443 www.rechtspraak.nl.

444 Zie ook: standpunt KNMG inzake de toekomstige regeling van het wettelijk tuchtrecht, 18 september 2007, gepubliceerd op www.knmg.artsennet.nl.

445 Meer eenheid en openheid tuchtrecht, Nieuwsbericht 23 november 2007, www.justitie.nl > actueel, zie ook *Kamerstukken II* 2007/08, 29 279, nr. 61, p. 10.

9 Geen toezicht, geen tuchtrecht: alternatieve behandelaars⁴⁴⁶

9.1 *Introductie*

1. In 2001 barstte in de samenleving discussie los naar aanleiding van het overlijden van de actrice Sylvia Millecam aan de gevolgen van onbehandelde borstkanker. Zij bleek een reeks van reguliere en alternatieve hulpverleners te hebben bezocht. Het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van onderzoek naar de hulpverlening aan Sylvia Millecam, plaatste het onderwerp 'alternatieve behandelaars en de rol van de overheid' weer volop in de belangstelling. De vraag is echter *'What's new?'*

Voor een goed begrip van de huidige situatie moeten we een eeuw terug in de tijd. Ook toen bestond discussie over de vraag of, en zo ja, aan wie uitoefening van geneeskunst moest worden voorbehouden. Steeds weer draait de discussie om de balans tussen bescherming van de burger tegen kwalijke handelwijzen van ondeskundige 'genezers' en de vrijheid voor burgers zich te wenden tot de hulpverlener van eigen keuze, of deze nu door overheid nu 'erkend', 'toegelaten', 'bevoegd verklaard' is of niet. Vergaande wettelijke beschermingsmaatregelen blijken te stuiten op handhavingsproblemen en vergaande vrijheid op risico's voor burgers die, wanneer zo'n risico zich verwezenlijkt, niet zonder meer geaccepteerd worden.

2. Dit hoofdstuk begint met een historische beschouwing die noodzakelijk is om de keuzes voor de huidige regeling van niet-gereguleerde beroepsbeoefenaren te kunnen plaatsen. Bij de overwegingen van de wetgever worden door mij enkele kritische kanttekeningen geplaatst. Vervolgens komen de beschrijving van de huidige regeling (paragrafen 9.2 en 9.3) en bestaande mogelijkheden tot ingrijpen in geval van onaanvaardbare risico's aan de orde (paragraaf 9.3.3). Het hoofdstuk sluit af met een voorstel tot aanpassing van de Wet BIG om thans bestaande lacunes op te vullen (paragraaf 9.4.2).

9.2 *Historische achtergrond van de huidige regeling*

9.2.1 *Centrale Gezondheidsraad, Commissies Pekelharing en Van Houten*

3. Reeds in 1916 constateerde de Centrale Gezondheidsraad dat naar zijn inzicht onbevoegde uitoefening van de geneeskunst niet is te voorkomen. In brede lagen van de bevolking heeft een andere overtuiging postgevat dan het uitgangspunt

446 Met alternatieve behandelaars doel ik op hulpverleners die geen art. 3- of art. 34-beroep uitoefenen: niet gereguleerde beroepsbeoefenaren. Welbewust gebruik ik niet te term 'genezers' omdat de gepretendeerde genezing nu juist problematisch is.

van de Wet uitoefening geneeskunst (WUG),⁴⁴⁷ zo constateerde de raad. De considerans van de WUG vermeldt dat het noodzakelijk was om de uitoefening der geneeskunst bij wet te regelen. De bedoeling van de wetgever was de kwakzalverij te weren in het belang van volksgezondheid. De uitoefening van de geneeskunst was alleen toegestaan aan hen aan wie de bevoegdheid daartoe volgens de wet was toegekend. Onder geneeskunst verstond de WUG "het verlenen van genees- heel- of verloskundige raad of bijstand als bedrijf". Onder het verlenen van raad of bijstand werd begrepen "het als bedrijf onderzoeken van een orgaan of een deel van het menselijk lichaam, welk orgaan of welk deel in zijn werking tekort schiet of een ander gebrek vertoont, zomede het als bedrijf aanraden van een middel om aan een zodanig tekort of gebrek tegemoet te komen".⁴⁴⁸ Naar aanleiding van het advies van de Centrale Gezondheidsraad werd in 1917 een Staatscommissie (Commissie-Pekelharing) ingesteld die in haar rapport de nadruk legde op de gevaren die aan het ondeskundig uitoefenen van de geneeskunst zijn verbonden. Hoewel een tweede Staatscommissie (Commissie-Van Houten) tot de conclusie kwam dat een tot voorbehouden gebieden beperkte uitsluitende bevoegdheid voor wettelijk gekwalificeerden mogelijk zou moeten zijn, bleef het stelsel van de WUG voorsnog zoals het was.⁴⁴⁹

9.2.2 *Commissie-Peters*

4. Begin jaren zestig van de vorige eeuw drong zich opnieuw de vraag op of het aanvaardbaar zou zijn onbevoegden toe te staan op beperkte schaal geneeskundige raad of bijstand te verlenen. Deze vraag werd door de Staatssecretaris voor Sociale Zaken en Volksgezondheid voorgelegd aan een commissie onder leiding van mr. J. Peters.⁴⁵⁰ In zijn installatierede maakt staatssecretaris Bartels gewag van twee diametraal staande opvattingen: vrije keuze van het individu hulp te zoeken bij wie hij wenst tegenover handhaving van het zogenaamde monopolie van de arts uit oogpunt van bescherming. De vraag was volgens Bartels of het voor de overheid aanvaardbaar is voorrang te geven aan het eerstgenoemde standpunt.⁴⁵¹

5. De commissie was van mening dat het slechts dán aanvaardbaar zou mogen zijn personen te vergunnen op beperkte schaal de geneeskunst uit te oefenen, indien hun medische kennis en vaardigheid aan de hand van geijkte methoden zou kunnen worden vastgesteld. Niettemin heeft de commissie de ogen niet geslo-

447 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 4. Wet regelende de uitoefening der geneeskunst, Wet van 1 juni 1865, Stb. 60.

448 Art. 1 WUG met toelichting, *Uitoefening der geneeskunst*, Schuurman & Jordens vijftienvintigste druk Tjeenk Willink Zwolle 1994, nr. 25.

449 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 4.

450 Beschikking van 11 augustus 1965, nr. 104172, Stcrt. 1965, 157.

451 *Onbevoegde uitoefening der geneeskunst*, 2 *Volksgezondheid*, Verslagen en rapporten 1972, ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Bijlage III.

ten voor de praktijk waarin feitelijk sprake is van een nagenoeg onbeperkte vrijheid. Het aantal overtredingen van de WUG werd geschat op zo'n drie miljoen per jaar, zonder dat noemenswaardige vervolging plaatsvond.⁴⁵² Een strafbepaling die reeds meer dan honderd jaar niet werkt en ook niet (langer) op steun in de samenleving kan rekenen, heeft geen bestaansrecht. Toch komt de Commissie-Peters tot de slotsom dat er onvoldoende argumenten zijn om het verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunst helemaal los te laten. Zij adviseert tot handhaving van de strafbaarstelling, met dien verstande dat strafbaarheid eerst behoort in te treden indien die uitoefening een (merkelijk) gevaar met zich brengt. Het (merkelijk) gevaar zal in de regel niet door het handelen van een onbevoegde als zodanig ontstaan, maar doordat deskundige medische hulp achterwege blijft. Als de onbevoegde desondanks behandeling inzet of voortzet, is dit aanleiding voor strafvervolging. De commissie hanteert gevaarstelling als aangrijpingspunt: ernstig gevaar voor de gezondheid, bijvoorbeeld blijvende of langdurige benadeling, waartegen de patiënt ondanks zichzelf behoort te worden beschermd.⁴⁵³

9.2.3 *Commissie-De Vreeze*

6. Nog voordat de Commissie-Peters haar rapport had uitgebracht⁴⁵⁴ was er alweer een volgende commissie. Op 14 december 1967 installeerde staatssecretaris Kruijsing de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, onder leiding van prof. mr. De Vreeze.

7. De commissie kreeg tot taak te onderzoeken op welke wijze de wetgeving inzake de toelating tot en de uitoefening van de geneeskundige beroepen kan worden gemoderniseerd en omtrent haar bevindingen rapport aan de Kroon uit te brengen.⁴⁵⁵ De commissie zag zich voor de vraag gesteld of handhaving van dat verbod beoordeeld naar de opvattingen en behoeften van die tijd, wenselijk en nodig was.⁴⁵⁶ De Commissie-De Vreeze onderschrijft de conclusies van de Commissie-Peters met dien verstande dat de eerstgenoemde commissie pleit voor strafbaarstelling van het toebrengen van schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het achterwege blijven van de bijstand van een gekwalificeerde begrijpt zij daaronder.⁴⁵⁷ Daarnaast komt zij

452 Cie. Peters, p. 5-8.

453 Cie. Peters, p. 14-19.

454 Het rapport van de Cie. Peters werd uitgebracht op 27 mei 1969.

455 Rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, 15 Volksgezondheid, Verslagen en rapporten 1973, ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, p. 7. In dit deel van het preadvies worden uitsluitend de vraagstukken besproken die samenhangen met het tot dan toe bestaande integrale verbod tot onbevoegde uitoefening van de geneeskunst.

456 Cie. De Vreeze, p. 25.

457 Cie. De Vreeze, p. 28.

tot de conclusie dat handhaving van het integrale verbodsstelsel ongewenst is, omdat het algemeen verbod in de praktijk niet voldoet. Voor de bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen staan ook andere, minder bezwarende middelen ter beschikking. De commissie ziet verschillende waarborgen voor kwaliteit en deskundigheid:

- de maatschappelijke institutionalisering van de gezondheidszorg en de daarmee verband houdende wettelijke voorwaarden met het oog op de kwaliteit;
- titelbescherming;
- een uitsluitende bevoegdheid op gevaarlijke deelgebieden.⁴⁵⁸

8. Uit het rapport⁴⁵⁹ komt naar voren dat binnen de commissie sterk is gearzeld over het loslaten van het integrale verbod, vooral vanwege de onzekerheid over de gevolgen daarvan. Daarom is krachtig gepleit voor een alerte houding van de overheid, goede voorlichting en uitgebreid toezicht om ervoor te waken dat aan de volksgezondheid geen schade wordt toegebracht. Het Openbaar Ministerie zou door een actief vervolgingsbeleid daaraan kunnen medewerken.⁴⁶⁰ Het advies van de Commissie-De Vreeze was het integrale verbod op uitoefening van de geneeskunst op te heffen en een stelsel van constitutieve registratie en een regeling van voorbehouden handelingen in te voeren. Aldus wordt het onderscheid tussen gekwalificeerden en ongekwalificeerden niet opgeheven, maar kunnen ongekwalificeerden wel het terrein van de individuele gezondheidszorg betreden, onverminderd hun verantwoordelijkheid, ook strafrechtelijk, voor schade aan de gezondheid van de patiënt die door hun optreden mocht worden veroorzaakt.⁴⁶¹

9.2.4 *Overwegingen van de regering*

9. In het voorstel voor de Wet BIG zijn de conclusies en voorstellen van de Commissie-De Vreeze grotendeels gevolgd. Door het loslaten van het verbod tot onbevoegde uitoefening van de geneeskunst wordt het mogelijk gemaakt dat – binnen de door de wet te stellen grenzen – de beoefening van alternatieve behandelmethoden door niet in de wet erkende beroepsbeoefenaren op legale wijze geschiedt. Daarmee is een belemmering voor een ontwikkeling van deze geneeswijzen in het belang van de individuele gezondheidszorg weggenomen, aldus de regering.⁴⁶² Wat dit belang nu precies is, liet de regering onbesproken. In het standpunt over het advies van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen⁴⁶³ stelt

458 Cie. De Vreeze, p. 29.

459 Aangeboden aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op 14 juni 1973.

460 Cie. De Vreeze, p. 29-30.

461 Cie. De Vreeze, p. 34.

462 *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 6.

463 *Kamerstukken II* 1981/82, 17 481, nr. 2.

de regering het volgende. Het uitgangspunt is de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Vanwege de bestaande behoefte van burgers te kiezen voor alternatieve behandelingsmethoden, verdient het onderwerp de aandacht van de regering.

“De alternatieve behandelingsmethoden behoren dezelfde kansen te hebben en voor aanvaarding dienen dezelfde procedures te gelden als voor de reguliere methoden.”

10. Kennelijk hebben de opvattingen over alternatieve behandelwijzen in de samenleving de regering gebracht tot een omzichtige formulering van haar opvattingen dienaangaande. De behoefte van ‘het publiek’ wordt erkend, maar dat wil niet zeggen dat de regering alternatieve behandelwijzen omarmt en door middel van wetgeving erkent. Het uitvoerig toegelichte standpunt komt hierop neer, dat voor regulering via wetgeving eerst aanleiding is indien communis opinio bestaat over de effectiviteit van de desbetreffende geneeswijze en over het terrein van deskundigheid dat door elk van die geneeswijzen wordt bestreken. Ook zal moeten zijn voldaan aan de voorwaarde dat de betrokken beroepsbeoefenaren een goede opleiding hebben genoten. Daarvoor is eenstemmigheid over de vereiste opleiding noodzakelijk. Zolang daaraan niet is voldaan, past regeling van een alternatief beroep niet in de systematiek van de voorgenomen Wet BIG.

11. Bij beantwoording van de vraag of een beroep in aanmerking komt voor regeling in de Wet BIG heeft de vraag voorop gestaan of aan regeling in de wet behoefte bestaat met het oog op het belang van de volksgezondheid. Dat belang zal met name kunnen worden aangenomen wanneer het effect van de behandelmethoden in het kader van de beroepsuitoefening in positieve zin is aangetoond.⁴⁶⁴ Reeds op basis van dit criterium komen beroepen op het gebied van alternatieve behandelmethoden niet in aanmerking voor regulering. Overheidsregulering laat zich ook niet goed denken op dit terrein nu zowel voor artikel 3- als voor artikel 34-beroepen van overheidswege inhoud en eindtermen van de opleiding worden bepaald. Daarmee behoren de alternatieve behandelaars per definitie tot de niet-gekwalificeerden.

12. De vrijheid van de patiënt om zelf zijn hulpverlener te kiezen, diende naar het oordeel van de regering niet verder beperkt te worden dan in het belang van de patiënt noodzakelijk was. Slechts in de gevallen waarin door het handelen van ondeskundigen schade aan de patiënt is ontstaan, dient een strafbepaling in het leven te worden geroepen.⁴⁶⁵ De wetgever heeft hiermee de eigen verantwoordelijkheid van het individu als uitgangspunt genomen.⁴⁶⁶ Indien de patiënt zich tot

464 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 11.*

465 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 14.*

466 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 2.*

een niet-gereguleerde hulpverlener wil wenden, staat hem dat vrij, maar dan zijn er minder waarborgen en bestaat er dus een zeker risico. Blijkens de toelichting is de regering ervan uitgegaan dat er voldoende waarborgen zijn om aan te nemen dat dit risico aanvaardbare proporties heeft door te wijzen op de noodzaak van strafvervolging, de titelbescherming en de aanname dat instellingen in de regel gebruik zullen maken van de diensten van gekwalificeerden, mede doordat de Ziekenfondswet en AWBZ-aanspraken koppelen aan de verstrekking van de verzekerde zorg door gekwalificeerden.⁴⁶⁷

9.2.5 Kanttekeningen bij de aannames van de regering

13. Bij deze aannames zijn – toegegeven: met de *benefit of hindsight* – kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste lijkt de regering er destijds geen rekening mee te hebben gehouden dat strafvervolging niet steeds zal plaatsvinden. Dat is op zijn minst genomen opmerkelijk, nu juist de herhaaldelijk geconstateerde niet-handhaafbaarheid van de WUG aanleiding was om de beroepenwetgeving te herzien. Niet duidelijk is op grond waarvan de regering er kennelijk vanuit is gegaan dat handhaving van de nieuwe strafbepaling respectievelijk de commune strafbepalingen in voorkomend geval minder problemen zouden opleveren dan voorheen. Achteraf is die aanname in elk geval niet gerechtvaardigd, nu uit de evaluatie van de Wet BIG blijkt dat het strafrechtelijk instrumentarium niet of nauwelijks wordt gebruikt.⁴⁶⁸ Ten tijde van de voorbereiding van dit preadvies is er geen aanleiding voor een andere constatering. Vanaf de inwerkingtreding van de Wet BIG hebben welgeteld drie strafrechtelijke veroordelingen plaatsgevonden en is één strafrechtelijke maatregel opgelegd.⁴⁶⁹ Natuurlijk is de vraag dan of het veroorzaken van (aanmerkelijke kans op) schade door niet-gekwalificeerden niet of nauwelijks vóórkomt of dat sprake is van andere oorzaken die aan de lage vervolgingsgraad ten grondslag liggen. Deze vraag is voor zover mij bekend tot dusver nooit empirisch onderzocht, maar het zou de moeite van het onderzoeken waard zijn om te weten of wij hier slechts over een theoretisch of een reëel probleem spreken. De onderzoekers die de evaluatie van de Wet BIG uitvoerden, hebben de indruk dat gebrek aan opsporing en vervolging voor een deel voortkomt uit gebrek aan kennis en ervaring bij politie en justitie. Als het goed is, zou het sinds 2000 bestaande Medisch Expertise Centrum van het Openbaar Ministerie moeten bijdragen aan de oplossing hiervan. Bovendien beschikken ook inspecteurs van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over opsporingsbevoegd-

467 *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 15.*

468 *Evaluatie Wet BIG 2002, p. 214.*

469 Gerechtshof Den Haag 27 maart 2006, *GJ* 2006, 59 (Macrobioot); Rb. Leeuwarden 14 juli 2004, zie *Vzr Rb. Leeuwarden* 19 augustus 2004, *GJ* 2004, 37 (Eye4Care), Rb. Leeuwarden 23 december 2004, www.rechtspraak.nl, LJN AR8065 en AR8068, Rb. Arnhem 18 september 2003, LJN AK8282 (generiek agoog).

heid⁴⁷⁰ die kan worden aangewend ten behoeve van de opsporing van (potentieel) schadelijke praktijken. Een beslissing om niet te vervolgen, kan leiden tot een beklag zoals bedoeld in artikel 12 Sv. De – zeer beperkte – praktijk geeft geen aanleiding voor de veronderstelling dat vervolgens wél succesvolle vervolging zal plaatsvinden.⁴⁷¹

14. Een tweede kanttekening betreft de veronderstelde kennis van het publiek. Een stelsel waarvan één van de belangrijke pijlers titelbescherming is, veronderstelt bekendheid van het publiek met het onderscheid tussen gekwalificeerden en niet-gekwalificeerden, zoals de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening al benadrukte. Wanneer we de evaluatie op dit punt bezien, is de conclusie dat de regering er niet in is geslaagd ‘het publiek’⁴⁷² én ‘het veld’⁴⁷³ te doordringen van de noodzaak bekend te raken met die belangrijke elementen van de Wet BIG. In het bijzonder blijkt dat de uiteindelijke beschermingsdoelgroep van de Wet BIG onvoldoende zicht heeft op de keuze van de wetgever en de functie van de beschermde titels. Kennis over het bestaan van het BIG-register lijkt evenmin groot.⁴⁷⁴ Dit resultaat baart zorgen. Een stelsel waarin keuzevrijheid mét aanvaarding van een zeker risico het uitgangspunt is, veronderstelt optimale voorlichting en wetenschap van die keuze en risico’s aan de zijde van de burger. Pas als de burger goed geïnformeerd is, kan hij een gefundeerde keuze maken.⁴⁷⁵

Op dit punt kan een vergelijking met alternatieve hulpverlening door artsen worden gemaakt. In die situatie geldt een duidelijke norm: toepassing van niet-reguliere behandelmethoden is niet verboden, maar de arts dient de patiënt wel voor te lichten over de reguliere en alternatieve behandelingsmogelijkheden en hun merites. De arts moet bij de informatie die hij aan de patiënt verschaft steeds duidelijk onderscheid maken tussen de reguliere en alternatieve diagnostische en behandelingsmogelijkheden voor die patiënt en de mogelijkheden binnen de reguliere en de alternatieve zorg om de algemene gezondheidstoestand te verbeteren.⁴⁷⁶ Op diezelfde manier zou de overheid haar burgers in algemene zin moeten informeren over de mogelijkheden en consequenties van kiezen voor hulp door niet-gereguleerde hulpverleners. De vraag waarom de overheid niet

470 Besluit buitengewoon opsporingsambtenaar Inspectie voor de Gezondheidszorg, Besluit van 24 augustus 2005, 5369726/505, Stcrt. 2005, 237.

471 Vgl. Hof Den Bosch 27 september 2005, LJN AV1120: beklag art. 12 Sv afgevoerd. Het hof is van oordeel dat strijd tussen aanhangers van de reguliere geneeskunst enerzijds en van de homeopathie anderzijds niet in het kader van een strafzaak dient te worden beslecht.

472 Burgers/(potentiële) patiënten/verzekerden.

473 Zorginstellingen en beroepsbeoefenaren.

474 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 172.

475 Vgl. ook het advies van de RVZ, *Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid*, p. 29.

476 CTC 19 juni 2007, GJ 2007, 136, m.nt. F.C.B. van Wijmen (Millecam).

direct na de evaluatie krachtig heeft ingezet op voorlichting, zoals dringend werd aanbevolen door de onderzoekers,⁴⁷⁷ blijft onbeantwoord. Gelet op het belang ervan, loont het de moeite burgers bewust te maken van het wettelijk systeem.

15. Ten derde is de aanname dat de ‘geïstitutionaliseerde gezondheidszorg’ voornamelijk gebruik zal maken van gekwalificeerden onvolledig én achterhaald. Onvolledig, omdat deze overweging slechts rekening lijkt te houden met de intramurale gezondheidszorg. Het merendeel van de alternatieve gezondheidszorg zal juist buiten de muren van de instellingen worden aangeboden in allerhande praktijken voor diverse vormen van therapie. Er is geen reden om aan te nemen dat dit destijds anders was.⁴⁷⁸ De waarde van dit door de regering gehanteerde argument moet dan ook sterk gerelativeerd worden. Het argument is sinds 2006 ook achterhaald, nu de Zorgverzekeringswet en de AWBZ niet meer voorschrijven door welk type beroepsbeoefenaar de zorg moet worden verleend. Hoewel het niet realistisch is te veronderstellen dat zorgverzekeraars met allerhande vage alternatieve therapeuten zullen contracteren, sluit de wet de mogelijkheid niet uit dat de zorg wordt verleend door niet-gereguleerde beroepsbeoefenaren. Weliswaar ligt niet voor de hand dat huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg of tandzorg door een alternatieve behandelaar (niet-(tand)arts) wordt verleend, maar hier past wel een relativering. Praktisch alle aanvullende ziektekostenverzekeringen bieden allerlei vormen van alternatieve behandelwijzen aan. De kosten hiervan zijn verzekerd, zonder dat inhoudelijke eisen met betrekking tot deskundigheid of kwaliteit van die hulpverlening worden gesteld. Het argument van die zorgverzekeraars zal niet anders zijn dan in 1916, 1960, 1993 en 2001: er is vraag naar en dus is er aanbod. De evaluatiestudie van de Wet BIG besteedt geen aandacht aan de institutionele aspecten zoals eisen in wetgeving en de rol van zorgverzekeraars. In paragraaf 9.4.1 kom ik terug op de rol van zorgverzekeraars.

9.3 De huidige regeling

9.3.1 Begrensde vrijheid

16. Kort samengevat komt de huidige regeling hierop neer dat eenieder zich mag bewegen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met uitzondering van de voorbehouden handelingen. Deze mogen slechts onder strikte voorwaarden door niet zelfstandig bevoegden worden uitgevoerd. De burger kan kiezen of hij zich wil laten adviseren of behandelen door een gereguleerde of een niet-gere-

477 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 14.

478 In het rapport van de Cie. Peters wordt verwezen naar een onderzoek naar gebruikmaking van magnetiseurs en kruidendokters door Utrechtse gezinnen in 1955. Daaruit bleek dat 23% van de onderzochte gezinnen hiervan gebruik maakte, zie p. 7. Uit cijfers van het CBS blijkt dat jaarlijks gemiddeld 6 tot 7 procent van de bevolking zich tot een alternatieve genezer wendt. Bron: www.cbs.nl (Statline).

guleerde/ alternatieve hulpverlener. Kiest men voor een niet voor een artikel 3- of artikel 34-beroepsbeoefenaar, dan mag dat, maar het risico voor die keuze ligt bij de burger. De vrijheid van de burger de hulpverlener te kiezen die men wil, wordt begrensd door het verbod voor de hulpverlener schade (of een aanmerkelijke kans op schade) aan de gezondheid van een ander te veroorzaken.

9.3.2 *De grens: artikel 96 Wet BIG*

17. Een van de belangrijkste begrenzings van de in de Wet BIG neergelegde vrijheid is artikel 96: strafbaar is hij die bij het verrichten van handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt. Dit is een overtreding met een sanctie van maximaal drie maanden of geldboete van de tweede categorie (max. € 2.250). Indien diegene weet of ernstige reden heeft te vermoeden dat hij bij zijn handelen (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, is het een misdrijf waarop ten hoogste zes maanden gevangenisstraf staat of geldboete van de derde categorie (max. € 4.500). In de toelichting op dit onderdeel van de Wet BIG ontbreekt de motivering voor de gekozen strafhoogte. Dat had geleid op de verschillen met de strafbedreigingen van andere, commune delicten wel voor de hand gelegen. Bijvoorbeeld:

- verkoop of verstrekking van waren waarvan men weet dat die schadelijk zijn voor het leven of de gezondheid en dat schadelijk karakter verzwijgt: maximaal vijftien jaar of geldboete van de vijfde categorie (artikel 174 Sr);
- in hulpeloze toestand brengen of laten van iemand tot wiens onderhoud, verpleging of verzorging hij krachtens wet of overeenkomst gehouden is: maximaal twee jaar of geldboete van de vierde categorie (artikel 255 Sr);
- eenvoudige mishandeling (incl. opzettelijke benadeling van de gezondheid, artikel 300 lid 4 Sr): twee jaar of geldboete van de vierde categorie (artikel 300 lid 1 Sr);
- zwaar lichamelijk letsel door schuld gepleegd in de uitoefening van beroep: maximaal acht maanden of geldboete van de vierde categorie (artikel 308 jo. 309 Sr);
- het opzettelijk en wederrechtelijk beschadigen, onbruikbaar maken of wegmaken van een goed of een dier dat aan een ander toebehoort: maximaal twee jaar of geldboete van de vierde categorie (artikel 350 Sr).

18. De vraag dringt zich op waarom de strafbepaling in de Wet BIG een zo geringe sanctie bevat. De strafdreiging van artikel 96 Wet BIG is reeds op zichzelf niet erg indrukwekkend, maar zeker niet in vergelijking met bovenstaande commune delicten.

Daarnaast ziet het Openbaar Ministerie zich in concrete gevallen gesteld voor bewijsproblemen in verband met de elementen van artikel 96. Het wekt dan ook geen verbazing dat de officier van justitie, geconfronteerd met een beroepsbeoefenaar die er 'gevaarlijke praktijken' op na houdt, eerder één van de commune

delicten ten laste zal leggen dan het tandenloze artikel 96 van stal te halen.⁴⁷⁹ De conclusie is dat we met de bijzondere strafbepaling in de Wet BIG in zijn algemeenheid eigenlijk niet veel zijn opgeschoten. Door het gebrek aan handhaving en de lage straf is de in de wet gecreëerde vrijheid in feite onbegrensd.

9.3.3 *Mogelijkheid van ingrijpen*

19. Niettemin kent de Wet BIG mogelijkheden om direct in te grijpen in geval van gevaarlijke excessen. Aanvankelijk ontbrak deze mogelijkheid, waardoor de toezichhoudende en de handhavende rol van de inspectie beperkt was tot BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren. Ten aanzien van alternatieve behandelaars kon de inspectie wel opsporingsonderzoek doen en verdenking van overtreding signaleren en melden bij het Openbaar Ministerie, maar voor effectief ingrijpen stonden de inspectie noch het Openbaar Ministerie middelen ter beschikking.⁴⁸⁰ De regering achtte het “onverantwoord invoering van preventief instrumentarium⁴⁸¹ langer uit te stellen”. Bij mijn weten is invoering van een dergelijke mogelijkheid nooit eerder overwogen, zodat ‘langer uitstel’ een suggestie wekt die niet geheel terecht is.

20. Op 1 december 2002 zijn twee nieuwe artikelen in werking getreden: de artikelen 96a en b.⁴⁸² De verdachte van overtreding van artikel 96 kan bij wijze van voorlopige maatregel worden bevolen zich van bepaalde handelingen te onthouden. De enkele verdenking van overtreding van artikel 96 Wet BIG is onvoldoende. Tegen de verdachte moeten ernstige bezwaren zijn gerezen: er moeten sterke aanwijzingen zijn dat deze verdachte het strafbare feit heeft begaan. In de tweede plaats moet de bescherming van de volksgezondheid de maatregel dringend vorderen: zonder ingrijpen bestaat gevaar voor het toebrengen van verdere schade aan de patiënt(en) ten aanzien van wie het delict is gepleegd.

479 Twee uitzonderingen daargelaten: de twee hulpverleners in de Eye4Care-kliniek die zich voordeden als arts en terminale patiënten injecties toedienden zonder daartoe bevoegd te zijn en patiënten valse hoop boden (Rb. Leeuwarden 23 december 2004, LJN AR8065 en AR8068); de generiek agoog die een in psychisch en lichamelijk slechte conditie verkerende man in hulpeloze toestand had gebracht en gelaten en uitvoering had gegeven aan een hulpverleningscontract waardoor (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van de patiënt werd veroorzaakt (Rb. Arnhem 18 september 2003, LJN AK8282).

480 De aanleiding voor die behoefte werd sterk gevoeld naar aanleiding van de Kushi-casus: een macrobioot die een vrouw met baarmoederhalskanker genezing voorhield door het volgen van een strikt macrobiotisch dieet en haar actief afhield van reguliere zorg, zie: Hof Den Haag 27 maart 2006, *GJ* 2006, 59.

481 Daarmee is kennelijk bedoeld: de mogelijkheid om te voorkomen dat nog meer schade wordt aangericht.

482 Stb. 2002, 519.

21. Bevoegd tot het opleggen van deze maatregel is, zolang de behandeling ter terechtzitting niet is aangevangen, de officier van justitie, en daarna de rechter-commissaris, in beide gevallen nadat de inspecteur voor de gezondheidszorg is gehoord. Omdat handhaving aanvankelijk volledig in de strafrechtelijke sfeer was gelegen, is ervoor gekozen de bevoegdheid tot het opleggen van een voorlopige maatregel niet aan de inspectie, maar aan de officier van justitie respectievelijk de rechter-commissaris op te dragen.

In de praktijk zal sprake zijn van een intensieve samenwerking tussen Openbaar Ministerie en IGZ. Het zal veelal de inspectie zijn die als eerste geconfronteerd wordt met een signaal of een melding over een mogelijke verdenking van overtreding van artikel 96 Wet BIG. Het ligt dan ook primair op haar weg, mede gelet op de deskundigheid van inspecteurs, vast te stellen of de bescherming van de volksgezondheid ingrijpen vordert. De beoordeling van de ernstige bezwaren tegen de verdachte wordt primair tot de taak en verantwoordelijkheid van het Openbaar Ministerie gerekend.⁴⁸³

22. Hoe wordt het element 'het veroorzaken van een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander' geoperationaliseerd? IGZ en Openbaar Ministerie hebben daarvoor een aantal criteria ontwikkeld:

- het ontbreken van communicatie met het reguliere circuit: niet inwinnen of niet verstrekken van noodzakelijke informatie;
- het interveniëren in reguliere behandelingen: afwijzen, inmengen of verbieden.

Als risicofactoren worden beschouwd:

- het ontbreken van deskundigheid;
- geen of onvoldoende functionerend kwaliteitssysteem;
- onjuiste of misleidende voorlichting.⁴⁸⁴

Tijdens de parlementaire behandeling is als criterium nog toegevoegd:

- het kennelijk ontbreken van deskundigheid waardoor onjuiste of misleidende voorlichting wordt gegeven of onjuiste behandelingen worden toegepast.⁴⁸⁵

Bij misleiding moet het gaan om ernstige vormen van misleiding binnen een context waarbij de patiënt zo afhankelijk van zijn behandelaar is geraakt, dat in redelijkheid geen objectieve beoordeling van die misleiding meer mogelijk is en waarbij aantoonbaar sprake is van toegebrachte schade aan bijvoorbeeld de psychische gezondheid.⁴⁸⁶

483 *Kamerstukken I 2001/02, 27 669, nr. 366a, p. 1.*

484 *Kamerstukken II 2000/01, 27 669, nr. 3, p. 3.*

485 *Motie Hermann, Kamerstukken II 2000/01, 27 669, nr. 10 jo. Handelingen II 60-4077-78.*

486 *Kamerstukken I 2001/02, 27 669, nr. 366a, p. 2.*

Factoren die naast genoemde criteria een rol kunnen spelen, zijn: het sterke vermoeden dat er naast degene(n) op wie de aangifte betrekking heeft meer mensen zijn die schade hebben geleden dan wel dreigen te lijden, het ontbreken van inzicht van de verdachte in de onjuistheid van zijn handelen en de daarmee samenhangende weigering verandering in zijn handelwijze aan te brengen, andere feiten en omstandigheden die bij de inspectie bekend zijn over de verdachte.⁴⁸⁷ Behalve bovenstaande criteria en factoren zijn er voor zover mij bekend geen concrete vervolgingsinstructies.⁴⁸⁸ De regering benadrukte destijds dat toepassing van de voorlopige maatregel hoge uitzondering zal zijn. Dat klopt.⁴⁸⁹

23. De uitsluitende mogelijkheid van strafrechtelijk ingrijpen stuit op hetzelfde bezwaar als hiervoor is besproken: op papier ziet het er gedegen uit, maar aan een papieren tijger heeft men in de praktijk niets.

Oplegging van de voorlopige maatregel heeft tot dusver eenmaal plaatsgevonden. Het ging om een soort behandelcentrum dat werd gerund door een nepdokter (witte jas aan en een stethoscoop om zijn nek, maar geen arts) en een manager. Er werden patiënten behandeld met CVA's, spierziekten en ernstige vormen van kanker, vaak hersentumoren. De claim van de behandelaars was dat zij onder andere met het door één van de verdachten zelf ontwikkelde neurostimulatie-apparaat de gevolgen van ziekten en aandoeningen konden verhelpen. Toepassing van het apparaat veroorzaakt brandwonden bij patiënten. De behandeling kostte veel geld en leverde niets op. De politie kwam deze zaak bij toeval op het spoor doordat zij op een zaterdagavond een auto met een blauw zwaailicht, niet zijnde een politieauto of ambulance, op een industrieterrein zag en poolshoogte is gaan nemen. Daar ontdekten zij het behandelcentrum waar ernstig zieke patiënten naar binnen werden geloodst en behandeld. Nader onderzoek door inspectie en politie gezamenlijk leidde tot verdenking van overtreding van artikel 96 Wet BIG en oplegging van een voorlopige maatregel aan de verdachten door de rechter-commissaris, omdat sprake was van schade en potentiële kans op het toebrengen van schade aan de gezondheidstoestand van personen. Zou de politie niet gealarmeerd zijn geraakt door die auto met zwaailicht op die ongebruikelijke plaats en tijd, dan was de kans groot geweest dat de zaak onopgemerkt was gebleven, tenzij één van de patiënten of familieleden een melding bij de inspectie zouden hebben gedaan. Met andere woorden: de pakkans voor lieden die hetzij kwalijke bedoelingen hebben, hetzij goede bedoelingen maar kwalijke praktijken, is buitengewoon gering. Ook dit leidt tot de vraag of de risico's die patiënten lopen niet onaanvaardbaar groot zijn. Het is verleidelijk die vraag bevestigend te beantwoorden, maar ik doe dat niet omdat dat niet mogelijk is zonder gegevens over de aard en de omvang van de risico's. Die zouden eerst onderzocht moeten

487 *Kamerstukken II 2000/01, 27 669, nr. 5, p. 6.*

488 *Kamerstukken II 2000/01, 27 669, nr. 5, p. 5.*

489 *Evaluatie Wet BIG 2002, p. 14 en p. 214.*

worden alvorens een conclusie getrokken kan worden. Dit is echter geen reden om op te houden met nadenken over hoe het anders zou kunnen.

9.4 Zoeken naar een nieuwe balans

24. Wanneer we het parlementaire debat over de invoering van de voorlopige maatregel beschouwen, valt op dat ook in die discussie steeds weer het spanningsveld 'bescherming vanwege de overheid' tegenover 'keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de burger' naar voren komt. Kamerleden vragen zich af waarom ten aanzien van alternatieve behandelaars niet dezelfde eisen gelden als ten aanzien van andere hulpverleners of waarom de inspectie slechts reactief en niet proactief optreedt. De betrokken ministers van VWS en Justitie wijzen in reactie daarop steeds op het systeem van de Wet BIG en het onderscheid dat gemaakt moet worden tussen gereguleerde beroepsbeoefenaren en niet-gereguleerde beroepsbeoefenaren. Iedereen die zich met individuele gezondheidszorg bezighoudt en niet BIG-gereguleerd is, valt in geval van verdenking op onoirbare praktijken, onder de strafwetgeving. Zoals minister Donner het nogal kernachtig uitdrukte:

“(...) mensen die zich buiten het kader van de wetgeving bezighouden met wat in de volksmond geneeskunst heet, maar wat in de termen van de wetgever geen geneeskunst is, maar gewoon een interactie tussen mensen.”⁴⁹⁰

25. Deze discussie sluit aan bij de uitkomsten van de evaluatie van de Wet BIG, die uitnodigen tot het zoeken naar een beter evenwicht tussen bescherming van de burger en de gekozen vrijheid. Wanneer de bezwaren tegen het systeem van de Wet BIG als zodanig consequent zouden worden doorgetrokken, zou dit leiden tot afschaffing van de bestaande vrijheid voor eenieder om zich te bewegen op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Overwegen terug te keren naar het oude systeem: 'een integraal verbod om individuele gezondheidszorg uit te oefenen, tenzij wettelijk bevoegd' ligt dan voor de hand.⁴⁹¹ Ik denk echter dat dit een te gemakkelijke oplossing is. Daarmee zijn we immers weer terug bij af en ik vermoed dat we vervolgens voor de zoveelste keer in de geschiedenis moeten constateren dat handhaving van het verbod niet goed mogelijk is. Bovendien lijkt een dergelijk verbod ook niet goed te passen in een tijd waarin de patiënt meer en meer consument wordt en wil kiezen wat het beste bij hem past: bepaalde soorten zorgaanbod, kenmerken van een zorgaanbieder, een benadering die hem aanspreekt, kwaliteitsaspecten waaraan hij belang hecht et cetera.

490 *Handelingen I*, 24 september 2002, 27 669, 1-5.

491 *Evaluatie Wet BIG 2002*, p. 228-229.

Geen integraal verbod dus meer, maar behoud van keuzevrijheid zodanig dat die vrijheid en eigen verantwoordelijkheid wel worden voorzien van meer bescherming voor de positie van de patiënt/consument. Hoe zou dit kunnen?

9.4.1 Benutting van bestaande mogelijkheden

Voorlichting

26. In de eerste plaats is voorlichting aan het publiek over het systeem van de Wet BIG en de functie van het BIG-register. Daarbij is noodzakelijk dat raadpleging van het register vergemakkelijkt wordt. Voor online raadpleging van het register heeft men gegevens nodig waarover de patiënt/consument gebruikelijk niet zal beschikken,⁴⁹² zodat raadpleging voor een gemiddelde burger niet goed mogelijk is. Dat is niet gewenst. Zonder inbreuk te maken op privacygevoelige gegevens, zoals geboortedatum en woonadres, zou de burger het BIG-inschrijfnummer van iedere beroepsbeoefenaar moeten kunnen kennen. Ook zal de burger bekend moeten kunnen zijn met de beroepen waarvoor een opleidingstitelbescherming geldt. Pas dan heeft hij zicht op de vraag of hij zich tot een gekwalificeerde wendt of niet. Zonder deze kennis is de eigen verantwoordelijkheid van de burger niet goed denkbaar.

Zelfregulering

27. Ten tweede kan de reeds in gang gezette zelfregulering verder gestimuleerd en wellicht zelfs afgedwongen worden. Door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO zijn diverse kwaliteitsbevorderende initiatieven ontwikkeld waarbij een groot aantal beroepsverenigingen van alternatieve behandelaars zich hebben aangesloten.⁴⁹³ Er zijn kwaliteitsinstrumenten en normdocumenten ontwikkeld, waaronder: beroepsprofiel, praktijkvoering,⁴⁹⁴ klachtenregeling, cliëntendossier, visitatie, kwaliteitszorg opleidingen en patiëntenenquête. Uit de informatie van het CBO blijkt dat ruim 100 beroepsverenigingen van alternatieve behandelaars, die zo'n 20.000 beroepsbeoefenaren vertegenwoordigen, hebben geparticipeerd in het programma.

492 Woonadres of geboortedatum van de beroepsbeoefenaar of het BIG-inschrijfnummer.

493 Programma Implementatie Kwaliteit Alternatieve Behandelwijzen (IKAB), zie www.cbo.nl > IKAB.

494 Items: herkenbaarheid voor (potentiële) consument/cliënt/patiënt; bereikbaarheid; reclame en PR; praktijkinrichting; hygiënebewaking; informatie over gebruik van middelen; informatie over tarieven en vergoedingen; informatie over klachtenregeling; lerende houding; minimum aantal patiënten/uren; informatie aan reguliere zorg; afstemming met reguliere zorg; overdracht en nazorg; omgang patiënten; omgang collegae; voorschrijven van middelen (indien van toepassing); minimum/maximum tarieven; beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

28. Verder bestaat de Stichting Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Gezondheidszorg (BNG). De BNG stelt zich ten doel te voorzien in een tuchtrechtregeling.⁴⁹⁵ Het tuchtrecht heeft tot doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de natuurlijke gezondheidszorg te toetsen en er zorg voor te dragen dat misstanden binnen de natuurlijke gezondheidszorg herkend worden, aldus de stichting. De therapeuten die zijn onderworpen aan dit tuchtrecht, zijn opgenomen in het register van de van de Stichting Tuchtrecht Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Gezondheidszorg (TBNG). Deze therapeuten zijn lid van een door TBNG erkende beroepsvereniging (tien) dan wel geregistreerd bij een door TBNG erkend instituut.⁴⁹⁶ Een klacht wordt gegrond verklaard indien een therapeut zich schuldig heeft gemaakt aan een schending van de te hanteren gedragsregels voor natuurgeneeskundig therapeuten, geregistreerd bij een door de TBNG erkend registratie-instituut dan wel op andere wijze in zijn of haar hoedanigheid als therapeut in strijd handelt met het belang van een goede uitoefening van de natuurlijke geneeskunde.⁴⁹⁷

29. Alle zorgverzekeraars bieden in hun aanvullende polissen diverse alternatieve behandelwijzen aan. Enige regulering vindt plaats doordat in de meeste gevallen voorwaarden gesteld worden aan de vergoeding. Er is slechts één zorgverzekeraar die geen enkele voorwaarde stelt. Enkele zorgverzekeraars stellen als voorwaarde dat de behandeling moet plaatsvinden door een arts en het merendeel stelt als voorwaarde dat de therapeut lid moet zijn van een beroepsvereniging. Opmerkelijk is dat aan de beroepsvereniging als zodanig geen nadere eisen worden gesteld. Het zijn er over het algemeen ook aanmerkelijk meer dan de veertien door het registratie-instituut erkende verenigingen. Op zichzelf biedt de enkele voorwaarde van lidmaatschap dan ook geen kwaliteitsgarantie. Dit zou anders zijn indien als eis zou worden gesteld dat de aanbieder van alternatieve zorg via zijn beroepsvereniging onderhevig dient te zijn aan het tuchtrecht van de TBNG. Dan is in elk geval voorzien in enige vorm van toetsing op het moment dat de patiënt een klacht heeft over het handelen van de therapeut.

Civiele procedure

30. In de derde plaats zou een patiënt ook een civiele procedure kunnen aanspannen wegens toerekenbare tekortkoming van de behandelingsovereenkomst. De afdeling in Boek 7 van het BW die de geneeskundige behandelingsovereenkomst regelt, is immers niet beperkt tot de reguliere geneeskunst.⁴⁹⁸ De reikwijdte van de GBO wordt niet bepaald door het type beroepsbeoefenaar, maar door het soort

495 Zie: www.tbng-tuchtrecht.nl.

496 Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg (SRBAG).

497 Art. 19 Tuchtrechtlement TBNG.

498 *Kamerstukken II 1989/90*, 21 561, nr. 3, p. 27.

handelingen: beroeps- of bedrijfsmatig handelen op het gebied van de geneeskunst.⁴⁹⁹ Toepasselijkheid van de GBO betekent dat de hulpverlener gebonden is aan de bepalingen van de GBO (o.a.): *informed consent*, dossiervoering, goed hulpverlenerschap. Voor de patiënt die zijn therapeut in rechte wil aanspreken op het niet-naleven van diens wettelijke verplichtingen zal het lastig zijn om zijn vordering deugdelijk te onderbouwen. Ook de patiënt zal aanlopen tegen het probleem van het ontbreken van normen aan de hand waarvan het handelen van de alternatieve behandelaar getoetst kan worden. Wellicht dat de zojuist beschreven kaders enig houvast bieden, maar mijn verwachting is dat deze ook slechts in gevallen van evident tekortschieten uitkomst zullen bieden. Voor het overige lijkt de materie te ongrijpbaar om er een juridisch oordeel op te kunnen baseren.

9.5 Slot: voorstel tot aanvulling van de Wet BIG

31. Bovengenoemde mogelijkheden komen echter niet voldoende tegemoet aan de wens om een betere balans te vinden tussen vrijheid en eigen verantwoordelijkheid enerzijds en bescherming door de overheid tegen potentiële gezondheidsschade anderzijds.

Wenselijk is dat alternatieve behandelaars zich onthouden van (potentieel) schadelijke praktijken, er enige vorm van bindende toetsing is en enige vorm van kwaliteitsbeleid, bij voorkeur zonder dat daaraan een ernstig incident vooraf gaat.

Gevers, Kastelein en Sluyters hebben in dit verband gepleit voor uitbreiding van de reikwijdte van artikel 40 Wet BIG, waardoor ook niet-BIG-gereguleerde hulpverleners onder die bepaling vallen en daardoor ook onder het bereik van artikel 87a (oplegging van een bevel door de inspectie) komen.⁵⁰⁰ Ook de regering lijkt dit thans te overwegen.⁵⁰¹ Van Veen, De Beaufort en Raas brachten daar tegenin dat toetsing van 'verantwoorde zorg' heldere en handhaafbare normen veronderstelt.⁵⁰² Ik ben het met laatstgenoemden eens en zie niet hoe de inspectie de norm van 'verantwoorde zorg' zou moeten invullen voor allerlei uiteenlopende

499 Art. 7:446 lid 2 BW: alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen.

500 J.K.M. Gevers, 'Voldoende wettelijke bescherming tegen optreden alternatieve genezers?', *TvGR* 1999, nr. 1, p. 1; W.R. Kastelein, 'Alternatieve geneeswijzen in de Wet BIG: meer toezicht doet wonderen?', *TvGR* 2005, nr. 5, p. 376; B. Sluyters, 'Koren en kaf. Over alternatieve geneeswijzen' *TvGR* 2006, nr. 5, p. 356.

501 *Kamerstukken II* 2007/08, Aanghangsel Handelingen nr. 478, antwoord op vraag 10.

502 E-B. van Veen, 'Alternatieve genezers, eind van het gedogen?', *TvGR* 2004, nr. 3, p. 183; I.D. de Beaufort en G.P.M. Raas, 'Reactie op Gezichtspunt Alternatieve geneeswijzen in de Wet BIG: meer toezicht doet wonderen?', *TvGR* 2005, nr. 7, p. 573.

vormen van alternatieve hulpverlening. Waaraan zou de inspectie die inhoudelijke normen moeten ontleenen?⁵⁰³ Zolang daarop geen duidelijk antwoord is te geven, zou uitbreiding van de reikwijdte van artikel 40 mijns inziens niet meer dan schijnzekerheid geven. Schijn, doordat het niet tot daadwerkelijk ingrijpen zal komen vanwege gebrek aan toetsbare normen en dus opnieuw – zij het in andere gedaante dan voorheen – een handhavingsprobleem ontstaat.

32. Legemaate heeft eerder de voorkeur uitgesproken voor uitbreiding van de bestuursrechtelijke handhavingsmogelijkheden in plaats van inzet van een strafrechtelijk instrumentarium. Hij pleitte voor een aparte grondslag voor het geven van een bevel door de IGZ: in die gevallen waarin de bescherming van de volksgezondheid dat dringend vordert.⁵⁰⁴ In die gedachte en bij de huidige toepassingspraktijk van IGZ kan het bevel niet veel anders inhouden dan een bevel zich van bepaalde handelingen te onthouden en zal het niet anders dan reactief worden ingezet. Dit kan bijdragen aan de bescherming van de veiligheid van patiënten. Ik zoek echter ook naar een vorm van preventie, zodat onveilige praktijken zoveel mogelijk op voorhand zouden kunnen worden tegengegaan. Daarbij zie ik ook niet in waarom gereguleerde beroepsbeoefenaren verplicht worden aan bepaalde kwaliteitsvereisten te voldoen en niet-gereguleerde beroepsbeoefenaren aan geen enkele basale kwaliteitseis hoeven te voldoen. Mijns inziens is het tijd om paal en perk te stellen aan de onbegrensde vrijheid, zónder een einde te maken aan de ruimte voor patiënten hun heil bij een alternatieve hulpverlener te zoeken.

33. Ik ben er voorstander van een bepaling in de Wet BIG op te nemen die eenieder die zich in de zelfstandige uitoefening van beroep of bedrijf bezighoudt met individuele gezondheidszorg, anders dan in een door de Wet BIG geregeld beroep, te verplichten tot:

- lidmaatschap van een beroepsvereniging die voorziet in enige vorm van tuchtrecht;⁵⁰⁵

503 Hoe zou bijvoorbeeld de norm zijn in geval van behandeling door een iriscopist, podo-orthesioloog, paranormale genezer, Speytherapeut, biodynamisch therapeut, ayurveda/marmatherapeut of Reikitherapeut? Voorbeelden ontleend aan het overzicht van tuchtrechtzaken van de afdeling Klacht- en Tuchtrecht van de Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen, zie: www.tbng.nl.

504 J. Legemaate, 'De regulering van alternatieve geneeskunde', *NTSR* 2001, p. 208-212.

505 M.i. is verdedigbaar dat de beperking van het negatieve recht dat beschermd wordt door art. 11 EVRM, namelijk de vrijheid geen lid te zijn van een beroepsorganisatie, gerechtvaardigd wordt door het belang van de bescherming van de gezondheid en de rechten en vrijheden van anderen. Tegenover de vrijheid van eenieder zich te bewegen op het gebied van de individuele gezondheidszorg staat het te waarborgen recht van degenen die van die diensten gebruik maakt, zich over de kwaliteit daarvan te kunnen beklagen bij een tuchtrechtelijke instantie. Vgl. EHRM 30 juni 1993, *NJ* 1994, 223 (Sigurjónsson vs. IJsland); 29 april 1999, *NJ* 1999, 649 (Chassagnou vs. Frankrijk) en ABR 9 januari 2008, LJV BC1524.

- informatie-uitwisseling met het reguliere circuit;
- dossiervoering;
- respecteren van reguliere behandeling (verbod van interventie);
- het verstrekken van juiste en volledige voorlichting aan de patiënt over het onderzoek, de behandeling en de gevolgen daarvan;
- het slechts toepassen van behandelingen met gebruikmaking van stoffen of apparaten waarvan bij normaal respectievelijk voorgeschreven gebruik de onschadelijkheid voor de gezondheidstoestand is aangetoond.⁵⁰⁶

Een en ander op straffe van een bestuurlijke boete⁵⁰⁷ van maximaal € 10.000 per overtreding zonder recidive (iets lager dan de strafrechtelijke boete van de vierde categorie, € 11.500).

34. De keuze van de bestuurlijke boete voor deze specifieke situatie sluit aan bij de algemene overweging van de wetgever voor introductie van dit bestuursrechtelijke handhavinginstrument in de Awb, namelijk het terugdringen van het handhavingstekort. De constatering dat de door de wetgeving gediende belangen door tekortschietende handhaving in het geding zijn, geldt evenzeer voor de belangen die de Wet BIG beoogt te beschermen. De bestuursrechtelijke boete als specifiek handhavingsmiddel zou kunnen bijdragen aan het dichten of ten minste verkleinen van de handhavinglacune.⁵⁰⁸

De bestuurlijke boete heeft vooral een preventief doel en zou daarom afschrikwekend moeten werken. De effectiviteit is in beginsel groter naarmate de boete hoger is, een 'pakkans' wordt ervaren en rekening wordt gehouden met het financieel incasseringsvermogen.⁵⁰⁹ In verband met laatstgenoemde factor zou overwogen kunnen worden onderscheid te maken tussen natuurlijke personen en rechtspersonen, waarbij de bestuurlijke boete voor rechtspersonen driemaal hoger is dan die voor natuurlijke personen.⁵¹⁰

506 Vgl. de mogelijkheid van registratie van homeopathische geneesmiddelen of kruidengeneesmiddelen: de werkzaamheid behoeft niet te worden aangetoond, wel worden eisen gesteld aan de veiligheid en kwaliteit van de gebruikte bestanddelen. Vgl. art. 42 lid 3 en art. 45 lid 2 Geneesmiddelenwet.

507 Art. 5.4.4.1, Wetsvoorstel Vierde tranche Awb: bestraffende sanctie, inhoudende een onvoorwaardelijke verplichting tot betaling van een geldsom.

508 *Kamerstukken II 2003/04*, 29 702, nr. 3, p. 73-76.

509 'Tarifiering bij bestuurlijke en strafrechtelijke boetes', *WODC* september 2006, p. 83 en p. 107.

510 Dit is in lijn met de bestaande bestuurlijke boetes, zie *WODC* september 2006, bijlage I.

35. Het toezicht op de naleving en de handhaving van deze bepaling worden opgedragen aan de IGZ, het orgaan dat belast is met toezicht op de gezondheidszorg en uit dien hoofde waakt tegen onaanvaardbare risico's voor patiënten.⁵¹¹ Voordelen van bedreiging met een bestuurlijke boete is dat het Openbaar Ministerie wordt ontlast, de handhaving wordt overgelaten aan de bij uitstek deskundige instantie op het gebied van de gezondheidszorg en sanctieoplegging betrekkelijk eenvoudig en dus snel kan plaatsvinden.⁵¹²

De strafrechtelijke bepaling blijft gehandhaafd en wordt gereserveerd voor ernstige gevallen, waarin sprake is van (potentiële) schade. In geval van twijfel ligt voor de hand dat afstemming plaatsvindt tussen de IGZ en het Openbaar Ministerie.

Op deze wijze worden alternatieve behandelaars gedwongen zich van potentieel schadelijke praktijken te onthouden, zich te onderwerpen aan enige vorm van tuchtrechtelijke toetsing, informatie te verschaffen aan de patiënt en informatie uit te wisselen met het reguliere circuit. De normen die moeten worden getoetst, zijn dermate concreet dat handhavingsproblemen niet op voorhand te verwachten zijn. De naleving is tamelijk eenvoudig na te gaan door bewijs van lidmaatschap op te vragen en steekproefsgewijs inzage te nemen in patiëntendossiers.

Mocht het zover komen dat de Wet BIG in de voorgestelde zin wordt aangepast, dan mag van de IGZ worden verwacht dat zij beleidsregels opstelt over de wijze waarop zij met de haar toegekende bevoegdheden zal omgaan.⁵¹³ Dit is zowel voor burgers als voor de alternatieve behandelaars van belang, omdat toezichts- en handhavingsbeleid aan de buitenwereld duidelijk maakt wat men wel en niet van de inspectie kan verwachten.

511 Het past ook bij de missie van IGZ veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg te bevorderen (www.igz.nl).

512 Vgl. Kabinetsstandpunt Handhaven op niveau, reactie op het rapport van de Commissie Michiels, *Kamerstukken II 1999/00 26 800 VI*, nr. 67, p. 9-12.

513 Vgl. Beleidsregel aanmerkelijke marktmacht Nederlandse Zorgautoriteit (www.nza.nl); Interventiebeleid Verordening (EG) Nr. 2073/2005 inzake de microbiologische criteria voor levensmiddelen (VMC) van de Voedsel en Waren Autoriteit (www.vwa.nl); Handhavingsbeleid van de VROM-Inspectie ten aanzien van EVOA (Europese Verordening Overbrenging Afvalstoffen), zie www.minvrom.nl > VROM-inspectie.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AB	Administratiefrechtelijke beslissingen
ABRS	Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State
AMvB	Algemene maatregel van bestuur
AWB	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BBO	Besluit buitengewoon opsporingsambtenaar
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BNG	Stichting Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Gezondheidszorg
BW	Burgerlijk Wetboek
CBB	College van Beroep voor het bedrijfsleven
CIBG	Centraal informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CBP	College bescherming persoonsgegevens
CBOG	College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CMT	College van Medisch Toezicht
CPA	Centrale post ambulancevervoer
CTC	Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
DM	Diabetes Mellitus
EG	Europese Gemeenschap
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
FOBO	Fouten, ongevallen en bijna-fouten
FONA	Fouten, ongevallen en near accidents
GBO	Geneeskundige behandelingsovereenkomst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
GW	Geneesmiddelenwet
HvJ	Hof van Justitie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IVBPR	Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
JB	Jurisprudentie bestuursrecht
JOR	Jurisprudentie Ondernemingsrecht
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
MC	Medisch Contact
MIP	Melding incidenten patiënten
MTW	Medische tuchtwet
MOBG	Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen

LIJST VAN AFKORTINGEN

NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde
NTB	Nederlands Tandartsenblad
NTvG	Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
NTSR	Nederlands Tijdschrift voor Sociaal Recht
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
OVV	Onderzoeksraad voor veiligheid
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
RTC	Regionaal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
RwOVV	Rijkswet houdende instelling van een Onderzoeksraad voor veiligheid
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
SRBAG	Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Aanvullende Gezondheidszorg
Stcrt.	Staatscourant
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
TBNG	Stichting Tuchtrect Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Gezondheidszorg
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
UR	Uitsluitend op recept verkrijgbaar
VBOC	Verpleegkundige Beroepen- en Opleidingscontinuüm
VIG	Verzorgenden individuele gezondheidszorg
VMS	Veiligheidsmanagementsysteem
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Waz	Wet afbreking zwangerschap
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Regeling inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOB	Wet openbaarheid van bestuur
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
Wubhv	Wetsvoorstel Uitbreiding bestuurlijke handhaving volksgezondheidswetgeving
WUG	Wet uitoefening geneeskunst
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVW	Zorgverzekeringswet

LITERATUUR

Boeken en tijdschriften

C.L.G.F.H. Albers, 'De bestuurlijke boete onder het juk van het bestuursprocesrecht', *JB Plus* 2006, p. 143-161.

I.D. de Beaufort en G.P.M. Raas, 'Reactie op Alternatieve geneeswijzen in de Wet BIG: meer toezicht doet wonderen?', *TvGR* 2005, p. 573-574.

J. de Bie, J.M. Cuperus-Bosma, J.K.M. Gevers, G. van der Wal, 'Reserved procedures in Dutch hospitals, knowledge, experiences and views of physicians and nurses', *Health Policy* 68, 2004, No. 3, p. 373-384.

J. de Bie, *Reserved procedures in Dutch health care; practice, policies and perspectives of physicians, nurses and management*, (diss.) EMGO Institute, Amsterdam 2006.

N.P.Y.M. de Bijl, 'Taakherschikking en verpleegkundigen. Een juridische analyse', *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 13, 2002, nr. 3, p. 85-89.

W.H. van Boom, 'Effectuerend handhaven in het privaatrecht', *NJB* 2007, nr. 16, p. 982-991.

I.J.H.C. van den Boomen, A.A.C. Vlaskamp, *Onder voorbehoud. Informatie over de bevoegdheidsregeling*, ministerie van VWS, Rijswijk 1996.

J.M. Bruggeman, e.a. (red.), *Lex Medicorum, Van eenheid naar verscheidenheid in de medische beroepsuitoefening*, Liber amicorum prof. mr. W.B. van der Mijn, Deventer: Kluwer 1991.

J.J. Brutel de la Rivière (red.), *25 jaar medisch tuchtrecht, 1930-1955, Bijzondere uitgave van Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid juli 1955*.

H.J.J.M. Bussemakers, *Taakherschikking in de huisartsenzorg. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen*, Leiden: STG 2005.

B. Crul, 'Tuchtrecht is niet meer van deze tijd', *NTvG* 2007, nr. 1, p. 62-65.

B. de Gaay Fortman, *Medisch tuchtrecht voor geneeskundigen, tandartsen en vroedvrouwen (en oplossing van geschillen)*, Zwolle: Tjeenk Willink 1947.

J.K.M. Gevers, 'Voldoende wettelijke bescherming tegen optreden alternatieve genezers?', *TvGR* 1999, nr. 1, p. 1.

J.K.M. Gevers, 'De modernisering van het tuchtrecht: kanttekeningen bij het rapport Huls', *TvGR* 2007, nr. 7, p. 516-523.

R.W.M. Giard, 'Prestatie-indicatoren als maat voor de kwaliteit van de medische zorg: retoriek en realiteit', *NTvG* 2005, nr. 49, p. 2715-2719.

R.W.M. Giard, 'Medisch tuchtrecht: duidelijke bestaansredenen, onzeker nut', *NTvG* 2007, nr. 51, p. 2830-2832.

R.W.M. Giard, 'Prestatie-indicatoren ongeschikt om complexe zorg te beoordelen en te verbeteren', *NTvG* 2007, nr. 17, p. 957-959.

P. Giesen, D. Halink, 'Smeerolie van de huisartsenpost, Patiënten en hulpverleners tevreden over regiearts', *Medisch Contact* 2007, nr. 9, p. 371-373.

A. Goossensen e.a., 'Taakherschikking in de praktijk', *Medisch Contact* 60, 2005, nr. 19, p. 815-817.

A.C. Hendriks, H.M.Th.D. Ten Napel (red.), *Volksgezondheid in een veellagige rechtsorde, Eenheid en verscheidenheid van norm en praktijk*, Leiden 2007.

G. van Heteren, *Niet zonder ons, Patiëntenrechten bij de tijd*, PvdA nota over de contouren van zorgconsumentenwetgeving oktober 2006.

Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physican Assistant bij de cardiothoracale chirurgie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007.

Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner bij de cardiologie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007.

Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physican Assistant bij de mammapathologie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007.

Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, *Praktijkervaring met taakherschikking. Effecten van de Nurse Practitioner en de Physican Assistant bij de orthopedie*, Groningen: Wenckebach Instituut-UMCG 2007.

M.M. ten Hoopen, 'Medisch-specialistische samenwerking en aansprakelijkheid, in het bijzonder bij operatieve behandeling van patiënten', *NJB* 2007, nr. 26, p. 1594-1604.

F.A.G. Hout, *The Dutch disciplinary system for health care: an empirical study*, Amsterdam: Vrije Universiteit 2006.

S.T. Houwelink, *Taakdelegatie in de eerste- en tweedelijns diabeteszorg. Resultaten van de Discourse studies*, (diss.) Groningen 2005.

J.H. Hubben, 'Naar een alerter strafrecht in de gezondheidszorg', *NJB* 2007, nr. 26, p. 1571-1576.

Ph. Kahn, 'Tuchtrecht is aan revisie toe, Gelijke beroepsrechten voor klager en beklaagde', *Medisch Contact* 2007, nr. 24, p. 1049-1051.

P.J.G. Kapteyn, P. Verloren van Themaat, R. Barents, *Het recht van de Europese Unie en van de Europese Gemeenschappen*, zesde geheel herziene druk, Deventer: Kluwer 2003.

W.R. Kastelein, 'Tuchtrecht in de wet BIG, ervaringen 1997-2000', *TvGR* 2000, p. 425-434.

W.R. Kastelein, E.W.M. Meulemans, 'Ontwikkelingen in de tuchtrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie', *TvGR* 2001, nr. 1, p. 49-60.

W.R. Kastelein, 'Rommelige handhaving ex artikel 7 Kwaliteitswet zorginstellingen', *TvGR* 2003, p. 159.

W.R. Kastelein, 'Reactie op Alternatieve geneeswijzen in de Wet BIG: meer toezicht doet wonderen?', *TvGR* 2005, p. 367.

W.R. Kastelein, 'De onbegrijpelijke interpretatie van de artikelen 1 en 47 Wet BIG: herbezinning noodzakelijk', *TvGR* 2005, p. 227-229.

W.R. Kastelein, E.W.M. Meulemans, 'Kroniek rechtspraak tuchtrecht', *TvGR* 2006, p. 283-294.

KNMG, 'Voorschrijven door verpleegkundigen; er moet nog veel gebeuren', *Medisch Contact* 2007, nr. 7, p. 309. Zie ook *Medisch Contact* 2006, nr. 38, p. 1516-1517.

J. Legemaate, 'De regulering van alternatieve geneeskunde', *NTSR* 2001, p. 208-212.

J. Legemaate, 'Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op de kwaliteit van de zorg', *TvGR* 2001, p. 354-367.

J. Legemaate, 'Een verwarrende dubbelrol, Klachtencommissie dreigt verlengde arm van inspectie te worden', *MC* 2003, nr. 19, p. 774-776.

J. Legemaate, 'Patiëntenrechten in wetgeving en rechtspraak', *Staat van de Gezondheidszorg 2006: Patiëntenrechten* mei 2006.

J. Legemaate, 'Een open cultuur en goede feedback, Randvoorwaarden voor het veilig melden van incidenten', *Medisch Contact* 2006, nr. 43, p. 1728-1731.

J. Legemaate, 'Het voorschrijven van geneesmiddelen door verpleegkundigen', *TvGR* 30, 2006, afl. 8, p. 576-580.

J. Legemaate, e.a., *Veilig incident melden, Context en randvoorwaarden*, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2007.

J. Legemaate, 'Recht op veilige zorg, Enkele beschouwingen over de verantwoordelijkheidsverdeling publiek-privaat', *NJB* 2007, nr. 26, p. 1577-1581.

M.B. van Leusden, H.A.M. Vervest, J.H. Hubben, *Gynaecologen en tuchtrecht 1992-2004*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2005.

M.J.M. Maeijer, *De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team*, Preadvis voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 1972.

M. Malsch, 'Openbaarheid Toezicht van belang voor bewoners instellingen', *NJB* 2007, nr. 9, p. 503.

M. Melchior, 'Lastige zaken, lage prioriteit, Officieren van justitie branden hun vingers liever niet aan medische zaken', *Medisch Contact* 2007, nr. 1, p. 31-35.

P.A.M. Mevis, *Gezondheidsrecht en strafrecht; ontwikkelingen in een niet altijd even gemakkelijke relatie*, Preadvis ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 20 april 2007.

J. Meyst-Michiels, S. Tiems, 'Veilig melden bestaat niet', *Medisch Contact* 2007, nr. 5, p. 187-189.

M.M.N. Minkman e.a., 'Tools voor ketensamenwerking', *Kwaliteit in Beeld* 2006, nr. 4, p. 12-14.

M.M.N. Minkman, T. Binkhorst, 'Het Chronic Care Model: bundeling van effectieve interventies', *Kwaliteit in Beeld* 2006, nr. 5, p. 4-7.

M.M.N. Minkman, C.T.B. Ahaus, 'Ketenkwaliteit, de organisatiegrens voorbij', *Kwaliteit in Beeld* 2007, nr. 1, p. 16-18.

F. Moss, Tandheelkunde, in J. Legemaate (red.), *Regelgeving beroepsuitoefening gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 1994, losbladig, B2000.11 (suppl. 20).

H. Nys, L. Stultiëns, *De Rechten van de Patiënt, Verslag van een onderzoek naar de rechten van de patiënt in België, Denemarken, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Spanje en het Verenigd Koninkrijk*, Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, Katholieke Universiteit Leuven februari 2006.

W. Nugteren et al., 'Overlap, gaten en gebreken, Informatieoverdracht in pre-operatief traject is zeer gebrekkig', *Medisch Contact* 2007, nr. 9, p. 364-367.

M. van Offenbeek c.s., 'De potentie van de NP', *Medisch Contact* 63, 2005, nr. 4, p. 147-151.

M.A.G. van Offenbeek, Y. ten Hoeve, P.F. Roodbol, M. Knip, *Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effecten van de zorg*, (onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS), Groningen 2003.

W. den Ouden en A.C. de Die, 'Van Gezondheidswet als panacee naar titel 5.2 Awb, Ontwikkelingen rond het toezicht op de volksgezondheid', *TvGR* 2000, p. 70-86.

G.P.M. Raas, 'Medische diagnose als voorbehouden handeling in de wet BIG?', in: *Medische diagnose, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid*, Zoetermeer 2005.

P.F. Roodbol, *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen: onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen*, (diss.) Groningen 2005.

R.P. de Roode, D.Y.A. van Meersbergen in *Medisch Contact* 2007, nr. 23, p. 1011 in reactie op Y.F.C. Kortmann, A.P.P.M. Driesen, 'Bekwaam genoeg', *Medisch Contact* 2007, nr. 20, p. 874-875.

A.A. van Rossum, *Civielrechtelijke aansprakelijkheid voor overheidstoezicht, Preadvies voor de Nederlandse Juristen-Vereeniging*, Deventer: Kluwer 2005.

A.L.B. Rutten, 'Alternatieve geneeskunde en de evaluatie van de Wet BIG', *TvGR* 2003, nr. 8, p. 539-541.

D. Sanders, *De praktijk van het medisch tuchtrecht*, Deventer: Kluwer, 1967.

R. Schaub, 'Hebben we te veel of te weinig tandartsen?', *NTB* 55, 2000, p. 980-981.

L. Schmit Jongbloed e.a., 'Ondermaats functioneren, Samenwerking, sfeer en communicatie verdienen meer aandacht', *Medisch Contact* 2007, nr. 23, p. 988-991.

J. Simons, J.K.M. Gevers, 'Overheidstoezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg', *NJB* 2007, nr. 26, p. 1616-1620.

B. Sluijters, 'De Wet BIG tegen het licht: betere bescherming en nog wat', *TvGR* 2001, nr. 1, p. 29-36.

B. Sluijters, 'Koren en kaf. Over alternatieve geneeswijzen', *TvGR* 2006, nr. 5, p. 351-357.

V. Struben et al., 'Samen verantwoordelijk voor veiligheid, Advies van Shell-topman botst met ziekenhuispraktijk', *Medisch Contact* 2007, nr. 9, p. 394-395.

E.B. van Veen, 'Alternatieve genezers, einde van gedogen?', *TvGR* 2004, nr. 3, p. 183.

J. Vesseur, G. van der Wal, 'Wat is veilig? Inspectie geeft spijkerharde garanties', *Medisch Contact* 2007, nr. 5, p. 184-186.

M.J.H.J. de Vries-Leemans, *Art. 140 Wetboek van Strafrecht, Een onderzoek naar de strafbaarstelling van deelneming aan misdaadorganisaties*, Arnhem: Gouda Quint 1995.

F.C.B. van Wijmen, 'Over kwaliteitsnormen', *Kwaliteit en Zorg* 1993, nr. 3, p. 113-119.

F.C.B. van Wijmen, C.J.M. Nederveen-van der Kragt, *Beroepenwetgeving in ontwikkeling, Evaluaties halverwege het invoeringstraject van de Wet BIG*, Antwerpen-Groningen: Intersentia 1996.

F.C.B. van Wijmen, 'Over normstelling en sanctionering van kwaliteit', *Kwaliteit en Zorg* 1998, nr. 4, p. 172-180.

F.C.B. van Wijmen, *Richtlijnen voor verantwoorde zorg, Over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg*, Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2000.

Th. van der Windt, 'Het topje van de ijsberg? De meldingsplicht voor zorgaanbieders en klachtencommissies', *TvGR* 2007, nr. 1, p. 41-54.

W.J. Witteveen, I. Giesen, J.L. de Wijkerslooth, *Alternatieve regelgeving, preadviezen voor de Nederlandse Juristen-Vereniging*, Deventer: Kluwer 2007.

J.H.C. Zwitser-Schouten (red.), *Recht op tuchtrecht, 50 jaar Hof van Discipline*, Hof van Discipline Den Bosch 2003.

Rapporten en documenten

Adviesgroep Capaciteit Mondzorg, *Eindrapport Capaciteit mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn*, Den Haag: ministerie van VWS 2000.

Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, *De zorg van morgen; flexibiliteit en samenhang* (deel I: Hoofdlijnen, deel II: Uitwerking en achtergronden) juli 2003.

Advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer 2002.

Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg: *Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg*, deel 1: Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking (door G.P.M. Raas en M.W. de Lint); deel 2: Geschied en geschoven, een jurisprudentieonderzoek over taakherschikking in de gezondheidszorg (door Sectie Gezondheidsrecht, Universiteit Maastricht), Zoetermeer 2002.

Advies van de Stuurgroep MOBG, *Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg*. Ontwerp van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG), Utrecht november 2005.

Raad BIG, *Stappenplan voorbehouden handelingen*, Zoetermeer 1996.

Beleidsdocument Veilig melden, Den Haag 1 februari 2007.

Rapport van de werkgroep tuchtrecht, *Beleidsuitgangspunten wettelijk geregeld tuchtrecht* Den Haag 7 december 2006.

Beroepsprofiel Physician Assistant, NAPA november 2007.

Commissie Innovatie Mondzorg, *Innovatie in de Mondzorg*, Leiden: OOI 2006.

Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Reeks evaluatie regelgeving: deel 12, Den Haag: ZonMw oktober 2002.

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen, Reeks evaluatie regelgeving: deel 8, ZonMw, Den Haag november 2001.

Gezond met recht en rede, Elf gezondheidsrechtelijke opstellen aangeboden aan prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing, Alphen aan den Rijn: Samson H.D. Tjeenk Wilink 1994.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Huisartsenposten in Nederland, Nieuwe structuren met veel kinderziekten*, Den Haag april 2004.

LITERATUUR

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming, Toezicht Operatief Proces, Onderzoek naar het preoperatieve traject van het operatief proces in algemene en academische ziekenhuizen*, Den Haag februari 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Taakherschikking en voorschrijven geneesmiddelen*, Circulaire 2006-02-IGZ, Den Haag november 2006.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg, Meerjarenbeleidsplan 2008-2011*, Den Haag november 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Werkdocument Invitational Conference, Keten zorg en toezicht*, Den Haag juni 2007.

Jaarverslagen Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg 1998-2006.

KNMG-rapport, *De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*, Utrecht oktober 2002.

Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid, RVZ Zoetermeer 2005.

Medische diagnose, achtergrondstudies, RVZ Zoetermeer 2005.

Notitie Klachteninventarisatie werkwijze huisartsenposten, Stichting De Ombudsman, Hilversum oktober 2003.

Notitie II, Huisartsenposten, Vervolgonderzoek naar meldingen verkeerde diagnose, Stichting De Ombudsman, Hilversum juni 2004.

Onbevoegde uitoefening der geneeskunst, Rapport van de Commissie ingesteld bij beschikking van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van 11 augustus 1965 (Stcrt. 1965, 157) uitgebracht aan de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 27 mei 1969, Verslagen en rapporten 1972, Volksgezondheid nr. 2, ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage 1972.

Openbaarheid van toezicht, Inventarisatie van de openbaarheid van informatie van toezichthouders, AdviesOverheid.nl december 2006.

Rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, Verslagen en rapporten 1973, Volksgezondheid nr. 15, ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage 1973.

Risico's eerst, Werkplan Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007, Den Haag oktober 2006.

Staat van de Gezondheidszorg 2006: Patiënt en recht; de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd? Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Inspectie voor de Gezondheidszorg september 2006.

Staat van de Gezondheidszorg 2007: Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg, Inspectie voor de gezondheidszorg, Den Haag december 2007.

Standpunt KNMG inzake resultaten evaluatie Wet BIG, Utrecht 2003.

Standpunt KNMG inzake de toekomstige regeling van het wettelijk tuchtrecht, Utrecht 18 september 2007.

Stuurgroep MOBG, Advies inzake de aanpak van de positionering van de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA), voorbereid door de Werkgroep Positionering NP en PA in de nieuwe beroepenstructuur, Utrecht mei 2005.

Stuurgroep MOBG, Overeenkomsten en verschillen in taken, verantwoordelijkheden en competenties van Nurse Practitioners en Physician Assistants in ziekenhuizen, nu en in de toekomst, UMC Consult i.s.m. Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht (bew. J. Kenbeek, J. Rademakers), Utrecht juni 2006.

Tarifiering bij bestuurlijke en strafrechtelijke boetes, Onderzoek in opdracht van het WODC, Den Haag september 2006.

VBOC-AVVV, Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening, Utrecht mei 2006.

Verslag invitational conference SGZ 2006: patiëntenrechten, Den Haag 19 april 2006.

Vertrouwen in de arts, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag 2007.

Wetten

Geneesmiddelenwet, Wet van 8 februari 2007, Stb. 93.

Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet van 18 januari 1996, Stb. 80.

Medische Tuchtwet, Wet van 2 juli 1928, Stb. 222, editie Schuurmans & Jordens 1994.

Rijkswet Onderzoeksraad voor veiligheid, Rijkswet van 2 december 2004, Stb. 677.

Wet luchtvaart, Wet van 18 juni 1992, Stb. 368.

LITERATUUR

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet van 11 november 1993, Stb. 655.

Wet tuchtrechtspraak bedrijfsorganisatie 2002, Wet van 29 januari 2004, Stb. 35.

Wet uitoefening der geneeskunst, Wet van 1 juni 1865, Stb. 60, editie Schuurmans & Jordens 1994.

Wet tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opneming van bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, Wet van 17 november 1994 Stb. 837.

Wet tot wijziging van de Gezondheidswet in verband met de verlening van de bevoegdheid tot onderzoek, opneming en monsterneming, bedoeld in artikel 5:18 van de Algemene wet bestuursrecht, aan het Staatstoezicht op de volksgezondheid, Wet van 20 oktober 2006, Stb. 555.

Wet tot wijziging van de Wet luchtvaart ter implementatie van richtlijn 2003/42/EG inzake melding van voorvallen in de burgerluchtvaart, Wet van 2 november 2006, Stb. 576.

Wet tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (voorlopige maatregel), Wet van 26 september 2002, Stb. 519.

Wet tot wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Wet van 7 april 2005, Stb. 215.

Zorgverzekeringswet, Wet van 16 juni 2005, Stb. 358.

Kamerstukken

Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nrs. 1 t/m 4.

Kamerstukken II 1986/87, 19 522, nr. 5.

Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nrs. 6 t/m 10.

Kamerstukken II 1988/89, 19 522, nrs. 11 t/m 15.

Kamerstukken II 1989/90, 19 522, nrs. 16 t/m 19.

Kamerstukken II 1989/90, 21 561, nrs. 1 t/ 3.

Kamerstukken II 1990/91, 21 561, nrs. 4 t/m 9.

Kamerstukken II 1991/92, 21 561, nrs. 10 t/m 12.

Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nrs. 20 t/m 55.

Kamerstukken I 1991/92, 19 522, nrs. 327.

Kamerstukken II 1992/93, 21 561, nrs. 13 t/m 18.

Kamerstukken II 1992/93, 19 522, nr. 56.

- Kamerstukken I* 1992/93, 19 522, nrs. 103 t/m 103d.
Kamerstukken II 1993/94, 21 561, nrs. 19 t/m 45.
Kamerstukken I 1993/94, 21 561, nrs. 286 t/m 286d.
Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nrs. 1 t/m 5.
Kamerstukken II 1994/95, 23 633, nrs. 6 t/m 20.
Kamerstukken I 1995/96, 23 633, nrs. 3 t/m 3c.
Kamerstukken II 1999/00, 26 800 VI, nr. 67.
Kamerstukken II 2000/01, 27 400 XVI, nr. 52.
Kamerstukken II 2000/01, 27 400 XVI, nr. 94.
Kamerstukken II 2000/01, 27 401, nrs. 1-2, p. 71.
Kamerstukken II 2000/01, 27 669, nrs. 1 t/m 4.
Kamerstukken II 2000/01, 27 831, nr. 1.
Kamerstukken II 2001/02, 27 669, nrs. 5 t/m 11.
Kamerstukken I 2001/02, 27 669, nrs. 366 t/m 366b.
Kamerstukken II 2001/02, 28 439, nrs. 1 t/m 17.
Kamerstukken II 2002/03, 28 489, nrs. 1 t/m 9.
Kamerstukken I 2002/03, 28 489, nrs. 213 t/m 213b.
Kamerstukken I 2003/04, 28 489, A t/m C.
Kamerstukken II 2003/04, 29 200 XVI, nr. 2.
Kamerstukken II 2003/04, 29 282, nr. 1, Bijlage.
Kamerstukken II 2003/04, 29 703, nr. 3.
Kamerstukken II 2003/04, 27 669, nr. 14.
Kamerstukken II 2004/05, 29 689, nr. 9.
Kamerstukken II 2004/05, 29 800 XVI, nr. 197.
Kamerstukken II 2004/05, 29 977, nrs. 1 t/m 9.
Kamerstukken II 2004/05, 30 207, nrs. 1 t/m 4.
Kamerstukken II 2005/06, 27 831, nr. 15.
Kamerstukken II 2005/06, 28 439, nr. 12.
Kamerstukken II 2004/05, 29 282, nr. 20.
Kamerstukken II 2005/06, 29 282, nr. 26.
Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 68.
Kamerstukken II 2005/06, 29 977, nrs. 10 t/m 18.
Kamerstukken I 2005/06, 29 977, A t/m F.
Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI.
Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 128.
Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 155.
Kamerstukken II 2005/06, 30 207, nrs. 5 t/m 6.
Kamerstukken I 2005/06, 30 207, A.
Kamerstukken II 2005/06, 30 300 XVI, nr. 155 herdruk.
Kamerstukken II 2005/06, 30 443, nrs. 1 t/m 6.
Kamerstukken I 2005/06, 30 443, A, 30 207 en 30 443, B.
Kamerstukken II 2005/06, 30 464, nrs. 1 t/m 6.
Kamerstukken II 2006/07, 27 831, nr. 21.
Kamerstukken II 2006/07 28 439, nr. 98.

LITERATUUR

- Kamerstukken II 2006/07, 29 247, nr. 47.*
Kamerstukken I 2006/07, 29 702, A.
Kamerstukken I 2006/07, 29 359, D.
Kamerstukken I 2006/07, 29 359, F.
Kamerstukken I 2006/07, 30 464, A t/ m E.
Kamerstukken II 2006/07, 29 477 en 29 359, nr. 30.
Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 30.
Kamerstukken II 2006/07, 31 016, nr. 8.
Kamerstukken II 2006/07, 31 031 XVI, nr. 1.
Kamerstukken II 2006/07, 31 122, nrs. 1-6.
Kamerstukken II 2006/07, 31 059, nr. 2 en 3.
Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI en 31 122, nr. 5.
Kamerstukken II 2007/08, 29 279, nr. 61.
Kamerstukken II 2007/08, 31 200, XVI, nr. 2.
Kamerstukken II 2007/08, 31 200 XVI, nr. 98.

PREADVIEZEN VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT (1968-2007)

(1968 tm 2003 indien voorradig tegen kostprijs en verzendkosten beschikbaar via VGR-secretariaat, tel. 030 - 28 23 322, e-mail: vgr@fed.knmg.nl, vanaf 2004 te bestellen via SDU Klantenservice te Den Haag, tel. 070 - 378 98 80, e-mail: sdu@sdu.nl)

- 1968 H.J.J. Leenen: Gezondheidsrecht – een poging tot plaatsbepaling.*
Verder het rapport van de Commissie herziening interne rechtspraak van de KNMG *
- 1969 C.J. Goudsmit: Voordracht over problemen rond de wetgeving van geestelijk gestoorden. Daaraan werd nog een tweede vergadering gewijd.*
- 1970 J.M.M. Maeijer: De aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team.*
- 1971 W.B. van der Mijn: Wetgeving medische beroepsuitoefening.*
- 1972 J.Ch. Cornelis en A.S. Frowijn: De ontwikkeling van de wetgeving op het gebied van de organisatie van de gezondheidszorg.*
- 1973 B. Sluyters: Medische aansprakelijkheid in Amerika en Nederland.*
Tijdens deze vergadering werd ook het rapport van de werkgroep juridische aspecten van de relatie ziekenfondsmedewerkers – verzekerde o.l.v. J.S. Postma besproken.*
- 1974 M. Rood-de Boer: De positie van de minderjarige in de gezondheidszorg.*
- 1975 J. ter Heide: Dwang en drang in de medische behandeling.*
- 1976 H.J.J. Leenen: Milieuhygiënerecht.*
- 1977 H.P. Utermark: Medisch Tuchtrecht.*
- 1978 A.E. Leuftink en N. de Jong: De rechtspositie van de keurling.*
- 1979 Advies inzake registratie van medische en psychologische gegevens en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van de Gezondheidsraad, becommentarieerd door F. Kuitenbrouwer, L. Kortbeek en E. Dil-Stork.*

Preadviezen vereniging voor gezondheidsrecht (1968-2007)

- 1980 Het selectievraagstuk in de gezondheidszorg; het selecteren van patiënten bij schaarste van behandelingsmogelijkheden voorbereid door vier personen, te weten S.A. de Lange, H.E. Nicolai, P.C. Sporken en H.F. Visser-'t Hooft. *
Werkgroep richtlijnen keuringen: Wat mag en wat moet bij een aanstellingskeuring.
- 1981 M.N.G. Dukes: De toelating van geneesmiddelen in Nederland.*
- 1982 P.J.W. de Brauw: Beschouwingen over samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten.
Co-referaat van een medische werkgroep bij het preadvies; Beschouwingen over samenwerking in de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten.
- 1983 H.A. Brasz en D.W.P. Ruiter: Het plansysteem van de Wet voorzieningen gezondheidszorg.*
- 1984 H.D.C. Roscam Abbing: Overheid en het recht op gezondheidszorg.
- 1985 C. Kelk: Klagen of kwijnen. De rechten van verpleeghuispatiënten en de behandeling van hun klachten.*
- 1986 J.C.M. Leyten: Welzijn, vrijheid en dwang.
- 1987 J.K.M. Gevers: Juridische aspecten van erfelijkheidsonderzoek en -advies.
- 1988 J.P. Kasdorp: Grenzen aan het recht op gezondheidszorg.
- 1989 B. Sluyters en H.R.G. Feber: De gezondheidszorg en het strafrecht.
- 1990 F.C.B. van Wijmen: Driehoeksverhoudingen. Gezondheidsrechtelijke beschouwingen over vertegenwoordiging van meerderjarige onbekwamen.
- 1991 J.H. Hubben: Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg.
- 1992 Jubileumcongres 25 jaar Vereniging voor Gezondheidsrecht:
J.H. Hubben en H.D.C. Roscam Abbing (red.), Gezondheidsrecht in perspectief. De Tijdstroom Utrecht 1993.*
- 1993 H.D.C. Roscam Abbing: Patiënt en gezondheidszorg in het recht van de Europese Gemeenschap.*
- 1994 J. Legemaate: Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening.

Preadviezen vereniging voor gezondheidsrecht (1968-2007)

- 1995 E.T.M. Olsthoorn-Heim en L. Bergkamp: Medisch wetenschappelijk onderzoek: Lichaamsmateriaal voor de wetenschap en het wetsvoorstel medische experimenten.*
- 1996 E.W. Roscam Abbing en J.K.M. Gevers: Voorspellend Medisch Onderzoek: Mogelijkheden, verwachtingen en toegang; Rechtsbescherming.*
- 1997 H.J.J. Leenen: Recht op zorg voor de gezondheid.*
- 1998 C. Kelk: Gezondheidszorg voor gedetineerden.*
- 1999 P.J. Hustinx: Informatietechnologie in de gezondheidszorg.*
- 2000 F.C.B. van Wijmen: Richtlijnen voor verantwoorde zorg.
Over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg.
- WGBO en bedrijfsarts: Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Werkgroep WGBO en bedrijfsarts. VGR-najaarsvergadering 2000.
- 2001 Th.A.M. te Braake en L.E. Kalkman-Bogerd: Procreatietechnologie en recht. Toelaatbaarheid en regulering van IVF-onderzoek; Van kinderwens tot ouderschap.
- 2002 H.D.C. Roscam Abbing, J. Legemaate en G.R.J. de Groot: Zorg, schaarste en recht.
– Solidariteit en individuele vrijheid; vrijheid in gebondenheid
– De (dubbel)rol van de arts
– Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor tekorten in de zorg.
- Jubileumbundel: Omzien naar de toekomst, 35 jaar preadviezen Vereniging voor Gezondheidsrecht. Redactie: J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers en G.R.J. de Groot.*
- 2003 T.P. Widdershoven en K. Blankman: Psychiatrie en Recht.
– De Wet Bopz en de psychiatrie. Kanttekeningen bij een regeling
– Rechtsbescherming bij vrijheidsbeneming in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric.
- 2004 E.-B. van Veen, E.J.C. de Jong en W.R. Kastelein: Het beroepsgeheim, continuïteit en verandering.*
– Het beroepsgeheim in de individuele gezondheidszorg

Preadvieszen vereniging voor gezondheidsrecht (1968-2007)

- Het beroepsgeheim en derdenbelangen
 - Het beroepsgeheim in rechte. Zwijgen: recht of plicht?
ISBN: 978-90-12-09999-8 (Sdu)
- 2005 W. van den Ouwelant en J.C.J. Dute: Preventieve Gezondheidszorg.*
- Heilzame wetten. Historie, karakter, plaats en vorm van de publieke gezondheidszorg
 - Infectieziekten, dwang en drang
ISBN: 978-90-12-10757-0 (Sdu)
- 2006 J.A. Lisman, M.F. van der Mersch en C. Velink: Geneesmiddelen en Recht.
- De toelating van geneesmiddelen. Hoe effectief is ons systeem?
 - Het recht op geneesmiddelen. Hoe kosten de zorg beheersen
ISBN: 978-90-12-11313-7 (Sdu)
- 2007 P.C. Ippel, T. Hartlief en P.A.M. Mevis: Gezondheidsrecht: betekenis en positie.
- Het gewicht van het gezondheidsrecht
 - De staat van het privaatrechtelijke gezondheidsrecht
 - Gezondheidsrecht en strafrecht; ontwikkelingen in een niet altijd gemakkelijke relatie.
ISBN: 978-90-12-12028-9 (Sdu)

* niet meer voorradig